

Monsieur Jack RALITE
Ministre de la Santé
sur la Psychiatrie,
Sotteville-lès-Rouen, le 12 octobre 1981

0259E06



SANTÉ MENTALE

Je voudrais dire d'abord combien je suis heureux de me trouver à Rouen et ses alentours. J'ai au moins trois raisons à ce plaisir. D'abord, ici, s'est développée une certaine idée de la France dont les jalons ont nom Jeanne d'Arc, *Le Cid* de Pierre Corneille, Géricault dont Aragon fit le héros de *la Semaine sainte*, ce roman sur la modernité de la souveraineté nationale, sur les graines de l'avenir aussi. Ici, ces graines ne tardèrent pas à se manifester : c'est l'Avril 1848 des ouvriers rouennais, c'est la Résistance, c'est, on me pardonnera cette seule référence, l'acharnement populaire à sauver l'industrie de pâte à papier dont, je crois, le président de la République parle aujourd'hui dans une autre région française.

Ici, j'ai eu de multiples rendez-vous culturels : à Rouen, à Petit-Quevilly, à Saint-Étienne-du-Rouvray avec des peintres, des musiciens, des hommes de théâtre, des poètes et ces acteurs culturels de plus en plus actifs que deviennent les syndicats ouvriers.

Enfin, vous le savez, dans la vie on a toujours quelques personnes que l'on estime particulièrement. Une, deux, trois... quatre peut-être. C'est mon cas et, parmi elles, il y a un des vôtres, M. Roland Leroy à qui je dois — c'est ainsi — ma passion pour ce qui est culture ; il a été à l'origine de nombre de beaux voyages de ma vie. En tout cas, avec lui, j'ai visité le cloître Saint-Maclou, les abbayes de Bec-Hellouin et de Jumièges, la cathédrale de Rouen.

Mais, je suis à Rouen aujourd'hui pour autre chose que ces propos qui doivent beaucoup plus qu'à la courtoisie. Je suis là dans une étape de mon Tour de France de la santé avec un thème à « dépelotonner », la santé mentale.

« Santé, Culture et Liberté » : voici un immense thème dont je vois mieux aujourd'hui — grâce à tous ceux qui, à Sotteville, en ont la responsabilité — à quel ajustement mental il nous oblige. A cet instant, on me permettra de saluer M. Bonnafé, qui joua un si grand rôle ici à Sotteville, M. Mignot et Mme Le Guillant, au-

0259E0

teurs directs et indirects des avancées d'ici. Mais, si je nomme M. Bonnafé, c'est qu'en 1962, à Sotteville, pour les dix ans qui nous séparaient de la mort d'Éluard, il parla avec Roland Leroy de l'utilité de la poésie en psychiatrie. Et la peinture, donc, songez aux défigurations de *Guernica* ! Or, la crise, cette fabricante de défigurations, c'est notre quotidien.

Avant d'aborder mon propos, un mot sur deux questions que j'ai rencontrées aujourd'hui. D'abord, celle du scanographe attribué au CAC de Rouen, proche voisin s'il en est du CHR. Je sais que, dans un premier temps, tout le monde n'a pas compris ma décision. Jusqu'ici, les rares scanographes (cinquante-deux en dix ans) allaient aux très grands équipements. C'est ainsi que le CHR rouennais a eu un scanographe crânien. J'ai voulu bousculer cette façon de faire, permettre à d'autres d'en avoir et, en tout cas, dans une première étape de taille (vingt-huit en un mois), ne pas donner à ceux qui avaient déjà. C'est ainsi que Limoges, Saint-Étienne, Reims, Rouen, n'ont pas vu leur scanographe crânien devenir des scanographes corps entier. Mais des hôpitaux généraux (Aulnay, Perpignan, Valence), des CAC (Toulouse, Rouen) en ont eu. Dans ces cas, bien sûr, j'ai demandé qu'une convention soit passée avec les structures publiques. Ici, avec le CHR, c'est une pratique normale, naturelle, coopérative.

Deuxième question : l'hôpital de la Rive gauche. Cette Rive gauche a décidé des manques. *Pas de cinéma* — je le savais de longue date — et pas d'hôpital — c'est encore pis. Eh bien, j'ai inscrit les crédits d'étude de cette structure tant attendue au budget 1982, au point qu'un comité s'est créé pour le promouvoir. Cet hôpital est désormais en route sans concurrence avec d'autres structures, notamment avec le CHR dont le développement ne sera bien sûr pas stoppé, tant il répond à un vrai besoin des populations.

J'ai passé la nuit de samedi à dimanche à la Pitié-Salpêtrière de Paris. En prélude à notre découverte du plus grand hôpital d'Europe, son directeur nous a projeté des diapositives sur l'histoire de cet établissement. L'une d'entre-elles montrait Pinel libérant les aliénés de leur chaîne. Le fait est avant tout symbolique et indique qu'en 1793, alors que la Révolution inventait de nouvelles libertés pour le monde, elle ne négligeait pas — non sans contradiction — le sort de ceux qui étaient exclus pour cause de folie. On n'insistera jamais assez sur les corrélations particulièrement significatives de l'histoire sociale et du mouvement de la psychiatrie. Il y a, dans notre pays, une œuvre croisée entre les avancées démocratiques et celle de la psychiatrie.

● Regardez : Le 19 frimaire an III, Piersin s'adresse à la Commission des administrations civiles : « Depuis la Révolution, lui dit-il, l'administration des établissements publics ne considère le

renfermement des fous dans un hospice libre que s'ils sont nuisibles et dangereux dans la société. Ils n'y restent qu'autant qu'ils sont malades et aussitôt qu'on est assuré de leur parfaite guérison, on les fait rentrer dans le sein de leurs familles ou de leurs amis. » C'est une avancée, encore qu'en créant l'asile comme lieu possible de la guérison, les révolutionnaires ont, dans un même mouvement, délimité l'espace d'une ségrégation.

- Regardez : En 1937, au moment du Front populaire, Rucart préconise par circulaire le travail hors les murs de l'asile et le développement des dispensaires d'hygiène mentale. C'est une grande avancée, encore qu'elle ne pose pas la question du processus de dépérissement des asiles.

- Regardez : A la Libération, ce sont les journées psychiatriques de 1945. Un débat critique s'ouvre sur la psychiatrie à partir de l'expérience dramatique de l'univers concentrationnaire. L'expérience de l'hôpital de Saint-Alban interpelle tout le dispositif psychiatrique. De grands courants y trouvent leur source : la psychothérapie institutionnelle illustrée notamment par le docteur Tosquelles ; la sectorisation psychiatrique avec les docteurs Bonnafé, Mignot, Le Guillant qui animent l'un des moments forts de cette aventure précisément ici, à Sotteville-lès-Rouen. C'est une avancée considérable, encore qu'on est amené à constater aujourd'hui qu'elle n'a pas conduit, comme elle se le promettait, au point de rupture avec les procédures ségrégatives et qu'elle les a même, par endroit, diffusées. Certes, les moyens ont manqué mais n'était-elle pas porteuse d'une ambiguïté véhiculée par exemple par la « continuité de soin ».

- Regardez : En 1968, dans le creuset vivace de représentations nouvelles de la vie sociale et d'éthiques différentes, la critique des idéologies, s'articulant à la pratique psychiatrique, a été féconde. C'était aussi une avancée : l'autonomie et l'originalité de la psychiatrie sont reconnues avec l'unicité de la formation, encore que les effets tangibles aient été mesurés.

Ainsi, nous le voyons, toutes ces dates démocratiques de notre histoire nationale ont toutes marqué des mutations significatives de la psychiatrie. Il est pour le moins légitime dans la situation nouvelle ouverte par le 10 mai que nous nous sentions, que vous vous sentiez interpellés. Pour ma part, je souhaite surtout soulever un certain nombre de questions à fleur de psychiatrie. Pas pour leur apporter une réponse stéréotypée, mais pour contribuer à développer un processus qui mettra les contradictions au travail.

De quelles contradictions s'agit-il ?

1. Le domaine de la maladie mentale ne se réduit pas à l'idéologie, au politique. La direction de l'histoire et de la destinée individuelle s'y trouve contenue. Son approche ne saurait ignorer

ni la scène individuelle, ni la scène sociale et politique. Il en va de même pour le mode de réponse que nous lui proposons.

2. 'Aucun secteur de la santé n'a été autant traversé par la crise, avec tous ses effets économiques, politiques, idéologiques et moraux. Il est indéniable que le chômage, l'aliénation, la désespérance et le développement du contrôle social se sont déplacés et concentrés massivement à travers la « mal vie » et sa forme exacerbée : la maladie mentale. Dans le même temps, se sont développées à partir et autour de la psychiatrie des revendications de pratiques novatrices et d'une autre manière de vivre, de travailler et de rapports sociaux libérés.

3. L'image sociale de la folie et de l'étrangeté pèse également sur le champ de la psychiatrie : tout ce qui est ségrégatif, tout ce qui favorise l'exclusion et les mesures d'exception à l'égard des malades mentaux renforce le caractère inquiétant et mystique de cette image. Au contraire, tout ce qui milite pour les droits de l'homme par le déploiement de la liberté favorise la transformation du rapport de chaque individu avec lui-même, avec sa capacité créatrice et avec le capital social.

Ces dix dernières années ont été marquées par le désintérêt croissant du pouvoir à l'égard d'une véritable politique dans ce domaine, par la pression de la pénurie organisée, par un certain délabrement du dispositif de la psychiatrie publique dans le secteur malgré les efforts des soignants, par le développement du découragement, par des attaques contre la formation des médecins. C'est cela le bilan, l'héritage giscardien.

Il nous appartient de réinventer des solutions, de répondre au quotidien, aux besoins qui s'expriment dans leurs diverses modalités. Les réponses mises en œuvre jusqu'à présent reposent, essentiellement, sur un système psychiatrique dominé par une loi spécifique d'internement, la loi de 1838 et par un lieu spécifique de placement, l'hôpital psychiatrique. Changer la psychiatrie, c'est d'abord rompre avec ce qui reste de ségrégatif dans les pratiques :

— la loi de 1838, qui a institué une gérance immobile de la folie et le retranchement hors du monde des malades mentaux, doit être abrogée. Elle doit être remplacée par un texte de droit commun — non ségrégatif et discriminatoire — protégeant la liberté et affirmant la responsabilité des citoyens qu'ils soient hospitalisés ou qu'ils soient pris en charge dans leur environnement habituel.

— l'hôpital psychiatrique, tel que j'ai tenu à le visiter ce matin, sans complaisance, ni omission, est une réalité héritée du passé que nous ne pouvons plus tolérer telle quelle. En finir avec l'asile, c'est mettre en place une alternative radicalement différente et ne pas laisser se reconstituer ailleurs de nouveaux asiles, à quelque enseigne et sous quelque forme que ce soit. Je pense

notamment aux projets de maisons d'accueil spécialisées, mais encore à diverses formules de remplacement néo-asilaires.

Ayant la même signification que la loi de 1838, et sur le fond articulée avec elle, d'autres dispositions juridiques doivent être changées comme l'article 64 du Code pénal, les dispositions ségrégatives de la loi de 1975 sur les handicapés, la loi de 1964 sur les alcooliques dangereux et certains articles de la loi Sécurité et Liberté, etc. Oui, *abroger la loi, abolir l'asile, trouver ensemble* les voies nouvelles qui ne peuvent plus attendre pour prendre le relais réclament des initiatives interministérielles. Il ne s'agit pas de démissionner devant la responsabilité de soigner les gens. Il s'agit même de les soigner mieux et de garantir leurs droits et leurs statuts d'être humain.

Le docteur Paumelle disait, il y a vingt ans, qu'il fallait traiter les maladies mentales « ailleurs et autrement » : une véritable pratique hors de l'hôpital doit être mise en œuvre ; c'est cette alternative qui sera favorisée pour que s'inverse la statistique montrant qu'au sein des dépenses de médecine mentale, l'hospitalisation représente 80 % et les soins extra-hospitaliers 6 %. Cela n'ira pas sans qu'un effort soit fait pour transformer les habitudes de pensées et pour bouleverser les routines ainsi que les représentations imaginaires de la folie. Le service public doit être pilote en la matière.

Ce choix renvoie à quatre critères, les quatre points cardinaux de la psychiatrie actuelle : les personnels, les institutions, le financement, la gestion.

1. Le personnel est l'élément déterminant : « La maladie mentale a besoin de temps d'homme », répétait souvent Daumezon. Il faut ajouter que la psychiatrie hors de l'hôpital en a encore plus besoin que l'ancien asile, et mieux préparé encore à cette tâche. A ce titre, bien loin de supprimer des emplois, la psychiatrie déségrégative doit en créer. Le nombre actuel des infirmiers psychiatriques est d'environ 72 000. Ce chiffre correspond à peine aux besoins du service hospitalier tel qu'il est. Il apparaît très insuffisant et il faut prévoir un effort de recrutement et de formation de nouveaux infirmiers, une formation continue aussi des personnels en service.

Ainsi, le progrès de la psychiatrie va-t-il dans le sens des revendications statutaires les plus légitimes : qualités reconnues et honorées d'un travail essentiel et complexe, qualification et formation permanente, défense d'un emploi et reconnaissance de droits à la mesure de cette tâche nouvelle et socialement précieuse. Le progrès de la psychiatrie n'est pas séparable du sort réservé à ceux qui la mettent en œuvre. Cela n'apparaît pas encore assez clairement, et vaut aussi pour tous les personnels soignants.

En ce qui concerne les médecins, les « normes » actuelles — un service de psychiatrie générale (adultes) pour 75 000 habitants, un service de psychiatrie infanto-juvénile pour trois services de psychiatrie générale —, certainement très insuffisantes, ne sont pas atteintes plus de vingt ans après la circulaire de 1960. Le « rapport Barrot » (septembre 1980) avoue que, pour 1 200 services de secteur, il n'y avait, en 1980, que 911 postes pourvus de chefs de service. L'exemple de la Haute-Garonne, où chaque médecin assume trois secteurs, est l'exemple extrême de cette scandaleuse carence. Il y a là un retard qui doit être comblé sans délais. Il conviendra ensuite de réduire les dimensions des secteurs en créant, rapidement, de nouveaux services. Je pense qu'aucun secteur de psychiatrie générale ne devrait excéder 50 000 habitants et qu'il faudrait un secteur de psychiatrie infanto-juvénile pour deux secteurs de psychiatrie générale. Cela éviterait un gigantisme des équipes qui fonctionnent souvent mal, sans assurer un service à la mesure de leur volume.

Deux points, à ce propos, doivent être évoqués. La psychiatrie privée s'est beaucoup développée depuis dix ans. Le service public a beaucoup travaillé à la formation des psychiatres, mais n'a pas eu sa part des nouveaux médecins ainsi formés. Cependant, les psychiatres privés pratiquent un temps partagé entre leur cabinet et des institutions publiques ou semi-publiques. L'isolement d'une pratique purement privée, l'intérêt d'un travail en équipe qu'ils ont connu pendant leur formation, explique cela.

Cette collaboration me paraît être une excellente chose, étoffant l'activité du service public et assurant un contact qui limite les conflits. Mais elle n'est concevable que si le service public est lui-même suffisamment pourvu en médecins à temps-plein. Ce fut un argument des ministres précédents de présenter cette coopération comme une béquille de la pénurie ; le remède serait pire que le mal.

Un deuxième point important est celui des médecins généralistes, beaucoup trop peu associés aux activités du service public de psychiatrie. Le développement des équipes soignantes et de leurs activités, il faut le dire encore pour conclure, est l'une des conditions même de la disparition du phénomène asilaire.

2. Les institutions doivent se démarquer de l'asile. Elles doivent être plus petites et mieux intégrées dans la communauté, plus diversifiées aussi. La construction, dans une période récente encore, de grands hôpitaux inutiles et plus ou moins vides, pose problème. Les « bâtisseurs de ruine », comme le disait Éluard, nous ont légué un cadeau empoisonné. Leur reconversion doit être possible, dans bien des cas, en évitant soigneusement d'y entasser des « malades chroniques » pour reconstituer encore

des néo-asiles. La présence d'équipes de psychiatrie dans les hôpitaux généraux est excellente dans son principe ; cependant, les conditions concrètes de ces implantations n'ont pas été suffisamment réfléchies, et des greffes hâtives se sont parfois mal soudées. Il y a là un problème certainement soluble, si on ne commence pas par le méconnaître.

Le centre de santé mentale, lieu d'accueil permanent, de soins ambulatoires, de consultation, devrait aussi devenir un lieu de rencontre, de concertation et de coordination, ouvert en particulier aux médecins généralistes. Trop souvent son rôle se limite encore à des activités de dispensaire, sur le modèle de 1938... Certaines techniques modernes, psychothérapiques en particulier, doivent y trouver place pour ne pas demeurer privilège limité et coûteux. Les lieux thérapeutiques doivent être les plus diversifiés possible, intégrés dans le tissu urbain et social, ne se désignant pas comme lieu de ségrégation, mais comme point de rencontre, où des besoins de parole peuvent s'exprimer.

3. Les financements de la psychiatrie de service public (en dehors des institutions à prix de journée, c'est-à-dire et pour l'essentiel, de l'hôpital), discutables dans leur principe et prodigieusement inégaux, arbitraires et précaires dans leur réalité, constituent la plaie paralysante du service de santé mentale ; le financement des activités de secteur, au titre des « dépenses obligatoires de prévention », l'illustre.

Un malade sortant de l'hôpital et qui se rend à une consultation privée est pris en charge, à ce titre, par la Sécurité sociale. Le même malade, demandant une consultation identique, pour un soin identique, au dispensaire, voit ses droits d'assuré social réduits et relève alors d'un régime fort variable selon les lieux et les départements. Aucune avancée décisive n'est réalisable, en santé mentale, sans une révision radicale de cet état de fait, sans une prise en charge par la Sécurité sociale de toutes les activités de soins du service public, quels qu'en soient les lieux et les modalités. Le mode de financement actuel, le remboursement à 80 % par l'État des dépenses engagées, au titre de la prophylaxie mentale par les départements, aboutit souvent au blocage du dépérissement de l'hôpital et à un traitement différencié. Ces dépenses varient de un à seize selon les départements.

Une circulaire de la CNAM interdit aux organismes d'assurance maladie de participer au financement des structures extra-hospitalières. L'absurdité du texte a conduit à bien souvent le méconnaître. Ainsi en a-t-il été pour les centres médico-psychopédagogiques, pour les Centres d'action médico-sociale précoce dont le financement annuel forfaitaire et global est assuré conjointement par le département, au titre de la prévention et par les caisses d'assurance maladie.

La procédure récemment mise en place pour financer les soins à domicile pour les personnes âgées devrait être mise en œuvre pour la pratique de secteur. Les expériences novatrices devraient être encouragées, aidées.

Enfin, d'une façon plus générale, les statuts par trop différents de certains personnels, psychologues, assistantes sociales en particulier, en fonction de leur administration de rattachement, ou trop peu rétribués (secrétaires médicales) font problème. L'harmonisation et la revalorisation de leurs statuts seront étudiées.

4. Le mode de gestion d'une pratique extra-hospitalière, qui ne se réduit pas à la gestion d'institutions, doit être appréhendé d'une manière nouvelle; il s'agit essentiellement de gérer démocratiquement les réponses aux besoins spécifiques qui se font jour. Jusqu'à présent, cette question n'a pas été résolue et elle s'inscrivait dans le seul cadre de la gestion administrative: les conventions passées entre le service administratif départemental et le service administratif hospitalier ont d'ailleurs rarement tenu leurs promesses. Tout reste à créer, dans ce domaine. La structure de gestion doit être véritablement démocratique, largement ouverte sur la communauté desservie, qui puisse l'interroger et la bousculer.

Ce lieu de gestion doit réunir les représentants de l'administration, des collectivités débitrices (Sécurité sociale pour l'essentiel), mais aussi les représentants, notamment syndicaux, des divers personnels — médecins, psychologues, assistantes et travailleurs sociaux — qui constituent les équipes soignantes et enfin les élus, représentants authentiques et qualifiés de la population concernée.

En effet, comme pour tout service public, l'usager doit avoir sa place dans la gestion d'une pratique au centre de laquelle il se situe. Il y a là une conception administrative radicalement différente de la tradition établie au cours des temps qui situait le pouvoir loin du citoyen, le médecin loin du patient. Elle permettrait une approche plus sensible aux problèmes importants des mesures sociales en faveur des exclus, par la création d'un revenu social minimum, l'octroi de logements sociaux, l'incitation à l'intégration de la formation professionnelle au travail.

La coopération de la psychiatrie publique avec les autres grands services nationaux doit être approfondie et développée. En particulier, le travail en commun de la psychiatrie publique et de l'Éducation nationale (enseignants et médecins de santé scolaire) doit s'imposer comme un impératif prévalent et permanent.

La problématique psychiatrique actuelle s'inscrit ainsi dans le temps d'une histoire toujours présente, dans l'espace aussi d'une crise économique et politique majeure, marquée dans un passé

récent par une réduction sauvage des investissements sociaux, sanitaires en particulier, creusant un écart grandissant entre des progrès acquis et des pratiques maintenues à un médiocre niveau. Un nouveau bilan doit être dressé, synthétisant, actualisant et complétant des documents récents : ainsi seraient reconnus les lieux de plus grande pénurie et de plus grande carence (sous-équipement en personnel, misère financière, persistance de séqueles asilaires, trois éléments souvent associés), exigeant sans délai une action d'urgence.

Aussi faut-il programmer de suite, au plan national et régional, cette politique de changement et renforcer les équipes partout où demeurent des mégapoles asilaires pour les résorber sans attendre. La gestion de la psychiatrie sera décentralisée, tout en restant une obligation nationale au même titre que toutes les grandes missions sociales. Ensuite serait mis en route un changement décisif, essentiellement dirigé vers une extension massive des soins extra-hospitaliers, psychiatrie différente, inséparable d'une politique d'ensemble et d'une action de masse.

Il faut, pour cela, dire ce qu'il en est (et le culte du secret, dans un passé récent, a été la meilleure tactique pour étouffer tout changement) et expliquer ce que l'on va faire. Cette nouvelle politique est probablement attendue au tournant de quelques questions clefs : avenir des asiles, abolition de la loi de 1838, réalités et limites du fait psychiatrique. Précisons que, le temps de la réforme, un protocole de transition devra garantir la protection des malades mentaux à tous points de vue.

Échappant à l'illusion de réponses ponctuelles et limitées, sans aucun doute faut-il replacer tout cela dans une vue plus globale et qui ne sera jamais assez élargie dans son souci d'aller de l'avant. Pour cela, je confie au docteur Demay, connu de tous pour le travail qu'il a entrepris dans le champ de la psychiatrie de service public, une mission de réflexion sur les problèmes de la psychiatrie aujourd'hui, une mission d'invention d'une voie française au renouveau de la psychiatrie.

Le temps est passé où l'on pouvait dire comme Maupassant dans *Le Horla* : « Mon état s'est encore aggravé. Qu'ai-je donc ? Le bromure n'y fait rien ; les douches n'y font rien. » Le temps est passé où ces pauvres moyens et l'enfermement constituaient les seules thérapeutiques. A nous, ensemble, de faire que ce temps soit passé au-delà des mots, que le dépérissement de l'hôpital et de la loi de 1838 soient synonymes d'une véritable liberté retrouvée.

Je voudrais rappeler l'affaire Durand qui s'est passée au Havre et qu'a immortalisé Salacrou :

JULIA. — Monsieur le Directeur, les hommes qui ont perdu la raison peuvent-ils se marier ?

LE DOCTEUR. — Non, Mademoiselle. Un aliéné ne peut pas se marier.

JULES DURAND. — Sauvez tous les hommes tout de suite ou je casse tout, car la misère des hommes ne peut plus attendre.

L'arbitraire, qui a conduit le syndicaliste Jules Durand de la prison où il fut incarcéré par erreur judiciaire à l'asile de Quatre-Mares où il mourut fou de l'injustice, a fait son temps. Oui, le moment est venu de rompre avec ces mots-déchirures, ces mots-cris, ces mots-chaines qui ont investi depuis 1838 l'univers des malades mentaux: SPÉCIAL, ASSISTANCE, ALIÉNÉ, ASILE, PÉCULE, PARTITION, EXCLUSION, PAS COMME LES AUTRES. Parlons plutôt avec des mots-espoir, des mots-respect, des mots-dignité qui nourriront une nouvelle praxis s'appuyant sur l'avènement d'une éthique déjouant la loi du silence et la pression des risques imaginaires ou réels. C'est Antonin Artaud qui conclura pour moi: « Un aliéné est aussi un homme que la Société n'a pas voulu entendre et qu'elle a voulu empêcher d'émettre d'insupportables vérités. »