



La vie et la mort dans les hôpitaux psychiatriques

d'après une chronique syndicale de 1947 à 1959.

Deuxième partie : 1952-1955

un univers concentrationnaire qui décourage le dévouement

Source : bulletin du syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques parus dans sa revue officielle (L'information Psychiatrique).

Texte et analyse de **J.-C. Bernard**, présentation du Docteur Jean Morenon psychiatre des hôpitaux

[1ère partie](#) L'ombre des camps...

[3ième partie](#) Tout le monde le sait...

[4ième partie](#) "Qu'un infirmier ait des clartés sur tout"

Les infirmiers...

Le numéro des mois de mars et avril 1952, est consacré à la formation des infirmiers des H.P..

D., lui-même dans l'éditorial, affirme la nécessité d'une réglementation qui précise sans équivoque, la *subordination de l'auxiliaire du médecin à l'égard de ce dernier*. Alors qu'auparavant, avec les domestiques, dit-il, le médecin disposait sans ambages de son personnel, du recrutement jusqu'au licenciement, maintenant avec des auxiliaires "promus au rang de petits fonctionnaires", il en va tout autrement ; il ne peut plus les recruter lui-même ; c'est, en conclusion, du problème de la formation et de la *restauration de l'autorité du médecin dans des formes correspondant à la qualification élevée de ses collaborateurs*, que, dit-il, *dépendra l'avenir de l'hôpital et du soin aux malades*.

Les 14 pages suivantes poursuivent l'analyse des problèmes actuels du recrutement et de la formation des infirmiers.

...quantité et qualité négligeables ou méprisables...

Trois psychiatres, dont B., se montrent favorables à l'amélioration de la situation salariale des infirmiers telle que la définit la circulaire d'octobre 1951.

Ils rappellent cependant que les infirmiers sont souvent considérés *comme quantité et qualité négligeables ou méprisables*. Ils dénoncent l'incohérence de la circulaire de 1949 dont l'orientation n'est pas de doter les établissements psychiatriques de véritables écoles d'infirmiers mais de combler les postes vacants. Ils posent le problème des tests de personnalité susceptibles d'autoriser un recrutement de qualité, en notant toutefois que l'on va de plus en plus vers l'embauche des sujets jeunes, fraîchement sortis de l'école, *porteurs d'ambition de carrière*. Cependant, demeure un problème, à savoir que ce jeune embauché se trouve non pas dans une situation de stagiaire, mais bien davantage dans celle d'infirmier comme les autres, et dont l'essentiel du travail est d'effectuer les gestes routiniers de la vie quotidienne. En réalité, *le temps nécessaire pour le véritable apprentissage, répétition des techniques, figeage du métier, réflexion et discussion autocritiques sur les problèmes réels de la pratique n'existe pas*.

...mais patience, douceur, et maîtrise de soi

Ces trois médecins posent enfin la problématique de la valeur des diplômes délivrés dans les H.P. par rapport à celle du D.E.. Ils considèrent que la formation "Croix-rouge" n'est pas adaptée en l'état, pour des soins en psychiatrie, *chacun est ainsi amené à reconnaître d'autant plus grands les mérites des infirmières qui échappent à cette déformation*. En psychiatrie, l'élève doit être formé d'abord sur le terrain, par des moniteurs de stages (cadres du personnel) dans un cursus composé d'une

première année commune à toutes les écoles, une deuxième année rattachée à l'école spécialisée et une troisième année entièrement consacrée à la spécialité. En conclusion, ils affirment que les écoles d'infirmières en psychiatrie ne doivent pas copier celles des hôpitaux généraux. *Nous pensons qu'il s'agit de réalisations sans avenir, susceptibles au contraire d'entraver le développement des écoles de niveau technique très supérieur que nous souhaitons.*

Même numéro : article de De. sur la sélection psychologique des infirmiers : le profil dont nous parlions plus haut est défini : *l'intelligence, la finesse intuitive, la pondération, la patience, la douceur, la maîtrise de soi, la facilité et la souplesse du contact inter-psychologique, l'initiative, le dévouement sont autant de qualités désirables.* Les différentes tâches pour lesquelles ils doivent être recrutés sont également détaillées : soins ménagers, physiques, psychiques, définis en ces termes : *surveillance, observation, activité thérapeutique élémentaire, activité réadaptive.* En synthèse, il préconise que la sélection psychologique des infirmiers soit effectuée par le biais de "cribles" multiples (niveau scolaire, tests...), en deux étapes : le recrutement proprement dit, puis par l'observation du comportement du jeune sur le terrain de stage ; le recours aux tests systématiques ne lui paraissant pas justifié.

Le bon choix : se reconnaître volontairement des limites raisonnables

Dans un numéro ultérieur, V. demande à ce que la sélection des infirmiers ne soit pas dévolue uniquement aux psychiatres même si en vérité, comme tout chef de service, et non sans excellentes et pertinentes raisons, le médecin-chef préfère choisir lui-même ses collaborateurs et supporte mal qu'on les lui impose - mais son autorité n'a nullement à souffrir de se reconnaître volontairement des limites raisonnables.

Pour lui au contraire, l'examen psychotechnique des candidats infirmiers serait, de ce fait, hautement souhaitable.

Les psychologues : rapport d'auxiliaire ou d'égal à égal ?

La commission des Maladies Mentales du 26 février 1952 statuera sur les rapports de collaboration qui peuvent exister entre psychiatres et psychologues : rapport d'auxiliaire ou d'égal à égal. L'ordre du jour de la séance suivante (mars 1952) sera consacré aux droits des malades. Peuvent-ils ou non faire appel aux tribunaux ? De nombreux psychiatres progressistes y sont favorables.

De son côté, D. indique qu'il ne pourrait y avoir d'inconvénients à ce que, soit dans le Code Civil, soit dans la Constitution, figurât un article ainsi rédigé : *Tout sujet qui se voit privé de sa liberté pour maladie mentale ou pour toute autre cause, pourra faire appel aux tribunaux.*

Que l'uniforme des gardiens soit supprimé... et que les femmes mariées puissent garder leur alliance...

Le numéro de **décembre 1952** reproduit lui, in extenso la circulaire 148 qui définit le fonctionnement des H.P.. Le Ministre rappelle qu'il lui paraît utile que les directeurs départementaux de la Santé soient appelés, à titre consultatif, à assister aux commissions administratives et de surveillance, que les expertises effectuées pour les patients en Placement d'Office (P.O.) ne le soient pas par le médecin qui devra rédiger les certificats de 24 heures et de quinzaine, qu'il tient à ce que le terme d'asile d'aliénés soit rayé de la terminologie en usage, que l'uniforme des gardiens soit supprimé, que le personnel infirmier ait une attitude humaine avec les malades, que des mesures soient prises pour assurer un minimum de confort, d'hygiène aux différents pavillons des H.P., que les malades puissent manger chaud à tous les repas, qu'ils soient habillés décemment, qu'ils puissent conserver leur alliance et leurs vêtements personnels, que les femmes mariées hospitalisées soient appelées par leur nom de femme ; il demande également qu'un nombre minimum d'infirmiers soient présents dans les services : un pour dix ou pour quinze dans le cas de malades chroniques. Enfin, il désire être informé semestriellement et annuellement du fonctionnement des établissements psychiatriques ; les directeurs respectifs devront donc transmettre un rapport administratif et médical. En annexe, est joint un modèle-type de budget qui doit lui permettre "un contrôle sérieux de la gestion financière et comptable des établissements psychiatriques".

Le **24 février 1953**, le plan quinquennal d'équipement sanitaire est discuté à la Commission des Maladies Mentales : ce plan dresse le bilan d'une augmentation de la population hospitalisée, du développement de l'alcoolisme, du vieillissement de la population nécessitant... de conserver en annexe d'Hôpitaux Psychiatriques ou de créer dans des hospices déjà existants, des unités de soins spécialisées dans l'accueil de cette catégorie de malades (principalement pour les femmes). Ces services pourraient être dotés d'un personnel médical et soignant spécialisé moindre que celui affecté aux Hôpitaux Psychiatriques et, par conséquent, un prix de journée inférieur à celui des Hôpitaux Psychiatriques pourrait y être pratiqué.

Le **29 mai 1953**, un arrêté vient valider les diplômes de formation professionnelle délivrés par 65 hôpitaux. Le 7 juillet de la même année un circulaire crée le diplôme d'infirmiers ou d'infirmières des H.P..

Novembre 1953 - Editorial de D.. L'été 1953 ayant été marqué par des grèves dans tout le secteur public, le secrétaire général pose le problème de la solidarité vis-à-vis des mouvements de revendication. Le conseil syndical consulté sur cette solidarité, se prononce nettement pour une abstention. Trois psychiatres se montrent favorables pour témoigner leur soutien aux luttes populaires. Les arguments avancés par les abstentionnistes sont les suivants : les chefs de service, directeurs des établissements doivent être solidaires avec l'autorité ; *dans la mesure où l'action entreprise (par d'autres) prend l'allure d'un désordre non toléré par le*

pouvoir, nous, chefs de service ou directeurs, ne pouvons marquer notre approbation.

** Nos intérêts sont différents de ceux des masses revendicatives. Nous ne devons agir que si nos intérêts de médecins des H.P. sont menacés ;*

** Etre solidaires ne nous rapporterait rien de la part du prolétariat, à l'égard duquel nous apparaissons comme des patrons.*

Encore l'ombre des camps...

D., pour élargir le débat au sein du Syndicat, développe une analyse vis-à-vis de laquelle il demande à ses pairs de se positionner : *La défense de l'homme est indivisible !* Huit ans après l'ouverture des camps de concentration, les médecins psychiatres se doivent de regarder la réalité en face : les conditions de soins du malade mental n'ont fait que régresser. Dans ce contexte, lui pense qu'ils doivent être solidaires avec ceux qui souhaitent améliorer les conditions de vie dans les H.P.. Leur engagement ou leur refus signera la façon dont ils assument leur fonction.

Seuls les moins fortunées nous considèrent comme des bourgeois

Dans les pages qui suivent, l'Information Psychiatrique reproduit un article d'un médecin, le Docteur L., paru dans le LE CONCOURS MEDICAL du 10 octobre 1953 qui s'intitule "médecins et grèves". Ce dernier commente un texte publié dans "le courrier de Saône-et-Loire" du 13 août 1953. Voilà le texte et son commentaire :

Le Docteur G. F... informe son aimable et assidue clientèle que pendant toute la durée de la grève, il ne recevra en consultation aucun membre des P.T.T., de la S.N.C.F., ni aucun employé de la fonction publique dont l'administration participe à la grève suicide actuelle. Prière de ne pas insister.

Le Docteur L. tente tout d'abord de dédramatiser : *il est fort probable que notre confrère, sa colère calmée, n'aura rejeté aucun appel, même émanant d'un gréviste, et sans qu'il ait été nécessaire d'insister.* Il poursuit en précisant cependant que l'attitude de ce psychiatre est sûrement cautionnée par bon nombre de ses confrères, car dit-il

Nous avons trop spontanément tendance à nous ranger du côté des patrons et non des ouvriers, des possédants et non des prolétaires, du côté des forts et non des faibles, alors que nous ne sommes ni patrons, ni possédants, ni forts. Nous nous rendons compte un peu plus chaque jour que nous sommes exploités, et nous ne manquons pas une occasion de nous en lamenter, mais nous conservons précieusement un complexe de bourgeois.

Or, poursuit-il, méfions nous. Certains sont convaincus d'appartenir à la classe dirigeante du pays, à "l'intelligentsia". En réalité, nous sommes isolés dans le corps social, "seules les couches sociales les plus modestes et les moins fortunées nous considèrent comme des bourgeois", seules ces classes nous considèrent comme "solidaires de la classe d'un patronat qu'ils combattent". Dans les faits, il n'existe aucune solidarité entre le corps médical et les véritables classes dirigeantes du pays. Le médecin est même considéré par le patronat d'abord comme un salarié en puissance "dont on peut acheter la capacité de travail, et au meilleur prix".

C'est ainsi que dans les conseils d'administration des Caisses de Sécurité Sociale, les employeurs s'emploient à réduire les honoraires.

En conclusion, dit-il, trop de ses confrères n'ont aucune conscience de la place qu'ils occupent au sein des rapports sociaux :

Ce ne sont ni la quête de monopoles médicaux auprès des employeurs, ni les flagorneries auprès des puissants du jour qui nous permettront d'obtenir l'adhésion de nos alliés naturels ; c'est essentiellement par des contacts directs avec les représentants syndicaux des différentes catégories de travailleurs que nous pourrons exposer et faire accepter nos buts.

Certains ont pensé que les Syndicats médicaux auraient gagné à s'affilier directement aux grandes Centrales syndicales ouvrières pour pouvoir précisément établir de tels contacts. Cette solution risque cependant d'entraîner un éclatement des Syndicats déjà existants, éclatement préjudiciable à nos intérêts en raison de notre petit nombre et de notre dispersion. Mais sans jouer les apprentis sorciers et en partant de situations déjà existantes il doit être possible au syndicalisme médical de retrouver des forces en reprenant, tel Atlas, contact avec la terre, - soit en l'occurrence avec l'ensemble de nos malades.

1953 : premier plaidoyer pour le service ouvert

Dans les dernières pages de l'Information Psychiatrique de 1953, quatre psychiatres dont T. et L. font le point sur l'évolution thérapeutique de 100 entrantes dans un service fermé de la Seine (pp. 252 à 264).

* Premier constat : de plus en plus de psychotiques peuvent être pris en charge dans des services ouverts, ce qui implique que les établissements psychiatriques de la Seine seront, d'ici quelques années *les dépotoirs des grands arriérés, des séniles, des médico-légaux et des chroniques : mi-hospices, mi-garderies, mi-prisons.*

* Deuxième constat : le dispositif de la loi de 1838 est considéré comme totalement inadéquat *aux nécessités techniques comme aux conditions plus générales, morales et sociales, de la thérapeutique psychiatrique.*

* Troisième constat : le placement libre répond aux besoins de l'immense majorité des malades hospitalisés. Ils font d'ailleurs remarquer qu'à AMSTERDAM, aucun internement n'était imposé par la contrainte.

* Quatrième constat : l'H.P. est de plus en plus en décalage avec la vie, *enfermé dans ses propres murs, ses règlements et ses habitudes, immobile et pétrifié.*

Cette réalité à laquelle il faut rajouter l'insuffisance numérique du personnel infirmier et la réduction des possibilités technologiques induit un rejet et une crainte de la part du public (malades et familles) qui va ailleurs chercher des prestations de meilleure qualité. *Le caractère de classe de l'H.P. ne cesse de s'accroître.* Les conséquences en seront une fuite des compétences vers l'extérieur.

Avant d'énoncer quelques propositions, leur jugement tombe comme un couperet : *le traitement des malades mentaux dans des 'établissements régis par la loi de 1838' est dépassé historiquement. Toute la psychiatrie vivante se fait ou se fera de plus en plus dans un autre système médical, social, juridique et administratif.*

Modifier les conceptions passéistes

Il faut modifier l'état d'esprit de bon nombre de psychiatres dont les conceptions sont bien souvent passéistes, créer des lits de psychiatrie dans des structures recevant des malades de médecine générale, supprimer la tutelle légale de la loi de 1838 pour les H.P., réunir en un seul corps les psychiatres des hôpitaux installés en libéral et ceux du cadre des H.P., que les psychiatres en exercice innover le plus possible dans le cadre existant, en matière d'alternative à l'hospitalisation, qu'ils luttent pour de meilleures conditions matérielles, en personnel... qu'ils sachent également "se vendre" en démontrant l'efficacité de leurs pratiques par l'augmentation des sorties de malades.

Février 1954. *Devant l'état de la psychiatrie, dit D., deux attitudes pour le syndicat sont possibles : le sauve-qui-peut ou la lutte dans la solidarité.* La première solution est corporatiste et c'est pour D., amer, l'orientation malheureuse qu'a pris leur syndicat. Qu'en est-il des volontés originelles ?

Si nous regardons un peu superficiellement l'évolution de notre Syndicat, les votes des assemblées générales de ces derniers temps nous pouvons être amenés à penser que telle est la base d'union de notre cadre.

Le militantisme n'est plus là

Depuis 1945, l'équipe du conseil syndical qu'il dirige a toujours travaillé dans le sens des intérêts des médecins et au delà, du malade. Or, *le militantisme n'est plus là, les divergences de fond, dit-il, sont permanentes. Notre syndicat ne peut être une société d'assurance limitée aux petits risques individuels. Le syndicat, poursuit-il, doit sortir de la routine ; en conséquence, le conseil dans son entier*

démissionnera en mai 1954.

Dans ce même numéro, O. affirme l'importance des qualités personnelles de ceux qui sont au contact des malades : assistantes sociales, infirmiers,... Il est élogieux pour ces derniers :

Formés au contact quotidien et permanent du malade dans l'ensemble de ses conduites, ayant acquis une connaissance empirique et (si on les y aide) réfléchie de ses modalités réactionnelles, ayant appris à s'attacher à un individu ou à un cas au cours des thérapeutiques médicales et de choc, ils sont seuls à même d'utiliser ces connaissances pour la rééducation.

Ils ne sont plus des gardiens,

un bon infirmier suit le malade de l'insuline à l'atelier, il sait qu'il doit poser ses seringues et quitter sa blouse pour continuer son travail, que ses 8 heures de présence correspondent à des fonctions allant de la discipline au jeu.

En conséquence, dit-il, l'ergothérapie est un travail qui concerne en tout premier lieu, l'infirmier.

Un bon infirmier...

B. fera ensuite le point sur la situation des infirmiers en Angleterre et en Ecosse. Leurs conditions sont fondamentalement différentes : sélection, formation technique, niveau de vie, situation sociale sont nettement supérieures à ce que l'on connaît en France.

L'infirmier y écrit beaucoup plus : en France, 2 ou 3 manuels d'infirmiers rédigés par des médecins, en Angleterre, une centaine, produit par l'infirmier lui-même. *Quels sont les infirmiers ou infirmières de nos hôpitaux qui auraient la culture suffisante pour rédiger un manuel ?*

Enfin, l'infirmier anglais possède une structure propre de gestion de sa profession qui assure le contrôle des pratiques infirmières. *Ce n'est plus un travailleur instruit passivement par le cours d'un médecin mais un technicien qui élabore sa propre technique, sa propre formation, et marque ainsi l'avènement de sa majorité.*

Publication des débats du parlement du **14 décembre 1953**. Un député interpelle le ministre au sujet d'une affaire de contention d'un malade à l'hôpital de BASTIA, *attaché par des chaînes au sol*. Suivra le vote du budget au cours duquel on s'inquiètera de l'augmentation des hospitalisations : 75 000 en 1948, 100 000 en 1953 (la cause indirecte évoquée est toujours l'alcoolisme) et du nombre limité de lits : 60 à 70 000. La gauche demandera que le budget soit véritablement augmenté sous peine de condamner des dizaines de milliers de français à la mort psychique. Elle exigera également que l'état réfléchisse sérieusement au problème de

l'alcoolisme, et que la prévention et la réadaptation des malades mentaux fassent l'objet d'une loi. Elle sera très critique vis-à-vis de la gestion étatique centralisée : *que votre administration centrale abandonne sa volonté aveugle de tout régenter sans tenir compte du cadre et de l'ambiance*, ainsi qu'à l'encontre du gouvernement, dans la décision qu'il a prise de placer sans aucune logique, 80 fillettes d'un Institut Médico-Pédagogique dans des services de psychiatrie adulte ; l'intérêt de ces enfants n'ayant été à aucun moment pris en compte.

Les revendications doivent être corporatistes

Mars 1954. Réponse à l'article de D. : l'action du syndicat doit-elle être politique ? Non, répond De.. Les propos marxistes de certains ne peuvent être de mise en son sein. *La défense de l'homme relève du citoyen, et non du médecin en tant que tel. Le médecin, même psychiatre, a pour rôle spécifique le traitement du malade et de la maladie, y compris la considération des incidences sociales de cette dernière, mais le "lieu" de pensée et d'action demeure de qualité médicale, non politique.*

Les revendications doivent être corporatistes, l'alliance avec les centrales syndicales ne se justifie que si elle a une incidence positive sur le traitement des médecins.

Dans le même numéro, un questionnaire-guide est proposé aux lecteurs pour faire le point sur la qualité des prises en charge. Les questions posées (conditions de vie des malades, des personnels...) relèvent aussi d'une interrogation d'ordre politique sur l'état des H.P. : plus de 300 questions pp. 102 à 117.

De la même façon, l'état des quartiers psychiatriques dépendant de l'Assistance Publique de Marseille dénotent des conditions de travail et de vie propres au sous-prolétariat (questions écrites des députés à l'Assemblée Nationale) : *services de 230 malades où les soins sont assurés par 7 agents. Pendant l'hiver, faute de locaux, les malades passent 12 heures dans la cour des pavillons. 32 malades couchent sur des paillasses à même le sol dans l'infirmerie...*

Le plan comptable

Avril 1954. L'essentiel de ce numéro est consacré à la conférence faite par LAUZIER, médecin-directeur d'un H.P., à l'école nationale de la Santé : l'objet en est la réforme de la comptabilité hospitalière. Que dit-il ? Et cela devant celui qui deviendra le futur directeur général de la santé, le Docteur AUJALEU. A l'heure où l'hôpital perd son caractère d'organisme charitable pour devenir un

producteur, un marchand de soins, la question se pose de savoir si une comptabilité commerciale ne fournirait pas aussi bien aux gestionnaires qu'aux contrôleurs, une information plus exacte, plus rapide et plus complète que celle dont nous pouvons actuellement disposer.

Ce même médecin vantera les réformes en cours en matière de comptabilité hospitalière, en faisant remarquer que la seule différence entre elle et la comptabilité commerciale (dont l'objet est de contrôler les plus et moins-values) se situe dans le fait qu'elle se limite au calcul et à l'analyse des prix de revient par service.

La mise en place expérimentale du plan comptable à DIJON et à PREMONTRE ayant donné satisfaction, c'est donc à l'ensemble des H.P. du territoire qu'il va être appliqué. Son objet : *permettre aux autorités de tutelle d'évaluer, au prix d'un rapide examen les efforts accomplis par les établissements sur certains points particuliers.*

De petits fonctionnaires ayant épuisé tout espoir de promotion

Editorial **mai 1954** rédigé par le nouveau secrétaire, SIVADON. Il fait état :

- D'une démobilitation chez les psychiatres des H.P.. Il s'agit de savoir si notre syndicat est un organisme représentatif d'une corporation satisfaite de son état et dont il s'agit de maintenir les traditions et privilèges, ou s'il est l'instrument où viennent se cristalliser nos insatisfactions pour être transmutes en activités rénovatrices.
- D'un clivage dans les choix professionnels. Que reste-t-il de nous ? De petits fonctionnaires ayant, bien avant la quarantaine, épuisé tout espoir de promotion de classe ou de grade, enfermés dans le dilemme, ou de bien faire leur métier en passant pour indisciplinés, ou d'être de parfaits serviteurs de l'Etat en trahissant leur vocation.
- d'un rapport de force cependant favorable lié à un nombre croissant de malades et à la rareté des médecins et de leurs collaborateurs.

Il reste aussi que nous sommes cette poignée de techniciens sur lesquels la responsabilité de rendre la dignité d'homme à 100.000 malades dont la société fait des parias. Il reste que nous sommes 300 là où nous devrions être 3.000. Il reste que notre technicité nous rend difficilement remplaçables et qu'au moment où la demande psychiatrique s'accroît dans le secteur privé, au moment où plusieurs dizaines de milliers de psychopathes manquent de spécialistes pour les traiter, on peut affirmer que l'administration hospitalière a davantage besoin des psychiatres que les psychiatres n'ont besoin d'elle.

Mais on observe surtout que la particularisation des rapports sociaux commence son oeuvre :

quand on lance une circulaire mettant en cause la structure même du Syndicat et qu'on reçoit quatre réponses ; quand on offre d'adresser gratuitement un document de l'O.M.S. sur l'organisation de l'Hôpital psychiatrique et que six collègues

seulement manifestent leur intérêt, on peut se demander si une vague d'indifférence générale n'est pas en train d'anéantir toute possibilité de vie syndicale.

L'idée d'un syndicalisme "apolitique" est fausse et infantine.

Cet éditorial sera suivi d'un article de H. EY qui trace les grandes orientations politiques du prochain conseil syndical : revendiquer et obtenir un statut décent en rapport avec celui dont disposent les psychiatres privés. *Il est grand temps de faire comprendre aux Pouvoirs Publics quel est notre rôle réel de médecin, quelle est notre véritable fonction.*

On retrouve dans les pages suivantes, un article de LE GUILLANT en réponse à l'apolitisme voulu par certains dans l'action syndicale. Pour lui, c'est de l'hypocrisie. *J'ai toujours pensé et dit que l'idée d'un syndicalisme "apolitique" est fausse et même infantine ; il n'est pas un aspect de notre carrière ou de nos conditions de travail qui ne soit étroitement lié aux problèmes politiques les plus généraux.*

Ces prises de positions ont toujours coïncidé avec l'intérêt des malades. C'est en tout cas le but poursuivi. A l'opposé, l'apolitisme de certains est jugé comme une attitude de collaboration avec le gouvernement. *Si inféodation et duperie politique existent, c'est bien ici, dans ce comportement, qu'elles sont manifestes.*

Où les réunions du personnel peuvent-elles se tenir ?

Suivra la publication d'une réponse du Ministre de la Santé à une question écrite : les réunions du personnel peuvent-elles se tenir dans l'enceinte d'un établissement ? Seules les réunions qui se tiennent dans les locaux régulièrement affectés aux organisations syndicales sont tolérées dans les hôpitaux.

Un article du Docteur ABELY, publié dans plusieurs numéros de l'Information Psychiatrique, traite des congés de longue durée chez les fonctionnaires.

Nous ne pouvons en toute sincérité qu'avouer à leur sujet notre ignorance pathogénique. Nous avons le devoir de ne pas monter en épingle les faits imprécis qui satisferaient nos conceptions organogénétiques ou psychogénétiques mais dont le caractère hypothétique et conjectural est encore indéniable. En présence des cas concrets que nous offre le problème de l'imputabilité, sachons reconnaître notre impuissance à conclure scientifiquement et n'en faisons pas l'occasion de controverses doctrinales. L'expérience nous a montré qu'en ce qui concerne les causes professionnelles les allégations présentées sont, en règle générale, d'une évidente insuffisance.

Le 27 avril 1954, la Commission des Maladies Mentales est consultée sur le projet d'arrêté préparé par la Direction de l'Hygiène Sociale, portant sur la réorganisation de la formation professionnelle dans les H.P. A cette occasion REGIS demande à ce que les recrutements d'élèves infirmiers s'effectuent chaque année de façon

régulière.

Pour la création d'écoles d'infirmiers ... le soin infirmier devient un soin intellectuel

DAUMEZON et LE GUILLANT souhaitent la création d'écoles d'infirmiers dans les H.P.. La discussion se développe ensuite autour des difficultés qui se posent pour des jeunes à la fois en formation (il leur faut du temps pour apprendre) et qui doivent effectuer des tâches quotidiennes lourdes. Puis le salaire des élèves est évoqué : le principe de bourses ne pourra donner des résultats satisfaisants. Le temps d'enseignement devant être au moins de 15 heures sur les 45 heures hebdomadaires (selon BONNAFE), le Docteur AUJALEU, directeur de l'Hygiène Sociale, pense que dans ce cas, le principe du salariat sera refusé par le ministère des Finances.

Le nouveau Secrétaire National, SIVADON demande qu'une place de professeur soit laissée à des infirmiers, surveillants, internes... Avant que la séance ne soit levée, *il fait connaître qu'il a été avisé d'un projet tendant à utiliser, pour créer un H.P., les ruines de baraquements d'un camp de prisonniers dans la région d'Oran.*

Rapport O.M.S. sur l'hôpital Psychiatrique Public. Deux pages y sont consacrées à l'infirmier psychiatrique. On dit de lui qu'il est un agent capable d'agir seul, d'être thérapeutique, mais que cela est directement lié à sa formation et à la place qu'on lui laisse. Sa véritable zone de compétences : éveiller l'initiative chez "ses" malades et les aider à retrouver leur personnalité et leur indépendance, surtout dans les activités extrahospitalières, exige de lui qu'il comprenne les relations qu'il entretient avec les individus et les groupes : le soin infirmier est donc un soin intellectuel.

Lever une hypocrisie...

Dans le numéro de juillet 1954, débutera une controverse qui va durer plusieurs mois et provoquer des clivages importants au sein du syndicat : faut-il ou non sanctionner les comportements antisociaux des malades ? C'est un médecin-chef de LANNEMEZAN, UEBERSCHLAG, qui induit ce débat. Pour lui, on doit lever l'hypocrisie qui règne dans les services médicaux. Que fait-on en effet, dans une unité de soins, lorsque les malades vivent les traitements comme de la répression ? Lorsque tel médecin ordonne d'isoler, d'attacher ou de transférer un malade, n'est-ce pas tout autant une sanction que la "salle de police" qu'il a instituée dans son service et qui est garante de l'ordre et de la tranquillité dans un pavillon ? De plus, précise-t-il, *notre salle de police n'a que deux places pour un effectif de 500 pensionnaires, et la moitié du temps, elle est... vide.* En posant ce problème, il souhaite que ses pairs n'oublient pas les confidences spontanées de nombreux malades qui jettent un jour nouveau sur la signification profonde des traitements appliqués par la psychiatrie actuel. En effet, il semble que nombreux sont ceux qui, au moment du choc cardiazol ou de l'électrochoc, éprouvent une douleur et une

angoisse indicible ; nombreux encore sont ceux pour qui la cure de Sackel est un affreux supplice ou qui n'acceptent qu'à contre-cœur les injections d'air - d'ailleurs toujours douloureuses dans le canal rachidien, ou de produits destinés à provoquer de la fièvre, etc.. Pour notre part, nous avons vu des malades s'évader ou tenter de s'évader pour échapper à des traitements que le psychiatre généralement leur impose non seulement sans solliciter leur avis mais nettement contre leur gré.

Finally, précise-t-il,

si nous posons ces questions, ce n'est pas seulement dans un esprit de vérité et de justice - car nous ne sommes point philosophes, nous sommes médecins - mais pour que nos malades soient enfin traités dans la dignité et sans hypocrisie, pour que dans la mesure du possible on sauvegarde leur responsabilité, afin de leur rendre leur personnalité.

...et sanctionner les malades

Enfin, reconnaître qu'au-delà du comportement pathologique, le malade doit rendre des comptes par rapport à la loi du service, c'est l'admettre comme une personne, *un pauvre malade qui essaie de remonter la pente vers l'équilibre social, soutenu par son médecin, comme l'enfant qui, soutenu par son père, essaie de devenir un citoyen.*

Ce numéro rapportera ensuite un compte-rendu d'une affaire de diffamation. Deux journalistes sont condamnés par la Cour de Cassation pour avoir raconté dans leur journal "Franc-Tireur", le peu d'attention manifestée par un psychiatre vis-à-vis des revendications de famille se plaignant des coups donnés par les infirmiers, *qu'il avait toléré, sinon autorisé la pratique, par les infirmiers placés sous ses ordres, de violences envers les malades et d'avoir maintenu des internements arbitraires.*

2 septembre 1954. Un débat officialise et clôt la polémique née du remplacement des médecins-directeurs par des administratifs. La loi autorise désormais cette gestion à tous les H.P. de plus de 1 000 lits.

Une relation étroite entre salle de police et système de travail ?

"L'Information Psychiatrique" de **décembre 1954**. FOLLIN et BALIER répondent à UEBERSCHLAG : ses théories posent le problème du soin au malade mental sous l'angle de la rééducation. Pour eux, le soin ne peut se concevoir qu'en terme de réadaptation. Ils s'opposent de fait au travail des malades, que sous-tend le soin rééducatif, c'est de l'exploitation, le pécule est ridiculement bas. Finalement les malades *payent ce qui leur est dû*. L'article s'achève de façon très critique : *en définitive, il paraît qu'il y a une relation étroite entre salle de police, punitions diverses et en général jugement et sanctions de caractère pénal et ce système de travail qui, malgré les déclarations emphatiques fait dans la pratique assez bon*

marché de la personne du malade.

Le dernier article de fond de l'année 1954 est rédigé par SIVADON : *Faut-il supprimer la loi de 1838 sur les aliénés ?* Il est très critique : *le rituel de l'internement a pour fonction essentielle, dans la société, de consacrer l'état d'aliénation bien avant que de protéger les droits de l'individu.*

Il se positionne contre une loi spéciale pour les malades mentaux. La grande majorité peut être traitée sous le même régime que les autres malades, ce que quelques années auparavant ses pairs avaient déjà constaté. Si une loi doit être rédigée, elle doit permettre de traiter un malade inconscient ou dangereux pour la société et non consentant : soit une mesure de tutelle médicale ; ou d'aider ou suppléer dans la gestion de leurs biens les malades partiellement ou totalement inaptes à cette gestion : soit une mesure de tutelle civile.

Quant à la loi de juin 1838 : *conservons-là et laissons aux Préfets et à quelques médecins attardés de décider si tel ou tel est, ou non, atteint d'aliénation mentale.*

1955. Le premier numéro de l'Information Psychiatrique est tout entier consacré à la psychiatrie d'Outre-Mer.

Sous des dehors d'amabilité, un complexe anti-blanc...

Différents constats : la dépression est rare chez les indigènes vivant dans leur milieu de vie habituel ; elle augmente de façon importante chez les sujets transplantés. Le système éducatif conditionne "largement la résistance psychique ultérieure du sujet continuant à vivre dans le groupe d'origine". Cette psychiatrie connaît des conditions matérielles déplorables ainsi que des difficultés de communication, de compréhension, liées à des cultures différentes et à une grille de lecture construite ailleurs. Elle est confrontée à des rapports de classes parfois difficiles :

une situation de fait attristante : c'est l'existence chez l'autochtone d'un complexe anti-blanc - sous des dehors d'amabilité coutumière, voire d'obséquiosité, alors même qu'on l'aborde "le coeur sur la main". Il n'y a pas à se dissimuler qu'il existe là une grosse difficulté, quasi-irréductible, qui boycotte systématiquement le "métropolitain" et qui doit tenir elle-même à l'existence d'un complexe infériorité - supériorité, et en définitive à un niveau mental général peu élevé. Il existe, heureusement, quelques exceptions rares. Mais elles confirment la règle...

Janvier 1955. C'est aussi le premier numéro de "Vie collective et traitement", qui est un bulletin ronéotypé du personnel des établissements de soins pour malades mentaux, dirigé par G. DAUMEZON et Madame LE GUILLANT, édité par les Centre d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active. Il a pour but de donner aux infirmiers des informations sur les méthodes éducatives employées aujourd'hui

avec succès dans la réadaptation des malades mentaux, et sur les nouvelles thérapeutiques psychiatriques.

Une rubrique sur LA VIE COLLECTIVE essaiera d'analyser les conditions de vie quotidienne des malades : comment améliorer l'atmosphère des repas, des soirées, l'accueil des malades, etc..

Dans cette première partie, les infirmiers pourront, dans de brefs comptes-rendus d'expériences, témoigner des transformations auxquelles il ont participé dans la vie de leur pavillon ou d'un service, de leurs initiatives, de leurs difficultés et de leurs réussites.

Une seconde partie réservée aux TRAITEMENT donnera quelques conseils pratiques sur les soins, les thérapeutiques nouvelles.

L'hôpital psychiatrique doit être dirigé par un psychiatre

Mars 1955 : le Docteur UEBERSCHLAG, réagit aux propos tenus dans une circulaire rédigée par l'association des directeurs administratifs des H.P. : à l'encontre de tous les constats effectués sur les effets positifs de la limitation du nombre de lits par H.P., ceux-ci argumentent et justifient les normes supérieures qui obligent à la création de postes de directeurs administratifs : la loi l'autorise, rappelons-le pour les H.P. supérieures à 1000 lits.

Je trouve déplacé que des directeurs administratifs - et cette démarche suffit à juger de l'opportunité de les maintenir en place à la tête d'hôpitaux hautement spécialisés comme les hôpitaux psychiatriques - s'arrogent le droit de décider de la forme que doit prendre l'hôpital psychiatrique pour le grand bien des malades et en décidant contrairement à l'avis de techniciens médicaux éprouvés et cela uniquement pour maintenir leur prérogative périmée.

La réaction du Conseil syndical va dans le même sens :

de même que les crédits du réseau routier sont confiés à un technicien, l'Ingénieur en chef des Ponts et Chaussées, que les crédits de l'enseignement sont confiés à l'Inspecteur d'Académie, que le lycée est dirigé par un Proviseur et non par un économiste, l'hôpital psychiatrique doit être dirigé par un psychiatre.

Un univers concentrationnaire qui décourage le dévouement

Comme les années précédentes, les débats de l'Assemblée Nationale sont critiques vis-à-vis du budget et des orientations du ministère de la Santé : quand et comment va-t-on réduire l'augmentation des malades parqués dans un univers concentrationnaire par le surpeuplement, qui décourage le dévouement, la patience des médecins et des infirmiers. Devant l'incurie du gouvernement, un député propose la création de cliniques à la gestion autonome qui ne devraient rien

coûter à l'état, aux départements ou à la collectivité qui a acheté et équipé la maison... par la concurrence et la compétition que développerait une formule de cet ordre, il semble qu'on puisse contribuer utilement au renouveau de la psychiatrie française.

Le problème de l'alcoolisme est ensuite abordé ainsi que celui du lobby des bouilleurs de cru. L'intérêt des Placements Familiaux l'est également, non pas dans leur dimension thérapeutique mais bien parce qu'ils permettent de libérer des lits (il en manque 40.000).

[1ière partie](#) L'ombre des camps...

[3ième partie](#) Tout le monde le sait...

[4ième partie](#) "Qu'un infirmier ait des clartés sur tout"

[Retour à l'Index](#)

Site créé le 02 août-1997. - Dr J. Morenon, 8 rue des tanneurs, F-04500 [RIEZ](#)

Emplacement du Fichier :

<http://jean.morenon.fr/PDF/syndic2.pdf>

