

## **DESTINS DE FOUS : LE SORT TRAGIQUE DES MALADES MENTAUX SOUS L'OCCUPATION**

### **REACTIONS D'ANNICK PERRIN NIQUET, CADRE INFIRMIER ET ANNE PARRIAUD, PSYCHIATRE**

PAR ANNICK PERRIN NIQUET  
CONTRIBUTION POUR LA TABLE RONDE (16/10/03)

Au moment même où je quittais le centre hospitalier « Le Vinatier », après 24 ans passés à soigner, former, encadrer, La Ferme me sollicitait pour intervenir dans le cadre de ce colloque pour témoigner de la parole infirmière sur une tragédie dans l'histoire de la psychiatrie : 40 000 malades mentaux morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques , durant les années d'occupation.

Je remercie vivement La ferme, et c'est avec émotion que l'infirmière que j'ai été, s'exprime sur ce sujet.

Je travaille donc maintenant au CH de Saint Cyr au Mont d'Or, comme cadre supérieur de santé.

Dans la perspective de cette réflexion, j'ai pu observer que les points de vue et vécus soignants autour de cette question sont beaucoup moins polémiques dans cette institution qui a ouvert ses portes, il y a une trentaine d'années, échappant ainsi à l'héritage asilaire. Même les patients le disent : « Là-bas, c'est pour les fous ».

Auparavant ma formation d'infirmière (1979/1982) a été traversée par la problématique soulevée par la thèse de Max Lafont.

Par la suite, les histoires racontées par les infirmiers « séniors » au sujet de cet épisode abondaient également dans ce sens.

#### **1. Des résultats d'enquête déstabilisants :**

Les résultats présentés par Isabelle Von Buelzingsloewen rendent caduques les différentes hypothèses pré-existantes :

- Pas d'intentionnalité officielle d'exterminer les malades mentaux
- Pas de génocide, c'est à dire pas de destruction méthodique d'une population
- Pas d'euthanasie.

Une conjoncture de facteurs intriqués les uns aux autres sont responsables de cette tragédie, et notamment la mécanique asilaire elle-même.

Pourtant, malgré ces résultats issus d'une analyse rationnelle des faits, mon trouble persiste. Comme une conviction intime qui rôde.

#### **2. Penser les faits :**

Cette tragédie, dure à évoquer, a fait l'objet d'une longue occultation par le corps social comme par la profession elle-même.

Nous voilà confrontés à un décalage troublant entre les évocations, témoignages, récits, écrits qui ont baigné la profession, les formations des uns et des autres, et les résultats de l'enquête présentés ce soir. Que faire alors de ces éléments qui ont fondé notre culture soignante en psychiatrie, véritable construction collective ?

Quel crédit apporter à la transmission orale prégnante dans notre métier et qui souvent pré-existe aux études scientifiques ?

Quel crédit apporter au souvenir des anciens ?

Considérons aussi que cette tragédie ne peut être isolée du destin même des fous, qui, au gré des philosophies et idéologies sociétales, a été marqué par l'exclusion, l'enfermement, la peur du malade mental, et ce, de manière récurrente.

Puisqu'il est finalement question du souvenir, il devient donc nécessaire de se remémorer : en effet, se retourner sur le passé, c'est aussi garder la direction à suivre.

Et dans le prolongement du souvenir, il y a la commémoration.

Se commémorer, c'est se souvenir ensemble qu'on a une responsabilité collective mais aussi individuelle face aux faits de société. A propos de ce type d'évènement sur lequel nous nous arrêtons ce soir, il s'agit donc de se souvenir qu'il y a peut-être un personnage à risque en chacun d'entre nous.

Il apparaît nécessaire de se questionner sur ce qui s'est passé, comme sur ce qui se déroule autour de nous, de se saisir de capacités d'analyse et de réactivité fortes dans un contexte sociétal dangereux. Car certains peuvent ou ont pu avoir des attitudes pouvant expliquer en partie les dysfonctionnements identifiés par l'enquête présentée ce soir.

Voilà déjà un premier enseignement : rester dans une attitude de vigilance et parfois dans une dynamique de militance collective.

Il faut aussi rappeler en l'occurrence le contexte asilaire, concentrationnaire de l'époque.

Il a fallu du temps pour passer de la notion de « folie » à la conception de maladie mentale. Et à cette époque, la maladie mentale était considérée comme incurable.

Au-delà des considérations générales et habituelles portant sur les gardiens de fous, il est évident qu'en ces années d'occupation, difficiles tant sur le plan professionnel que personnel, les professionnels ont pu adopter des attitudes différentes au sein de l'asile, à savoir des stratégies individuelles et collectives en terme :

- D'évitement
- De survie personnelle
- De silence
- De laisser faire

Et peut-être pour une poignée d'hommes des conduites plus discutables, déviantes.

Les conceptions des soignants quant à la maladie mentale pouvaient également influencer sur leur attitude et leur comportement à l'égard des patients, comme de l'institution.

Et enfin, dans ce contexte de guerre, d'occupation et d'asile, il y a à s'interroger sur le rapport de chacun à l'autorité, dans le couple soumission/opposition, qui a pu se traduire pour certains par une activité de « résistance », et ce pour tous les professionnels de l'établissement.

Le rapport au pouvoir, c'est le pouvoir exercé sur l'autre, qui est fortement sollicité lorsqu'il s'agit de soigner, éduquer, diriger.

Un second enseignement se dessine : l'influence du contexte sociétal, idéologique sur la responsabilité individuelle et collective de l'organisation soignante et administrative dans la conception et la finalité du soin en psychiatrie.

### **3. Et les infirmiers des hôpitaux psychiatriques alors ?**

Leur rôle se situe incontestablement plus dans le gardiennage que dans le soin.

Le soin infirmier en psychiatrie s'est construit lentement, d'une manière chaotique, aléatoire.

Rappelons que l'obligation de former des infirmiers spécialisés est apparue en 1955 ; même si des formations existaient auparavant, elles n'étaient pas indispensables pour exercer.

L'identité professionnelle dépend de la qualification et de la reconnaissance de cette qualification par l'environnement professionnel. A ce sujet les aventures du diplôme d'infirmier en psychiatrie en disent long...

Les gardiens exerçaient donc sans aucune formation. Le recrutement en psychiatrie avait moins d'exigence que pour l'exercice infirmier en soins généraux. Non seulement le diplôme d'infirmière en soins généraux existait depuis les années 1920, mais en plus l'origine sociale des infirmières relevait plus de l'image « jeune fille de bonne famille », animée par une motivation caritative.

L'infirmier des asiles, puis des hôpitaux psychiatriques était issu d'origines sociales plus variées, et la motivation clinique était bien secondaire. En premier se présentait un motif économique.

Le travail infirmier, s'inscrivant dans un milieu sécuritaire, disciplinaire, très ritualisé, hiérarchisé, était complètement absorbé dans le fonctionnement de l'asile : hygiène, repas, travail partagé avec les malades, la mission principale était bien de « faire tourner l'asile » pour lui-même, et ce dans des conditions difficiles et autarciques.

#### 4. La maladie mentale est fortement liée aux choix de société et aux avancées scientifiques :

Cet événement pose la question de la place du malade mental dans la société, place déterminée par les conceptions sur l'homme et sur la maladie mentale.

Il a fallu beaucoup de temps pour reconnaître la folie comme une maladie, de surcroît guérissable, des siècles en somme.

Sous les années d'occupation, les pratiques commençaient à être soignantes, marquées par un débat récurrent entre la genèse organique ou psychologique des troubles mentaux. Enfin, des thérapeutiques se mettaient en place, elles suivaient de près les positions scientifiques du débat.

Le malade mental est resté longtemps comme un malade de « seconde zone », un sous-malade, pour exemple les différences de considération entre les malades relevant des soins généraux et ceux relevant de la psychiatrie. Il est arrivé, et il arrive encore parfois que les soignants eux-mêmes soient assimilés à des soignants de seconde zone.

Aussi, des idéologies dominantes dans un contexte sociétal donné peuvent très bien influencer les soins ou les « non soins » apportés aux malades mentaux.

La place du malade mental est à ce titre un indicateur des idéologies et choix sociétaux.

#### 5. L'innovation par la crise

Cette période de crise et de confrontation à un contexte de survie vitale, a vu émerger à l'hôpital de St Alban sur Limagnole, en Lozère, un courant thérapeutique, la psychothérapie institutionnelle, faisant advenir à la profession, les concepts fondamentaux du soin :

- Le soin par la relation
- Une approche humaniste et une pratique humanisante
- La politique de secteur
- La clinique du sujet
- L'implication de la psychopathologie
- Le travail en équipe.
- L'analyse institutionnelle.

Ce courant a invité l'infirmier à devenir non seulement un soignant, mais un vrai partenaire du soin.

De leur côté, les traitements biologiques s'affirmaient, amenant les infirmiers à s'inscrire dans des soins dits techniques.

Et enfin, ce mouvement a initié un long de travail de désinstitutionnalisation qui pris fin ces dernières années, et ce donc, bien avant les recommandations actuelles, prégnantes, demandant des durées moyennes de séjours très courtes...

## 6. Paroles d'infirmiers :

Cet évènement résonne et raisonne encore aujourd'hui auprès des infirmiers.

A son évocation, la profession répond : « C'est pour ça que... ».

Et d'enchaîner sur les valeurs de soins qui ont émergées de l'histoire elle-même de la psychiatrie, que cet évènement a renforcé, devenant l'illustration même du destin des malades mentaux. Ces valeurs et principes de soins sont les suivants :

- Attitude de vigilance : être capable d'observer, de s'étonner, de s'émouvoir, de s'opposer, de se laisser toucher par la souffrance psychique qu'entraîne les troubles mentaux,
- Se prêter au soin, avoir envie d'aider, de soutenir l'autre, et être capable de résister à sa folie,
- Donner au malade ses droits, et déjà celui de lui permettre d'exprimer sa folie, de la vivre, celui de trouver un lieu d'accueil pouvant recueillir sa souffrance, la laisser se dérouler, avec le temps qui lui faudra...
- Pas de discrimination ni ségrégation entre sujets,
- L'accès au soin pour tous,
- Maintien du sujet dans le corps de la société, en luttant contre l'isolement, l'exclusion, la rupture du lien social,
- Lutter contre l'aliénation, à la fois celle de la psychopathologie et celle du système de soin,
- Rester dans le soin en évitant un glissement vers le médico-social. En effet maintenir le patient dans un dispositif de soin affirme la volonté de rester dans le thérapeutique comme celle de ne pas recourir automatiquement à la notion de handicap.

Cette position de soignant explique en partie les réactions actuelles induites par le principe d'une économie sociale prégnante, qui vient faire effraction dans nos conceptions.

Ainsi, aux Etats Généraux de la psychiatrie de juin 2003, Angelo Poli, Médecin président de la CME à St Cyr au Mont d'Or affirmait : « J'aime mon métier, mais je n'aime pas comme on m'impose de le faire ».

Cette attitude est souvent interprétée comme une résistance au changement. Or l'objet est plutôt de défendre nos conceptions, pratiques de soins et savoirs-faire.

C'est donc une fonction de garde-fou que prend désormais l'infirmier en psychiatrie de par sa proximité en première ligne dans le soin qu'il soit préventif, éducatif, thérapeutique.

Je vous remercie,  
A. PERRIN-NIQUET

## Contribution à la journée du 16 Octobre 2003. La Ferme

Par Anne Parriaud

Je citerai en préambule un propos du philosophe Alain qui dit en substance que le devoir de mémoire ne vaut que pour ceux qui ont foi en l'avenir. C'est à ce titre que j'ai accepté de venir apporter mon témoignage à la réflexion d'aujourd'hui lorsque Carine Delanoë me l'a proposé. Chacun participe, personne n'est encore libre psychologiquement par rapport à cet épisode tragique de notre histoire. Celui-ci s'offre comme un miroir aux culpabilités individuelles et collectives. Le travail d'Isabelle von Bueltzingsloewen vient ponctuer le récit que nous tissons peu à peu de cette histoire, il l'éclaire de ses explorations appliquées bousculant des idées reçues (de qui ? de nous-mêmes peut-être...) et découvrant des données inconnues, des événements jusqu'ici indicibles. Il y a soixante ans...les historiens nous ont appris qu'il fallait des générations avant que l'histoire puisse s'écrire dans une relative sérénité.

On sait que la polémique a marqué les différentes étapes de cette mise en récit : elle est symptomatique de ces moments brûlants où l'histoire est exhumée avec tous ses miasmes. Je me risque à faire l'hypothèse que l'élaboration des faits historiques peut être mise en parallèle avec le travail du rêve que décrit Freud: ainsi, les événements de 42 pourraient être considérés comme les « restes diurnes » autour desquels se noue ce travail, et dont on connaît le rôle contingent, servir opportunément la problématique du rêveur...forcément marqué par la haine et la culpabilité.

Outre le travail du rêve qui serait représenté par la mise en récit de ces faits passés, il existe peut être d'autres modes d'expression de ce passé. J'en citerai deux. Le premier est du côté de l'action, le second correspondrait au refoulement.

### 1-La désinstitutionnalisation

Ce mouvement s'enracine dans le souvenir traumatique de la concentration des malades mentaux considérés comme incurables et improductifs et enfermés dans des asiles. C'est cette concentration qui les a menés à la famine et à la mort. Pour les psychiatres qui ont vécu cette période, cela signifiait la faillite de l'institution asilaire. Cela a conduit certains d'entre eux à un militantisme anti-asilaire qui a largement contribué à faire évoluer les établissements de soins psychiatriques : citons Paul Balvet qui a eu après-guerre un rôle majeur dans cette restauration et reconstruction de l'hôpital psychiatrique. L'éthique actuelle du soin psychiatrique de secteur découle en partie de ces événements traumatiques.

2-L'absence de représentation de ce lieu de l'asile a dû être à l'origine d'une inflation imaginaire qui a contribué à diaboliser et garder hors du champ social les occupants de cet asile. Je rappellerai simplement l'exemple historique de cette patiente décédée à l'âge de 110 ans dans l'un de nos services, ayant perdu depuis plus de soixante ans tout contact familial : la maladie mentale était marquée par la honte et le rejet. Et ceci même au sein des familles, où le sujet demeure encore aujourd'hui sinon tabou, du moins soigneusement tu...Ceci apparaît comme un fait culturel, un fait social. Un fait qui a également marqué les médecins que nous sommes : en tant qu'éléments de ce corps social et à ce titre porteurs du rejet et de la honte, mais aussi en tant qu'occupants de l'asile, proches des aliénés et en quelque sorte assimilés à eux. De la

même façon que leurs malades étaient considérés comme des parias, les psychiatres étaient les parias de la médecine. Les représentations négatives de la maladie mentale sont par ailleurs repérables à travers certains termes comme celui de « réhabilitation » qui est également employé pour les personnes ayant eu affaire à la Justice.

Il faut rappeler que l'asile d'aliénés de Bron est devenu l'hôpital départemental du Vinatier en 1937 et le terme « aliéné » restera en vigueur jusqu'en 1958. La dimension médicale des troubles était quasi ignorée : les aliénés étaient d'ailleurs encadrés par des gardiens et non des infirmiers. En 1983 les étudiants en médecine de deuxième année avaient l'équivalence pour être infirmiers au Vinatier, ce qui équivaut à dire qu'aucune formation particulière n'était alors requise.

Les malades mentaux sont la cinquième roue du char social et notre mission est de favoriser leur insertion. C'est ce qu'ont fait avant nous des collègues comme Ferdière ou les psychiatres de St Alban. Dans des périodes douloureuses et tragiques comme celle qui nous rassemble aujourd'hui, des actions menées par certains psychiatres dans le souci de l'intérêt, parfois vital, de leurs malades, ces actions ont pu être marquées par une lecture « après-coup » où le postulat semble demeurer le même : on fait violence aux fous.

Je rappellerai ainsi que Gaston Ferdière, psychiatre d'Antonin Artaud, « volait » les tickets de tabac de ses malades pour les échanger contre des tickets de rationnement afin de leur faire obtenir quelque supplément de nourriture. Il a, plus tard, été accusé de vol. Ici même au Vinatier, un pharmacien nommé Louis Revol allait faire chercher aux abattoirs du sang de bœuf, qu'il faisait boire à ses malades pour lutter contre les carences protéïques : on lui a ensuite reproché d'imposer avec sadisme un traitement répugnant à ses patients...

Nous, psychiatres, sommes les ambassadeurs de la folie vis à vis du social. Comment être à la hauteur de nos aînés ?

J'étais il y a peu au Congrès d'un grand syndicat de psychiatres, le Syndicat des Psychiatres Hospitaliers, qui s'interrogeait sur la place de l'hospitalisation temps plein dans le dispositif des soins en psychiatrie. Il a été frappant de constater à quel point nous avons du mal à préciser les indications de cette hospitalisation temps plein. Je rapporterais ici que étant alors dans la réflexion sur ce que j'allais vous dire aujourd'hui, je me suis interrogée sur la nature de telles hésitations (le terme d'inhibition serait plus approprié) : ne portent-elles pas, pour une part, la trace du souvenir d'un asile inhumain ? Le mouvement de médicalisation de notre discipline qui tend à assimiler les malades mentaux à « n'importe quels » malades n'a-t-il pas comme mobile inconscient le but de faire disparaître l'ostracisme dont les fous ont été l'objet ? Les psychiatres deviendraient alors des médecins comme les autres. Les asiles des hôpitaux comme les autres. Est-ce concevable ? Comment soutenir en tension cette mission de réhabilitation de nos malades et la défense de la spécificité du soin psychique ? Je livre ces questions à votre méditation...

Anne PARRIAUD