

LES CAHIERS DE L'HISTOIRE

BULLETIN DE L'ASSOCIATION DES AMIS DU CENTRE HOSPITALIER
INTERDEPARTEMENTAL DE CLERMONT.



N° 1
JANVIER 1997

SOMMAIRE

Edito	
<i>Présentation de l'Association</i>	2
Remerciements	
<i>à Alain Segret</i>	3
Création d'un lieu Musée Média	
<i>par Alain Segret</i>	3
De la psychiatrie	
<i>par Henri Theillou</i>	4
Arthérapie	11
Présentation du C.A.	12
Abonnement et distribution	12

EDITORIAL

Ce bulletin est l'un des moyens auxquels notre Association des Amis du Centre Hospitalier Interdépartemental de Clermont se propose d'avoir recours pour faire connaître son activité et pour recueillir les opinions de tous ceux qui s'intéressent à la psychiatrie en général et à notre établissement en particulier.

Notre association se veut à la fois, un lieu de rencontre et un centre d'information pour toutes les activités socio professionnelles du C.H.I... Etudes, colloques, expositions et travaux de recherche à caractère historique et pédagogique constituent les moyens essentiels de connaître le passé de l'établissement et de suivre son évolution. Toutefois, nous ne voulons pas rassembler seulement des idées et des hommes, mais aussi les objets car ceux-ci permettent souvent mieux que des écrits de faire revivre le passé. Dans ce but, nous avons déjà élaboré un projet de musée qui sera le lieu privilégié des rapports entre le public et les acteurs intrahospitaliers aussi bien que le lien entre le passé historique et l'actualité vivante.

L'appellation que nous avons donnée à notre association contient un élément affectif auquel nous attachons une grande importance. Nous désirons, en effet, agir sans ambition personnelle, et sans à priori politique et philosophique, mais guidés par le seul intérêt que nous portons à cet établissement auquel nous sommes les uns et les autres très attachés alors qu'il est appelé à connaître de profondes modifications dans une période où, comme je le précise par ailleurs, la Psychiatrie est en pleine évolution.

Le Président.



Directeur de la Publication M. Henri THEILLOU

Rédacteur en Chef M. Jean François POPIELSKI

Comité de Rédaction : Mmes BONNAUD, DUPERRAY, NEUMANN OBRY,
MM. BELLANGER, BOURACHOT, DEFOSSE, DURBIN, HESSE, WALRAND.

Périodicité : Semestriel

Conception et réalisation : Imprimerie du S.I.O - Clermont 60600

Au moment où cette association prend vraiment son essor, je ne veux pas manquer de rendre hommage à Monsieur Alain Segret et le remercier très chaleureusement pour le travail considérable qu'il a accompli afin que ce projet devienne une réalité.

Alain Segret, Attaché de direction chargé de la Planification au Centre Hospitalier Interdépartemental, est, à ce titre et sous l'autorité du directeur M. Gérard Dahuron, le leadership de toutes les transformations intervenant dans l'organisation et le fonctionnement de tous les services. C'est ainsi que nous avons pu apprécier à sa juste valeur la richesse de sa pensée et la rigueur de son raisonnement à l'occasion des travaux conduisant à la présentation du projet d'Etablissement. Nous ne sommes donc pas surpris par la quantité et la qualité des documents qu'il nous a transmis.

Je tiens, en particulier, à souligner l'activité qu'il a déployée pour la création d'un musée. Après une étude approfondie, il a non seulement perçu clairement l'organisation et le fonctionnement de ce musée, mais encore il s'est déjà employé à réunir des objets et du matériel qui illustrent bien certains aspects médicaux ou d'hygiène de l'activité hospitalière durant des époques souvent éprouvantes, parfois amusantes mais toujours pleines d'enseignement.

Aussi est-ce avec gratitude que nous publions, dans ce bulletin, le texte rédigé par Alain Segret qui traduit parfaitement tout l'intérêt de cette opération.

Henri THEILLOU



Porte du Couvent de la Garde (La Neuville-en-Hez)

CREATION D'UN LIEU MUSEE MEDIA

Au sein d'un dispositif général de promotion de son image de marque, le C.H.I. entreprend la création d'un Musée Média. Ce projet veut tirer toute son originalité de son intégration au Projet d'Etablissement.

Lieu porteur de sens et de contenu authentique: ce Musée Média implique l'élargissement du champ d'action traditionnellement exploité d'où l'idée d'inclure, d'ores et déjà, recherches, travaux de bilan et perspectives effectués dans le cadre du Projet d'Etablissement.

Ainsi aujourd'hui, s'il s'avère urgent de continuer à rassembler écrits, objets et outils devenus obsolètes, autant d'instruments qui ont fait toute la construction progressive de notre identité.

L'association et son Musée Média se proposent comme plate forme centrale à la fois d'information, de communication et de rencontre pour l'ensemble des activités socioculturelles de l'établissement. Pour autant, ils s'adressent aussi bien à un public extérieur qu'à l'ensemble des acteurs de l'activité intrahospitalière de Clermont.

Partenariat et collaboration peuvent être mis en œuvre à divers niveaux : Etat, Région, Département, Commune... Pour intégrer la valorisation du patrimoine à la vie et au Projet d'Etablissement, les moyens d'aujourd'hui ne manquent pas : expositions, recherches, actions ciblées. L'utilisation de matériels informatiques et vidéo est bien sûr nécessaire à des modes de présentation dynamique.

Archives et documents d'actualité sont à même d'être exploités et sont à organiser afin d'optimiser les ressources de l'Etablissement en ce domaine.

La participation d'un maximum de personnes ne peut qu'enrichir le projet pour participer à la réalisation d'un objectif général qui se définit sur trois axes :

- Etude et recherche à caractère historique et pédagogique
- Animation et gestion d'activités muséographiques
- Gestion d'initiatives socioculturelles

Alain SEGRET

N.B. :

Si vous possédez des objets anciens ayant été utilisés dans l'hôpital autrefois, pensez au Musée qui manque de matériel.

Pendant fort longtemps, on a considéré que les malades atteints d'affections mentales étaient sous le coup d'une action surnaturelle. Au Moyen-Age, ces états étaient considérés comme liés à la sorcellerie, à l'envoûtement ou à la dépendance des démons. L'assimilation du fou à l'hérétique et au sorcier persistera jusqu'au XVIème siècle. En 1662, un édit étend à tout le royaume la mesure d'enfermement des gens incapables de vivre en société qui avait déjà été prise pour quelques établissements parisiens. Toute une population bariolée se trouve tout d'un coup recluse dans des asiles qui devront devenir, après un siècle ou deux, le champ clos de la folie.

Au cours des XVIIème et XVIIIème siècles, ces asiles se multiplient et certains deviennent le lieu d'études et d'expérimentations de la part des médecins. Toutefois, il faut attendre 1792 pour que les malades soient confiés aux médecins sur l'initiative de Philippe Pinel (1745-1820) qui libère de leurs liens les malades de l'hospice de la Salpêtrière. Cette date marque le début de la psychiatrie.

Cette médicalisation de la psychiatrie a évidemment des conséquences pratiques sur la vie de l'aliéné qui se traduisent par la loi du 30 Juin 1838. Cette loi, qui va rester en vigueur jusqu'à une date récente, prend des mesures d'assistance et de protection, définit l'incapacité civile, l'irresponsabilité pénale et ordonne le placement d'office dans les asiles des individus jugés dangereux pour eux-mêmes et pour autrui.

Ce n'est qu'après 1920 que se répand la pratique des "placements libres", qui permet l'entrée et la sortie d'un hôpital psychiatrique suivant les mêmes modalités qu'à l'hôpital général. Et c'est seulement en 1938 que le terme "hôpital psychiatrique" se substitue à celui "d'asile" et que peu à peu le vocable de "psychiatre" supplante celui "d'aliéniste".

En prenant l'inconscient et en affirmant que tout symptôme a un sens, Freud révolutionne l'édifice de la psychiatrie classique. Cependant, jusqu'à la psychothérapie institutionnelle, la psychanalyse reste en marge des pratiques psychiatriques qui, centrées sur l'asile, disposent de très peu de moyens thérapeutiques (Isolement, traitement moral, quelques sédatifs non spécifiques).

Les principales thérapeutiques de choc (électrochoc, insulinothérapie) ne font leur apparition qu'en 1930. Les médicaments actifs dans la psychose, les neuroleptiques et les anti-dépresseurs n'apparaissent, les premiers qu'en 1952 et les seconds qu'en 1957.

Cependant, l'autonomie de la psychiatrie s'affirme puisque le décret du 30 décembre 1968 institue, au niveau de l'enseignement de spécialités médicales, un certificat de psychiatrie différent de celui de neurologie avec lequel il se confondait jusque-là.



Vue aérienne de Clermont

LA PSYCHIATRIE DE SECTEUR

Au lendemain de la seconde guerre mondiale se met en place un courant de réflexion qui aboutira à la circulaire du 15 Mars 1960 organisant en France la psychiatrie publique dite de "Secteur".

Cette psychiatrie est fondée sur le principe d'une unicité de la prévention, de la cure, de la post-cure et de la continuité de la prise en charge du malade par la même équipe médico-sociale.



Centre de Jour "Aloïse" de Creil

Un secteur est constitué par un territoire géographique correspondant à une population de 70 000 habitants.

En principe, ce secteur est doté d'un service incorporé dans l'établissement hospitalier et de diverses institutions extra-hospitalières (dispensaires d'hygiène mentale, hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques, maisons communautaires, foyers de post-cure) qui assurent aux malades une prise en charge plus souple et qui les maintiennent autant que faire se peut dans leur environnement d'origine.

IL N'EN RESTE PAS MOINS QUE LA PSYCHIATRIE EST EN CRISE

Certaines causes de cette situation sont bien connues et s'inscrivent dans la crise globale du système de santé français et particulièrement du système hospitalier. Une politique générale de limitation des dépenses, dont les corollaires sont la faible évaluation des taux directeurs des budgets hospitaliers et la doctrine du redéploiement, constitue la première manifestation de cette crise.

La psychiatrie publique est considérée comme dispendieuse et obsolète et pourrait selon certains être remplacée à moindres frais par d'autres formes de prise en charge des malades mentaux, dans le cadre d'une rationalisation des moyens, des méthodes, des protocoles de soins et de gestion des hospitalisations.

Pour planifier les structures nécessaires, le législateur a associé toutes les parties concernées dans le Conseil Départemental de Santé Mentale. L'objectif est d'élaborer des schémas départementaux d'organisation des équipements et des services de lutte contre les maladies mentales visant à diminuer la capacité hospitalière classique au profit des soins ambulatoires, le malade étant pris en charge dans son milieu habituel.

Toutefois, cette politique ne se développe pas toujours dans le même sens. En effet, on peut distinguer de multiples "courants" dans le monde des psychiatres. Cette diversité se reflète dans l'exploitation des secteurs, dont certains restent encore pauvres en structures extra-hospitalières.

C'est le double fondement sanitaire et social de la psychiatrie qui est à la base des deux principaux courants de réflexion les plus actifs. Pour les uns, la psychiatrie serait, en effet, une discipline médicale

comme les autres alors que, pour d'autres, ce serait l'aspect "handicapés" qui l'emporterait sur l'aspect "malades".

La psychiatrie considérée comme une spécialité semblable aux autres est déjà illustrée par certains documents administratifs, législatifs ou réglementaires : disparition du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique, réforme des études médicales et de l'internat en médecine, loi portant réforme hospitalière elle-même et mise en place pour tous les établissements sans tenir compte des particularités structurales des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie.

Cette conception, favorisée par le développement considérable des neurosciences, trouve sa conclusion dans le rapport de Gérard Massé sur l'incorporation de la psychiatrie publique dans le système général de la santé. L'application de ce système conduit à un développement des antennes de psychiatrie dans les hôpitaux généraux ou de préférence à proximité de ceux-ci. Ces antennes doivent comprendre une équipe d'infirmières et deux médecins.

Si l'on considère l'avis des partisans de l'absorption de la psychiatrie par le choix médico-social et son démantèlement en unités de long séjour, on doit admettre la valeur de certains arguments. C'est ainsi que, reconnue comme maladie comme les autres depuis 1960, la Sécurité Sociale considère qu'elle ouvre droit à la longue maladie et, à partir de la loi du 30 Juin 1975, que les maladies mentales entraînent le droit au statut social de "handicapés".

D'autre part, s'il existe des patients pour lesquels les troubles cliniques n'ont que la durée éphémère d'un épisode aigu, il est évident que le plus grand nombre de malades réclame des soins dont la durée exige la présence des psychiatres tout au long de leur existence pour des interventions d'importance variable.



*Réinsertion dans le domaine hôtelier.
Le Relais de l'Aulne de Sacy-le-Grand*

Or, partant d'une réduction pure et simple de la maladie au handicap, l'évolution des idées s'est faite vers une séparation radicale de l'une et de l'autre.

Il faut bien admettre que si la psychiatrie a sa place dans les prises en charge des traitements des handicaps, chez les malades mentaux, la réinsertion dans la vie quotidienne est évidemment précédée d'une action thérapeutique au long cours.

Les foyers-logements, les appartements thérapeutiques, les maisons communautaires, l'accueil familial, l'hôpital de jour, les centres d'aide par le travail, les dispensaires d'hygiène mentale, sont les moyens les plus utilisés pour réintégrer les patients dans la vie sociale.

Le faible effectif des intéressés hébergés dans chacune de ces structures permet une personnalisation plus facile des soins et ce séjour plus ou moins long constitue une étape particulièrement efficace d'un retour à une vie sociale normale.

Il convient toutefois de redresser une très importante disparité du dispositif de soins liée souvent à l'activité très variable des médecins responsables des secteurs.

Le Conseil d'Administration, le Directeur et le Personnel de Direction des établissements psychiatriques concourent évidemment à la gestion des structures créées dans les secteurs. C'est en grande partie de la manière dont ils impulsent les idées qui constituent leur conception de la politique de santé mentale que dépend la qualité de ces structures.

Une liaison étroite avec les services sociaux doit permettre également d'élaborer avec eux une délimitation du champ psychiatrique car il s'avère souvent bien difficile de le séparer du champ social.

D'autre part, le lien avec les élus et le tissu associatif doit être assuré dans tous les secteurs et se montrer évidemment respectueux du droit du patient, de sa liberté et du secret médical.

La multiplicité des solutions pose de nombreux problèmes, notamment en ce qui concerne la localisation des dispositifs de soins, la demande des hôpitaux généraux d'une présence plus marquée de la psychiatrie aux urgences médicales et le renforcement de la psychiatrie de liaison.

Enfin, la psychiatrie de réseau et de partenariat est déjà largement amorcée et se développe dans les maisons de retraite, les pouponnières, la protection maternelle et infantile, etc.

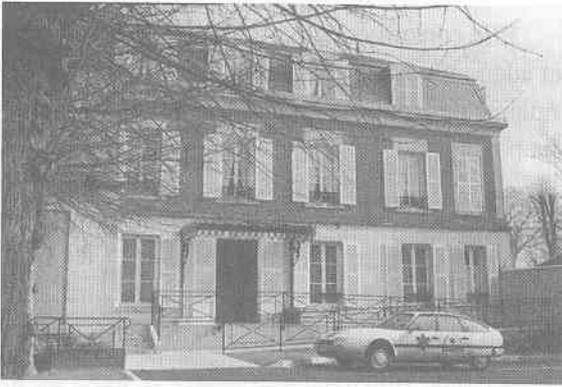
L'aspect sanitaire et l'aspect social se complètent très heureusement dans les traitements psychiatriques et sont indissociables.

En réalité, la psychiatrie n'est donc ni semblable ni identique aux autres spécialités médicales. Le traitement psychiatrique comprend, en effet, deux phases: une phase biologique et une phase d'intégration du patient dans la société. Si la première peut s'assimiler à la conduite observée dans les autres disciplines médicales, la deuxième phase, qui est la plus longue, est largement dominée par l'action psychologique du psychiatre et des auxiliaires. La base de la psychiatrie reste bien le développement de la politique de secteur comportant la création de multiples réalisations qui se substituent aux hospitalisations.

Mais le développement des structures alternatives à l'hospitalisation ne supprime pas pour autant totalement les services d'hospitalisation complète. En effet, de même qu'en médecine générale il existe des services de soins intensifs et des services de chroniques, de même, en psychiatrie, doivent être hospitalisés les malades difficiles et les régressés profonds. Les établissements psychiatriques doivent donc comporter des unités de cette nature correspondant à chacun des secteurs car il est peu probable que des psychiatres soient volontaires pour diriger des services consacrés exclusivement à ces catégories de malades.

Il faut souligner que le retentissement de toute pathologie mentale sur la vie personnelle et sociale des patients affecte profondément la pratique soignante et que le psychiatre doit être avant tout un humaniste. Il se propose, en effet, d'aider l'homme à advenir à sa liberté et à lui donner un sens. De ce point de vue, la psychiatrie plus encore qu'un humanisme est une éthique. Il ne saurait exister de liberté chez l'homme sans capacité de reconnaissance de ses besoins et de ses désirs. Telle est la tâche proposée à la psychiatrie.

Après ces considérations générales, il nous semble utile d'évoquer rapidement certains points qui posent encore des problèmes. Ce sont les urgences, la gérontopsychiatrie, la psychogériatrie, la pédopsychiatrie et l'évolution des établissements de soins.



Unité d'Accueil-Urgences

LES URGENCES

Le problème des urgences a pris, depuis quelques années, une importance particulière. Les temps sont révolus où n'arrivaient dans les services de psychiatrie que des malades voués par l'internement à l'exclusion.

Une circulaire du 30 juillet 1992 distingue, au sein des urgences psychiatriques :

- L'urgence psychiatrique pure par décompensation d'une affection psychiatrique lourde,
- Les états aigus transitoires, à savoir les réactions émotionnelles intenses survenant sur un terrain vulnérable,
- La crise, situation conflictuelle entre le malade et son environnement.

Les urgences sont assurées suivant diverses modalités :

- La coopération au service des urgences à l'hôpital général. Elle offre l'avantage d'éviter l'image péjorative des contacts psychiatriques aux yeux du public. La solution la mieux adaptée semble constituée par une participation des équipes sectorielles au service des urgences du Centre Hospitalier le plus proche dans un fonctionnement indépendant, avec l'intervention d'un psychiatre acteur assurant l'organisation et la responsabilité de son équipe, au sein de locaux différenciés et adaptés permettant, en particulier, d'accueillir et d'isoler des patients perturbés dans une atmosphère de calme ;

- Les centres de crises sectoriels et intersectoriels, parfaitement valables en tant qu'antennes d'accueil et de points de départ de visites à domicile.

Les visites à domicile sont l'un des points les plus controversés des urgences psychiatriques. Particulièrement cohérentes dans le suivi d'un

patient, elles nécessitent une réflexion face à une demande précise, en particulier sur son origine ainsi que sur un éventuel cadre législatif préservant à la fois leur validité et les libertés individuelles.

Les centres médico-psychologiques sont considérés comme une réponse essentielle à l'urgence. Toutefois, ils présentent le défaut majeur de ne pas pouvoir répondre à la demande en dehors des périodes ouvrables, aux heures où l'urgence s'exprime le plus souvent.

Enfin, la mise en place des urgences psychiatriques ne peut se concevoir sans moyens humains particulièrement qualifiés, seuls capables de donner à cette rencontre la valeur thérapeutique indispensable.

LA GERONTOPSYCHIATRIE

La psychiatrie de la personne âgée, en d'autres termes la gérontopsychiatrie, est promise à un développement à la mesure de la réalité démographique actuelle.

Il convient de préciser qu'elle a pour objet les troubles mentaux de l'homme âgé et non le vieillissement des malades mentaux. De même, elle doit être distinguée de la psychogériatrie, qui peut-être définie comme la psychologie médicale de la gériatrie.

Exactement comme la psychiatrie de l'enfant et des adultes non âgés, la gérontopsychiatrie fonde sa démarche sur la prise en compte de l'appareil psychique du vieillard et ses trois registres d'expression : le discours, le comportement et le corps.

Comme dans le cas de toute pathologie mentale lourde, les troubles mentaux de la personne âgée exigent le plus souvent des soins au long cours, l'hospitalisation à temps complet ne représentant qu'une modalité secondaire. La part la plus importante du programme thérapeutique intéresse donc des patients non hospitalisés.

Par contre, une coordination avec les services de gériatrie s'impose.

D'autre part, la place des institutions médico-sociales et sociales dans la prise en charge des personnes âgées nécessite la participation des psychiatres à l'élaboration du plan gérontologique départemental et du schéma régional d'organisation sanitaire et sociale.

De la psychiatrie (suite)

La population âgée de chaque secteur doit pouvoir compter sur la compétence et l'organisation de soins adéquats. Cela suppose du personnel formé et entraîné et des structures de soins adaptées.

La gérontopsychiatrie en est encore à ses débuts. Le personnel spécialisé, en dehors des infirmières, fait encore défaut et bien peu de secteurs disposent en nombre suffisant d'ergothérapeutes, d'orthophonistes, de psychomotriciens et de kinésithérapeutes.

Il a été clairement établi que la chronicisation n'est pas l'apanage de l'hospitalisation à temps complet. Il convient donc de veiller, dans ce sens, au fonctionnement des structures à temps partiel pour éviter cette dérive.



Psychogériatrie

LA PSYCHOGERIATRIE

La psychogériatrie est encore peu développée et constitue pourtant une expérience particulièrement intéressante mais pas facile à gérer. Elle a pour but de prendre en charge, pendant un temps limité, les personnes âgées souffrant de troubles mentaux aigus mais passagers.

La difficulté essentielle est justement de n'être pas dans l'obligation de prolonger le séjour.

Elle constitue, en particulier, un service efficace et adéquat pour l'hébergement temporaire des pensionnaires des maisons de retraite atteints de troubles aigus passagers.

Un appartement témoin (studio d'essai) permet d'évaluer avant la sortie, les difficultés et les besoins de la personne âgée et, par conséquent, les aides à mettre en place.

Le patient reçoit sa famille dans son studio ou se déplace pour la voir. Il gère lui-même ses rendez-vous avec les médecins.



Internat enfants

LA PEDOPSYCHIATRIE

C'est à partir des années 50 que le champ de l'enfance inadaptée (déficients visuels, déficients intellectuels, caractériels, psychotiques) s'autonomise par rapport à la psychiatrie générale, d'une part, et de l'Education nationale, d'autre part.

Les internats et les externats médico-pédagogiques sont habilités à recevoir des enfants classés "débiles" ou déficitaires, y compris les arriérés profonds.

Les centres médico-psychologiques offrent une grande diversité de réponses face à la problématique parentale, cause ou résultante des difficultés de l'enfant.

Ce sont les hôpitaux de jour et les services hospitaliers qui sont habilités pour accueillir les enfants présentant une pathologie psychiatrique massive.

L'organisation de la psychiatrie infanto-juvénile est faite sur le modèle de celle des adultes puisqu'un intersecteur correspond à plusieurs secteurs de psychiatrie adultes et que chacun d'eux est placé sous

l'autorité d'un médecin-chef qui dispose d'équipements analogues à ceux de psychiatrie adulte.

Après de multiples expériences pilotes, divers moyens ont été mis en place dans le cadre de 300 secteurs ou intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile créés à partir de la circulaire du 16 Mars 1972.

Avant de devenir la psychiatrie active, comportant soins et prévention sous tous leurs aspects, la psychiatrie infanto-juvénile de service public était souvent, il y a une vingtaine d'années, réduite, au sein des murs de l'asile, à soigner les cas désespérés qu'on ne savait où mettre.

Au total actuellement la pédopsychiatrie pratique, toujours en mutation, partout sortie des murs de l'hôpital psychiatrique, s'exerce en alternative à l'hospitalisation (Maisons communautaires, hôpital de jour, placement familial thérapeutique, hospitalisation à domicile, centre d'accueil à temps partiel, centre d'accueil mère-enfant, etc.) Il convient de souligner également l'importance grandissante des consultations "parents - jeunes enfants (-de 6 ans)" dans la prévention et le traitement des psychoses précoces.

La dépendance, née de l'immaturation propre à l'enfance et à l'adolescence, implique une participation des parents à tous les moments de l'approche du psychiatre. L'efficacité et la démarche de soins vont dépendre autant de la mobilisation et de l'implication des parents que de celle de l'enfant ou de l'adolescent.

La pédopsychiatrie doit, en outre, s'adapter aux différents âges, de la petite enfance à la post-adolescence, administrativement de 0 à 16 ans. L'enfant comme l'adolescent reste soumis à l'obligation scolaire, ce dont la condition de prise en charge et de soins doit tenir compte.

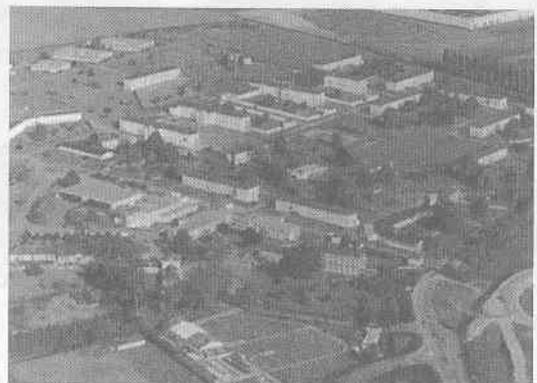
Il existe une prise de conscience progressive de la place de l'enfant dans la société dont témoigne la commission internationale des droits de l'enfant de 1989 et la charte européenne du droit de l'enfant en 1992. L'ensemble des droits développés tout au long des 54 articles de la convention internationale des droits de l'enfant crée des obligations aux familles et à l'Etat, c'est à dire au service public auquel participent les institutions de psychiatrie. Chacun, au niveau qui lui est propre, à la responsabilité des moyens à mettre en oeuvre pour satisfaire aux exigences qui en découlent.

La déontologie et une éthique qui en découle, de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, sont partout prises en charge par les équipes du service public. Ces données ont permis de dégager, en France, "une identité professionnelle spécifique aux psychiatres de service public de santé mentale pour l'enfant et l'adolescent."

La pédopsychiatrie, essentiellement extra-hospitalière, a intégré au premier chef les notions de prévention, de prise en charge globale de l'enfant dans et avec sa famille, le travail en réseau, la psychiatrie de liaison et le lien avec tous ceux qui sont concernés par l'enfance et l'adolescence sur une aire géographique donnée.

Le développement de la pédopsychiatrie publique peut représenter un modèle d'organisation pour d'autres domaines de la discipline, que ce soit la psychiatrie générale, la géronto-psychiatrie, etc. en rappelant que la meilleure stratégie reste la prévention et l'action dans la communauté, en aval, le dépistage et les soins précoces des troubles et des différentes formes de souffrance psychique.

Tel est certainement le choix le plus économique et le plus satisfaisant au plan éthique en matière de santé publique.



Site de Fitz-James

ÉVOLUTION DU FONCTIONNEMENT DES ÉTABLISSEMENTS PSYCHIATRIQUES

Cette évolution considérable de la psychiatrie a évidemment fortement influencé le fonctionnement des établissements psychiatriques.

Nous n'en voulons pour preuve ce que nous constatons nous-mêmes en ce qui concerne le Centre Hospitalier Interdépartemental de Clermont.

Cet établissement comptait, en 1939, 4 000 lits ! Rassembler une masse de malades mentaux aussi considérable dans une ville qui ne comptait, à l'époque, même pas 7 000 habitants constituait de toute évidence une erreur. C'est ce qui explique que l'hôpital psychiatrique de Clermont a mis tellement de temps à se débarrasser de sa réputation asilaire. Certes la politique psychiatrique des Nazis s'est chargée de remédier à sa façon à cette surpopulation d'aliénés et, à la libération, la capacité de l'établissement était ramenée à un peu plus de 2000 lits.

Il faut reconnaître que la politique de secteur a quelque peu tardé à se manifester efficacement car, en 1989, l'établissement comptait encore 2 336 lits d'hospitalisation (complète ou partielle). Par contre, en 1995, il n'en reste plus que 2005 et cette diminution n'est pas due au décès des malades mais, au contraire, à leur réintégration dans la société.

Cet élément arithmétique montre bien que l'établissement a entrepris depuis quelques années de combler son retard et les résultats obtenus sont probants puisque le nombre des structures extra-hospitalières est passé de 34 en 1986 à 68 en 1993.

Corrélativement, le nombre des journées complètes d'hospitalisation a diminué de 34 % pendant la même période et la capacité en hospitalisation complète sera ramenée à 1 000 lits en l'an 2 000.

D'autre part, les liens avec les hôpitaux généraux se multiplient et des antennes psychiatriques se mettent en place dans tous les centres hospitaliers ainsi qu'une participation accrue aux urgences médicales.

Un problème subsiste encore à ce niveau : c'est celui de la délocalisation du service d'hospitalisation. certains médecins sont hostiles à toute délocalisation, d'autres sont partisans d'une délocalisation partielle et d'autres, enfin, d'une délocalisation totale. Ces secteurs partisans d'une délocalisation de leurs lits d'hospitalisation ne l'envisagent que dans le cadre du rattachement au centre hospitalier interdépartemental et maintiennent des unités d'hospitalisation sur son site afin d'y hospitaliser les patients chroniques, les patients dits régressés profonds ou les patients difficiles.

On constate par ailleurs une diminution de la durée moyenne d'hospitalisation et il en est de même pour le nombre des patients admis d'office.

Notons enfin que le budget de l'établissement se monte à 750 millions, ce qui semble considérable et limite pourtant les possibilités d'entretien et de réparation du patrimoine hospitalier qui s'étend sur trois communes, couvre 79 hectares et comprend 87 bâtiments.

Ce budget conditionne également, d'une part, la modernisation de certains pavillons, dans le cadre d'une action d'humanisation et, d'autre part, le développement accéléré des créations extra-muros.

Ces difficultés financières n'empêchent pas pour autant le Conseil d'Administration et la Direction de poursuivre au mieux la politique que nous venons d'énoncer suivant des dispositions qui ont été intégrées dans le schéma départemental d'organisation par le conseil départemental de santé mentale car, suivant la devise de la Maison d'Orange "Il n'est pas nécessaire d'espérer pour entreprendre ni de réussir pour persévérer".

CONCLUSION

Ce "survol" de la psychiatrie ne se veut ni original ni didactique. Nous l'avons entrepris dans le but de "voir un peu plus clair" dans les diverses conceptions de nos amis psychiatres et le souci de participer à une politique judicieuse et conforme aux intérêts de la santé publique.

Il n'est pas original parce que nous pensons que lorsqu'on est riche de sa seule expérience on est, en réalité, très pauvre. Nous avons donc puisé sans vergogne dans les écrits de personnalités particulièrement qualifiées. Comme le dit si joliment notre maître à penser Montaigne, "l'abeille pillote deçà delà les fleurs, mais elle fait ensuite un miel qui est bien à elle". J'ai donc pilloté de belles et bonnes fleurs, mais je ne suis pas très sûr de la qualité de mon miel.

Il ne se veut pas didactique parce que, bien que nous ayons eu l'occasion, au plan professionnel, d'accomplir quelques missions dans les hôpitaux psychiatriques et que nous soyons administrateur de l'hôpital de Clermont depuis un bon nombre d'années, nous ne prétendons pas être un vrai spécialiste et par conséquent faire autorité en matière de psychiatrie. Nous apportons donc seulement notre pierre à la remise en équilibre d'une discipline qui gagne, jour après jour, ses lettres de noblesse.

HENRI THEILLOU

Inspecteur Général Honoraire des Affaires Sociales

L'ARTHÉRAPIE

UNE OUVERTURE SUR LA CITE

Dans le cadre de l'activité "Arthérapie", qui s'est déroulée pendant plusieurs années chez Monsieur EIZENSOPF, artiste peintre, diverses peintures et dessins ont garni les chevalets. Oeuvres de débutants, ou artistes encore hésitants ou en sommeil, toujours est-il que les élèves du peintre, soignants et soignés ont mûri l'idée d'exposer leurs merveilles. Et c'est tout naturellement qu'est né un projet d'exposition appelé Arthe. Le lieu ne pouvait qu'être dans la ville même de Clermont et la collaboration avec la mairie permettait d'utiliser les salles d'exposition de l'Hôtel de Ville.

Cette exposition, dont le Comité d'Organisation a permis la pleine réalisation, constitue en quelque sorte les prémices de l'activité de l'Association des Amis du C.H.I de Clermont. En jouant le rôle de véritable relais entre le C.H.I et la Mairie de Clermont l'association démontrait sa volonté d'organiser et d'être présente dans les manifestations culturelles où le C.H.I. est évoqué.

Une magnifique affiche, a vu le jour, conçue à partir des tableaux des élèves. Chacun y a laissé sa trace, son empreinte, mosaïque des rencontres, couleurs des mots.



Oeuvre d'un artiste encore inconnu

Magnifiquement encadrées les oeuvres exposées ont suscité l'intérêt des nombreux visiteurs venus durant les dix jours qu'a duré l'exposition. Le vernissage a permis une rencontre entre les artistes et la population tant curieuse qu'admiration.

L'émotion fut de la partie dans une ambiance chaleureuse et sympathique. La reconnaissance tant au niveau de la ville de Clermont qu'à celui du C.H.I.

et par notre président éclairé déjà le chemin qui s'ouvre à nous en cette fin de siècle dans notre rencontre avec la souffrance psychique. Le patient devient un citoyen, pouvant s'intégrer pourvu qu'on lui en laisse la possibilité, dans une vie sociale et culturelle.

J.F POPIELSKI

- ARTHE -

Exposition de peinture et de dessin
de l'atelier d'Art-Thérapie du
Centre Hospitalier Interdépartemental
de Clermont.



du 12 au 19 AVRIL 1996

HÔTEL DE VILLE DE CLERMONT

Salles Grévin et Cassini

Tous les jours de

10 h 00 à 12 h 00 et de 14 h 00 à 18 h 00

Affiche annonçant l'exposition

PRESENTATION DE
L'ASSOCIATION CULTURELLE
DES AMIS DU C.H.I. DE CLERMONT

Président : M. Henri THEILLOU

Vice Président : M. Philippe HESSE

Vice Président : issu du Conseil Scientifique
non désigné

Sécrétaire Général : M. J-F POPIELSKI

Secrétaire Général Adjoint : M. Lionel DURBIN

Trésorier : Mme Annette NEUMANN

Trésorier Adjoint : Mme Maryline DUPERRAY

Membres : M. Emmanuel BELLANGER
Mme Christiane BONNAUD
M. Joël BOURRACHOT
M. Gérard DAHURON
M. Philippe DEFOSSE
M. Christian MAILLARD
Mme Marylin OBRY
M. Christian WALRAND
M. ou Mme X

ABONNEMENT
et
DISTRIBUTION

*Ce bulletin sera remis gratuitement à tous
les adhérents de l'association.*

Son prix de vente unitaire est de 100 F.

L'abonnement pour les entreprises et
sociétés est fixé à 200 F par an.

Le montant de l'adhésion à l'association
est fixé pour 1997 à 50 F minimum

à adresser à Madame NEUMANN Annette

Trésorier de l'Association.
CHI, 2 rue des Finets
60600 Clermont

Tél. : 03.44.77.50.86



181 - Asile public d'Aliénés de Clermont (Oise)
Direction et Bureaux