

(Une assistance pour malades mentaux chroniques dont la mise en œuvre constituerait, en fait, un rejet hors des institutions de soins, n'est ni techniquement justifiée, ni humainement acceptable.)

LE GUILLANT, BONNAFÉ, MIGNOT.
(Congrès de Neurologie et de Psychologie, Marseille, 1964.)

Le placement familial prend son origine dans les nombreux pèlerinages qui s'organisèrent à la fin du Moyen-Age, en de multiples endroits, à l'étranger : Geel, et en France : Saint-Dizier, Saint Hildevert de Gournay, en Normandie, Saint Mathurin à Larchant, Saint-Menoux dans l'Allier, à quelques kilomètres de Dun-sur-Auron.

L'essentiel des traitements reposait sur des exercices religieux et des pratiques d'exorcisme, au cours desquels, grâce à l'intervention du Saint ou de sa relique, la « folie » était chassée de l'esprit du possédé. Durant la neuvaine, le malade se prêtait aux différents cérémoniaux, entre lesquels il était gardé dans une cellule attenante à la chapelle ; la neuvaine terminée, il repartait dans sa région d'origine ou bien trouvait asile chez les habitants du pays en attendant la neuvaine suivante. Ainsi s'établit le principe du placement familial.

Ces pèlerinages étaient organisés, subventionnés parfois, par les cités ou les hôpitaux d'où venaient les malades (subvention de l'Hôtel-Dieu de Paris pour le pèlerinage de Saint Mathurin de Larchant, près de Nemours qui disparût après la révolution de 1789).

Le placement familial des malades mentaux adultes a été introduit en France à la fin du XIX^e siècle. La création par Auguste Marie de la colonie familiale de Dun-sur-Auron date de 1892. Elle représente l'aboutissement de réflexions et de discussions qui occupèrent tout le XIX^e siècle : dès 1821, Esquirol, à la suite d'un voyage à Geel en Hollande, publiait un mémoire sur la colonisation des aliénés, dans lequel il déplorait l'absence d'établissements de soins (infirmerie) et de surveillance médicale active.

La deuxième moitié du XIX^e siècle fut une période féconde pour la psychiatrie euro-

néenne, après la révolution introduite par Pinel. Ce fut l'époque des voyages d'études, où les expériences menées dans les pays voisins étaient l'objet d'après controverses.

On s'aperçoit en réalisant le compte rendu de ces années que des problèmes très actuels étaient l'objet d'interrogations. L'asile comme espace social unique dévolu aux fous et l'isolement comme maître-mot de la thérapeutique y étaient déjà remis en cause. On s'interrogeait sur la possibilité de traitement des aliénés dans la communauté ou à domicile (Morel, Falret 1862). On discutait des méthodes de traitement sans contrainte (« No Restraint ») appliquées en Angleterre (Morel — 1860).

Le système de la colonie familiale n'est donc pas récent ; il existait à Geel mais également en Allemagne, à Wilhenseich (1875) village qui comportait 14 cottages comprenant un couple d'infirmiers chargé de chacun 6 malades chroniques. En France même, une tentative avait été effectuée dans le Maine-et-Loire et à Saint-Dizier.

Vers la fin du XIX^e siècle s'affrontaient donc, les partisans de l'asile et ceux d'une libéralisation du traitement des aliénés. Il semble finalement que ce furent les avantages économiques qui tranchèrent la question.

C'est en effet devant l'augmentation du nombre des aliénés et l'encombrement des asiles de la Seine, que la décision fut prise de créer des colonies familiales.

La diminution du prix de journée fut l'autre argument essentiel de cette décision. Citons Moreau de Tours en 1845 — Annales Médico-psychologiques.

Il est évident que le système de la colonisation réalise, et au-delà, les idées théoriques

(1) Psychiatre des Hôpitaux. Centre Psychiatrique interdépartemental, 18130 Dun-sur-Auron.

les plus hardies émises par les hommes célèbres dont le nom fait autorité en thérapeutique mentale. Du point de vue économique, les avantages de la colonisation ne sont pas moins incontestables. Ici point de frais onéreux d'achats de terrain, de construction, d'administration, d'employés de toutes sortes... Quelque village, pauvre, peu favorisé sous le rapport de l'agriculture, isolé, perdu dans quelque contrée..., voilà l'asile.

Une commission de surveillance, prise parmi les notables habitants qui accepteront avec joie et *sans rétribution* (souligné par Moreau de Tours) des fonctions dont l'exercice doit assurer la prospérité de leur commune, suffira à tous les besoins administratifs. Les frais à faire par le gouvernement sont réduits :

- 1) à la pension des aliénés indigents qui pourra rester très minime,
- 2) aux honoraires des médecins,
- 3) aux honoraires de quelques employés subalternes sous-surveillants. //

En 1890, une enquête fut effectuée auprès de nombreuses communes françaises en vue de l'implantation de colonie familiale. Et c'est ainsi que Dun-sur-Auron, située au centre d'une région dont les vignobles venaient d'être dévastés par le phylloxéra et se trouvait ainsi sans ressources ni industrielles ni agricoles, accepta en désespoir de cause, ce secours inattendu pour son avenir économique.

Auguste Marie possédait donc un dernier argument à l'appui de la réalisation de son projet : les avantages financiers apportés à la région d'accueil.

On voit donc que les grandes théories humanitaires visant à une libéralisation des thérapeutiques pour les malades mentaux furent reprises, remaniées et mises en application pour de toutes autres raisons que les raisons initiales.

Actuellement, l'assistance familiale telle qu'elle subsiste dans le Cher à Dun-sur-Auron et dans l'Allier à Ainay-le-Château (ancienne annexe de Dun) a peu évolué mais reste d'autant plus controversée (l'ambivalence qui présida à sa création persiste) que les soins aux malades mentaux se sont améliorés avec la mise en place des secteurs. Les colonies familiales font ainsi figure de corps étrangers (les « verrues de la Seine » pour les milieux officiels de ces départe-

ments) sur la carte géographique de la sectorisation psychiatrique :

— *pour le ministère de la Santé*, elles ne réalisent qu'un simple « gardiennage, ne correspondant en aucune façon aux méthodes modernes de traitement et de réadaptation des malades mentaux, allant tout à fait à l'encontre de la politique de sectorisation » (note du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale au Préfet de Paris 29 mai 1972).

— *les différentes études* consacrées à ce sujet, anciennes et récentes (de 1892 à aujourd'hui), par contre, reflètent toutes un optimisme et une large approbation allant parfois jusqu'à demander l'extension et le développement des colonies (Gurtler — considérations sur l'assistance familiale — Congrès de Neurologie et de Psychiatrie — 1954).

— *par ailleurs*, nous voyons ces derniers mois et ces dernières années, augmenter le nombre de demandes d'admission de malades de la part des hôpitaux psychiatriques de la région parisienne.

♦♦

Les colonies familiales semblent donc répondre à un besoin :

Quel est ce besoin ?

Représentent-elles les structures les mieux adaptées pour y répondre ?

Il est intéressant, en effet, d'examiner la fonction actuelle des colonies familiales dans la mesure où elles représentent un partenaire et par là même un témoin du fonctionnement des institutions de secteur.

Nous dirons même d'emblée, qu'elles jouent avec celles-ci un rôle déterminant dans le processus de rejet des malades mentaux hors de ces institutions. Dès l'origine, elles tirent leur existence, nous l'avons vu, de cette fonction.

Nous pouvons pressentir cette fonction de rejet au travers des demandes d'admission qui nous donnent une idée assez précise de ce que le médecin ou l'assistante sociale attend de la colonie familiale pour son malade :

— le médecin ignorant souvent le fonctionnement de ces établissements et n'ayant parfois comme unique point de repère que le terme de placement familial, l'adjectif familial étant largement abusif.

Telle malade débile sera adressée « parce qu'elle souhaite vivre à la campagne » ;

Telle autre « a essentiellement besoin d'un environnement chaleureux dans un cadre tel que le propose Dun-sur-Auron » ;

Telle autre « ne présente aucun trouble qui puisse justifier une hospitalisation en milieu psychiatrique et bénéficierait d'un placement à Dun ».

Telle autre souffrant « de dissociation familiale trouverait à Dun ce qu'elle n'a jamais connu ».

Le type de malades le plus fréquemment proposé sont « des malades stabilisés pour lesquels il n'y a pas de possibilités de sortie du fait de situations sociales particulières et qui ont conservé une activité qui leur permet d'être *extrêmement efficaces à l'intérieur des services hospitaliers* » ou encore : « malades stabilisées, dépourvues de relations, de logement ou de possibilités de travail dans la région parisienne et désireuses de vivre à la campagne ».

Comme on le voit, les malades proposés répondent à deux ordres de critères pouvant de combiner de façon variable :

— *la chronicité*, qui associe un long séjour en milieu psychiatrique, la passivité, la docilité (terme qui revient fréquemment dans les demandes d'admission), la bonne activité pavillonnaire, l'absence de troubles du comportement.

— *la désinsertion familiale* mais surtout sociale et professionnelle, les malades proposés sont alors d'âge relativement plus jeune que ceux de la catégorie précédente et souvent qualifiés d'instable, immature affectif, désocialisé, dépressif chronique...

Les demandes sont effectuées à 3 niveaux :

— *demande d'une insertion familiale*, dans un milieu relationnel chaleureux : il faut bien reconnaître que l'objectif est ici rarement atteint : si certains pensionnaires sont parfaitement intégrés dans un nouveau milieu familial, prenant leur repas avec les nourriciers, vivant au milieu des enfants, ces cas sont très rares. Le plus souvent, l'écart reste très grand, les relations affectives nulles : le seul lien existant est alors d'ordre pécuniaire : l'indemnité accordée aux « nourrices » varie de 23,40 F à 33 F par jour, par malade, et selon la qualité matérielle et psychologique du placement. La grande majorité des placements (actuellement 378 placements regroupant 1 080 malades) comporte 4 malades ou « pensionnaires » ; mais il existe encore des placements à 5, 6 voire 7 malades.

La colonie de Dun-sur-Auron étant à l'origine réservée aux femmes, celles-ci forment le plus grand nombre : environ 1 000 personnes réparties sur une vingtaine de kilomètres à la ronde.

— *demande d'une insertion professionnelle* : non seulement le marché du travail est totalement fermé, mais encore on assiste parfois à une véritable exploitation des malades en placement : telle malade payée 10 F mensuels pour effectuer les vaisselles quotidiennes de sa nourrice.

Il n'existe aucune législation permettant et réglant le travail d'un malade en placement familial, notamment en cas d'accident de travail, aucune couverture et il sera difficile de convaincre un employeur de déclarer à la Sécurité Sociale un malade, de le payer à un tarif normal, lorsqu'il pourrait obtenir les mêmes services de son pensionnaire en recevant en plus l'indemnité de la colonie.

Dun est une région agricole, mais constituée de grandes exploitations où la mécanisation du travail de la terre a supprimé tous les emplois d'ouvrier agricole.

Les seuls salaires prévus le sont sur la base du pécule : soit 3,20 F par jour.

Pour les femmes, l'activité ménagère présente à la fois l'activité de base du placement familial et l'activité quasi-exclusive au dehors allant de pair avec l'intégration du malade au sein de la famille, elle est souvent peu rémunérée. Au dehors, il en est à peu près ainsi avec constitution d'un véritable sous-prolétariat créant entre la population saine et les malades des rapports de type colonialiste qui retentissent sur l'insertion sociale de ces derniers.

Le trop grand écart entre une offre limitée d'emploi et une demande considérable ainsi qu'une médiocre manière de défendre ses intérêts, en sont la cause. La concurrence qui s'instaure pour l'obtention d'une « place » a parfois une valeur thérapeutique mais est le plus souvent génératrice de sentiments d'échecs, d'incapacité et d'inutilité, avec comme conséquence le renoncement, le renforcement de la passivité et finalement la tendance à l'oisiveté. L'ergothérapie est loin de pouvoir enrayer ces mécanismes.

— *demande d'une insertion sociale* :

L'observation attentive montre que les deux communautés existant et vivant à Dun ont peu de rapports communs. Une barrière est perceptible qui sépare la collectivité saine de la collectivité malade. Elle résulte

autant d'une mise à distance défensive adoptée par le sujet sain, que du repli du malade apparemment libre mais cependant assujéti.

Le sentiment de rupture est net pour une frange de malades mal intégrés à leur placement familial et qui se vivent comme installés dans une dépendance psychologique (que reflètent les termes de nourrices, de colonies, de subsistante) alimentaire et médicamenteuse.

Les comportements réactionnels sont variés, allant du repli total dans le placement familial à la fréquentation assidue et exclusive d'un pavillon du centre hospitalier.

Les activités culturelles de ces deux communautés sont nettement scindées, celles des malades étant centrées uniquement sur la colonie.

Enfin, il est à noter que la colonie familiale semble servir de repoussoir aux malades de secteur (consulter ou être hospitalisé au centre psychothérapique, c'est venir se confondre avec ces fous que l'on croise tous les jours dans les rues de Dun) sinon à la folie.



La solution du placement familial pour les malades mentaux est une solution au rabais qui va notamment à l'encontre de la politique de secteur, en effet :

— sur le plan psychiatrique, au centre psychothérapique de Dun-sur-Auron, deux psychiatres sont chargés du traitement de 1 200 malades en placement familial répartis sur un rayon de 20 à 30 kilomètres : cette dispersion seule, ajoutée à ce nombre élevé de malades rend impossible toute consultation régulière : il faut environ un an pour faire le tour de tous les malades et avoir un entretien unique avec l'un d'eux. Sans compter que ces mêmes psychiatres sont également responsables d'un secteur ordinaire de 50 000 habitants et de la psychiatrie infanto-juvenile du même secteur (!)

2 infirmiers-visiteurs de placement pour 110 à 130 malades placés. Du fait de la dispersion de ces placements, il n'y a aucune possibilité d'organiser les thérapeutiques occupationnelles et la majeure partie du temps des infirmiers est occupée à la distribution des médicaments, à celle du pécule et au ramassage des malades pour le bain hebdomadaire.

— sur le plan médical, la surveillance est insuffisamment assurée, par ce nombre restreint d'infirmiers et il arrive encore fré-

quemment de découvrir chez certains malades des lésions somatiques évoluées. Ceci tient également au fait que l'hospitalisation d'une pensionnaire représente pour la nourrice un manque à gagner qui n'est pas couvert ; il est donc nécessaire d'obtenir rapidement, pour pallier cet état de fait, une indemnisation des familles nourricières dont la malade a dû être hospitalisée, que ce soit pour une maladie somatique ou pour une rechute dans l'évolution de la maladie mentale. Ceci est également valable lorsqu'une malade bénéficie d'un congé : tendance à les empêcher.

— sur le plan matériel : les conditions d'hébergement restent très souvent précaires, à Dun et dans les annexes de la périphérie de Dun, les placements ne possédant pas le minimum de confort notamment au niveau des équipements sanitaires. Environ un tiers des placements devraient être fermés. Mais se pose alors le problème du devenir des malades de ces placements, nous l'évoquerons plus loin.

— sur le plan relationnel : très souvent, les contacts entre le malade et la nourrice se réduisent à quelques minutes par jour pour la prise des médicaments et la nourriture. Nombre de malades dans des placements éloignés du Centre psychothérapique ou de son annexe ne sortent que pour le bain hebdomadaire.

Le Centre comporte 5 annexes d'environ 130 à 160 malades.

D'autre part, fait plus grave encore, une malade placée perd rapidement toute relation avec sa famille restée dans la région parisienne, sans gagner pour autant auprès de la population locale la confiance dans les rapports quotidiens. Les malades sont les « pensionnaires » par rapport aux indigènes qui sont les « civils » : quelques faits permettront de situer la barrière qui existe entre ces deux communautés : au cimetière de Dun, les tombes des malades sont regroupées nettement à l'écart et uniformes ; lors des collectes de sang, les pensionnaires ne sont pas acceptés pour « des raisons morales et de propagande auprès des donateurs et des receveurs » ; le curé d'une localité voisine a, pendant plusieurs années, refusé la communion aux pensionnaires de la colonie.

Contrairement à ce que l'on pouvait attendre, la création depuis 5 à 6 ans des secteurs psychiatriques n'a pas modifié sensiblement le recrutement des malades de la colonie.

On pouvait prévoir que la mise en place d'institutions diversifiées tendant à lutter contre le chronicisation des malades mentaux (hôpitaux de jour, de nuit, de dispensaires d'hygiène mentale, etc...) amènerait une évolution des colonies familiales. Celle-ci était d'ailleurs esquissée dans la circulaire de 28 août 1963. Le placement familial devait jouer un rôle de transition entre le cadre hospitalier et l'autonomie complète du malade.

Nous avons signalé que, paradoxalement, le nombre des demandes d'admission était en augmentation (80 en 1974, 135 en 1975) alors que le fonctionnement de la colonie se ralentit (154 entrées en placement familial en 1965, pour une population de 1 200 malades, 38 entrées en 1975 pour une population sensiblement identique).

Ces chiffres mettent en évidence le malaise de cette institution (la colonie familiale) et l'ambiguïté de ses relations avec le « secteur ».

Ceci s'explique à deux niveaux :

— au niveau du secteur, l'augmentation des demandes d'admission reflète certainement une carence ou un retard dans la mise en place des organismes précédemment cités. Mais il signifie également ou parallèlement une modification dans l'optique de soins de l'équipe psychiatrique : l'hôpital psychiatrique devenu secteur a perdu sa vocation de lieu de vie, de lieu d'accueil. Daumezon et Bregeon, dans un article récent (*Evolution Psychiatrique* — octobre 75), notaient que la grande majorité des sujets rejetés des institutions psychiatriques est constituée de malades « recherchant exclusivement un abri ou éventuellement un refuge et non un traitement » ;

Ils relevaient que le « caractère pathologique (de ces sujets) est reconnu, parfois même la détresse du patient, mais l'hôpital se refuse à être asile, le secteur à être soutien ».

Le rejet de l'institution psychiatrique pour un certain nombre de ces malades désinsérés semble donc se faire par l'entremise des colonies familiales.

D'autre part, il est évident que le secteur continue de faire appel aux placements familiaux pour résorber son sédiment asilaire (malades chroniques).

— au niveau de la colonie familiale, le fonctionnement thérapeutique est grevé par

le problème de la rentabilité qui est au centre de l'institution, plus que partout ailleurs : la raison d'être de la colonie est justement d'offrir au moindre prix une assistance du malade chronique (le prix de journée en placement familial est de 59,90 F, en hospitalisation de 139,30 F), et l'on est progressivement arrivé à une situation de dépendance économique très étroite de la région vis-à-vis du placement familial tendant finalement à maintenir le statu-quo et paralysant la vie de l'institution et son évolution.

— la colonie familiale procure la presque totalité des emplois locaux (240 personnes).

— 350 à 400 familles tirent une part substantielle de leur revenu, du placement des malades : une nourrice touche environ 400 000 anciens francs par mois pour loger, nourrir, blanchir 4 pensionnaires (385 000 anciens francs).

— une somme totale de 2 milliards d'anciens francs est ainsi répartie chaque année entre le personnel de la colonie et les familles nourricières.

— les malades placés dépensent chaque année chez les commerçants de la ville une somme avoisinant les 150 millions d'anciens francs.

— ils fournissent de surcroît, une main-d'œuvre nombreuse, peu exigeante, peu revendicante (non syndiquée) et il est pratiquement impossible aux infirmiers (qui en sont parfois les bénéficiaires) et au médecin, de faire cesser cette exploitation dont les malades ne se plaignent que rarement.

Peut-on penser qu'un tel rapport de dépendance économique puisse s'effectuer sans retombées au niveau de la vie de l'institution. Tout est en place au contraire pour s'opposer à la moindre modification de cette véritable poule aux œufs d'or qu'est la colonie (il y a quelques années un médecin a été déplacé à la demande des autorités locales pour avoir dénoncé cette situation et tenté d'y mettre un terme).

En fait, il faut demander une amélioration du fonctionnement, c'est-à-dire créer de nouveaux postes, engager de nouveaux crédits (implantation d'ateliers protégés, de centres d'aide par le travail) et la colonie perdra alors sa raison d'être, à savoir la gestion au moindre prix de la chronicité. Ou bien, il faut tirer la leçon et diminuer progressivement le nombre des placements en le réduisant aux placements des malades du secteur (qui apparaît beaucoup plus positif). Mais ceci pose d'autres questions.

En effet, la disparition ou cette diminution inévitable du nombre des placements représenterait un danger vital pour la vie de la région en fonction de ce que nous avons dit plus haut.

Si le placement familial a pu apparaître comme une solution au dépeuplement des campagnes (Annales médico-psychologiques - 1862), il est loin de tenir ses promesses tel qu'il est sur le plan thérapeutique, et ne présente pas ces lieux d'accueil et de vie que l'institution psychiatrique n'offre plus.

Dans un avenir très proche se posera la question du devenir des malades actuellement placés et qui ne pourront plus bénéficier de l'assistance hétéro-familiale, soit du fait de détérioration intellectuelle trop importante, de désorientation temporo-spatiale, d'affections médicales ou de gâtisme, soit en raison de l'âge avancé de la nourricière et de l'impossibilité de les réadapter dans un autre placement. Nous assistons, en effet, à un vieillissement de la population des malades (600 malades sur un effectif de 1 100 ont plus de 65 ans ; 300 malades ont plus de 70 ans) et à un vieillissement parallèle de la population des nourrices. Celles-ci ne sont pas remplacées ou en nombre restreint.

On peut donc prévoir qu'un nombre important de malades seront réhospitalisés dans les cinq années qui viennent.

Que deviendront-ils ?

Faut-il construire de nouveaux pavillons qui leur permettront de finir leurs jours dans la région et parmi les personnes qu'elles connaissent depuis de longues années ?

Cette solution de pavillon regroupant ces vieilles malades ne pourrait s'admettre que si la colonie maintient le même fonctionnement. Dans le cas contraire, ces pavillons ne seront utilisés que pendant une quinzaine d'années et deviendront ensuite inutiles.

Faut-il les rapatrier sur leur secteur d'origine dans la région parisienne ? Cela n'est

pas pensable vis-à-vis de ces malades et en fonction des difficultés extrêmes que l'on rencontre pour faire admettre dans un secteur qui ne l'a jamais connue une pensionnaire ne s'adaptant plus au placement familial.

Il nous semble à la lumière de ces expériences que ce n'est que sous certaines conditions précises que le placement familial peut devenir une aide thérapeutique positive et efficace :

— il ne doit être réalisé qu'au niveau du secteur (essentiellement les secteurs à population rurale) afin d'éviter l'éloignement provoquant la rupture des relations affectives des malades, sa désinsertion sociale et la transplantation dans un milieu totalement différent.

— il ne doit constituer qu'une étape dans la réadaptation du malade permettant un soutien temporaire et non être une impasse (le nombre de sorties annuelles des malades en placement varie entre 5 et 10).

— l'encadrement par le personnel soignant doit être beaucoup plus étroit.

— il ne doit pas constituer un palliatif aux insuffisances en équipements médicaux (hospices, foyers de post-cure, etc.)

— une formation des familles nourricières doit être entreprise, permettant une meilleure prise en charge.

Au terme de cette étude, nous pensons avoir démontré que le placement familial tel qu'il est, n'apporte aucune solution au problème de la chronicité mais participe plutôt, sous couvert de « cures de dépaysement » et d'insertion familiale, à son entretien, en ratifiant la mise à l'écart, voire le rejet des malades qui devraient bénéficier de structures plus adaptées dans le cadre d'un secteur réellement en place et adapté au contexte sociologique.