

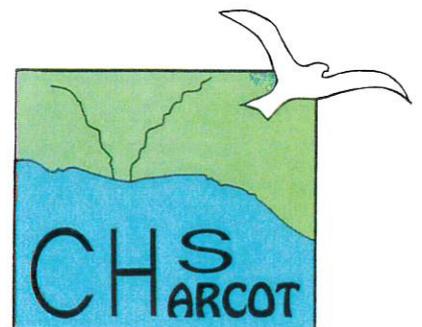
1971 - 1991

Histoire et Projets



C. H. S. CHARCOT

B. P. 47 56850 - CAUDAN



20 ans, c'est peu et c'est déjà beaucoup ...
C'est l'âge de l'Hôpital CHARCOT.

Son enracinement dans le pays de Lorient et dans l'Ouest du Morbihan s'est façonné, construit au cours de ces années.

D'emblée, le Centre Hospitalier Spécialisé CHARCOT s'est placé sur le terrain de la Psychiatrie de secteur, c'est-à-dire, d'une prise en charge médicale au plus proche de la population pour éviter toute chronicisation excessive. Ce fut possible grâce à des équipes soignantes motivées et ouvertes. A ce jour, les partenaires de l'Institution se retrouvent nombreux et multiples au sein des hôpitaux de la région, du monde associatif et des collectivités locales.

Temps fort dans la vie du Centre Hospitalier Spécialisé CHARCOT, cet anniversaire est consacré, certes, à une histoire jeune mais riche, également aux évolutions en cours et en projet. Ceci, dans le difficile contexte des réformes qui touchent le monde de la santé ; citons la réforme hospitalière et la recherche d'un difficile consensus en vue de l'optimisation de notre système de soins.

Cette brochure, modeste dans sa forme, témoigne de l'histoire d'une institution encore en devenir, mais déjà chargée d'expérience et de savoir-faire professionnel ;

- Elle retrace la genèse de l'Institution, relate la vie, le fonctionnement des services de soins et leur évolution.
- Elle livre les impressions des premiers acteurs du C.H.S. au moment de sa création et relate succinctement l'histoire de la psychiatrie depuis l'antiquité.
- Ce document permet d'appréhender ce qu'est un Centre Hospitalier Spécialisé et présente CHARCOT, hier, aujourd'hui et demain.

Enfin, un hôpital au service des patients, c'est d'abord des soignants, mais aussi une logistique complexe (sur le plan hôtelier, technique et administratif) au service de tous.

Puisse cette brochure permettre à chacun de mieux s'y retrouver dans l'entité "CHARCOT" !

Pierre GEORGES
Directeur du C.H.S. CHARCOT

Denise COURT

1er Vice-Président du CONSEIL GENERAL
PRESIDENTE du CONSEIL d'ADMINISTRATION
du C.H.S. CHARCOT

Docteur M. BONABESSE
Président de la Commission Médicale
d'Etablissement

Administrateur de l'Etablissement,
depuis son ouverture, le 1er Janvier 1971

Remerciements

- à toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de cette brochure et à la préparation du 20ème anniversaire du C. H. S. CHARCOT

- aux Municipalités du district de LORIENT,

- aux sociétés qui ont bien voulu s'y associer :

- . I. R. A. P.
 - Buro-Conseil ORDO - LORIENT-QUIMPER.
 - D. I. S. T. A. Laboratoires LILLY
-

Première partie

*Le Centre Hospitalier
Spécialisé
CHARCOT*

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration du Centre Hospitalier Spécialisé CHARCOT est ainsi constitué :

MEMBRES DELIBERATIFS

- | | |
|-----------------------|---|
| - Madame COURT, | Présidente du Conseil d'Administration
1er Vice-Président du Conseil Général |
| - M. MAURICE, | Conseiller Général, Maire de LANESTER
Vice Président e du Conseil d'Administration |
| - M. BERTHY, | Conseiller Général, |
| - M. GODARD, | Conseiller Général, Maire de PLOEMEUR, |
| - M. KERARON | Représentant de la C. P. A. M. |
| - M. JAFFRE, | Représentant de la C. P. A. M. |
| - M. le Dr BONABESSE, | Président de la Commission Médicale d'Etablissement. |
| - M. le Dr TREVIDIC, | Praticien hospitalier Chef de Service,
Pharmacien des Hôpitaux. |
| - M. MORON, | Représentant de la C. R. A. M. B. |
| - M. SALAUN, | Représentant de la C. M. S. A. |
| - M. LE RAVALLEC, | Maire de CAUDAN. |
| - M. le Dr HOUANG, | Praticien hospitalier |
| - M. le Dr BALUT, | Représentant le Conseil de l'Ordre des Médecins. |
| - Mme LE GALLO, | Représentant les personnels |
| - M. LOUIS, | Représentant les personnels |
| - M. ROUSSENAC, | Représentant les personnels |

MEMBRES CONSULTATIFS :

- Monsieur René MAURICE, Sous-Préfet,
- M. le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales.
- Monsieur LEBEAU, Directeur Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales
- Monsieur le Dr NUIAOUET, Médecin Inspecteur Départemental
- Monsieur LE GUERN, Trésorier principal de Pont-Scorff
- Monsieur le Dr BORAUD, Praticien hospitalier chef de service
- Monsieur le Dr DAUMER, Praticien hospitalier chef de service
- Monsieur le Dr RAULT, Praticien hospitalier chef de service
- Monsieur GEORGES, Directeur.
- Monsieur LE MOING, Directeur du Personnel
- Madame CRENN - ANGOT, Directeur des services économiques
- Monsieur LEPRIEULT, Infirmier Général
- Monsieur TESSON, Infirmier Général.

I - LE C. H. S. CHARCOT

I.1 : OUVERTURE :

- *Premiers écrits*
- *Historique*
- *Témoignages*

PREMIERS ECRITS

**R. MARCELLIN, Président du Conseil Général
Ancien Ministre**

**M. RAULT, Psychiatre des Hôpitaux,
Chef de service**

PROPOS DE Monsieur MARCELLIN

Président du Conseil Général du Morbihan

Au cours de la dernière décennie, les données du problème de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales ont été sensiblement modifiées en France grâce à la mise au point de thérapeutiques et de méthodes nouvelles permettant de réduire la durée d'hospitalisation.

Aussi, l'un des premiers objectifs de la réforme amorcée en 1960, et actuellement poursuivie, visait à mettre en place un dispositif mieux adapté et plus efficace dont la caractéristique essentielle consistait à diviser le département en un certain nombre de "secteurs" géographiques à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale pourrait assurer la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de post-cure.

Aussi se trouveraient respectés les principes essentiels de l'organisation psychiatrique actuelle :

- Entreprendre les soins des malades mentaux à un stade aussi précoce que possible, afin de disposer des plus grandes chances de succès et apporter aux anciens malades un appui médico-social efficace leur évitant des récurrences.
- Eviter la désadaptation qu'entraîne l'éloignement du malade de son milieu naturel.

Pour mener à bien cette politique, il fallait donc mettre en place un outil de travail moderne et adapté aux besoins du Morbihan.

Le Conseil Général du Morbihan, conscient de ces problèmes et soucieux de contribuer à l'amélioration de l'équipement sanitaire et départemental décidait donc, en 1962, de faire entreprendre la construction d'un nouvel hôpital psychiatrique dont l'implantation sur le territoire de la commune de Caudan et dans un site champêtre exceptionnel, ne pouvait conduire qu'à une réalisation aussi agréable que fonctionnelle.

Pour assurer la mise en oeuvre de cet important ensemble, dont la conception architecturale rappelle celle d'un "village", l'aide financière de l'Etat (Ministère de la Santé Publique) a été particulièrement déterminante puisqu'elle représente 62,50 %, d'une dépense totale de 39 millions de francs alors que la participation de la Caisse Nationale d'Assurances Maladie des Travailleurs salariés atteignait 25 % de la dépense.

Grâce à ces apports financiers, la charge d'emprunt incombant au Département a pu être réduite au minimum et sa répercussion sur le prix de journée de l'établissement n'en est que plus légère.

Il faut donc rendre hommage à MM. les Conseillers Généraux, architectes et techniciens, fonctionnaires de l'Administration préfectorale, de la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale et la délégation technique aux travaux d'équipement sanitaire et social, ainsi qu'aux entreprises de travaux publics qui ont oeuvré pour que le Morbihan soit doté d'un équipement d'une telle qualité.

Il faut associer à cet hommage le personnel médical, para-médical et administratif qui assure avec compétence et dévouement une tâche souvent ingrate et contribue à la sauvegarde de l'éminente dignité de la personne humaine.

Vannes, le 14 mars 1973
Le Président du Conseil Général
du Morbihan

R. MARCELLIN
Ministre de l'Intérieur

LA VOCATION THERAPEUTIQUE DE L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE CHARCOT

Par rapport à l'Hôpital traditionnel, beaucoup de choses ont changé.

L'Hôpital Psychiatrique n'a plus comme seule fonction l'isolement du sujet qui souffre psychiquement, c'est aussi et surtout un outil de travail psychologique pour lui-même, pour sa famille et pour la communauté dans laquelle il vit.

L'Hôpital CHARCOT, à la suite de dizaines d'autres dans le sens des profondes réformes mises en œuvre par les responsables de la Santé, a été imaginé et réalisé pour répondre à l'application des techniques psychologiques de notre temps qui viennent compléter les techniques centrées sur les soins physiques et sur l'utilisation des médicaments.

Deux aspects sont essentiels pour notre pratique :

— L'architecture des bâtiments, leur implantation montre un respect fondamental de la nature et de l'environnement : il se dégage un « humanisme » rare en la matière d'hôpitaux psychiatriques. Cette qualité, remarquée par les hospitalisés et par les visiteurs, est et sera de plus en plus utilisée dans un sens thérapeutique : nous n'aurions que faire de magnifiques pelouses ou de calmes sous-bois si nous ne les intégrions pas à notre vie ou si ce n'était que des « pelouses interdites ». Tout engage à dépasser les notions d'assistance en parvenant à la vocation thérapeutique pour pratiquement toutes les catégories d'hospitalisés.

— L'Hôpital CHARCOT représente une structure psychiatrique à utiliser dans une option de notre temps : l'hospitalisation ne sera plus vécue comme un drame séparant pratiquement le patient de sa famille, pour l'envoyer dans un hôpital dominé par un psychiatre, des infirmiers considérés comme tout-puissants et souvent inconnus du « malade ». Il faut, au contraire, unir le patient et son entourage dans un effort de réhabilitation.

La politique de secteur met l'accent sur la multiplication des liens avec le milieu social, le refus du système aliénant de l'hospitalisation considérée comme la solution de désespoir ; en fin de compte, l'accent est mis sur le développement de la prévention dont l'objet essentiel est de limiter au maximum les incidences psychologiques néfastes pour l'épanouissement mental de chacun d'entre nous :

L'Hôpital Psychiatrique CHARCOT est un élément essentiel dans cette politique de Santé Mentale.

Pour l'équipe médicale,
le Docteur RAULT.

HISTORIQUE

- *de l'émergence du projet à son ouverture aux premiers patients*
- *Biographie sommaire du Docteur J. M. CHARCOT.*

HISTORIQUE GENERAL DE LA REALISATION DE L'HOPITAL CHARCOT

DE L'EMERGENCE DU PROJET.....

A SON OUVERTURE AUX PREMIERS PATIENTS.

1954

Les prémices du projet de construction d'un second Etablissement de soins psychiatriques dans le Morbihan se font jour en Mars 1954, sur recommandation du Ministre de la Santé Publique et de la Population.

En octobre 1954, en session, le Conseil Général se penche sur le projet.

La Commission Départementale chargée d'étudier les sites d'implantation, retient plus particulièrement celui de "KERNOT" en LE FAUET, commune située au Nord-Ouest de la ville de LORIENT et distante de 30 kms environ de celle-ci. Toutefois, la Sécurité Sociale refuse d'apporter sa contribution au financement du projet, si le choix du site se porte sur cette localité.

1958

En novembre, le Conseil Général est invité à prendre une décision ; soit conserver le choix de la commune du FAUET, auquel cas il se prive de l'aide de la Sécurité Sociale ; soit rechercher un autre lieu d'implantation.

En outre, dès cette année 1958, l'existence d'une chapelle Ste BARBE, située sur le site prévu du Fauët, et classée monument historique, compromet plus encore le projet initial.

1967

En Novembre est lancé l'appel d'offres des travaux de construction proprement dit.

1968

C'est en avril que la première pierre est posée et ainsi commencent les travaux sans relâche, menés sans problème.

1970

La majorité des bâtiments de l'hôpital est achevée et dès Septembre, l'établissement est en mesure d'accueillir ses premiers patients.

A cet effet, dès le 1er octobre des personnels médicaux, para-médicaux et administratifs prennent leurs fonctions dans l'établissement.

Cependant, pour des raisons de mauvaise coordination dans l'exécution des marchés publics, l'équipement mobilier n'est pas assuré et les 19 infirmiers recrutés sont contraints d'aller exercer leurs fonctions au C.H.S. de St AVE, afin de pouvoir prétendre à leur rémunération.

Cette situation perdurera pendant trois mois jusqu'à fin décembre et laissera des séquelles importantes dans nos relations avec le C.H.S. de St AVE et par ricochet sur l'ouverture proprement dite de CHARCOT.

1971

Le 1er janvier, toutes les conditions matérielles sont réunies, les personnels sont réintégrés et les premiers malades arrivent au C.H.S. le 11 janvier, par transfert de St AVE. Conformément aux dispositions de la circulaire du 15 mars 1960 sur la sectorisation et de la délimitation des aires géographiques qui a servi à l'élaboration de la carte sanitaire au plan départemental dans le domaine de la psychiatrie, la délimitation a été faite de telle sorte que CHARCOT compte trois cliniques ou secteurs de Psychiatrie Générale pour 225 000 habitants environ, soit un

Le dossier d'avant-projet a été établi par les architectes Messieurs LOPEZ et GRAVEREAUX de Paris et Monsieur CAUBERT, architecte départemental.

Cet avant projet prévoyait la création d'un établissement de 615 lits, tout en préservant la possibilité d'une extension de 200 lits soit au total 815, afin de créer un sous secteur géographique supplémentaire.

DESCRIPTIF GENERAL SOMMAIRE

L'ensemble des bâtiments de l'hôpital est divisé en 9 secteurs :

A - 3 secteurs d'hospitalisation pour psychiatrie active de 150 lits chaque composés :

de 1 PC ou poste de consultation
2 bâtiments de 25 lits à rez-de chaussée et étage partiel.
2 bâtiments de 50 lits à rez-de-chaussée et étage partiel.

B - 1 secteur d'hospitalisation pour vieillards de 75 lits, composés de 3 bâtiments de 25 lits à rez-de-chaussée.

C - 1 secteur d'hospitalisation pour arriérés profonds de 90 lits composé de :

1 bâtiment pour adultes de 20 lits à rez-de-chaussée et étage partiel ;
1 bâtiment pour adultes de 40 lits à rez-de-chaussée et étage partiel.
1 bâtiment pour enfants de 30 lits.

D - 1 secteur logements pour 18 appartements composé de :

1 bâtiment F8
4 bâtiments F5
2 bâtiments F4
1 bâtiment du culte
1 bâtiment de 10 logements.

CHAPELLE DU TRESCOUET

Vestige du passé, lieu de pèlerinage où les caudanais peuvent se reconnaître, la Chapelle du TRESCOUET est devenue le lieu de culte de l'établissement et l'aumônier y dispense régulièrement des offices religieux.

Une fois par an, le 1er dimanche d'août, s'y déroule le célèbre pardon qui draine des centaines de fidèles venant parfois de très loin.

La Chapelle du Trescouet au Service de l'Hôpital

Les origines d'une chapelle ancienne s'estompent très souvent dans les brumes du passé. La Chapelle du TRESCOUET n'échappe pas à cette règle.

TRESCOUET est un terme breton qui signifie "à travers bois" ou "la traversée du bois". La chapelle a été bâtie en bordure de la route reliant Hennebont, Pont-Scorff à travers bois.

C'est à Notre Dame que cette chapelle fut dédiée.

A une certaine époque, les pèlerins prirent l'habitude de prier Marie sous le vocable "Intron Varia en Erh" (Notre Dame des Neiges) ; mais bien vite et inconsciemment sans doute, ils passèrent d'"Intron Varia en Erh" à "Intro Varia en Nerh (Notre Dame de la Force). Aujourd'hui, ces deux vocables sont encore utilisés. Les pèlerins demandent volontiers à Notre Dame de leur obtenir plus de force physique et morale dans l'existence.

Pourquoi, à Caudan, Notre Dame des Neiges ?

Titre insolite que le Chanoine Jos Danigo rattache à "une légende selon laquelle le plan de l'Eglise Ste Marie Majeure à Rome, aurait été miraculeusement dessiné par une chute de neige au début d'août..."

Un pèlerin important, sans doute bienfaiteur de la chapelle se serait plu à invoquer Marie sous ce titre à son retour de Rome ?

Cela expliquerait la date du "Pardon" a un premier dimanche d'août ; Pardon qui conserve encore une belle vitalité.

La dernière transformation importante du sanctuaire se situe en fin du XVIIème ou début du XVIIIème . Le clocheton en est témoin.

"...La naissance de ce clocheton est soulignée à droite et à gauche par une moulure saillante. Une autre moulure qui en fait le tour, existe à la base de la petite pyramide à quatre pans, très écrasée, surmontée d'une croix qui lui sert de couronnement. Tout cela indique bien le XVII ou XVIIIème...
(Calmette.)

J. Danigo signale qu'"une cloche fut bénite à N. D. des neiges le 4 août 1697..." Peut-être la première cloche ? Celle qui, aujourd'hui demeure obstinément muette date de 1823.

L'intérieur du sanctuaire porte tout naturellement au recueillement, à la prière. On y découvre des vestiges du passé :

L'oculus (une petite fenêtre ronde, coté nord-est) est fait de fragments d'un vitrail du XVème. Peut-être brisé lors de la transformation ? On y distingue des personnages, des ailes, des mains... Cet oculus est classé parmi les monuments historiques. La chapelle ne l'est pas.

Tout près de l'oculus, sur le mur nord, un tableau du XVIIIème représentant l'Assomption. Lui aussi, classé. C'est une peinture à l'huile sur toile sans signature apparente.

Toujours, sur le mur nord, mais dans la nef, un très beau Christ en bois polychrome que l'on date de la première moitié du XVème. Il est également classé.

Ce raccourci, très succinct, de l'histoire de la chapelle, nous le concluons en regardant la gracieuse statue de Notre Dame des Neiges (Une Vierge à l'Enfant). Elle est relativement récente : début du siècle dernier. C'est une statue en bois polychrome. Elle est répertoriée parmi les monuments historiques.



DOCTEUR

JEAN MARTIN CHARCOT

1825 - 1893, fondateur avec
Guillaume DUCHENNE de la
neurologie moderne et l'un
des plus grands cliniciens
français.

Alors que CHARCOT enseignait l'anatomie pathologique à l'Université de PARIS (1860-1893), il fut nommé en 1862 à l'hôpital parisien de la SALPETRIERE, où il devait rester de longues années et où il ouvrit en 1882 ce qui allait devenir la plus grande clinique neurologique d'Europe. Professeur réputé, il attira des étudiants de toutes les parties du monde. Le plus célèbre d'entre eux fut, en 1885, FREUD, dont l'intérêt pour les origines psychologiques de la névrose fut stimulé par l'emploi que faisait CHARCOT de l'hypnose, en vue de découvrir une base organique à l'hystérie.

Ses leçons à la Salpêtrière eurent un immense retentissement : elles furent traduites dans toutes les langues.

Jean-Martin CHARCOT est le père du célèbre médecin et explorateur français Jean-Baptiste CHARCOT auteur de campagnes et travaux océanographiques dans les régions polaires ; mort en mer sur le "Pourquoi pas".

CES TROIS ETATS SONT ...

Le premier : l'état de léthargie . Il s'obtient par fascination, soit par compression des globes oculaires à travers les paupières baissées.

Le second : l'état cataleptique. Les membres restent immobilisés dans l'attitude qu'on leur donne.

Le troisième : l'état somnambulique qui peut être obtenu par fixation du regard et par diverses pratiques.

Ces trois phases constituent ce que CHARCOT a appelé : le grand hypnotisme ou la grande névrose hypnotique.

A côté du grand hypnotisme, il y a de petits hypnotismes dont les phénomènes sont moins tranchés, comme il y a la grande hystérie et les états hystériques mineurs.

CHARCOT parlait de transfert, sans l'intervention de la suggestion, par un simple phénomène physique et physiologique dû à l'aimant.

Malheureusement, si les travaux de CHARCOT sur l'hystérie et les névroses furent fréquemment l'objet de critiques erronées, ses recherches sur l'hypnose, la métalloscopie, la métallothérapie, publiées par lui-même ou par ses collaborateurs, ont soulevé des objections souvent justifiées. Certains de ses élèves parmi les plus brillants, s'ils ne tarissent pas d'éloges sur la valeur du maître ont été cependant critiques.

Par exemple, BERNHEIM a démontré formellement que l'hypnotisme de la Salpêtrière avec ses trois phases et ses phénomènes caractéristiques de léthargie, de catalepsie et de somnambulisme, les phénomènes de transfert n'existent pas, que ces phénomènes divers ne se produisent pas tant que le sujet ne sait pas s'ils doivent se produire. La suggestion seule et l'imitation les ont réalisés.

De son côté, le Professeur GUILAIN a écrit très justement "CHARCOT a eu le tort de ne pas surveiller ses expériences. Il assurait le matin son service d'hôpital avec une régularité et une conscience exemplaires. Mais, comme tous les médecins de cette génération, il ne revenait pas dans son service l'après-midi. Ce furent donc ses chefs de clinique, ses internes, ses assistants qui préparaient les malades, les hypnotisaient, organisaient les expériences".

Bien des démonstrations de CHARCOT avaient chez moi, comme chez d'autres élèves étrangers, éveillé d'abord de l'étonnement et une tendance à la contradiction. CHARCOT répondait toujours à nos objections avec affabilité et patience, mais aussi avec beaucoup de décision ; dans l'une de ces discussions, il laissa tomber ces mots : "Ca n'empêche pas d'exister", paroles qui devaient s'imprimer en moi de façon inoubliable.

On sait que tout ce que CHARCOT nous enseignait alors ne s'est pas maintenu. Une partie en est devenue incertaine, une autre n'a évidemment pas subi l'épreuve du temps. Mais il est demeuré assez de cette oeuvre pour pouvoir constituer un patrimoine durable de la science. Avant que je ne quittasse Paris, je concertai avec le Maître le plan d'un travail ayant pour but la comparaison entre les paralysies hystériques et les organiques. Je voulais y démontrer la thèse que, dans l'hystérie, les paralysies et anesthésies des diverses parties du corps sont délimitées suivant la représentation populaire (non anatomique), que s'en font les hommes. Il était d'accord avec moi, mais on pouvait aisément voir qu'au fond il n'avait aucune prédilection pour une étude psychologique approfondie de la névrose. Il était venu de l'anatomie pathologique.

"Je ne puis dissimuler une question qui s'est posée souvent à mon esprit. Il y avait autour de CHARCOT des assistants d'une haute valeur scientifique, doués d'un esprit critique pénétrant, d'une valeur morale absolue. Il me paraît impossible que plusieurs d'entre eux n'aient pas eu de doute sur la sincérité des sujets, n'aient pas compris l'invraisemblance de certains faits. Pourquoi n'ont-ils pas mis en garde CHARCOT ? La seule explication que je conçois avec toutes les réserves qu'elle comporte, c'est qu'ils n'ont pas osé alerter CHARCOT, craignant les réactions violentes du Maître, que l'on appelait le César de la Salpêtrière."

CHARCOT lui-même, un peu tardivement d'ailleurs, finit par se rendre compte, peu avant sa mort, que le terrain sur lequel il s'était engagé était fort peu solide, aussi prit-il la décision de reprendre dans son ensemble la question de l'hystérie et de l'hypnose. Malheureusement, souffrant d'une insuffisance coronarienne chronique sévère, il devait mourir à peu de temps de là en 1893 d'un infarctus du myocarde.

TEMOIGNAGES

Docteur THOMAS

Dr LE DORZE - M. LEPRIEULT

J. Y. LOUIS

Le Docteur THOMAS se souvient

Lorsque le surnombre des malades de l'Hôpital Psychiatrique de Saint-Avé posa un problème très grand, le Conseil Général du Morbihan prit l'initiative de construire un nouvel Etablissement. La double logique a permis cette construction à l'Ouest du département pour équilibrer le secteur sanitaire.

Où fixer le lieu d'implantation ?

Après des enquêtes et des études sérieuses, certains sites furent abandonnés dont celui du Faouet. C'est la région de Lorient qui fut choisie pour différentes raisons:

- forte concentration de population
- présence de deux établissements hospitaliers importants - l'Hôpital Bodélio à Lorient, et l'Hôpital d'Hennebont - pour soigner les malades graves qui ne pouvaient être soignés sur place
- facilité d'accès pour les familles, les gares de Lorient et d'Hennebont étant à proximité.

Il fut décidé que ce centre serait réalisé à son emplacement actuel, autrement dit, en zone rurale.

Dès que la décision fut prise de créer cet établissement hospitalier, un concours eut lieu pour choisir l'architecte. La priorité fut donnée à un cabinet d'architecte de Paris.

Ce plan apportait des solutions nouvelles du point de vue de la disposition des services puisqu'il s'agissait de pavillons répartis sur les 37 hectares du domaine.

Toutes les formalités ayant été réglées, ce fut la Direction Départementale de l'Agriculture qui eut la charge de suivre les travaux avec le concours de l'architecte départemental.

Une première livraison fut refusée : le matériel était inadapté et l'entreprise dut reprendre ses fournitures. Une partie de celle-ci avait convenu à Mr Maurice, Maire de Lanester, pour ses écoles et ses cantines scolaires. Finalement, ce furent les Etablissements le Couviour, spécialisé dans l'équipement des hôpitaux, qui équipèrent les services.

Un médecin psychiatre, le Dr Rault, avait pris possession d'un pavillon : ceux-ci furent achevés progressivement et un deuxième médecin psychiatre fut nommé : le Dr Morin.

Les malades que recevait l'Hôpital Charcot, venaient du Centre hospitalier de Saint-Avé. Les médecins chefs de service voulaient que les soins apportés aux malades soient différents. Ils désiraient avoir les coudées franches pour pouvoir appliquer leurs méthodes. Les malades circulaient librement entre les pavillons et, beaucoup s'étonnaient de ce nouveau comportement.

Le Conseil d'Administration qui avait été installé en 1971, eut à prendre plusieurs décisions en concertation avec le corps médical. C'est ainsi qu'il fut décidé d'installer une clôture pour assurer la sécurité des malades. Un mur fut édifié devant l'entrée de l'Hôpital et le terrain fut entouré d'un grillage - grillage masqué en partie par des arbres.

Toujours pour le bien-être des malades, un gymnase, une salle de spectacle, une cafétéria furent installés et même une banque dont la gestion fut bien sûr assurée par les infirmiers. De même une école d'infirmière vit le jour.

Alors qu'il n'y avait qu'un employé au moment de la Commission Spéciale, tous les services avaient désormais reçu le personnel qui était nécessaire.

Parlant de personnel, je tiens à rappeler que l'Hôpital Charcot a contribué aussi à ce que la reconversion du personnel des Forges d'Hennebont, - qui venaient d'être fermées-, se fasse dans les meilleures conditions. C'est ainsi

La mémoire ennemie presque
irréconciliable du jugement.

FONTENELLE

En ces temps-là, il y a vingt ans, nous prétendions surtout savoir ce qu'il ne fallait pas faire. Nous ne voulions pas devenir ce que les Autres incarnaient : l'Asile. D'ailleurs R. GENTIS nous intimait l'ordre d'en détruire les murs afin que la psychiatrie puisse être faite et défaite par tous. Briser les murs dans les têtes, contester les hiérarchies corporatistes dites naturelles, favoriser, peut-être imposer, les mixités, les métissages. Dans le fond, contre tous, nous faisons claquer l'étendard du Désir. Nous dessinions dans un limon vierge nos cartes du Tendre qui ne toléraient ni dieux ni maîtres.

Mais l'obligation, plus ou moins armée, de pratiques anti-asilaires ne nous évitera pas la confrontation avec certains faits aussi têtus que désespérants. D'aucuns, la lippe gourmande nous rappelèrent qu'il n'existe pas de désir qui ne soit corrélé à une loi, à la Loi. Pis, la folie, la psychose nous résistaient. Quelques instants, quelques jours nous nous éprouvâmes, surpris, fatigués, d'aucuns épuisés. Du coup, brisant notre solitude, nous sommes devenus adeptes, certes à la mode de Bretagne, de la psychothérapie institutionnelle. Mariés à TOSQUELLES, Y. RACINE et J. OURY. D'autres parmi nous voulurent canaliser ces flots anarchiques, qui grêffèrent une analyse marxiste. Nous devînmes solidaires de BASAGLIA. Ce qui nous amena logiquement à travailler à la fermeture de notre hôpital dès son inauguration. Nous voulûmes même, religion du Secteur, transformer la cité sur le modèle de notre Cité, toutes aliénations en voie, nous n'en doutions pas, d'extinction.

Mais le prosaïque, banal, ennuyeux Monde infesta bientôt notre discours de barbarismes aussi incongrus que placements d'office, protection nécessaire des biens et personnes dites normales et, comble du comble, obligation de rendre compte de la lutte hygiénique publique contre l'ivresse et l'alcoolisme. La Bretagne profonde existait. Et nous ne pouvions la nier.

- Et vous prétendiez que cet infirmier encore tout récemment paysan, artisan, ouvrier, étudiant en rupture de ban puisse, thérapeutiquement, s'avérer souvent aussi efficace qu'une injection intra-musculaire de neuroleptiques ?

- Bref, vos malades avaient tous les droits. Et la discipline thérapeutique alors ?

Dans le fond nous n'avions sans doute qu'une seule idée : que le malade mental, en Bretagne et ailleurs fût considéré comme citoyen à part entière, et cette idée nous la défendions avec passion...

Albert LE DORZE

Psychiatre

Marcel LEPRIEULT

Infirmier Général

TOURBILLONS et TATONNEMENTS

Venus de tous horizons le personnel infirmier s'est trouvé à avoir en main un outil de travail neuf mais pas de mode d'emploi, ou plutôt beaucoup trop, chacun voulant apporter son expérience et sa méthode.

Les premières réunions se déroulèrent dans un climat de surexcitation partagé entre l'angoisse du pionnier qui défriche des terres vierges et l'assurance du marin qui a bourlingué ; qui voulait diminuer les traitements voire les supprimer qui voulait clôturer l'hôpital (il ne l'était pas à l'époque).

Plusieurs thèses s'affrontaient celles que chacun avait pratiquées dans son hôpital d'origine, certaines plus modernistes d'autres plus traditionnelles. Tous étant animés du désir de bien faire et de bâtir une oeuvre avec l'outil qui nous était confié.

Cette situation a duré plusieurs mois, ponctuée des arrivées des malades de ST AVE essentiellement des malades à long passé psychiatrique et il nous tardait de faire des admissions directes.

A cette date fin juin 71, seulement 2 cliniques étaient ouvertes avec 4 pavillons chacune.

Le premier événement qui a amené le personnel à se responsabiliser fut l'arrivée des premiers élèves infirmiers. En septembre 1971, l'apport de jeunes gens permit une meilleure cohérence à notre pratique. Bien sûr, certains voyant pointer les postes à responsabilités essayèrent de tirer les couvertures à eux, pour plaire au pouvoir de nomination.

Par ailleurs, l'hôpital commençait à prendre sa vitesse de croisière, les populations alentours avaient toujours "la peur du malade mental" et notre réputation auprès de nos collègues de ST AVE n'était pas très bonne, surtout qu'à cette époque, l'hôpital était dirigé par un directeur intérimaire, celui de ST AVE, mais pendant ce temps, se mettaient en place des activités : la cafétéria fonctionnait, le sport inter-hopitaux balbutiait. Nous reçurent les premières 4 L venant de la DASS et les premières VAD purent s'effectuer. Un autre événement marquant de la vie de l'hôpital fut les premières admissions directes qui commencèrent régulièrement début 72 (quelques admissions

I - LE C. H. S. CHARCOT

I.2 : VIE DES SERVICES

- Le C.H.S. en chiffres

- La Pédopsychiatrie

- La Psychiatrie Générale

56 G 01 - Clinique Guy Grosse

56 G 02 - Clinique Pinel

56 G 03 - Clinique Morvan

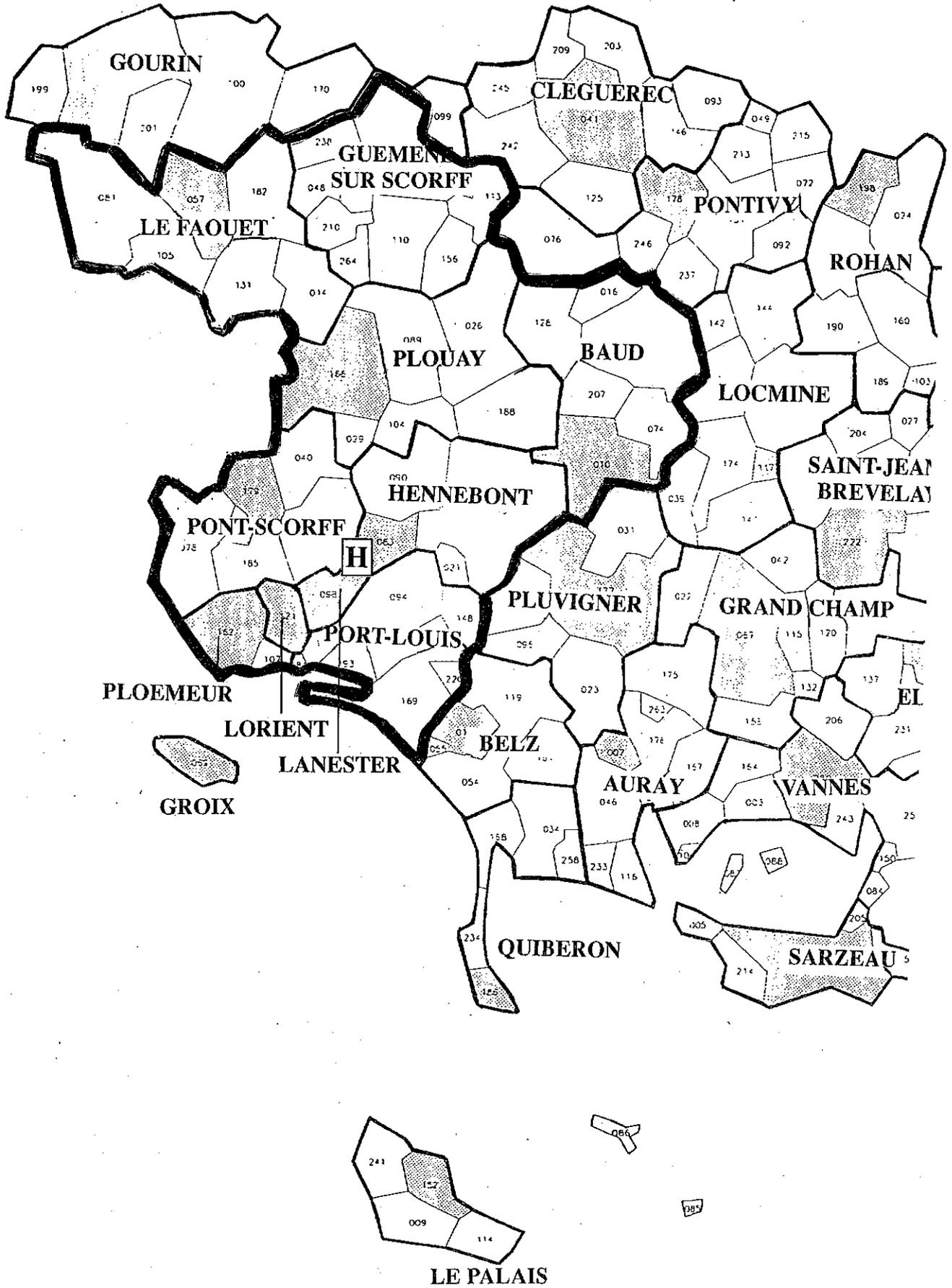
- L' A. R. E.

- Les projets

- Le jumelage

LE C. H. S. en CHIFFRES

**AIRE GEOGRAPHIQUE DES SECTEURS DESSERVIS
PAR LE CHS CHARCOT**



LES SERVICES MEDICAUX

Organisation générale

Le Centre Hospitalier Spécialisé "CHARCOT" de CAUDAN dessert la zone Ouest du département du Morbihan, soit 240 000 habitants, dont 55 000 enfants et jeunes de moins de 16 ans.

Le dispositif médical et soignant est organisé en quatre cliniques (3 cliniques de psychiatrie adultes et une clinique de pédo-psychiatrie) assurant chacune la prise en charge d'un secteur géographique de 70 à 80 000 habitants pour les adultes et d'un intersecteur de pédo-psychiatrie de 55 000 enfants et jeunes de 0 à 16 ans.

L'hôpital accueille et assure les traitements des patients qui s'adressent à lui ou qui lui sont confiés au sein d'un **véritable réseau de soins de proximité** ; ceci, selon les formules ouvertes les mieux adaptées à leur état. L'objectif du service public de santé mentale reste les soins, dans le respect de l'intégration familiale et sociale de la personne.

Les modalités d'admission sont régies par la loi du 27 Juin 1990. Le modèle "CHARCOT" fonctionne sur une conception particulièrement ouverte de la psychiatrie.

- Sur les 4 200 patients pris en charge par le service en 1990, seulement 124 d'entre eux, soit - de 3 % ont fait l'objet d'une hospitalisation sans leur consentement.
- 97 % des patients sollicitent donc les équipes médicales et soignantes du C.H.S. de leur plein gré, dans des rapports de confiance identiques à ceux de l'hôpital général.

PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE.

- 8 lits d'hospitalisation à temps plein
- 78 places d'hospitalisation ou d'accueil à temps partiel, réparties sur 4 centres externés à LORIENT, HENNEBONT, LANESTER, LE FAOUEY, et une unité sur le site du C.H.S. à CAUDAN.
- 12 places de placement familial.
- 12 lieux de consultations et de soins ambulatoires, répartis sur l'intersecteur géographique.
- 1 équipe pluridisciplinaire de secteur (soins à domicile, soins et prise en charge des patients dans leur vie sociale).

LE PLATEAU TECHNIQUE .

- 1 pharmacie desservant le C.H.S. et l'hôpital de PORT LOUIS.
- 1 salle de radiologie polyvalente
- 1 laboratoire d'électrocardiographie et d'électroencéphalographie
- 1 cabinet dentaire, - 1 salle de kinésithérapie
- des ateliers d'ergothérapie (imprimerie)

LE PERSONNEL

679 agents

Personnel médical

43 médecins

- 17 praticiens hospitaliers à temps plein (16 psychiatres dont un pharmacien)
- 5 praticiens hospitaliers à temps partiel (4 psychiatres et 1 gériatre)
- 2 médecins psychiatres assistants à temps plein
- 9 internes
- 10 médecins attachés spécialistes

Personnel non médical

636 postes équivalents temps plein :

- 45 personnels administratifs (Directeurs, secrétaires, téléphonistes, secrétaires médicales).
- 483 personnels soignants ou éducatifs (surveillants, infirmiers, psychologues, assistants sociaux, éducateurs, préparateurs en pharmacie).
- 108 personnels techniques ou ouvriers (adjoints techniques, contre-maîtres, ouvriers professionnels)

LES STRUCTURES ADMINISTRATIVES

CONSEIL D'ADMINISTRATION :

- Présidente : Madame Denise COURT
- Directeur : Monsieur Pierre GEORGES

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT :

- Président : Monsieur le Docteur Maurice BONABESSE

LA PEDOPSYCHIATRIE

Intersecteur INFANTO-JUVENILE 56 I 01

Praticiens hospitaliers :

- Dr M. BONABESSE, Chef de service
- Dr P. HOUANG
- Dr A. LE SCOUARNEC
- Dr M. TOULET

Surveillante-Chef :

- Georgette POUVREAU

*PRINCIPES D'ORGANISATION DE LA SECTORISATION
INFANTO-JUVENILE*

définis par la circulaire du 16 mars 1972

=====

L'enfant est un être dont la personnalité est foncièrement différente de celle des adultes. Il possède une pathologie propre.

La personnalité de l'enfant est soumise à une évolution en perpétuel remaniement. Elle se modifie suivant son rythme particulier et sous l'action des influences extérieures, qu'elles soient fastes ou néfastes. C'est ainsi que le milieu ou l'environnement peuvent constituer des facteurs de troubles très importants en influant en particulier sur le développement affectif.

*POLITIQUE DE SECTEUR EN MATIERE DE LUTTE CONTRE LES MALADIES ET
DEFICIENCES MENTALES DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE*

Elle vise à améliorer l'action entreprise dans le domaine de la prévention primaire, du traitement et des mesures d'adaptation socio-éducatives.

PROGRES EN MATIERE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

La conception des affections mentales de l'enfant, apparue simpliste dans certains de ses aspects du fait de l'évolution des connaissances, a dû être remaniée par la prise de conscience de certaines évidences. Les schémas s'en sont trouvés bouleversés :

- la notion d'inéducabilité ne peut plus être retenue a priori, car elle ne répond pas toujours à une réalité ;
- la signification du Quotient Intellectuel doit être réenvisagée ;
- par opposition aux états d'arriération et de débilité mentale, le champ des troubles de la personnalité n'a cessé de s'élargir :

* psychoses infantiles aux aspects cliniques particuliers et divers pouvant revêtir le masque de l'arriération

* névroses infantiles dont l'expression peut réaliser une perturbation évidente de la relation avec le monde, mais d'autres fois se traduire par des signes d'apparence banale tels qu'une énurésie ou une difficulté à l'apprentissage de la lecture.

*LE PROJET DE CREATION
DU SECTEUR DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE
DANS L'OUEST DU MORBIHAN*

1972 - 1973

=====

Alors que l'ouverture des services de psychiatrie adulte est effective depuis un an et demi environ, des démarches sont entreprises afin de réaliser la mise en oeuvre du service de psychiatrie infanto-juvénile.

En juillet 1972, le recensement des enfants relevant de notre pratique et de notre secteur géographique met en évidence la nécessité de chiffrer la capacité d'accueil comme suit :

- 1 service de 20 lits pour arriérés profonds
- 1 service de psychiatrie infanto-juvénile de 30 lits.

Cette formule s'appuie sur le programme de la circulaire du 16 mars 1972 préconisant la création d'un service de Psychiatrie Infanto-Juvénile à visée médico-pédagogique, tout en ménageant la possibilité d'accueillir les enfants arriérés profonds qui sont à l'Hôpital BODELIO à LORIENT.

Afin de réaliser au mieux les différentes prises en charge s'inscrivant dans ce nouveau cadre institutionnel, les propositions du personnel à recruter se sont faites comme suit :

1) Pour le service d'arriérés profonds :

- 1 équipe de 10 infirmiers
- 1 surveillant
- 4 A.S.I.

2) Pour le service de psychiatrie infanto-juvénile :

considérant les besoins suivants :

- * prise en charge hospitalière
- * prise en charge pédagogique
- * prise en charge par des techniciens para-médicaux tels que:
psychologue, éducateur, rééducateur, kinésithérapeute

les besoins en personnels pourraient être les suivants :

- 2 surveillants
- 21 infirmiers
- 3 éducateurs
- 1 rééducateur en psychomotricité) à mi-temps
- 1 kinésithérapeute) à mi-temps

Proposition est faite de renforcer cette équipe par des éléments de l'éducation nationale : un ou deux instituteurs.

LES PRINCIPALES ETAPES DE L'EVOLUTION DE L'INTERSECTEUR

=====

L'ouverture effective du Service Enfants a eu lieu le 4 juin 1973 avec l'admission de 3 enfants ce jour. A la fin du mois, 10 enfants étaient hospitalisés.

Le 26 juin 1973, le Conseil d'Administration décide la construction d'une école pour les enfants.

Le Docteur THALBOT prend ses fonctions le 1er août.

Le 1er décembre 1973, le pavillon 51 est complet. Sur les 35 admissions qui ont été faites depuis l'ouverture, 29 enfants sont toujours hospitalisés.

Le 3 décembre 1973 intervient le transfert de 10 enfants polyhandicapés en provenance de "La Clairière", un service d'enfants arriérés profonds de l'hôpital BODELIO. Ces enfants sont admis au rez-de-chaussée d'un pavillon d'adultes, le pavillon 52 B.

Le 4 avril 1974, la clinique Guy GROSSE abandonne la totalité du pavillon 52 B au Service Enfants, ce qui porte à 51 lits la capacité du service. Quelques mois plus tard ce service s'étendra encore en annexant une partie du rez-de-chaussée du pavillon 52 A contigu, de la clinique MORVAN.

A cette époque la totalité du service fonctionne en internat. Le 10 septembre 1974 un premier enfant est accueilli à la journée. Cette pratique se développera jusqu'à rendre nécessaire d'individualiser une aile en externat. La tutelle donnera son accord à cette transformation sous réserve que 10 lits d'internat soient remplacés par 13 places d'externat.

Parallèlement, la volonté de développer les contacts avec les familles va se traduire par une multiplication des visites à domicile puis par l'institutionnalisation des entretiens familiaux au centre, non seulement au moment de l'admission mais tout au long de la prise en charge.

Le 1er janvier 1977, un service de Placement Familial de 12 places, agréé par la Sécurité Sociale, est créé.

*ACTUALITE DU SECTEUR DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE
EN 1991*

=====

Le Secteur Ouest de Psychiatrie Infanto-Juvenile du MORBIHAN recouvre les trois secteurs de psychiatrie générale dépendant du C.H.S. CHARCOT, soit une population globale de 234.000 habitants (recensement de mars 1990). La population des enfants de moins de 16 ans est de 55.000. Le Secteur a bien sûr une mission de Prévention et de Soins à l'égard de l'ensemble de cette population, mais aussi de coordination entre acteurs de santé et autres intervenants de la communauté dans le champ de la santé mentale.

Pour remplir cette mission, 90 personnes environ (médecins, psychologues, psychomotriciens, orthophonistes, éducateurs, infirmiers, secrétaires, personnel de service) partagent leur activité entre 13 unités de consultations et de soins.

Plus de 850 enfants ont été vus en 1990 dont plus de 100 ont fait l'objet d'une hospitalisation complète ou surtout de jour (90 %). Mais le plus grand nombre des enfants suivis relèvent d'une consultation médico-psychologique et éventuellement de séances hebdomadaires de psychothérapie, d'orthophonie, de psychomotricité, d'atelier d'expression...

STRUCTURES ET MODES DE PRISE EN CHARGE

1 - LES UNITES D'HOSPITALISATION

Les activités des unités d'hospitalisation sont extrêmement variées. Elles visent une approche thérapeutique de chaque enfant sur les divers plans :

- *Individuel* : rééducation et soins (psychothérapies, maternage, etc...);
- *Familial* : approche relationnelle Enfant-Famille-Institution ;
- *Groupal* : ateliers d'expression sous divers formes, jeux, activités manuelles, physiques, musicales, etc...
- *Institutionnel*, prenant en compte tout le jeu des interactions qui implique tant les soignants que les enfants dans la vie quotidienne et dans les temps de rupture avec la quotidienneté (sorties, pique-niques, séjours thérapeutiques, etc...), ces activités faisant l'objet d'une analyse permanente garante de leur impact thérapeutique.

2 - LES CENTRES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES (C.M.P.)

Ce sont des lieux de consultations, de bilans et de soins ambulatoires (psychothérapies, rééducations spécialisées, ateliers d'expression). Ils sont implantés à BAUD, HENNEBONT, LE FAUET, LORIENT, PLOUAY et PORT-LOUIS. Le Centre "Yves RACINE" à LANESTER ouvre actuellement également une consultation externe.

La demande de consultation provient d'une démarche personnelle de la famille (ou parfois de la famille d'accueil) mais très souvent sur les conseils de l'école, bien plus rarement des services sociaux.

La consultation médicale peut être suivie, selon les cas, d'un bilan psychologique, d'une évaluation du langage parlé et écrit, ou de la psychomotricité. Ces bilans font l'objet d'une synthèse entre tous ces spécialistes, au terme de laquelle une aide sera éventuellement proposée : psychothérapie individuelle ou de groupe, orthophonie, groupe d'expression, rééducation psychomotrice, atelier de psychomotricité, thérapie familiale, thérapie mère-enfant, etc...

La prise en charge décidée fera ensuite l'objet d'évaluations périodiques sous forme de synthèses d'évolution avec le médecin chargé du suivi du cas.

Des liaisons avec les enseignants peuvent aussi être faites si les parents le souhaitent.

Le traitement nécessite généralement plusieurs mois, parfois davantage selon l'évolution. L'arrêt est décidé après une rencontre entre la personne responsable du traitement, la famille et l'enfant.

ORIENTATIONS DU SERVICE

Les projets élaborés pour le Schéma Départemental d'Organisation de la Psychiatrie donnent une assez bonne idée des préoccupations actuelles et des axes de développement de notre action dans les années à venir. On peut les résumer ainsi :

1 - AMELIORATION DES STRUCTURES EXISTANTES

- Réhabilitation de l'Unité d'Hospitalisation temps plein (internat)
(Projet en cours de réalisation)
- Transfert du Centre de Guidance du FAUET à PLOUAY
(Projet en cours de réalisation)

5 - POURSUITE DE LA COLLABORATION AVEC NOS PARTENAIRES QUI S'OCCUPENT DE L'ENFANCE

- Le Service de Pédiatrie de l'hôpital BODELIO.
- Collaboration directe des Praticiens Hospitaliers dans les I.M.P., I.M.E. du Secteur.
- Nous avons de nombreux points de contact avec d'autres partenaires au sein des Equipes Techniques de C.D.E.S., des Commissions de Circonscriptions Pré-élémentaires et élémentaires, des Commissions de Circonscriptions du Second Degré, de groupes de travail divers mis en place au niveau départemental (C.D.S.M., Planification des Besoins pour Enfants et Adolescents Handicapés) et au niveau local (groupe de travail sur la maltraitance, etc...).
- Au cas par cas nous avons bien sûr à coeur de favoriser les contacts avec les enseignants, les services sociaux, les praticiens ou rééducateurs libéraux, etc...

On peut espérer que les prises en charge de plus en plus précoces porteront leurs fruits au niveau de la prévention à long terme au plan psychiatrique (troubles de la personnalité, évolutions psychotiques, évolutions déficitaires, etc...) et au plan psychologique (difficultés scolaires, dysharmonies d'évolution, etc...). Nous avons le sentiment que viennent vers nous maintenant des enfants que nous n'avions pas l'habitude de voir il y a quelques années : d'une part donc des enfants plus jeunes, d'autre part des enfants qui viennent pour des difficultés psychologiques perçues par des familles beaucoup plus sensibilisées qu'auparavant, enfin aussi des enfants qui étaient jadis orientés vers la filière d'éducation spécialisée sans demande d'accompagnement médico-psychologique.

La prise en charge très précoce pourrait se développer dans le sens du dépistage dès la péri-natalité et de structures de guidance et de soins mère-enfant. Mais ceci implique un personnel formé et intéressé, ce qui se fait progressivement.

En tout état de cause, la prise en charge de plus en plus précoce, de plus en plus ambulatoire et de plus en plus "intégrée" va de pair avec un nécessaire accroissement de la technicité et de la qualité du personnel soignant.

* * * * *

LA PSYCHIATRIE GENERALE

Secteur 56 G 01 - CLINIQUE GUY GROSSE

Praticiens hospitaliers :

- Dr M. RAULT, Chef de service
- Dr T. ANDRIANOMANANA
- Dr G. CASAUCAU
- Dr C. JOBIC
- Dr O. RIOUSSE

Surveillant Chef :

- Gilbert DREANO.

CLINIQUE GUY GROSSE

Le personnel infirmier mis à disposition de l'hôpital CHARCOT, à compter du 1^{er} octobre 1970 y a réellement été affecté le 1^{er} janvier 1971.

Le lundi 4 janvier 1971, 19 infirmiers et 2 surveillants prennent leurs fonctions au pavillon 34A et préparent l'accueil des premiers malades, qui aura lieu le lundi 11 janvier et concernera 10 femmes.

L'ouverture des 7 autres pavillons s'échelonne jusqu'au 5 septembre 1972, date de l'ouverture du 52B. Ils se sont alternativement ouverts avec des populations féminines puis masculines ayant un long passé psychiatrique, arrivant de l'hôpital de SAINT AVE.

Toutefois, le pavillon 56, ouvert le 21 décembre 1971, l'a été par mutation de patients étiquetés "oligophrènes" venant de pavillons du service déjà ouverts.

La première admission directe a été celle de Monsieur N. au 32, le 22 septembre 1971. Il s'agissait d'un mineur de 16 ans.

Néanmoins, les premières admissions directes ont été faites de manière significative et continue à partir du 1^{er} janvier 1972 (admission de Mme C., au pavillon 33B).

Dès le 18 janvier 1971, la mixité était effective au sein du service, puisqu'à cette date, un pavillon "hommes" et un pavillon "femmes" étaient ouverts.

Cependant, la mixité au sein d'un pavillon n'a été réalisée qu'à partir du 4 janvier 1972 (pavillon 32) et n'a été totale sur l'ensemble des pavillons qu'à partir du 27 août 1973 (pavillon 34A).

A cette date, toutes les unités du service accueillent des admissions, sauf le pavillon 56 qui, à compter du 3 octobre 1972, a changé d'orientation. Les "oligophrènes", orientés sur les autres unités, ont été remplacés par des personnes âgées.

Le 22 mars 1973, le processus de diminution de capacité débute avec la fermeture du pavillon 52B (pour mémoire, les moyens en personnels sont restés, à compter de cette date, à la disposition de l'inter-secteur de pédo-psychiatrie).

Créée en 1974, l'équipe d'animation mise en place pour "répondre" aux besoins des oligophrènes et des personnes âgées, s'est rapidement orientée vers la prise en charge, dans un but

étant spécialisés (32 : adolescents polyhandicapés - 56 : personnes âgées déficitaires).

Le polymorphisme des pavillons d'admission posant des problèmes aux soignants - champ d'action trop vaste, allant de l'écoute et des soins aux nouveaux entrants, à la réinsertion des plus anciens - le 33A devient pavillon de réadaptation le 2 décembre 1985.

La population des personnes âgées hospitalisées à plein temps diminuant, le pavillon 56 est transformé en trois nouvelles structures ou équipes, le 16 mai 1988 :

- une équipe d'Ateliers Relationnels pour Personnes Agées Désorientées, dont le but est d'offrir des soins psychiatriques adaptés à leur état, pour les aider à mieux vivre leur perte d'autonomie.

- un lieu de vie de 8 places.

- une structure d'hospitalisation de 8 lits pour personnes âgées, qui sera à son tour fermée le 1er novembre 1990, ce qui permettra la création d'une équipe de Placement Familial.

A cette date, la capacité du service est ramenée à 110 lits.

Un projet d'Appartement Thérapeutique, élaboré sur plusieurs mois par l'équipe des Coordinateurs, s'est concrétisé le 1er juillet 1991 par... l'ouverture d'un appartement associatif à LORIENT.

En conclusion :

Il n'est pas prétentieux de dire que la Clinique Guy Grosse, qui fut la première à s'ouvrir aux patients, s'est très vite donnée les moyens d'innover en matière de pratique de secteur, devançant en cela certains textes...

Sa présence hors des murs, qui caractérise son action dès le départ, a permis la mise en place de ce que l'on appelle, de façon classique, "des alternatives à l'hospitalisation", qui sont à la fois des substituts à l'hôpital et des méthodes de resocialisation ou de réinsertion de malades dans un milieu de vie.

Aussi, régulièrement, du fait des populations accueillies qui traînaient derrière elles un long passé psychiatrique, l'équipe soignante de la clinique a mis en place des activités de resocialisation. C'est le cas, en particulier, des chantiers à l'occasion desquels un accord passé entre l'établissement et des municipalités ou associations chargées de la protection de la nature, a favorisé la participation de malades et de

La Clinique Guy GROSSE en quelques chiffres

Comparaison de l'activité du service en 1981 et 1990

	1981	1990
File active (*)	599	905
Consultations	1 200	2 503
Visites à domicile	1 573	3 962
Hôpital de Jour	3 884	9 432
Hôpital Complet	54 068	33 336

(*) File active : ensemble des patients vus au moins une fois dans l'année par un ou plusieurs membres de l'équipe soignante pluridisciplinaire.

Démographie du Secteur (Recensement de 1990)

Canton de GROIX		2 472
GROIX	2 472	
Canton de PLOEMEUR		25 715
LARMOR-PLAGE	8 078	
PLOEMEUR	17 637	
Canton de PORT-LOUIS		24 580
GAVRES	848	
KERVIGNAC	3 681	
LOCMIQUELIC	4 094	
MERLEVENEZ	2 032	
NOSTANG	1 060	
PLOUHINEC	4 026	
PORT-LOUIS	2 986	
RIANTEC	4 846	
STE HELENE	1 007	
LORIENT	31 172	31 172
TOTAL		83 939

LA PSYCHIATRIE GENERALE

Secteur 56 G 02 - CLINIQUE PINEL

Praticiens hospitaliers :

- Dr J. DAUMER, Chef de service
- Dr D. LE MEUT
- Dr C. QUEVIN
- Dr B. RIVES
- Dr O. TREGUIER

Surveillant Chef :

- Jean LE DELLIU

Un peu d'histoire

La Clinique Philippe PINEL s'est ouverte en Janvier 1971.

Elle accueillait des malades venant du C.H.S. de SAINT-AVE, dépendant de la partie Ouest du département du MORBIHAN, jusqu'à la mise en place progressive de la sectorisation.

La capacité d'accueil était de 190 lits, répartis en 8 pavillons.

A l'origine, il était convenu que les transferts du C.H.S. de SAINT-AVE se feraient prioritairement à la demande des familles.

La plupart de ces premiers malades transférés se trouvaient internés selon les modalités définies par la Loi du 30 Juin 1838.

On voit que 20 ans plus tard, seuls 10 % des patients se trouvent concernés par l'internement, désormais régi par la nouvelle Loi du 27 Juin 1990.

Durant la première décennie, tous les pavillons étaient polyvalents. Aucun d'entre eux n'avait une véritable différenciation.

Au cours de la seconde décennie, la différenciation va se mettre progressivement en place, débutant par la création, en 1982, d'un Hôpital de Jour intra-muros, qui inaugure une série de mutations importantes : création, en 1984, des deux pavillons d'accueil, ouverture d'un foyer de vie, et, en 1986, du Centre de Jour Louis LE GUILLANT à LANESTER. En 1985, un Service de Placement Familial Spécialisé était créé.

Alors qu'à l'origine ne fonctionnaient que les dispensaires d'HENNEBONT et de PLOUAY, des consultations vont s'ouvrir dans les Centres Médico-Psychologiques de LORIENT, au Centre Louis LE GUILLANT à LANESTER, dans les hôpitaux généraux d'HENNEBONT et de LORIENT (BODELIO).

La Clinique PINEL assure également la couverture psychiatrique de la Maison d'Arrêt de PLOEMEUR.

Cette évolution vers la spécification des tâches des pavillons et des équipes s'accompagne d'un quasi-doublage de la file active, qui passe de 700 patients suivis en 1980 à 1300 dix ans plus tard, alors qu'elle ne dépassait pas 400 à l'ouverture de la Clinique.

Le renforcement de l'équipe médicale a naturellement apporté, un appui décisif à une telle évolution.

POLE EXTRA-HOSPITALIER

- Centre de Jour Louis LE GUILLANT (LANESTER).
- Placement Familial Spécialisé (réseau départemental).
- Dispensaires (PLOUAY, HENNEBONT, LANESTER, LORIENT).
- Hôpitaux généraux (HENNEBONT, BODELIO : A.M.P. et consultations dans les Services).
- Visites à domicile des malades.
- Visites régulières dans les Maisons de Retraite, Foyers-Logements, Maisons de Cure, Longs Séjours.
- Couverture psychiatrique des détenus de la Maison d'Arrêt de PLOEMEUR.

Une telle évolution va avoir des incidences quantitatives et qualitatives :

- les incidences quantitatives seront notamment :

. la diminution de la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés,

. l'accroissement du nombre des patients pris en charge à l'extérieur de l'hôpital (les 2/3 de la file active),

. une diminution du nombre de journées d'hospitalisation à temps complet : 80000 journées en 1971, 40000 vingt ans plus tard ;

- sur le plan qualitatif, priorité sera donnée à la réinsertion des malades dans le tissu social : les patients fréquentant les centres de jour du C.H.S. et de LANESTER retournent tous chaque soir à leur domicile ; le suivi à domicile conforte ce travail de réinsertion.

Les premières admissions directes n'interviendront qu'en Avril 1972, à l'approche du découpage sectoriel.

En Octobre de la même année, la mixité sera introduite dans les pavillons, ce qui est une nouveauté pour l'époque.

Il convient de dire que le personnel est particulièrement motivé.

La première promotion d'élèves infirmières débute en Septembre 1971.

La plupart des infirmiers viennent des hôpitaux de la région parisienne, et des C.H.S. des alentours : RENNES, BLAIN, SAINT-AVE, BEGARD. La quasi-totalité était originaire de la région, ou y avait des attaches familiales.

Le Foyer de Post-Cure pour patients psychotiques (HENNEBONT).
- La création d'un département de réadaptation inter-clinique.

Activités de Secteur

- Consultations dans les Dispensaires et les Hôpitaux Généraux.
- Maison d'Arrêt de PLOEMEUR (consultations et conseils à la réinsertion).
- Visites à domicile et dans les institutions non psychiatriques du Secteur.
- Placement Familial Spécialisé.

Un tel schéma, qui est loin d'être exhaustif, devrait permettre à chacun de se positionner dans la perspective de psychiatrie 2000, en développant plus avant les idées de mutualisation, de partenariat, d'optimisation des ressources humaines enfin, pour apporter à nos patients un service d'une qualité toujours accrue.

LA PSYCHIATRIE GENERALE

Secteur 56 G 03 - CLINIQUE MORVAN

Praticiens hospitaliers :

- Dr J. M. BORAUD, Chef de service
- Dr J. Y. GAUTIER
- Dr N. JOBIC
- Dr R. LE NAOUR
- Dr C. NEDELEC.

Surveillant Chef :

- Gérard LE CORRE

groupes ouverts et fermés furent constitués, un groupe fut réservé pour le personnel.

- une action de réinsertion fut engagée par détachement d'un surveillant, pouvant aller dans le monde du travail, avec des pensionnaires, afin de les aider à reprendre pied, quand ils le pouvaient, dans une profession salariée.

- cette phase permit d'aboutir à une première étape caractérisée par une diminution de la population hospitalisée à temps plein et le constat de nécessité d'une structuration plus élaborée du soutien à l'extérieur.

- c'est en 1978 que fut créé le service H.A.D. (hospitalisation à domicile), rendu indispensable par l'impossibilité de multiplier les Visites A Domicile (V.A.D.) par les équipes pavillonnaires obligées de se rencontrer sur le travail intra-muros. La politique de secteur a contribué à la modification du temps d'action de l'infirmier en permettant des prises en charge ambulatoires, des soins et soutiens des malades à domicile, des interventions à but thérapeutique et la réponse à l'urgence. La fonction de l'équipe soignante est de maintenir à domicile les patients ayant ou non été hospitalisés au C.H.S. Charcot. Il s'agit de patients présentant diverses pathologies, (en particulier, des psychotiques, des personnes âgées, des éthyliques, qui ne supportent pas leur solitude). L'établissement d'une relation psychothérapique à la sortie de l'hôpital est donc indispensable, l'écoute peut être sécurisante...

La visite à domicile permet au soignant de comprendre comment vit le malade dans sa pathologie, de prendre contact avec sa famille et de lui apporter un soutien. Outre la prise en charge psychothérapique, la relation avec le patient facilitera l'acceptation du traitement neuroleptique retard, en outre. L'équipe H.A.D. répond aux appels émanant du patient, de sa famille, d'une assistante sociale ou du médecin traitant. Elle intervient en cas d'urgence, se déplace pour évaluer la situation lors d'un épisode aigu, dédramatise cette situation.

Pour certains patients acceptant mal d'être visités à domicile, des permanences ont été créées (à BAUD le mardi, à GUEMENE/SCORFF le mercredi et au FAUET le jeudi). Ce sont des lieux plus neutres. Pendant la journée, différentes prises en charges sont proposées par le biais d'activités thérapeutiques de groupe ou individuelles.

D'autre part, les patients ayant été hospitalisés au C.H.S. Charcot et ayant été placés, à leur sortie, en maison de retraite, sont suivis par l'équipe de secteur, ceci afin d'éviter une éventuelle réhospitalisation en milieu psychiatrique. Des groupes de parole ont été mis en place dans les hôpitaux de GUEMENE/SCORFF et du FAUET, à la demande du personnel, afin d'aider à la prise en charge des patients posant problème.

Le pavillon 23 A assure le même rôle pour les personnes âgées de plus de soixante ans et accueille toutes les pathologies psychiatriques.

Le FOYER DE VIE est réservé à des pensionnaires valides et stabilisés sur le plan médical, ayant de nombreuses années d'hospitalisation. Son but est de leur faire acquérir une autonomie suffisante pour vivre en appartement individuel ou collectif, à l'extérieur, ou en attente d'une place en foyer logement. La mission du personnel (un surveillant et sept infirmiers avec présence de 7 heures 30 à 22 heures) est essentiellement d'aider et d'inviter les pensionnaires dans ce sens et de favoriser leur autonomisation en leur proposant diverses activités intra et extra-muros. Les pensionnaires sont tenus d'entretenir leur linge personnel, les locaux de vie, de confectionner les repas. Ils apprennent les gestes courants de la vie quotidienne tels que l'utilisation du téléphone, faire des courses dans une grande surface. Diverses activités sont mises à leur disposition: groupes occupationnels avec l'Association ACCUEIL-CAUDAN, gymnastique, parcours vita, séjours thérapeutiques, sorties sur LORIENT (avec le bus), chantiers... Un groupe de parole a lieu une fois par semaine.

Le foyer de vie est fermé depuis 1990 après avoir rempli en grande partie sa mission.

Le pavillon 23 B, structure succédant au service enfants pour les cas d'évolution difficile, n'ayant pas l'autonomie suffisante pour prétendre à un accueil dans un milieu non protégé et non psychiatrique.

Le pavillon 54 accueille des personnes âgées déficitaires, en perte d'autonomie psychique et physique.

En 1984, le Docteur BONABESSE quitte la clinique pour le service enfants et est remplacé par le Docteur J.M. BORAUD, Médecin Chef. Nomination des Docteurs GAUTIER et JOBIC.

En 1988, départ de Monsieur JEHANNO, Surveillant Chef, qui est remplacé par Monsieur LE CORRE.

Cette même année, deux APPARTEMENTS THERAPEUTIQUES sont mis en place sur HENNEBONT (deux et trois places). Ce sont des unités de soins à visée de réinsertion sociale mises à la disposition de quelques patients pour des durées limitées et nécessitant une présence importante du personnel soignant. Elles permettent de retrouver autonomie et initiative et d'éviter l'isolement. Cinq personnes ont été installées, deux sont toujours en appartement, une autre est en maison de retraite, une autre en placement familial. Une seule personne a dû être réhospitalisée.

En 1990, nouvelle restructuration de la clinique avec:

- la fermeture du Foyer de Vie,
- l'ouverture du CENTRE DE JOUR (12 places). Il s'agit d'une structure de soins à temps partiel, située intramuros, destinée à des patients présentant une pathologie évolutive. Elle a une vocation psychothérapique s'appuyant sur un travail de groupe.
- l'ouverture du SERVICE D'ACCUEIL A LA JOURNEE (S.A.J.). Celui-ci est proposé à des patients ayant des relations de dépendance étroite avec l'institution et pour qui il importe avant tout de préserver certains repères stables. Ce service fonctionne avec un personnel infirmier réduit et assure un accueil et un accompagnement minimum dans l'hôpital.
- l'ouverture du PLATEAU TECHNIQUE (activités relationnelles et manuelles). Outil original à la disposition de l'ensemble de la clinique, le plateau technique est la somme des compétences spécifiques des soignants du service, mises en oeuvre dans des activités tant psychothérapiques qu'ergothérapiques. Le principe de circulation des informations y apparait essentiel.
- Le PAVILLON 22 A, rénové et amélioré dans ses prestations hôtelières, reste la seule structure d'admissions pour les moins de soixante ans. La capacité d'accueil est augmentée et l'équipe soignante renforcée. Il s'agit d'assurer des prises en charge très précises et dynamiques, orientées vers une sortie au domicile ou les autres structures du secteur.

**L'ASSOCIATION DE READAPTATION
ET D'ENTRAIDE**

Président : Michel CHRISTE,

Surveillant

L'ASSOCIATION DE READAPTATION ET D'ENTRAIDE.

Début 1972, afin de compléter l'arsenal thérapeutique, un groupe de soignants, s'inspirant d'expériences antérieures, proposait à la direction du C.H.S. un projet de création d'Association à caractère thérapeutique .

C'est ainsi, qu'en assemblée générale du 3 MARS 1972, est née L'ASSOCIATION DE READAPTATION ET D'ENTRAIDE, régie par la loi de 1901, qui fut déclarée à la sous-préfecture, le 24 MARS 1972 .

Depuis bientôt 20 ans, l'association , grâce aux soignants, soignés et personnel hospitalier qui la font "vivre", assume ses missions de réadaptation et réinsertion sociales, d'entraide morale et financière .

A ce jour, elle offre aux patients et au personnel, un éventail de prestations à la mesure des besoins mis en évidence; besoins que le C.H.S. ne peut satisfaire du fait de la rigidité de sa gestion financière administrative, l'ARE compensant par un fonctionnement plus souple et plus disponible.

Une équipe " soignants-soignés" forment la commission journal qui édite un mensuel " ESPACE-INFOS " , où chacun peut faire part de ses difficultés, de son vécu, de ses passions. Les réunions de préparation de ce journal sont un moment privilégié d'échange et d'expression de chacun .

L'ARE gère, enfin, une vingtaine d'APPARTEMENTS en ville (Lorient, Hennebont). Gestion qui soutient les patients dans les démarches administratives et les problèmes financiers inhérents au logement.

Cette action de l'ARE favorise la réinsertion sociale du malade, et met en oeuvre également sa mission d'entraide financière.

En effet, quand surgissent des difficultés financières concernant les logements, mais aussi la gestion quotidienne les membres de l'ARE ont à leur disposition une commission d'ENTRAIDE " un fond de roulement" ou un " service prêt", il est alors possible aux personnes hospitalisées ou non hospitalisées, de bénéficier d'un prêt sans intérêt , remboursable en fonction des possibilités de chacun, pour pallier à la situation .

Depuis peu, l'ARE s'est vu confiée une "GERANCE DE TUTELLES", complétant ainsi sa mission d'entraide .

Dans quelques mois, l'ARE aura 20 ans, pendant toutes ces années, elle aura connu des hauts et des bas, mais elle a toujours pu et su remplir sa mission grâce aux personnes qui se sont dévouées en prenant des responsabilités à tous les niveaux.

LES PROJETS

1991 - 1996 : LES OBJECTIFS et LES PROJETS

L'action du Centre Hospitalier CHARCOT pour les cinq prochaines années s'organisera suivant trois directions majeures, en réponse aux grands enjeux de santé Publique de l'avenir :

- *La prévention et la prise en charge des troubles du grand âge.*
- *La Santé Mentale des enfants et des jeunes.*
- *L'optimisation du dispositif de psychiatrie générale.*

La réponse à ces enjeux passe bien sûr, dans un contexte économique difficile; par un recentrage de l'organisation sur des missions priorisées, réalisé à partir des moyens existants, mal ou non optimisés.

C'est ainsi qu'il faut considérer le suréquipement en lits d'hospitalisation à temps plein, résultant de l'efficience de la population et de la diversification des thérapeutiques substitutives développées en milieu ouvert par l'institution.

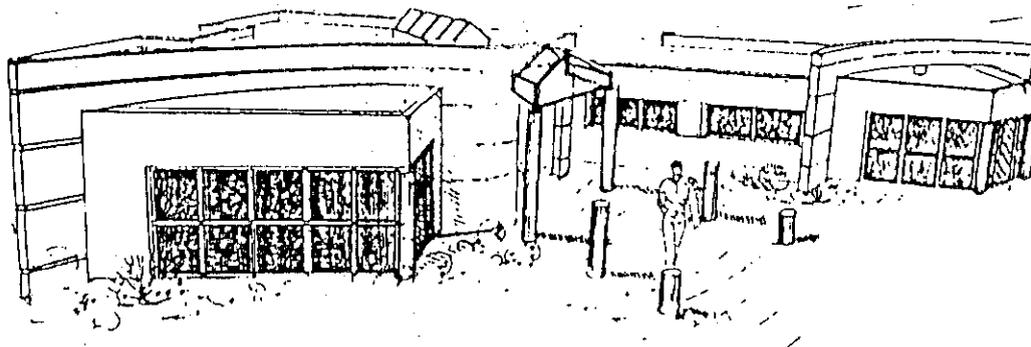
L'objectif finalisé à 5 ans, de 225 lits d'hospitalisation à temps complet au total (au lieu de 389 aujourd'hui) permettra de répondre à la demande, tout en dégageant les ressources nécessaires au développement d'un service de Santé Mentale toujours plus performant quant à sa qualité.

Les orientations ont déjà fait l'objet d'une inscription au Schéma Départemental d'Organisation en Santé Mentale.

La plupart des projets sont aujourd'hui en voie de réalisation.

**LA POURSUITE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA DIVERSIFICATION
DU DISPOSITIF DE SOINS ET DE PREVENTION POUR LES ENFANTS
ET LES JEUNES**

- Construction d'un Centre Psychothérapique pour enfants et adolescents à PLOUAY.
(Chantier en cours, ouverture en Juin 1992.)



Centre Psychothérapique de PLOUAY

- Aménagement d'une structure d'accueil à la journée pour jeunes enfants à LORIENT.
(étude architecturale en cours).
- ouverture d'une unité d'accueil, à LORIENT, pour jeunes adultes souffrant de troubles graves de la personnalité. (ouverture en Juin 1992)
- Rénovation de l'internat du service enfants : chantier en cours
ouverture en Avril 1992

LE JUMELAGE

Deuxième partie

Fac-similé
de
L'exposition

DOCTEUR JEAN MARTIN CHARCOT 1825 - 1893



Fondateur avec Guillaume Duchenne de la neurologie moderne et l'un des plus grands cliniciens français.

Alors que Charcot enseignait l'anatomie pathologique à l'Université de Paris (1860-1893), il fut nommé en 1862 à l'hôpital parisien de la Salpêtrière, où il devait rester de longues années et où il ouvrit en 1882 ce qui allait devenir la plus grande clinique neurologique d'Europe. Professeur réputé, il attira des étudiants de toutes les parties du monde. Le plus célèbre d'entre eux fut, en 1885, Freud, dont l'intérêt pour les origines psychologiques de la névrose fut stimulé par l'emploi que faisait Charcot de l'hypnose, en vue de découvrir une base organique à l'hystérie.

Ce sont surtout ses travaux relatifs à l'anatomie pathologique et à la clinique des maladies qui l'ont rendu célèbre.

Ses leçons à la Salpêtrière eurent un immense retentissement : elles furent traduites dans toutes les langues.

Jean-Martin Charcot est le père du célèbre médecin et explorateur français Jean-Baptiste Charcot auteur de campagnes et travaux océanographiques dans les régions polaires ; mort en mer sur le "Pourquoi-Pas".



LA CREATION DE L'HOPITAL CHARCOT

Si le centre hospitalier spécialisé Charcot n'a pas les racines séculaires de ses célèbres aînés, il ne s'en inscrit pas moins dans l'histoire comme le banc d'essai d'une nouvelle pratique de traitement de la maladie mentale.

Le programme approuvé le 10 janvier 1962 par le Ministère de la Santé était pratiquement réalisé au 1er janvier 1971.

La conception et la réalisation architecturale (oeuvre de Messieurs G. Caubert de Clery, architecte départemental, Raymond Lopez, architecte en chef des Bâtiments Civils et Palais Nationaux, et Raymond Graveraux.

- Le choix du site de Caudan à quelques kilomètres des principales villes de l'agglomération lorientaise, dans un environnement exceptionnel de 36 ha de landes boisées.
- L'urbanisme de l'ensemble calquant scrupuleusement l'organisation du monde rural extérieur (l'hôpital est structuré en 3 villages regroupés autour du Centre Social, pôle des activités et des services collectifs).
- La dimension humaine des unités de soins (25 pavillons de 20 à 25 lits chacun) confortent l'éclairage profondément humaniste porté par Mr Raymond Marcellin dans la définition de la mission de l'hôpital psychiatrique en tant que sauvegarde de l'éminente dignité humaine qu'il donnait en 1973 dans l'avant propos du livret de présentation de l'hôpital Charcot.

Coût de la propriété

36 hectares pour un montant de 804.000 F en 1965 (réactualisé pour 1991 : 4.623.000 Frs)

Projet et réalisation

41.399.888,75 F en 1970 (réactualisé pour 1991 : 190.025.486,00 Frs)

Chapelle du Trescoët - Hôpital Charcot - Caudan

Trescoët est un mot breton qui signifie "le travers du bois" ou "à travers bois". Cette chapelle a été construite en bordure du chemin qui, à travers bois, menait de la forteresse de Saint-Caradec à celle de Kersalo en Pont-Scorff.



Vue d'ensemble de l'intérieur de la chapelle. La grande verrière (même décoration que celle du transept sud) évoque déjà le début du gothique tandis que les grandes arcades en plein cintre témoignent de la fin du roman.



La dernière transformation de la chapelle se situe en fin du XVIIIème siècle. "... la balustrade de ce clocheton est soulignée à droite et à gauche par une moulure saillante. Une autre moulure qui en fait le tour existe à la base de la petite pyramide à quatre pans, très ébrasée, surmontée d'une croix qui lui sert de couronnement. Tout cela indique bien le XVIIIème ou XVIIIème siècle..." (Calmelle)

OBJECTIFS DE L'HOSPITALISATION

recouvrer

La SANTE

bien - être
physique
mental
social



L'AUTONOMIE

individuelle
familiale
sociale
professionnelle

Les soins d'esthétiques à l'hôpital

Toute une ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE
vous aide aux différentes étapes de la maladie

Le médecin psychiatre de secteur :
après avoir établi le diagnostic :
organise et coordonne l'application du plan de soins,
prescrit et surveille le traitement médicamenteux,
écoute le patient et sa famille.

Les agents de services hospitaliers :
entretiennent votre cadre de vie et
assurent votre confort dans l'unité de
soins.

Les infirmiers psychiatriques de secteur :
concrétisent la réalisation du plan de soins :
- en vous accompagnant dans la vie quotidienne,
- en utilisant des techniques spécifiques visant à retrouver :

LE BIEN-ETRE CORPOREL
LE BIEN-ETRE AVEC SOI-MEME ET AVEC LES AUTRES



Les secrétaires médicales :
accueillent sur place ou au téléphone le
malade et sa famille, coordonnent les
rendez-vous, assurent la tenue des dossiers.

Secrétaire médicale au travail

Les psychologues :
contribuent à la réalisation du plan de soins :
- par des interventions auprès des soignés en entretiens individuels ou en groupe
- par une réflexion permanente sur le fonctionnement de l'institution soignante

Les assistantes sociales :
vous accompagnent dans la réflexion sur votre situation sociale, familiale,
professionnelle, administrative, etc...
* elles sont à votre disposition dans vos différentes démarches
* elles vous mettent en contact avec les services sociaux extérieurs

L'hygiène des locaux



Cette équipe prépare avec vous
VOTRE SORTIE
dans de bonnes conditions.

LES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION

LES CENTRES DE JOUR

Les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel et les Hôpitaux de jour sont des structures de soins extra-hospitaliers, mises à la disposition d'une population. Ils coordonnent et dispensent des actions de prévention et de soins ambulatoires grâce à une équipe pluridisciplinaire réunissant :

- médecin psychiatre
- surveillant
- infirmiers
- assistant social
- psychologue

Ces structures sont insérées dans la vie de la cité ; elles permettent aux personnes soignées de conserver leur intégration familiale, sociale et professionnelle, ou de la retrouver.

Elles ont ainsi un rôle essentiel dans le maintien à domicile et la continuité des soins des patients sortis de l'hôpital.

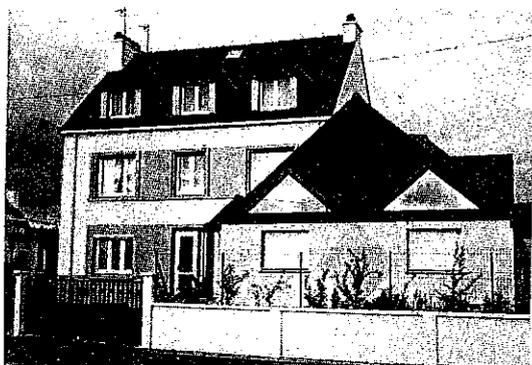
Elles peuvent aussi prendre en charge un certain nombre de patients sans recourir obligatoirement à une hospitalisation préalable.

Les patients sont suivis dans ces centres :

- . sur leur propre demande
- . sur prescription de leur psychiatre traitant



Visite à domicile



Centre pour enfants et adolescents

LES HOPITAUX DE JOUR

Ils sont ouverts du lundi au vendredi toute la journée.

Le traitement est médiatisé par diverses techniques :

- activités pratiques : cuisine, activités manuelles et artistiques
- temps de parole

qui sont utilisés :

- individuellement : entretiens, relaxation
- en groupe : ateliers créatifs, menuiserie, piscine, équithérapie.
- Soins psychothérapeutiques et médicamenteux

LE CENTRE D'ACCUEIL THERAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL

C'est un lieu de soins installé au plus près d'une population indépendant ou rattaché à un centre médico-social.

Le centre est ouvert plusieurs journées dans la semaine, matin et après-midi (9 h à 12 h et de 14 h à 17 h)

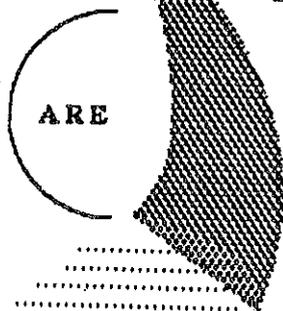
Un personnel infirmier accueille les patients et assure leur prise en charge de groupe ou individuelle. Un des buts principaux est de maintenir ou de favoriser une existence autonome ouverte sur l'extérieur, par des activités de soutien et de thérapeutique de groupe.

L'équipe du centre propose également des consultations médicales régulières ; elle peut aussi réaliser des interventions ponctuelles auprès de toute institution nécessitant des prestations psychiatriques ou un soutien psychologique.



Centre de jour pour adultes

L'ASSOCIATION DE RÉADAPTATION ET D'ENTRAIDE DU C.H.S. CHARCOT



Ses missions :

- La réadaptation
- La réinsertion
- L'entraide des hospitalisés et anciens hospitalisés

A l'hôpital "La réadaptation"



Au travers :

- d'Ateliers Ergothérapeutiques : cuisine, création manuelle, expression par le dessin ou la musique, piscine, équitation...
- d'Activités Sportives : gymnastique, foot-ball, pétanque...
- d'Ateliers Sociothérapeutiques : cafétéria, salon de coiffure et d'esthétique, banque, bibliothèque et auditorium, imprimerie, atelier de pré-sortie.

Ces diverses activités à connotation éducative et soignante, permettent une médiation de la relation et une restauration des fonctions psychiques et motrices.



A l'extérieur "La réinsertion"

En gérant des appartements :

- 14 appartements individuels
- 4 appartements relais
- 1 appartement thérapeutique

En organisant des séjours thérapeutiques qui visent à une plus grande autonomie, favorisent les loisirs, le sport, la vie communautaire en dehors du milieu hospitalier.

En facilitant l'intégration dans le tissu associatif local.

Pour tous : l'entraide

Un projet de sortie, une recherche d'appartement, une situation financière difficile...

L'ASSOCIATION PERMET D'Y FAIRE FACE PAR L'INTERMÉDIAIRE DE PRETS

SECTEUR OUEST DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

Pour la prévention et les soins des troubles psychologiques,
une équipe pluridisciplinaire :
Des psychiatres d'enfants, des psychologues, des psychomotriciens,
des éducateurs, des infirmiers psychiatriques.



Le département du Morbihan comprend 3 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

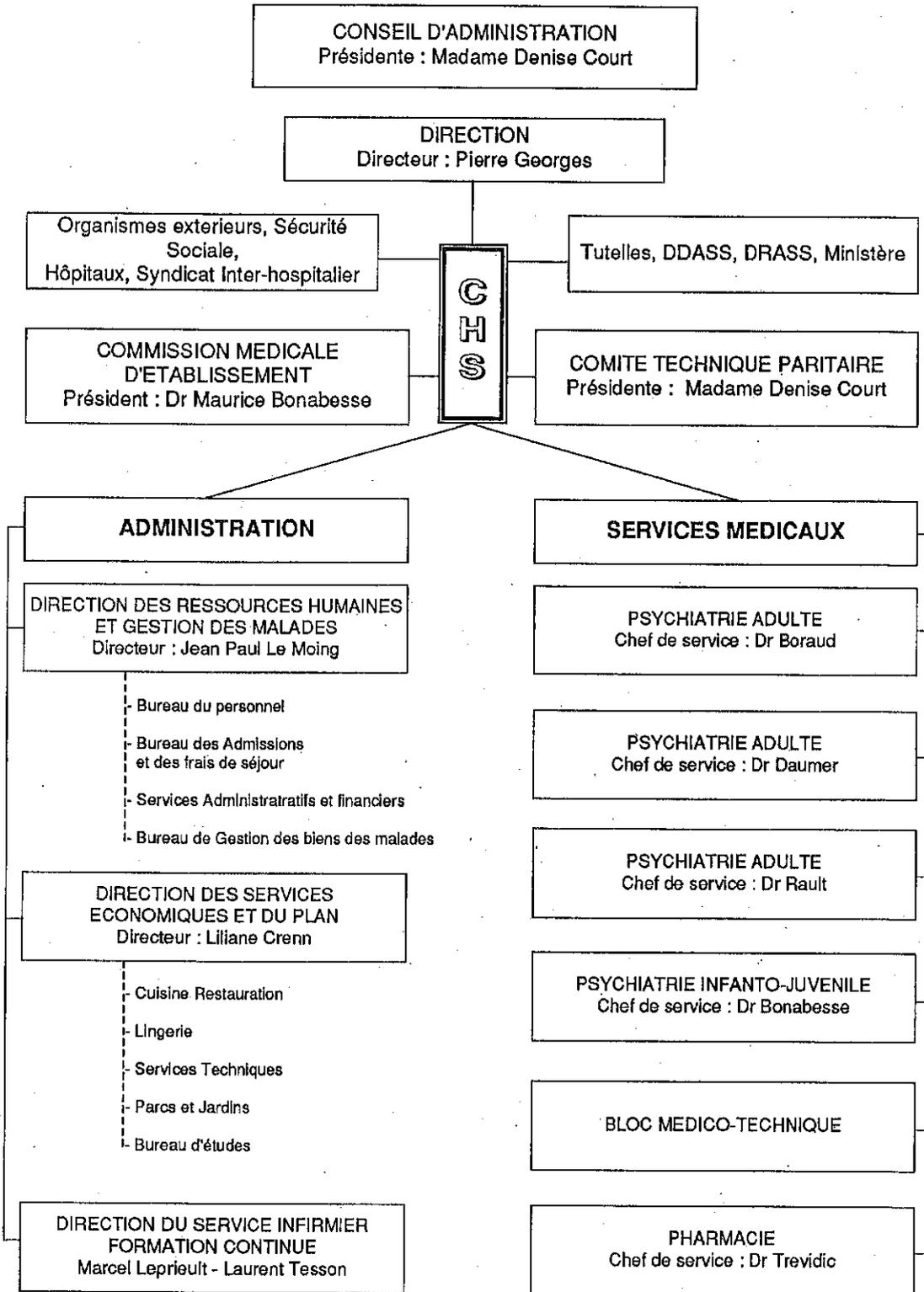
Celui confié au Docteur Bonabesse, praticien hospitalier chef de service au Centre Hospitalier Spécialisé Charcot de Caudan, regroupe une population d'environ 240 000 habitants.

Il s'agit des cantons de Baud, Le Faouët, Groix, Guemené-sur-Scorff, Hennebont, Lanester, Lorient-Centre, Lorient-Nord, Lorient-Sud, Ploemeur, Plouay, Pont-Scorff, Port-Louis.

LIEUX DE CONSULTATION ET DE SOINS

- | | | |
|--|--|--|
| CONSULTATION MEDICO-PSYCHOLOGIQUE DE BAUD
Centre Social
Rue de Pont-Augan
56150 BAUD
Tél : 97 02 39 79 | CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DU FAOUEÛT
1, rue Maréchal Leclerc
56320 LE FAOUEÛT
Tél : 97 23 01 22 | CONSULTATION MEDICO-PSYCHOLOGIQUE DE LORIENT
47, Boulevard Herriot
56100 LORIENT
Tél : 97 37 43 95 |
| INSTITUT FERDINAND THOMAS
C.H.S. Charcot
56850 CAUDAN
Tél : 97 02 39 79 | CONSULTATION MEDICO-PSYCHOLOGIQUE D'HENNEBONT
Centre Médico-Social
Place du Général de Gaulle
56700 HENNEBONT
Tél : 97 02 39 79 | CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE KERVENANEC
Rue Jules Vallès
56100 LORIENT
Tél : 97 37 41 34 et 97 37 45 58 |
| CENTRE D'OBSERVATION DE JEUNES ENFANTS
C.H.S. Charcot
56850 CAUDAN
Tél : 97 02 39 79 | CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE PIERRE THALBOT
2, avenue Commune de Paris
56700 HENNEBONT
Tél : 97 85 01 00 et 97 85 01 57 | CONSULTATION MEDICO-PSYCHOLOGIQUE DE PLOUAY
Centre Médico-Social
Route du Faouët
56240 PLOUAY
Tél : 97 81 23 96 |
| CONSULTATION MEDICO-PSYCHOLOGIQUE DU FAOUEÛT
Centre Médico-Social
2, rue Saint Piacre
56320 LE FAOUEÛT
Tél : 97 23 01 22 et 97 02 39 79 | CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE YVES RACINE
1, rue Jean-Marie Maurice
56600 LANESTER
Tél : 97 81 23 96 | CONSULTATION MEDICO-PSYCHOLOGIQUE DE PORT LOUIS
Tél : 97 02 39 79 |

ORGANIGRAMME



Troisième partie

***Histoire
de la Psychiatrie***

III- HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

- 1. De l'antiquité à la renaissance**
- 2. Folie à l'âge classique**
- 3. Naissance et développement de la psychiatrie**
- 4. Les premiers aliénistes**
- 5. Le XXème siècle, la psychiatrie contemporaine**
- 6. Evolution du cadre réglementaire**
 - Loi de 1838
 - Rappel historique de la politique de secteur

Cette histoire de la psychiatrie, de l'antiquité à nos jours, a été réalisée en 1986 à l'occasion du centenaire du C. H. S. de Saint-Avé, par :

- les Docteurs GOLDFARB et BAUDOUIN*
- M. ETIENNE, Attaché de Direction,*
- M. TESSON, Directeur du Centre de Formation
du Centre Hospitalier Spécialisé de ST AVE.*

*et actualisée par le Docteur BORAUD du C.H.S. CHARCOT et
Monsieur Jean Paul LE MOING, Directeur du personnel.*

LES GRECS

Malgré le caractère logique de leur philosophie et de leur médecine, les grecs de l'Antiquité ont eu recours à la religion pour demander la guérison de leurs malades. Asclépios, dieu de la médecine, avait ses temples et ses prêtres. Ce courant religieux assure sa permanence au cours des siècles et des millénaires pour ce qui concerne les maladies en général et les maladies mentales en particulier.

HYPPOCRATE (Vème siècle avant Jésus Christ) est le médecin qui a effectué la synthèse des connaissances de son temps ; il est à l'origine de la "théorie humorale" ; selon celle-ci, la santé est fonction de l'équilibre des humeurs (sang, bile ...). Il n'y a pas de différence entre maladies de l'esprit et maladies du corps. Les troubles des humeurs altèrent le fonctionnement du cerveau et provoquent ainsi la folie. Le médecin cherche à restaurer l'équilibre, notamment par une alimentation et des médicaments appropriés, ce qui n'exclut pas l'écoute du malade.

Au cours des siècles, plusieurs "écoles" apparaissent :

l'école dogmatique copie Hyppocrate ; l'école empirique ne considère que l'expérience ; l'école méthodiste s'oppose aux deux précédentes ; l'école pneumatique cherche l'origine des maladies dans le dérangement de la circulation du "pneuma" dans le corps. La thérapeutique consiste en exercices, massages, voyages, bains, saignées, purgation, diète, herboristerie ..

Les catégories des maladies mentionnées sont de trois ordres, la phrénétis (troubles mentaux aigus + fièvre), la manie (agitation sans fièvre), la mélancolie (troubles chroniques sans agitation ni fièvre).

Les causes sont recherchées : l'hystérie est attribuée aux migrations de l'utérus délié de ses attaches dans la cavité pelvienne ; le médecin préconise le mariage et les rapports sexuels afin de remettre en place l'organe migrateur.

LES HEBREUX

Les hébreux apportent une conception religieuse monothéiste, s'inscrivant en faux contre le polythéisme et la magie. La maladie est pour eux la punition des péchés, et les prêtres apparaissent comme des guérisseurs.

Bible. Deut. 28.28 "Yahvé te frappera de délire, d'aveuglement et d'égarement des sens, au point que tu iras à tâtons en plein midi comme l'aveugle va à tâtons dans les ténèbres, et tes démarches n'aboutiront pas".

La musicothérapie apparaît parmi les traitements : David joue de la harpe à Saül agité. Les rêves font l'objet d'interprétations. Le Christ guérit les "possédés".

Les Hébreux se teintent de culture grecque au cours des siècles ; ils en assurent le maintien et la transmission aux Arabes.

LE MOYEN AGE

Pendant tout le Moyen Age chrétien et même depuis, une perception religieuse des maladies mentales, en rapport avec les mentalités populaires, va coexister avec une conception proprement médicale.

La première explique les troubles mentaux par une possession démoniaque, une manifestation du péché, de l'hérésie et envoie au bûcher ; la seconde s'inscrit en opposition :

C'est l'opinion commune de la foule et de certains théologiens que de dire des mélancoliques et des maniaques qu'ils ont le diable dans le corps, ce que souvent les malades croient eux-mêmes et proclament. Ceux qui se fient à ces idées vulgaires ne recherchent pas, pour le soin de leur maladie, l'aide des médecins, mais celle des saints réputés avoir reçu de Dieu le pouvoir de chasser les démons". (Jacques Despars - 1380 - 1458).

Le Moyen Age organise l'incapacité civile du malade mental, mais oblige sa famille, si cela est possible, à en assurer la garde ; le malade est parfois incarcéré dans les donjons ; le fou étranger est expulsé. Le malade mental se retrouve aussi, comme les pauvres et les autres malades, dans les Hôtels Dieu. Les hôpitaux commencent à réserver aux fous des salles spéciales.

L'espoir du miracle fait organiser les pèlerinages spécialisés : en Bretagne, ST MEEN et ST COLOMBAN (LOCMINE) guérissent les fous moyennant une neuvaine (neuf jours de dévotions). En Flandre, l'accueil des malades mentaux dans les familles de GHEEL a une origine semblable.

"LA FOLIE A L'AGE CLASSIQUE"

Michel FOUCAULT (Histoire de la Folie à l'âge classique) propose la thèse du renfermement des fous et voit dans la fondation en 1656 de l'HOPITAL GENERAL de PARIS l'acte premier de ce grand renfermement. Il semble bien que les insensés ne soient que très minoritaires dans cet enfermement progressif ; les mendiants, les libertins, les galeux, les prostituées, les vénériens, les enfants trouvés vont être internés de plus en plus souvent.

La Multiplication des Errants

Depuis le XVIème siècle, les indigents se sont multipliés : les misères du temps, le chômage, l'urbanisation créent une population errante sans cesse grandissante. Il s'agit d'un phénomène qui s'étend à toute l'Europe; Les idées de l'époque ne s'orientent pas vers la charité, mais vers l'enfermement des pauvres.

A PARIS, en 1557, on convertit en hôpital la maladrerie de Saint-Germain ("Les petites maisons").

L'HOPITAL GENERAL de 1656 est le rassemblement des établissements de PARIS : 4 000 à 5 000 personnes seront placées à la Pitié, à Bicêtre, à la Salpêtrière (PARIS compte 40 000 mendiants), les grandes villes se dotent d'hôpitaux" où l'accueil charitable le dispute mal à la mise au travail des mendiants valides et à la répression des déviants, les insensés s'y retrouvent également.

Population de la Salpêtrière en 1701 (La Salpêtrière est réservée aux femmes) : 4 646.

- 1 894 enfants de moins de 15 ans,
- 329 filles de moins de 16 ans, estropiées, teigneuses, etc...
- 594 vieilles aveugles ou paralytiques
- 262 vieux mariés de plus de 70 ans,
- 380 correctionnaires, libertines ou prostituées
- 465 gueuses ordinaires et vagabondes
- 330 femmes en enfance, d'une extrême vieillesse
- 300 folles violentes ou innocentes
- 92 épileptiques de divers âges

Les Soins et les Traitements

Le magique et le religieux assurent aux XVII et XVIIIème siècles leur permanence, dont le maintien des pèlerinages à but thérapeutique et miraculeux est le témoignage le plus évident.

A l'opposé, quelques médecins entament une démarche scientifique. Thomas SYDENHAM (britannique - 1624 -1689) marque son désaccord avec la "théorie utérine" de l'hystérie ; celle-ci est provoquée par un désordre des esprits animaux ; sa déduction, très en avance sur son temps, est que l'homme aussi est susceptible d'hystérie. Il utilise par ailleurs l'opium comme calmant.

William CULLEN (1710-1790 - Britannique) crée en 1769 le terme "névroses" désignant un ensemble d'affections du sentiment et du mouvement, sans fièvre ni lésions décelables. Son ouvrage essentiel sera traduit en 1785 par Philippe PINEL.

Calmants, évacuants, diète, saignées (souvent exagérées), toniques, lavements, bains sont les médications les plus courantes. S'y ajoutent des traitements plus ou moins fantaisistes : les voyages ayant parfois guéri les mélancoliques, ce sont les cahots des routes que l'on imite avec un "trémousoir", fauteuil agité par une mécanique.

"Contre la frénésie"

Prenez le poumon d'un porc tout chaud et aussitôt faites le cuire dans de l'eau claire, puis lorsqu'il est cuit, retirez le de l'eau et le mettez tout chaud sur le chef du malade.

autre

Prenez du sang de truie et le faites cuire, et de ce faites un emplâtre qu'il faudra mettre sur la teste du malade"... (Source : Recueil de Remèdes et Secrets - Collection P. Morel) cité par POSTEL ET QUETEL.

NAISSANCE ET DEVELOPPEMENT DE LA PSYCHOTHERAPIE

La Psychothérapie est pratiquement entrée dans sa phase expérimentale sous le nom de magnétisme animal à la fin du XVIIIème avec MESMER.

MESMER (1736-1815) Le magnétisme animal

Arrive à PARIS en 1778 à la suite d'un scandale provoqué par la famille d'une jeune patiente claveciniste aveugle et sans doute hystérique, ce qui l'oblige à quitter VIENNE.

Propage à PARIS ses théories sur l'existence d'un fluide universel, ---> le magnétiseur, en provoquant des crises convulsives, effectue une redistribution harmonieuse du fluide d'où l'effet curatif.

MESMER croyait présenter une théorie physiologique apparentée à celle de l'électricité ou de l'alimentation. Il agissait par des manipulations directes (attouchements, passes magnétiques) ou bien procédés indirects, le célèbre "baquet" dans des séances collectives.

Il s'adjoit un "valet toucheur", utilise quatre baquets dont l'un est réservé aux pauvres.

Il magnétise un arbre dans la rue de Bondy.

---> Création de deux commissions d'enquête par LOUIS XVI.

1784 : Commissions où siègent des sommités scientifiques.

---> Les deux rapports condamnent le magnétisme animal en niant l'existence de tout fluide. "L'imagination sans magnétisme produit des convulsions, le magnétisme sans l'imagination ne produit rien." (Rapport 1784).

Dans un rapport secret, BAILLY insiste sur les dangers de l'érotisme, dans la pratique du magnétisme. "Le traitement magnétique ne peut être que dangereux pour les moeurs".

MESMER quitte la France en 1784 après verdict des commissions.

---> Discussions passionnelles se succèdent devant les Académies jusqu'à ce que les corps savants concluent à l'inexistence du magnétisme animal et décident de ne plus s'en occuper, en 1840.

PUYSEGUR (1751-1825)

Elève le plus réputé de Mesmer.

Découverte du somnambulisme magnétique (c'est-à-dire provoqué ou artificiel).

---> Cependant, l'apparition du chloroforme, considéré comme plus sûr, met fin à la vague de l'anesthésie hypnotique.

LIEBAULT. (1823 - 1905)

s'intéresse à l'hypnotisme dès le début de son internat en 1848,

dissuadé par ses maîtres de s'engager dans cette voie qui pourrait être nuisible à sa carrière.

1850 : s'installe comme médecin de campagne près de NANCY.

1860 : ses débuts dans la pratique de l'hypnose

---> railleries de ses confrères

---> abandon de la médecine classique, commence à traiter ses malades, en général pauvres, gratuitement par des procédés hypnotique.

---> LIEBAULT arrive à la conclusion que c'est n'est pas l'action physique qui constitue le facteur hypnotisant mais un processus psychologique : "la suggestion verbale".

1866 : "du sommeil et des états analogues considérés surtout du point de vue de l'action du moral sur le physique".

dédain des milieux médicaux;

BERNHEIM.

Professeur depuis 10 ans à la faculté de médecine de NANCY, assiste aux expériences de LIEBAULT en 1882.

Séduit par les résultats obtenus et a-t-on dit par le soulagement d'une sciatique personnelle rebelle, va rapidement devenir le théoricien et le chef de file de ce qu'on appellera : l'Ecole de Nancy, dont les recherches devront avoir un retentissement mondial.

---> quelques années BERNHEIM conclut qu'il n'y a pas d'hypnotisme, qu'il n'y a que de la suggestion.

<---> Quasi négation de l'hypnose

"la vérité que l'homme reçoit le plus volontiers, c'est celle qu'il désire" (BERNHEIM cite BACON)

CHARCOT (1825 - 1893)

Arrive à la SALPETRIERE en 1862

oriente ses recherches vers les affections du système nerveux ---> oeuvre neurologique importante.

1865 : "Sclérose latérale amyotrophique" ou "Maladie de Charcot"

1868 : "La sclérose en plaques"

JANET (1859 - 1947)

Agrégé de philosophie.

Juin 1889 : thèse de philosophie sur "l'automatisme psychologique".

Participe au 1er congrès international de l'hypnotisme

Novembre 1889 : commence ses études de médecine.

---> CHARCOT crée pour lui le laboratoire de psychologie expérimentale de la SALPÉTRIÈRE.

Soutient d'abord les idées de la SALPÉTRIÈRE puis finit par admettre le bien-fondé de l'école de Nancy - donc la prééminence du facteur psychologique dans l'hypnose.

---> 1892 : L'état mental des hystériques, les accidents mentaux.

où il précise la notion du "rétrécissement du champ de la conscience" chez ces malades du fait de leur faiblesse psychologique.

1901 : analyse descriptive de l'autre grande névrose : "la psychasthénie"

- Mécontente avec FREUD.

critique sévèrement les doctrines psychanalytiques en particulier ce qui concerne la symbolique des rêves et l'origine sexuelle des névroses.

FREUD (1856 - 1939)

1876 : Travaux de neurophysiologie.

1885 : Bourse d'étude - se rend à PARIS dans le service de CHARCOT d'octobre 85 à février 86.

1886 : Ouvre un cabinet à VIENNE.

1889 : bref voyage à PARIS à l'occasion du 1er congrès international de l'hypnotisme
---> rend visite à LIEBAULT et BERNHEIM.

1895 : Publie avec BREUER : "Les études sur l'hystérie".

FREUD applique à l'hystérie les idées de CHARCOT sur l'hystérie traumatique ---
> méthode thérapeutique basée sur catharsis et abréaction (c ---> reviviscence du traumatisme avec l'affect qui lui est attaché).

abandonne l'hypnose (résistance de certains sujets, difficultés d'obtenir des trances profondes).

Elabore la technique des associations libres

---> notions de refoulement (rejet hors du champ de la conscience des pulsions interdites).

de transfert (relation affective du patient à la personne de l'analyste)

de libido (énergie des instincts sexuels) ---> à la base des stades du développement que traverse l'enfant au cours de sa maturation.

LES PREMIERS ALIENISTES

1800 - 1860.

Apparition d'un nouveau type de médecin : l' "Aliéniste " qui consacre tout son temps à fonder, diriger ou réformer des asiles d'aliénés.

Souvent, l'aliéniste habite dans un des bâtiments de son asile, observe et connaît tous ses malades individuellement, s'adonne à des recherches d'anatomie cérébrale où il croit que réside le secret des maladies mentales.

Un traitement humain des aliénés fut introduit par plusieurs pionniers : PINEL à Paris, TUKE en Angleterre.

PINEL (1745 - 1826).

1801 - "traité médicophilosophique de la maladie mentale ou la manie".

--> retentissement considérable non seulement chez les médecins mais chez les philosophes (HEGEL - MAINE DE BIRAN).

---> par le biais d'une description clinique et de l'institution d'une pratique thérapeutique de la maladie mentale, il apportait un regard nouveau sur la folie ---> le fou n'est plus un "insensé", la communication reste possible avec lui, car sa raison n'est jamais totalement perdue.

Cet espace de la rencontre possible avec le fou est à l'origine de l'asile qui n'est pas seulement conçu comme lieu de renfermement et d'exclusion.

---> Le traitement moral : parler avec douceur, compatir avec le patient et lui redonner espoir <---> éléments fondamentaux de toute psychothérapie.

En quelques décennies, échec du traitement moral. A vouloir rentrer dans la "raison du fou", dans la quasi réalité de son délire, l'aliéniste avait buté sur une difficulté majeure, bien illustrée par l'observation qu'il donne dans la première édition de son traité, essai de traitement d'un mélancolique persuadé qu'il est condamné à périr par la guillotine : simulacre de jugement où il est acquitté de toute poursuite, non seulement n'entraîne pas la guérison mais provoque une aggravation.

- Dans la deuxième édition, développe son expérience institutionnelle, montre l'importance des relations avec l'entourage familial, le milieu, les autres malades dans déclenchement, persistance, aggravations de la maladie mentale.

- On ne peut manquer de citer son surveillant PUSSIN avec qui il travaille à l'Hospice de BICETRE et qu'il fera venir près de lui quand il sera nommé Médecin-Chef à l'hôpital de la SALPETRIERE.

MOREL

En 1852, décrit la démence précoce des jeunes gens.

. décrit les phobies sous le nom de délires émotifs.

. édifie sa théorie de la dégénérescence : processus graduel dont les manifestations s'aggravent d'une génération à la suivante jusqu'au point où les descendants deviennent stériles.

. Imagine l'éthérisation (anticipation de la narcoanalyse d'aujourd'hui)

FALRET J. Pierre (1794 - 1870)

décrit la folie à double forme.

Le XXème SIECLE, La PSYCHIATRIE CONTEMPORAINE

On peut nettement y distinguer deux périodes séparées par la deuxième guerre mondiale.

* La Psychiatrie s'édifie d'abord comme une science en développant la nosologie et la nosographie, restant cousine de la neurologie, s'approchant de la psychologie comme équivalent de la physiologie. Le cerveau, support de l'esprit, est l'objet de la recherche car c'est lui qui tient la clef de l'étiologie des maladies mentales.

Henri EY (1900-1977) est le dernier représentant de cette féconde période où les descriptions cliniques abondent. Il tente une synthèse entre les symptômes psychiatriques et les données neurophysiologiques par sa théorie de l'organodynamisme. Il explique comment le manque d'une fonction peut engendrer l'excessif développement d'une autre jusqu'au saut dans le pathologique.

Cette vision médicale trouve son prolongement dans les thérapeutiques biologiques qui apparaissent après la première guerre mondiale.

Impaludation . Von Jauregg découvre un traitement de la paralysie générale en provoquant artificiellement de la fièvre.

L'insulinothérapie ou cure de Sakel, du nom de son fondateur. Dans les années 50, cette méthode très employée provoque des comas hypoglycémiques avec, parfois, des convulsions. Elle est utilisée dans le cadre des psychoses endogènes (schizophrénie).

Cardiazol - Von MEDUNA (1932).

Cette méthode provoque des convulsions et est indiquée dans le cadre des psychoses endogènes.

Les Electrochocs - CERLETTI et BINI (1938).

Principes : passage d'un courant électrique entraînant une convulsion.

Indications : Ils furent présentés au départ comme un traitement de la schizophrénie, mais l'on découvrit, dès 1940, que la cible de choix était la dépression. A cette même date, fut introduit la curarisation, pour prévenir le risque de complications traumatiques. Depuis, cette pratique se fait sous anesthésie générale.

La psycho-Chirurgie - Edgar MONIZ, neurologue et homme politique portugais. Prix NOBEL de médecine en 1949.

Il présente le résultat de ses recherches, inspirées des travaux de PAVLOV et RAMON Y CAJAL sur les connexions intercérébrales qu'il convenait de rompre lors de la fixation de certains troubles, notamment des obsessions.

.../...

L'hôpital est décrit comme un microcosme dans lequel, pour permettre aux malades d'investir leurs conflits, le psychiatre doit fournir des occasions d'identification et de transfert. TOSQUELLES veut qu'il favorise les échanges et permette le processus de singularisation. Il veut faire éclater l'établissement classique et faciliter la survenue, à sa place, d'un ensemble de lieux institutionnels. SIVADON souligne les contradictions entre ceux qui veulent définir, à l'intérieur des services, des règles de vie éducatives et normalisantes tandis que d'autres veulent favoriser la libre expression et faire accepter le passage à l'acte.

1960 - Le quinze mars, une circulaire signe l'acte de conception d'une idée : le SECTEUR. Une deuxième circulaire précise que les pavillons ne doivent pas dépasser vingt cinq lits.

1964 - LE GUILLANT - BONNAFE - MIGNOT font, au congrès de MARSEILLE, leur fameux rapport sur la chronicité. En un mot, "la relation mobilise, l'Institution fige". Ils ouvrent l'ère des formules et structures intermédiaires.

1965-66-67 - Les journées du LIVRE BLANC précisent ce qui est nécessaire pour qu'advienne la sectorisation. 4000 psychiatres obtiennent un statut qui les mobilise, le recrutement des infirmiers et paramédicaux est considérablement augmenté et leur formation considérée comme essentielle.

1968 - Les événements de Mai.

La neuropsychiatrie est séparée en Neurologie et Psychiatrie.

Cette dernière peut prendre ses distances avec le milieu universitaire qui voulait ignorer l'existence des Hôpitaux psychiatriques, l'importance de la connaissance des institutions.

1970-1990 - Le mouvement de désinstitutionnalisation passe dans sa phase pratique et amène le dépérissement partiel de l'hôpital psychiatrique. On sait que l'idéologie pèsera plus que les données cliniques et thérapeutiques nouvelles, parfois ignorées. Une connaissance de chaque pays, de chaque département est absolument nécessaire pour comprendre la réalité et la signification des Institutions. L'Institution laisse la place aux institutions. La psychiatrie ne se réduit plus à ce qui se passe dans les structures, c'est la **relation psychothérapique** qui s'est reconnue comme primordiale. Le dispositif est choisi en fonction de la longueur d'évolution des troubles mentaux.

Toutes ces démarches conduisent progressivement à une coupure manichéenne entre les structures extrahospitalières jugées seules valables et le traitement intrahospitalier conçu comme l'ultime recours devant l'échec des soins.

DIATKINE, dès 1974, avait rappelé qu'il faudra toujours des centres hospitaliers spécialisés. La question essentielle est de veiller à ce qui s'y passe et qu'elles soient vivantes.

La psychiatrie secrète, en elle-même, un mouvement de repli constant de ses actions, ce qui peut consolider des institutions figées et adynamiques.

.../...

maniaques et de la schizophrénie.

Cette famille s'enrichira très rapidement de nombreuses spécialités. L'introduction des neuroleptiques permet de modifier considérablement l'atmosphère hospitalière, facilitera le développement de la psychothérapie et des mouvements institutionnels ainsi que le suivi extra-hospitalier.

En 1957, la découverte de l'action antidépressive de l'Imipramine (chef de file des Tricycliques) et de l'proniazide (I.M.A.O.) fut à la base de nombreuses recherches de nouveaux antidépresseurs visant à une efficacité de plus en plus grande avec diminution des effets secondaires.

Le lithium, à partir des années 70, a apporté une révolution par son action curative et surtout prophylactique dans le cours de la psychose maniaco-dépressive.

On distingue 3 classes de substances psychotropes :

- les psycholeptiques (sédatifs psychiques)
- les psychoanaleptiques (stimulants psychiques)
- les psychodysleptiques ou "drogués" (agents perturbateurs de l'activité mentale).

Seuls les psychoanaleptiques et les psycholeptiques sont utilisés en thérapeutique.

C - Les psychothérapies

1926 - Création de la Société Psychanalytique de PARIS. Les travaux de FREUD et de ses successeurs (ADLER - JUNG - NACHT - RACAMIER - LACAN - KLEIN) vont modifier la psychiatrie française avec le développement des différentes psychothérapies.

- Les Thérapies Individuelles

Outre la psychanalyse orthodoxe, aux indications précises et limitées, apparaissent diverses pratiques d'inspiration analytique allant de l'analyse à la thérapie de soutien.

Les techniques de relaxation se précisent et consistent en un apprentissage progressif de la maîtrise tonico-musculaire ou tonico-émotionnelle par différentes techniques : training autogène de SCHULTZ - relaxation psychanalytique de SAPIR...

- Les Psychothérapies Collectives

Les techniques sont nombreuses. L'accent peut être mis sur l'individu au sein du groupe ou sur le groupe dans son ensemble. Les communications et les interactions au sein d'un groupe peuvent devenir de puissants

.../...

E - L' AntiPsychiatrie

Ce mouvement, mobilisateur dans les années 1968, a perdu sa force polémique et disparaît doucement après avoir bousculé un siècle de pratique asilaire.

Deux courants ont dominé :

- L'anglo-saxon : LAING - COOPER - ESTERSON en représentent les figures les plus marquantes

La thèse est double :

- La victime du trouble mental n'est très souvent que le sujet le plus vulnérable d'une constellation familiale qui se sauve, d'une certaine façon, grâce à la délégation sur un seul élément de tous ses conflits.
- Le trouble apparu ira vers la guérison ou vers la psychose selon la réponse donnée par l'Institution psychiatrique sollicitée par la famille.

En outre, mouvement antinosographique, il stipule que l'existence préalable d'une notion comme la schizophrénie transformera, d'une manière irréductible, une altération tout-à-fait réversible à son début.

- La branche italienne et F. BASAGLIA.

La folie semble surtout dépendre de l'oppression sociale, économique et culturelle qui impose des modèles de comportement assimilés comme des devoirs impossibles. L'Asile aggrave ces phénomènes ; la Loi de 1978 en a donc prévu leur disparition graduelle.

F - Les Thérapies Familiales et l' Approche Systémique

Ces techniques regroupent un ensemble de pratiques et de théories où l'on considère un patient, non comme un individu isolé, mais comme vitalement lié à son milieu.

Elles ont permis l'organisation pluridisciplinaire de nombreuses données et des confrontations cliniques pluriprofessionnelles (Médecins, Infirmiers, Psychologues, Travailleurs sociaux).

La création thérapeutique naît des interférences qui se déploient dans le système famille-thérapeutes.

EVOLUTION du CADRE REGLEMENTAIRE

Loi de 1838

Rappel historique de la pratique de secteur

Deux des principaux élèves de PINEL, novateur de talent de la psychiatrie sous la Révolution, le toulousain ESQUIROL (1772 - 1840) et le briançonnais FERRUS (1784 - 1861) sont à l'origine de la fameuse loi de 1838 qui organise l'hospitalisation dans les établissements publics et privés, la protection des malades et de leurs biens.

Cette loi, promulguée le 30 juin 1838, sous la monarchie de juillet devait régler pendant plus de cent cinquante années, le sort des malades mentaux, sa réformation complète étant intervenue par la **loi du 27 Juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.**

Largement inspirée des idéaux philanthropiques et humanistes du XVIIIème siècle, elle modélisait l'organisation de la psychiatrie en France suivant plusieurs directions

- Créant les conditions décentes d'accueil et de soins des malades mentaux, en imposant à chaque département l'organisation et la charge financière de structures de soins pour malades mentaux : les asiles d'aliénés.

- Mettant en place des mesures de protection sociale contre les risques que faisaient courir dans certains cas les aliénés à la population générale.

- Réglementant de façon précise les circonstances dans lesquelles un citoyen pouvait être, contre son gré, enfermé dans un asile d'aliénés et, les mesures légales de protection de la personne, tant en ce qui concerne les biens que sa liberté individuelle.

Cette loi se proposait donc de mettre définitivement fin aux pratiques barbares de traitement de la maladie mentale qui prévalèrent jusqu'alors.

L'éclairage de l'histoire apporte à ce propos son lot de témoignages pour l'édification du profane. Au fil des temps, voués aux bûchers de l'inquisition, les fous, quand ils n'étaient pas séquestrés dans leur famille dans des conditions souvent abominables, furent soit reclus dans les réduits infects des hôpitaux généraux ou des prisons, soit livrés à eux-mêmes et servaient de jouets aux enfants, voire aux adultes, de leur localité.

Moqués, ridiculisés par la population, les fous constituaient une caste touchée d'une indignité. Certains lieux qui hébergeaient des malades mentaux faisaient même office de "jardins zoologiques" où l'on pouvait voir des fous moyennant le paiement d'une certaine somme d'argent aux geôliers.

Le traitement précoce du malade dans son cadre de vie naturel par une équipe de secteur pluridisciplinaire médicale et soignante spécialisée devient le credo de la pratique.

Il faut préciser que l'internement, mode exclusif d'accès aux soins psychiatriques s'est considérablement raréfié :

Plus de 80 % des malades s'adressent actuellement librement à l'hôpital psychiatrique pour y recevoir les soins que nécessite leur état.

Cette loi qui constitue bien l'acte fondateur et le ferment du développement du système français de traitement de la maladie mentale n'en a pas moins subi les atteintes de l'évolution de la pratique psychiatrique induites par les progrès de la science médicale et la révolution des sciences humaines.

Cette organisation, généreuse dans ses principes et ses intentions, n'allait pas résister à l'épreuve aux faits. Le mécanisme de l'asile a secrété ses propres perversions institué en société parallèle induisant la désinsertion chronique des patients à la société civile et compromettant ainsi leur chance de guérison et de restauration des facultés pour une réintégration au sein de la société.

La complexité et la sensibilité de la problématique ont fait que, dans un premier temps, les adaptations n'ont été réalisées que sur des initiatives isolées, ensuite généralisées par incitation du pouvoir réglementaire.

La législation s'est bien souvent contentée de légaliser les pratiques ayant déjà fait leur preuve.

C'est notamment le cas de la loi de 1985 légalisant le secteur psychiatrique et de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

Seule la loi du 3 janvier 1968 a considérablement modifié le droit s'appliquant aux incapables majeurs en substituant au régime inique et infamant de l'interdiction, une panoplie de formules de protection.

Ce n'est donc que très tardivement que le législateur a pris en compte la nécessité d'adapter la loi de 1838.

Cette loi s'analyse comme un dispositif complet permettant de mettre fin aux abus de la loi de 1838 et plus grave des abus résultant du vide juridique existant alors, (en effet, seuls les malades internés bénéficiaient d'un régime de protection).

Le point d'orgue du dispositif législatif revient naturellement à la loi du 27 juin 1990 qui assure une protection optimale des droits de l'individu notamment au niveau des garanties relatives à la liberté individuelle en lui permettant de saisir de sa propre initiative et directement le juge garant de l'application du droit.

Les seules dispositions de la loi de 1838 reprises par la loi de 1990 concernent les placements sans consentement qui y sont repris avec des garanties optimales individuelles de protection des libertés.

Rappel historique de la politique sectorielle (en Psychiatrie Générale).

L'ouverture du C.H.S. CHARCOT, en 1971, a coïncidé avec la mise en oeuvre de nombreuses mesures ministérielles, en vue d'améliorer le dispositif de lutte contre les maladies mentales et surtout avec la mise en place progressive des structures de sectorisation psychiatrique.

Les structures, définissant la politique de secteur et définies par la circulaire du 15 mars 1960, ont été le résultat d'une remise en cause idéologique du système hospitalier traditionnel et arbitraire (asilaire), basé sur l'isolement du malade mental dans un système d'internement qui l'éloignait d'un cadre de vie qui lui était soi-disant nocif.

La prise de conscience de cette aliénation, tant des malades mentaux que de l'institution psychiatrique, a donné lieu à la création de méthodes thérapeutiques nouvelles et a permis d'améliorer les conditions de vie des malades hospitalisés ; de réduire les durées d'hospitalisation et, dans de nombreux cas, de permettre une progressive réinsertion dans leur milieu familial et socio-professionnel.

La notion de secteur, qui, à son origine, n'était pas spécifique à la psychiatrie -bien que ce soit dans ce domaine qu'elle ait été la plus élaborée sur le plan théorique-, s'est imposée à la politique nationale de la santé dès les débuts des années 50, en application des ordonnances de 1945, et fut effectivement instituée par la circulaire du 15 mars 1960, qui a posé le principe d'une action sanitaire "hors les murs".

L'organisation de l'activité sanitaire en secteurs,

- Le secteur constitue la base du service public destiné à la demande de soins de la population qui y réside. C'est donc, tout d'abord, une aire géographique tenant compte des conditions démographiques à l'intérieur de laquelle est organisée la distribution des soins psychiatriques aux malades qui en ont besoin. Ceux-ci sont soit des consultants externes, soit des hospitalisés dans les hôpitaux généraux ou dans les hôpitaux psychiatriques, ou dans les hospices, ou dans tous les autres établissements (Circulaire n° 431 du 14 Mars 1972. J.O. 21 Avril 1972 - B.O.S.P. n° 83.2 bis, p. 32)

visait à une meilleure coordination et planification des activités diversifiées de prévention médico-sociale et venait à la rencontre d'une volonté de réforme du système psychiatrique chez bon nombre de psychiatres, MM. DAUMEZON, BONNAFE, MIGNOT, BOUQUEREL, KOEHLIN ... dont la réflexion a permis de définir un itinéraire thérapeutique cohérent et intégré dans la société, comprenant : la prévention, le dépistage, la pré-cure, l'hospitalisation, la post-cure et la réadaptation.

- Des services d'hospitalisation psychiatrique à séjour continu ou partiel.

L'hospitalisation à séjour continu dans les hôpitaux spécialisés en psychiatrie reste la forme la plus classique de prise en charge des malades mentaux.

On constate cependant un net recul de ce mode de prise en charge, qui s'explique en partie par le développement de la politique de sectorisation, mais un effort important reste à faire pour intégrer pleinement cette modalité de prise en charge dans l'activité de secteur.

La sectorisation psychiatrique ne doit pas être utilisée comme une politique d'alternative à l'hospitalisation, elle fait partie intégrante des moyens d'intervention du secteur, même si ces moyens doivent être limités et utilisés comme recours lorsque les soins ambulatoires se sont avérés insuffisants ou inadaptés. La loi du 31 décembre 1985 ayant fusionné les dépenses hospitalières avec celles des activités de secteur, les textes réglementaires de 1986, qui ont donné un corps juridique à toutes les innovations en politique sectorielle, marquent bien l'évolution importante et irrésistible d'un système de soins qui est passé, en trente ans, de l'hospitalo-centrisme le plus absolu à un système ouvert et communautaire.

L'organisation technique de ces moyens d'intervention n'a fait l'objet d'une réglementation spécifique que depuis le décret du 14 mars 1986 (décret n° 86.602 - J.O. 19 mars 1986). Jusqu'alors seules les circulaires de 1960, et surtout celle de 1974, avaient défini l'esprit dans lequel devait être organisé et développé le dispositif extra-hospitalier, mettant l'accent sur deux points essentiels :

- l'autonomie et la souplesse d'intervention et d'orientation dont doit pouvoir bénéficier l'équipe médico-sociale.
- la possibilité de choix entre les différents moyens logistiques d'intervention.

Ces circulaires recommandaient en outre que soient menées des expériences variées, afin de mieux définir les structures adaptées aux besoins des divers types sectoriels : urbains, ruraux ou mixtes. Ce fut donc souvent, par des initiatives personnelles des équipes de secteurs que ces moyens logistiques d'intervention se sont développés et adaptés : le décret du 14 mars 1986 est venu préciser l'organisation technique, la nature et la responsabilité des établissements de soins assurant le service public hospitalier, en les différenciant selon qu'ils comportent ou non des possibilités d'hébergement.

Services ne comportant pas de possibilités d'hébergement.

- Les Centres médico-psychologiques sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires, et d'interventions à domicile. Ils peuvent comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique.

QUELQUES DEFINITIONS

La structure du C.H.S. ne peut se comprendre que si l'on a dans l'esprit une nomenclature suffisamment précise des organismes et services de soins ; dans l'état actuel de la pratique comme de la réglementation, la liste suivante peut être dressée :

Centres Médico-Psychologiques

Unités en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile ; cette définition concernent les anciens dispensaires.

Hôpitaux de jour :

Unités de soins polyvalents prodigués dans la journée ; appelés C.P.E.A. (Centres Psychothérapeutiques pour enfants et Adolescents).

Clubs thérapeutiques :

Unités visant à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapeutique de groupe.

Placement familial :

Traitement des personnes placées dans des familles d'accueil.

Centres de Post-cure :

Unités assurant, après la phase aiguë de la maladie, le prolongement des soins destinés au retour à une existence autonome.

Hôpitaux de nuit :

Unités de prise en charge de fin de journée et de surveillance de nuit et de fin de semaine (notamment pour malades continuant à exercer leur profession).

Hospitalisation complète :

Hébergement et soins continus en :

- Hospitalisation libre : pour personnes consentant aux soins et à l'hospitalisation.
- Hospitalisation à la demande d'un tiers : pour personnes dont la maladie mentale est incompatible avec une vie extérieure à l'hôpital.
- Hospitalisation d'office, pour personnes dont la maladie entraîne un danger pour elles-mêmes ou pour autrui.

Appartements thérapeutiques :

Unités à but de réinsertion, nécessitant la présence quasi-continue de soignants.

Appartements communautaires :

Logement privé de plusieurs malades vivant ensemble et suivis par le personnel soignant selon les besoins.

Ateliers d'ergothérapie :

Ateliers à visée thérapeutique, réentraînant à l'exercice d'une activité.

