F:\sec-ehl\hastert\folement.doc

Dr HASTERT Fernand
Médecin spécialiste en
Neuro-Psychiatrie

LE DESTIN DU MALADE MENTAL AU XX^{ème} SIECLE

Situation au Grand-Duché de Luxembourg dans le contexte historique antérieur (1998)

I De la Folie à l'Asile: Enchaînement historique des moments majeurs de la psychiatrie

Cet historique me paraît nécessaire pour comprendre les problèmes actuels de notre discipline.

Sans revenir jusqu'au socle archaïque des médecines primitives et des médecines du Moyen-Age, identifiant sorcellerie et folie, l'expérience de la folie dans le monde était toujours très polymorphe.

Jusqu'au début du dix-neuvième siècle les « fous » ne forment pas un groupe social distinct. Ils font partie des exclus de l'ordre social et l'enfermement était leur sort jusqu'au début du vingtième siècle.
Avant les asiles, il n'y avait que des insensés enfermés dans les hôpitaux généraux, les prisons, les dépôts de mendicité, rarement confiés à des médecins.

PINEL (1745-1826) est le fondateur de l'Aliénisme (changement d'attitude envers les aliénés).

L'asile, qui a précédé l'hôpital psychiatrique est une création qui n'a guère plus d'un siècle et son apparition en son temps a elle-même représenté un grand changement par rapport aux structures précédentes. Il s'agit de la naissance de la psychiatrie proprement dite.

L'Humanisation des aliénés coïncide avec la Révolution Française. L'aliéné est appelé un « malade » et le médecin est jugé nécessaire pour renseigner l'autorité publique.

L'aliénisme devient ainsi le fruit d'une mutation survenue dans la société.
Le fou émerge de la masse des déviants par le jeu d'une sélection.
Les espaces de résidence deviennent les asiles.

Le dix-neuvième siècle était l'âge d'or de l'aliénisme: c'est tantôt la « tare héréditaire » tantôt « la constitution » qui est incrimée comme facteur causal.

Cette notion d'atavisme et de fatalité héréditaire est retrouvée dans les écrits de ZOLA, HUYSMANS, DAUDET, BOURGET, etc...Elle inspira les hommes de lettres et contribuera à l'essor du Naturalisme. Les frères GONCOURT inaugurèrent le "*roman clinique*". C'est la période de la misère prolétarienne du Second Empire (Début de l'industrialisation).

L'histoire de la neuropsychiatrie à la fin du XIXième siècle est aussi marquée par la confrontation entre écoles allemande et française. En Allemagne KRAEPELIN (1850-1926) basait son empirisme sur le critère de l'évolution. En France MOREL développait la théorie de la dégénérescence qui exprimait son souci plutôt étiologique. Il s'agissait ici de la première théorie biologique en psychiatrie.

Par MOREL, l'influence du Luxembourg a eu sa répercussion sur l'évolution de la psychiatrie. L'œuvre de Benedict Augustin MOREL (1809-1873) dans l'histoire psychiatrique dépasse de beaucoup la paternité de la dégénérescence. Elle nous intéresse ici particulièrement. Pierre PICHOT nous dit: « *Il élabora une théorie du rôle des facteurs héréditaires en psychiatrie et construisit une nosologie générale des maladies mentales sur une base étiologique. Reprises par Magnan, ses idées dominèrent l'école française au cours de la période de sa confrontation avec l'édifice Kraepelinien.* »
Il continue: « La biographie de l'enfance et de l'adolescence de MOREL explique bien les aspects de son œuvre. Né en 1809 à Vienne où son père était fournisseur des armées impériales, élevé, après qu'il fut devenu orphelin au Luxembourg par un prêtre, il vint dix ans après à Paris, poursuivant ses études de médecine avec CLAUDE BERNARD et LASEGUE.
« Il avait un goût pour la philosophie, acquis à la lecture des psychiatres et psychologistes allemands" (il parlait couramment l'allemand) et avait une foi religieuse profonde. Il avait placé comme cause primordiale de l'existence de dégénérescence le péché originel, qui avait rendu l'homme crée parfait par Dieu, accessible aux

atteintes du milieu. Cette considération théologique a été abandonnée par ses continuateurs (MAGNAN), mais son modèle biologique général de l'étiologie des maladies mentales a permis l'incorporation de la psychiatrie à la science positive.

Le Luxembourg y était donc pour quelque chose déjà à cette époque.

Bénédict Augustin MOREL avait élaboré sa théorie étiologique globale de la folie à partir de son éducation religieuse au Luxembourg.

La thérapeutique morale médicale qui en résultait était longtemps appliquée en France, ainsi qu'au Luxembourg. Les retombées étaient bien encore ressenties jusqu'à l'apparition de la psychopharmacologie vers 1950 et au delà (fin de l'aliénisme).

L'histoire montre que la psychiatrie dépend étroitement de la société, qui détermine son cours dans une très large mesure. Elle est à chaque époque marquée du sceau de son temps, qui en fixe à la fois les possibilités et les limites.

Le contexte culturel et social au Luxembourg ne doit donc pas être négligé dans notre approche.
Les Luxembourgeois d'aujourd'hui sont un mélange ethnique inextricable (Gilbert TRAUSCH, historien luxembourgeois). Le Luxembourg étant une création assez récente dans ses frontières actuelles (1839), ses habitants vivaient toujours dans la peur d'être récupérés politiquement par un des grands voisins.
C'est finalement l'Eglise qui a joué un rôle-clé dans la formation de l'identité luxembourgeoise et les relations entre le pouvoir civil et le pouvoir religieux, étaient à la fois ambiguës et organiques. Au Luxembourg le catholicisme est lié aux traditions locales et au delà du système moral et idéologique, marqué par la sécularisation de la société, le christianisme socioculturel garde encore aujourd'hui toute sa force identitaire (Nicolas ESTGEN)

En tant qu'adolescent MOREL a été séduit par l'idée du catholicisme qui conciliait ses aspirations individuelles et son attachement à l'abbé DUPONT de Luxembourg, qui restera son image paternelle.

Par son traité des dégénérescences en 1857 sa théorie régnait sur le monde des psychiatres jusqu'à la fin du siècle et même jusqu'à la 1ère guerre mondiale, époque où se publient les premières recherches de FREUD.
L'éducation reçue par MOREL à Luxembourg a aussi déterminé l'évolution de la psychiatrie en Europe presque durant un siècle.
Le traitement moral de la folie devait en effet aboutir à l'apothéose du personnage médical et se réaliser dans les structures de l'asile des aliénés.
Il s'agissait d'un faisceau de techniques disciplinaires mises au point par les aliénistes et unifiées sous le modèle d'une rééducation thérapeutique.

Cette situation thérapeutique est restée bloquée au Luxembourg jusqu'à la 2è moitié du vingtième siècle.

A la suite de la théorie de la dégénérescence de MOREL, nous avons signalé déjà l'essor du naturalisme. Rappelons que MOREL a travaillé 8 ans à Maréville (Nancy).
A la fin du dix-neuvième siècle fut fondée en Lorraine la science de l'hypnotisme. En se référant sur le magnétisme animal on utilisait le fameux baquet de MESSMER. Le spiritisme déferla en France à la même époque.
Après la guerre de 1870, Hippolyte BERNHEIM est venu de Mulhouse à Nancy, il y a rencontré FREUD en 1889 et créa *« l 'Ecole de Nancy".*
Un bon nombre de psychiatres étrangers ont été influencés par les théories de BERNHEIM et de LIEBAULT qui défendaient le pouvoir thérapeutique de la suggestion.
Il s'agissait du début de la psychiatrie dynamique.
Malgré nos liens et notre proximité géographique avec Nancy, ces mouvements sont restés sans répercussion chez nous.
Par contre, le naturalisme scientifique donnant un rôle étiologique prédominant de l'hérédité et aussi de l'alcoolisme, ceci était bien reçu

dans notre société rurale d'alors et on ne voyait pas l'utilité de changer.
N'oublions pas non plus que la frontière politique qui entoure notre petit espace représentait aussi une "*barrière mentale*" (Gilbert TRAUSCH). L'absence d'une autorité scientifique supérieure par manque d'université contribuait aussi à notre isolement.
Le Luxembourg restait toujours à peu près 50 ans en retard vis à vis de ses voisins!

Au Luxembourg, l'unique asile dénommé au début *« Maison de Santé »*, est issu de l'Hospice Central, créé à Ettelbrück par arrêté Royal grand-ducal du 10 avril 1855. Cet *« Hospice »* était destiné pour tout le pays et s'adressait aux indigents, aux malheureux affectés de maladies contagieuses exceptionnelles, incurables, à des aliénés et à ceux qui étaient entièrement privés de famille.
Depuis 1867 tous les malades mentaux du pays furent hospitalisés à l'Hospice Central d'Ettelbrück.

Quel était le sort des malades mentaux dans notre pays avant la création de la Maison de Santé ?
Un des médecins directeurs de 1889 raconte *« qu'il faut plutôt se résigner à croire que nous avons été, sous ce rapport, ni mieux, ni moins bien lotis que les pays qui nous font ceinture »*
D'après les idées admises d'alors, la folie était considérée comme un effet de la malédiction céleste, ou une intervention directe du diable, il était donc naturel qu'il fallait protéger les personnes et l'ordre public contre un état dangereux éventuel. Les malades mentaux étaient donc enfermés et traités en prisonniers.

Cette situation était toujours valable en 1958:
A la demande d'intégrer des malades mentaux dans les hôpitaux de la ville, on nous a mis en garde et certaines congrégations se sont même demandées, si ceci était compatible avec leur règle.

La médecine en général n'est passée que très lentement du stade magique au stade scientifique, à plus forte raison la psychiatrie!
La gestion de l'hospice était placée sous le contrôle d'une commission de surveillance nommée en 1855.

La législation française est appliquée dans notre pays. Mais la législation sur l'internement qui devait protéger l'ordre publique ainsi que les malades eux-mêmes n'a été votée qu'en 1880 au Luxembourg alors qu'en France un texte de loi en ce sens fut voté dès 1838.

Par la loi du 8 juin 1901, l'Hospice central d'Ettelbrück a été dénommé officiellement « *Maison de Santé* ».
Le nombre des malades hospitalisés avait augmenté à 600. La superficie territoriale a subi une augmentation de 10 hectares et on a construit les Pavillons du Parc.
Le directeur d'alors était fonctionnaire des impôts et il était assisté de deux médecins de médecine générale et des soeurs de la Congrégation de St Elisabeth.

Il n'y avait que des traitements draconiens disponibles. Le 1er directeur nous décrit l'activité de son institut de la façon suivante:
« Le travail à l'Hospice n'est pas jusqu'ici d'une grande importance, sans le rapport des bénéfices qui en résultent pour les communes, mais il est un agent moralisateur pour les adultes et un auxiliaire indispensable pour l'éducation des jeunes reclus, qui doivent trouver au dit établissement une vie active et laborieuse afin de leur inculper l'habitude de l'ordre et l'amour du travail. »

Voilà les conditions de la prise en charge des malades mentaux au Luxembourg au début du vingtième siècle.
L'histoire était plus ou moins identique à celle de l'Europe en général: c'est-à-dire le traitement moral préconisé par MOREL et appliqué dans les asiles.
La mortalité était grande, due surtout à la tuberculose et à des infections pulmonaires et intestinales. On imaginait volontiers que les aliénés étaient particulièrement sensibles aux infections. La P.G. (Paralysie Générale) était fréquente et on cherchait à définir d'autres maladies sur le même modèle. L'origine syphilitique supposée de bien des troubles mystérieux faisait user largement d'arsenicaux et de produits mercuriels.
Les catatoniques et autres « *négativistes* » étaient alimentés à l'aide de sondes nasales.

Parmi les médicaments le vin jouissait d'une certaine réputation.

Des études sociologiques ont bien décrit la réalité des structures asilaires qui ont souvent perdurées au-delà de la deuxième moitié du vingtième siècle où elles perdaient toute fonction thérapeutique.

L'Asile était un milieu clos et définissait en dernière analyse une société de l'ordre. Il s'agissait d'un espace social neutralisé au sein duquel va se réinstaurer un ordre nouveau par la discipline. Il en résultait un milieu pathogène privilégié bien analysé du point de vue sociologique par Erwing GOFFMANN en 1968. Il parle d'une aliénation asilaire commune aux structures des prisons, des couvents et des centres concentrationnaires. Le malade est un maillon dans une chaîne de « quartiers » ou services suivant sa symptomatologie :

- Quartier des cas aigus ou des cas agités ;
- Quartier des gâteux, grabataires, déments ;
- Quartier des chroniques à traitement continu.

Il s'agissait de trouver un quartier où les défauts du malade s'intègrent. Il n'ennuie plus vraiment personne. Il rentre dans la routine du quartier !

Le personnel dont la tâche principale était le gardiennage avait peu d'échanges avec les malades.

Les réflexions pamphlétaires du docteur Roger GENTIS (Les murs de l'asile ; 1970) dénoncent les mêmes dangers : *« L'asile purge, décante, purifie ; il recueille entre ses murs toute la folie du monde. Silence, routine, immobilité, c'est la devise de l'asile. C'est cela l'asile : nier le temps et arrêter l'histoire. »*

Les séquelles asilaires étaient très résistantes.

II De l'Asile ou Maison de Santé à l'Hôpital Neuropsychiatrique

On peut s'imaginer combien de transformations dans les structures et les idées étaient nécessaires pour faire évoluer une caserne d'hébergement en Hôpital Neuropsychiatrique moderne!! Ce n'est que dans la deuxième moitié du vingtième siècle que l'évolution de l'Asile en Hôpital a été possible.
C'est le 9 juin 1967 que la Maison de Santé d'Ettelbrück et ses annexes prennent le titre d'Hôpital Neuropsychiatrique.
En France, déjà en 1937 les Asiles ont été baptisés Hôpitaux Psychiatriques.

La plupart des médecins psychiatres luxembourgeois étaient de formation française et ils appliquaient les méthodes apprises aux Universités Françaises (Services psychiatriques Universitaires et Hôpitaux psychiatriques).

Période entre le début de la première guerre mondiale et la fin de la deuxième guerre mondiale: (1914 - 1945):

La doctrine de FREUD avait à peine effleuré le Luxembourg. (pas de répercussion à la Maison de Santé). Il en était de même des théories de BERNHEIM.

Naissance des premières thérapeutiques biologiques. (Période de la 1ère guerre mondiale jusqu'en 1945): Début de la période moderne qui était toutefois plus pragmatique que scientifique.

- Malariathérapie par JAUREGG en 1927: Traitement des P.G. appliqué en 1929.
- Insulinothérapie de SAKEL en 1933.
- Leucotomie ou lobotomie en 1936 (E. MONIZ). 1er lobotomisé à Ettelbrück en 1950.
- Electro-choc (CERLETTI) en 1938 dont la cible de choix était et reste encore la dépression psychotique.

- L'ergothérapie s'est développée au début du siècle. Importante extension (ateliers) à Ettelbrück en 1929. Nouvelles constructions en 1940. Le 1ermédecin de formation psychiatrique a été nommé en 1929 (Dr STUMPER)
- La 1ères guerre mondiale est passée sans laisser trop de traces à la Maison de Santé. Le nombre des décès par malnutrition a été très élevé. Le nombre des malades est tombé de 542 à 440 (décembre 1919).

Un service libre, appelé par euphémisme *« section neurologique »* a été créé par arrêté ministériel le 31 août 1931 (pour maladies nerveuses fonctionnelles ou organiques).
Signalons encore l'organisation du Service Social en 1937, qui fut une nécessité absolue, étant donné que la maladie mentale est marquée par l'implication sociale de ses manifestations.

1940-1944 - Deuxième guerre mondiale:

Le Grand-Duché fut placé sous administration allemande le 2 août 1940. Le français est banni de l'école, des journaux et imprimés de toute sorte.
Le Dr Jean-Marie SPAUTZ a écrit un article assez détaillé à ce sujet: *« Quelques souvenirs de la Maison de Santé d'Ettelbrück, quand le Grand-Duché de Luxembourg était incorporé au Troisième Reich »* Titre bien évocateur!.
Durant l'occupation allemande l'établissement fut confié à un directeur allemand (Obermedizinalrat). Des soignants furent congédiés, d'autre faits prisonniers politiques, d'autres furent déportés avec leur famille en Silésie.
L'euthanasie active qui fut appliquée sur le territoire de l'Allemagne ne fut pas appliquée à la Maison de Santé.
Onze patients juifs ont été transférés à Theresienstadt respectivement à Ausschwitz. On y a perdu leurs traces. Ils ont été portés disparus. Quelques malades israélites ont été converties et une a été sauvée de la déportation par les religieuses qui l'avaient baptisé.

L'augmentation des décès surtout durant l'Offensive Von Rundstedt (1944-1945) était due à l'aggravation des conditions alimentaires (114 décès sur 759 sujets hospitalisés).
Le 19 décembre 1944 ce fut l'évacuation générale d'Ettelbrück, une centaine de malades purent gagner (de nuit et à pied) le sud du pays. Les autres environ 600 descendirent dans les caves et les souterrains, aménagés en abris.
Une religieuse et une malade furent tuées par des éclats d'obus. 80 malades décédèrent des suites directes ou indirectes de faits de guerre.

Après 1945:

Après la guerre, la nocivité de l'asile traditionnel apparut à la lumière de l'expérience concentrationnaire (Régime totalitaire).
On commençait à développer la politique des sorties précoces - méthodes combinées de thérapie et de réadaptation sociale et on mit l'accent sur ce qu'on appelait déjà l'extra-hospitalier.
Mais ce mouvement ne put s'accentuer que dans les années 50 lorsqu'apparurent les premiers neuroleptiques.
Le service ouvert se développa vis-à-vis du service fermé.
L'introduction de la Psychopharmacologie s'est d'ailleurs aussi passée à Luxembourg: Congrès de Psychiatrie et Neurologie de Langue Française: Session de 1952 à Luxembourg (Premières publications scientifiques à ce sujet).

Pour faire avancer les nouvelles possibilités thérapeutiques, on cherchait à réaliser des structures intermédiaires plutôt que d'augmenter le nombre des lits psychiatriques hospitaliers.
A défaut d'une autorité universitaire supérieure dans cette matière, la Santé Publique du Grand-Duché a pris recours pour des conseils à des autorités étrangères.
C'est ainsi que le rapport du Dr A. SUNIER -Consultant de l'O.M.S.- préconisait en 1956 le plan suivant:

* Etablir 2 dépendances (Oligophrènes et schizophrènes)
* Créer une maison de retraite spécialisée (vieillards).
* Organiser la post-cure

* Coordonner les efforts en place
* Renforcer la Ligue d'Hygiène mentale

Il avait déconseillé une nouvelle construction intra- asilaire.
On voit déjà ici pointer le mouvement de décentralisation. Malheureusement, en fin de compte, on n'a créé qu'une dépendance (Useldange) pour les alcooliques et on a relancé l'activité de la Ligue d'Hygiène Mentale déjà crée en 1956. Par contre on a construit un building, sur un modèle américain (ce qui n'a abouti de nouveau qu'à augmenter le nombre de lits).

Malheureusement le nombre des neuropsychiatres et surtout du personnel spécialisé était trop réduit pour assurer toutes les structures indispensables pour arriver à une continuité intra et extra-hospitalière valable.

En 1958 nous comptions que 3 médecins à Ettelbrück pour 1000 malades et 2 psychiatres dans le pays, dont 1 à Luxembourg et 1 à Esch/Alzette.
Il n'y avait pas de structures de récupération en dehors de la Maison de Santé.

Le célèbre livre de Hervé BAZIN: « La fin des asiles » se situe à la même époque.
Mais ce n'est que dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle que l'évolution de l'Asile (caserne d'hébergement) en hôpital a été réalisée.
Le 9 juin 1967 la Maison de Santé d'Ettelbrück porte finalement le titre d'Hôpital neuropsychiatrique de l'Etat.
Inauguration officiel du nouveau Pavillon en 1969.

III De l'Hôpital neuropsychiatrique à la Psychiatrie communautaire

Lorsqu'en 1958 nous avons débuté notre pratique psychiatrique, nous nous sentions vraiment isolé et perdu. En tant que psychiatre consultant on était sollicité de tous les côtés (privés et hôpitaux), mais on n'avait aucun moyen d'action en dehors de notre propre engagement d'un côté et l'internement de l'autre.
N'oublions pas non plus que dans un petit pays comme le notre l'internement était souvent préjudiciable à la renommée sociale du sujet. Il restait marqué pour la vie
Rappelons que pas mal de malades mentaux préfèrent le traitement dans l'anonymat.

La Ligue d'Hygiène Mentale existait bien depuis 1956, mais au début son activité se résumait à des actions ponctuelles sur le plan social.

C'est seulement en 1959 à l'ouverture du 1er Dispensaire d'Hygiène mentale que nous avons pu démarrer une politique de décentralisation.
On cherchait à offrir de plus en plus de soins complets de santé mentale au sein de la collectivité. Depuis cette date nous avons aussi cherché à implanter un 1er service de psychiatrie dans un hôpital général de la ville de Luxembourg (clinique St François) et on cherchait à mettre sur pied des équipes multidisciplinaires intervenant dans les différentes structures de la Ligue d'Hygiène mentale. Le psychiatre avec son équipe exerce une activité complémentaire au psychiatre privé, isolé et ne se pose pas en concurrent.
L'activité du Dispensaire d'Hygiène mentale du début se résumait dans 4 catégories:

1) Consultation de dépistage précoce, suivie d'une orientation thérapeutique ou professionnelle.
2) Surveillance des postcures. (Réadaptation progressive des malades mentaux stabilisés).
3) Consultations antialcooliques
4) Consultations médico psychopédagogique ou consultations d'enfants.

Nous avons eu la chance au Luxembourg de disposer à côté de l'omnipotence de l'Etat, d'une vie associative, obéissant au contractuel par opposition à l'Institutionnel. Ceci nous a permis pour la mise en place d'Associations ou de Ligues de réaliser par leurs intermédiaires les structures manquantes indispensables. (on peut parler d'une greffe du privé sur le public).
Ainsi la L.L.H.M. a joué le rôle d'initiateur dans la mise en route de très nombreux organismes (par exemple: Ligue H.M.C. (1963) SOS Détresse (1975) etc..) et qu'elle est co-fondatrice de plusieurs associations (telles que l'Association Luxembourgeoise de géronto-gériatrie, l'Association d'Aide pour le travail thérapeutique pour personnes psychotiques etc..).

C'est en 1973 que le dispensaire fut élargi en Centre de Santé Mentale qui a été jusqu'à la fin des années 1980, la seule structure psychiatrique extra-hospitalière à Luxembourg.
Tout évoluait relativement lentement. On ne s'étonne donc pas que le rapport AUJALEU (Plan de développement des services de Santé Publique du Grand-Duché de Luxembourg - O.M.S. 1971) nous dit que la lutte contre les maladies mentales est le point faible de la médecine du Luxembourg. Le professeur AUJALEU savait de quoi il parlait, il était le père de la sectorisation de la Psychiatrie en France.

Le dépassement de la structure asilaire nous paraissait trop lent, nous nous sommes engagés dans les nouvelles structures extra-hospitalières et ceci à partir de la psychiatrie libérale tout en nous basant sur les associations (Ligue d'H.M.L., etc, ...), sans imiter la politique de secteur défendue en France, notre pays étant trop petit pour réaliser un découpage géographique.

Malheureusement le nombre des neuropsychiatres était encore trop réduit pour assurer toutes les structures indispensables et pour assurer une continuité de soins intra et extra-hospitalière valable. Depuis la psychiatrie a multiplié ses acteurs au moins par 10 (plus de 60 médecins psychiatres) et les nouvelles structures ont vu le jour.
Politique de décentralisation, psychiatrie extra-hospitalière ou traitement dans la communauté ou communauté thérapeutique sont

en définitive les vocables que recouvrent l'évolution actuelle des formes de soins en psychiatrie.
Mais cette politique qui paraît si évidente n'était pas tellement facile en pratique, nous avions souvent l'impression de jouer les « Don Quichotte » partant à l'assaut des moulins à vent. Il s'agissait d'une lutte ou d'un combat permanent et même souvent d'un réel militantisme ! (Climat d'incompréhension).
Nous n'étions pas chasseurs d'utopies, mais nous étions au centre de contradictions qui paraissaient à la mesure de la crise de notre société:
Le psychiatre ne saurait échapper aux paradoxes dont est tissée sa pratique!
Nous aimerions bien qu'un malade mental soit un malade comme un autre. Mais souvent un malade mental se sent différent des autres et dans de nombreux cas il est effectivement rejeté par autrui.
Une des contradictions principales de la psychiatrie est l'originalité du fait psychiatrique même, notion magistralement défendue par Henri EY et Ch BRISSET et qui se définit par: *La non reconnaissance de la maladie et la dangerosité éventuelle du malade.*
Ceci nécessite l'aménagement d'un dispositif médical spécial, particulier, capable de concilier à la fois le statut de la liberté des personnes et la protection de la société.
Malgré la priorité d'un traitement dans la communauté l'hôpital, neuropsychiatrique avec service fermé reste souvent inévitable.
Nous sommes toujours confrontés à ces deux propositions inconciliables, mais non obligatoirement contradictoires.

Le psychiatre doit accompagner l'homme malade mental dans son travail de restauration à l'intérieur de lui-même. Dans cette fonction il se défend et se refuse d'être pris pour un juge ou un gardien. Il ne veut plus non plus assumer toutes les vicissitudes de la condition humaine. Il se réclame du statut médical tout en acceptant les oscillations permanentes entre le travail médical et le travail social.
Mais aussi dans le secteur médical, l'exercice de la psychiatrie est devenue problématique.
D'abord il a eu scission entre la Neurologie et la Psychiatrie. Il y a eu rupture au niveau de la pratique. Dieu merci, elle n'est pas complète au niveau de la formation.

40 ans au service des malades en détresse. Les acteurs de la psychiatrie communautaire dans les différentes Associations ou Ligues du pays ont mis en place, un réseau de service assurant pour autant que possible:
L'unité et l'indivisibilité de l'action thérapeutique avec des équipes pluridisciplinaires.
Dispensaires: Service de consultations, Centre de Santé Mentale, Centre de jour, Atelier protégés, Service *« Entraide et Loisirs »* *« Appartements thérapeutiques »,* Centre de Prévention et d'Information, etc, ...

La psychiatrie est maintenant là dans la société et les différentes associations réparties sur le terrain se sont groupées dans une **Entente:**
Associations faisant partie de l'Entente des gestionnaires des structures complémentaires et extra-hospitalières en psychiatrie:

- Ligue Luxembourgeoise d'Hygiène Mentale A.s.b.l. (Luxembourg)
- Réseau psychesch Hellef-Dobaussen A.s.b.l. (Grevenmacher)
- Centre d'entraide et de réadaptation pour malades mentaux A.s.b.l. (Ettelbrück)
- Association d'Aide pour le Travail Thérapeutique pour Personnes Psychotiques A.s.b.l. (Walferdange).

Nous cherchons à répartir les services extra-hospitaliers cités d'une façon équilibrée dans les différentes régions du pays et à gérer ces services tout en les coordonnant avec les **Services Cliniques actuels qui sont :**

1. Le Service psychiatrique de la Clinique St. Louis à Ettelbrück.
2. Le Centre Neuropsychiatrique, (Nouvelle désignation de l'ancien Hôpital neuropsychiatrique d'Ettelbrück)
3. Le Service psychiatrique du Centre Hospitalier du Luxembourg,
4. Le Service psychiatrique de la Clinique St-François.
   dans le Centre (Luxembourg)
5. L' Hôpital de la Ville d'Esch-sur-Alzette (service psychiatrie).
   dans le Sud (Esch/Alzette)

Quelques services élémentaires s'y trouvent déjà, mais ils doivent être complétés en bâtiments et en personnel, ce n'est qu'ainsi qu'ils peuvent remplir leurs activités complémentaires aux services cliniques (cas aigus) dans les mêmes régions.
On évitera ainsi l'écrémage des différents cas cliniques intéressants ou rébarbatifs.
Ces structures doivent aussi se spécialiser pour différentes catégories de malades (enfants, adolescents, alcooliques, toxicomanes, personnes âgées médico-légaux) et ébaucher des services sociaux aux ateliers thérapeutiques permettant d'éviter l'évolution vers la chronicité (Réhabilitation).

Tout ceci est d'ailleurs en accord avec le rapport HÄFNER publié en 1993, après une étude approfondie sur le terrain du Grand-Duché.

La plupart de ces structures (voir l'énumération dans le dossier « documents complémentaires ») étaient déjà en place avant cette étude.
Mais maintenant le Centre Hospitalier neuropsychiatrique (ancien HNPE ; loi votée le 4 mars 1998) sera réduit à tout au plus 175 malades et le but sera la réinsertion aussi complète que possible dans la vie de tous les jours. En 1974 on comptait encore 1.200 patients contre 600 patients à l'heure actuelle.

A l'avenir :

Il y aura 4 unités de traitements psychiatriques aigus de 55 respectivement 70 lits chacun dans 5 hôpitaux principaux avec possibilités de service fermée (10 lits) et des capacités d'accueil pour hôpitaux de jour. Pour la psychiatrie légale un service psychiatrique spécialisé sera crée aux établissements pénitentiaires.

Les concepts de décentralisation et de désintitutionnalisation seront maintenant fixés dans une loi.
Quel progrès depuis l'asile dans une caserne à une structure ouverte dans la communauté !

La nouvelle proposition de loi servira à fermer les lacunes encore existantes.
Naturellement on doit éviter une psychiatrisation des problèmes sociaux en général et éviter le remplacement d'une institution psychiatrique par une multitude de communautés thérapeutiques disparates et non coordonnées.

La psychiatrie change et les psychiatres qui sont les acteurs ne doivent pas subir passivement ces changements.

C'est grâce à un tronc commun médical qu'on a pu éviter que la psychiatrie éclate en tendances antagonistes. C'est ainsi qu'on a pu éviter les mouvements antipsychiatriques des années 68.
Les psychiatres sont les médecins de la souffrance psychique pathogène et aident les malades à retrouver leur liberté intérieure.

Après ce que nous venons de développer, nous avons vu que la psychiatrie doit rester toujours bien attachée à son tronc médical.
C'est aussi dans ce sens que nous avons toujours défendu le travail d'équipe - collaboration entre psychiatres et tous les professionnelles *« psy »* et que nous avons toujours défendu l'approche curative élargie même dans le domaine du *« handicap mental »*.

La bonne entente entre neurologie et psychiatrie à toujours été conservée dans notre pays grâce à la collaboration loyale qui régnait dans notre société de Neurologie, de Psychiatrie et de Psychothérapie.

Dans tous nos services nous avons toujours réalisés une triple approche:

- Approche médicamenteuse pharmacologique, biologique.
- Approche psychothérapeutique.
- Approche sociale-sociothérapeutique.

La psychopharmacologie est l'éclatant aboutissement de la récupération du malade mental par la médecine.

L'amélioration des soins à finalement permis de « guérir » quelque 50% de schizophrènes à condition qu'ils puissent bénéficier d'un traitement de tous les instants, qui ne néglige aucun des 3 volets de la thérapeutique décrits plus haut et appliqués dans les services énumérés (collaboration avec les équipes soignantes).

IV Conclusion

Dans mon dialogue avec la page d'histoire vécue, je ne pouvais vous présenter que des bribes, j'essaie donc de résumer dans les conclusions les points essentiels et nos projections dans l'avenir :

Le centre logique de l'organisation psychiatrique n'est plus l'Hôpital Psychiatrique, mais le service hospitalier dans le cadre de l'Hôpital général.
Dans ce contexte la psychiatrie est une partie importante de la médecine (Henri EY)
Elle s'occupe de la souffrance morale ou psychique dans la communauté et ceci par une chaîne thérapeutique aboutissant à la réintégration de l'homme psychopathe au sens large du terme.

La psychiatrie dans la communauté s'occupe de la souffrance psychique au même niveau que la médecine de la souffrance physique.

Grâce à la greffe du privé (secteur libéral) sur le public, du contractuel (réseaux associatifs) sur l'institutionnel (Etat), les différents services intégrés dans la communauté ont pu se développer.

Par son activité complémentaire la Psychiatrie donne aussi à la médecine une dimension humaine puisqu'elle s'occupe de l'homme malade dans sa totalité.
(Détermination psychologique, biologique et sociale)

La psychiatrie actuelle se présente sous de multiples facettes où se projettent:

la Psychanalyse
la Psychologie expérimentale
la Neurobiologie
la Psychologie cognitive ou systémique
le DSMIIIR (classificatrice athéorique)

dont l'ensemble est souvent désigné sous le nom de *"Neurosciences"*.
Mais les essais de "théories globales" ne sont pas nécessairement le moyen le plus sûr pour traiter au mieux.
Qu'il s'agisse d'une psychose ou d'une autre affection psychiatrique, il faut bien entendu garder à l'esprit la priorité de la prise en charge d'un individu dans sa dimension humaine sur toute considération de recherche ou de validation d'une théorie plutôt qu'une autre. En psychiatrie, comme dans toute la médecin en général, la recherche doit être au service de l'homme et non l'inverse.

"La vie, elle découpe, sépare les bonnes graines des mauvaises, mais le fait avec une égale affection pour les deux, car elle intègre et non juxtapose et rend ainsi les apparentes contradictions non contradictoires".
Ainsi va aussi la psychiatrie et c'est ce qui nous la rend chère, ainsi parle Eugène MINKOWSKI.
La psychiatrie est en devenir continuel et c'est à nous de la maintenir dans le bon sens.

La crise actuelle nous lance un nouveau défi qui nous met en face de deux thèmes importants :

- l'articulation du sanitaire et du social au regard des liens entretenus entre maladie et handicap (le handicap étant la conséquence de la maladie) ;

- la dimension « santé mentale de l'exclusion » (cause importante du chômage, de l'alcoolisme, de la toxicomanie, etc, ... et de la pauvreté, de la misère) .

Nous serons confrontés à une toute nouvelle psychopathologie. Ce sera sûrement le cas pour le XXIème siècle.

Bibliographie:

- **Dr Ad. Buffet**: l'aliénation mentale dans le Grand-Duché (1897)
- **Maison de Santé d'Ettelbrück** - Livre jubilaire (1855-1955)
- **Yves De Smet**: Le grand-duché du Luxembourg et la théorie de la dégénérescence de B.A. Morel; Bulletin de la Société des Sciences Méd., N°1 1991
- **Pierre Pichot**: un siècle de Psychiatrie - Laboratoire Roche
- **Henri Ey**: Défense et illustration de la Psychiatrie - Masson 1978
- **Jacques Pastel et Quetel**: nouvelle Histoire de la Psychiatrie - Dunod, 1994.
- **François Constant**: Thèse 1970 La vie et l'œuvre de B.A, Morel. Ligue luxembourgeoise d'Hygiène Mentale (35$^{è°}$anniversaire 1991)
- **Spautz**: Quelques souvenirs de la Maison de Santé, quand le Grand-Duché de Luxembourg était incorporé au III^{è} Reich.- Nervure ; mars 1991-
- **Dr J.J. Meisch**: Quelques problèmes de santé mentale dans l'optique de l'Hôpital neuropsychiatrique (sciences médicales 1989)
- **Dr F. Hastert**: Contribution de la Collectivité à la Protection de la Santé Mentale; (Ligue Luxembourgeoise pour la Protection de la vie (1975))
- **Dr F Hastert**: Les difficultés d'exercice de la Psychiatrie; (Agora 1996)
- **Dr F Hastert**: Historique sommaire de la Psychiatrie au Luxembourg; Document Ligue d'Hygiène Mentale
- **Dr F Hastert**: Traitement ambulatoire des malades psychotiques (Bull. Soc. Sc. Médical 1974)
- **Dr F Hastert**: Historique et fonctionnement de la Ligue d'Hygiène Mentale (Laboratoire Jansen 1973)
- **Dr F Hastert**: Assistance Psychiatrique dans le cadre du Dispensaire d'Hygiène Mentale (Le Corps Médical - juin 1967)
- **Joseph Flies :** Ettelbrück - die Geschichte einer Landschaft (Imprimerie St. Paul ; 1970)