Zeitschrift: La Croix-Rouge suisse
Herausgeber: La Croix-Rouge suisse
Band: 87 (1978)
Heft: 7

Artikel: Une psychiatrie à visage humain
Autor: Kaufmann, R.
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-549355

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 20.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Une psychiatrie à visage humain

La psychiatrie, en s'éloignant de l'hôpital pour devenir ambulatoire, s'est fait une place nouvelle dans la société.
Historiquement, le développement de la psychiatrie sociale est devenu réalité à partir du moment où le rejet, l'exclusion et la mise à distance du malade mental par la société n'a plus été l'essentiel de l'attitude de cette dernière vis-à-vis des sujets porteurs de désordres de la pensée.
Le geste de Pinel, libérant les aliénés de leurs chaînes à la fin du 18e siècle, avait fait souffler un grand vent de liberté et d'émancipation individuelle, mais le malade mental restait enfermé et confié à des «aliénistes», eux aussi retranchés derrière les murs de l'asile. C'est finalement la révolution psychanalytique et le mouvement d'hygiène mentale à la fin du siècle passé et au début du nôtre qui ont permis l'abord d'une nouvelle dynamique de la personnalité des malades, en favorisant également l'installation des médecins hors de l'hôpital psychiatrique. Les préjugés contre la maladie mentale s'effritaient au point de permettre non seulement l'insertion du psychiatre et du malade dans la communauté, mais aussi la création d'institutions s'attaquant aux problèmes sociaux du dépistage des troubles mentaux et des soins à prodiguer à certains groupes humains, avec le désir sincère de collaborer avec le monde médical des spécialistes et médecins généralistes...

Ces lignes écrites par le professeur M. Burner, codirecteur de la Policlinique psychiatrique universitaire de Lausanne et responsable du Centre psycho-social de la même ville, serviront d'introduction au thème que nous avons choisi d'illustrer: présenter à nos lecteurs une psychiatrie autre que celle des blouses blanches et des hôpitaux, une psychiatrie sociale, à visage humain. A cette fin, une collaboratrice de notre rédaction s'est rendue dans deux centres de psychiatrie ambulatoire de la ville de Lausanne: le centre psycho-social de Lausanne, où elle s'est entretenue avec le professeur M. Burner dont il est question plus haut; ensuite au centre de géronto-psychiatrie, où le Dr R. Kaufmann, chef de clinique, lui a accordé une entrevue. La rédaction

Docteur, tout d'abord, qui êtes-vous, quelles sont vos fonctions au Centre psycho-social?

Jusqu'il y a quelques jours, j'étais médecin-chef du centre et directeur adjoint de la Policlinique psychiatrique universitaire. Je suis à présent nommé codirecteur de cette policlinique, dont dépend précisément notre centre. Mais en fait, je reste le patron du Centre psycho-social, l'ensemble formant un tout. C'est en effet en 1964 que nous avons ouvert celui-ci pour répondre à certaines prises en charge qui n'étaient pas très développées à l'époque.

Pourquoi avoir eu l'idée de créer ce centre?

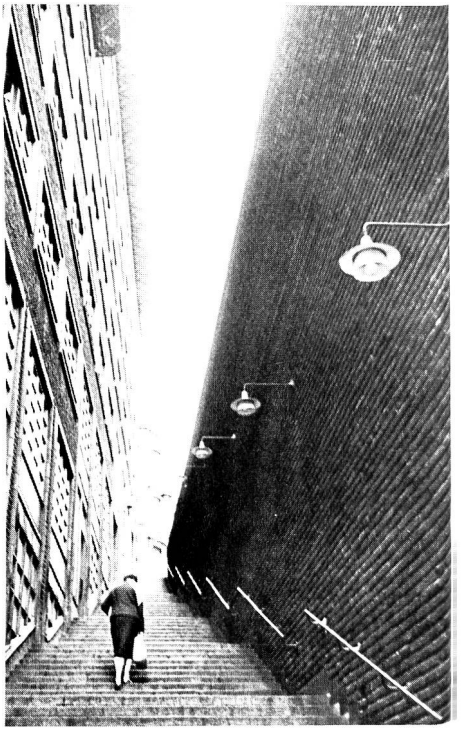
Nous visions avant tout la prise en charge de malades chroniques difficiles, en les acceptant non seulement dans nos locaux pour des consultations, mais encore en nous rendant à domicile. Nous voulions également être à même de répondre aux appels d'urgence. Par ailleurs, un service de garde psychiatrique fonctionne en dehors des heures normales de la journée.
Cela a donné naissance conjointement au développement d'un département de psychiatrie sociale dans le cadre de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, département dont je suis aussi le médecin-chef.
Pour résumer, disons que le centre dépend de la Policlinique psychiatrique universitaire; les traitements s'y faisant conjointement, c'est-à-dire que chaque médecin a ses psychothérapies, mais ce qui nous différencie c'est justement la prise en charge en équipe de malades particulièrement difficiles, tels que les schizophrènes chroniques, les dépressifs graves que nous soignons par perfusion, les alcooliques et toxicomanes.
Nous permettons donc à un grand nombre de malades qui, auparavant, avaient déjà passé une dizaine, voire une vingtaine d'années à l'hôpital psychiatrique, d'être pris en charge d'une manière intensive, de façon à éviter un nombre excessif d'hospitalisations, tout en estimant que l'hôpital reste nécessaire pour un certain nombre de cas. Il existe ainsi une meilleure collaboration avec celui-ci en fonction des moyens que nous avons soit de reprendre rapidement un malade, soit de garantir à l'hôpital que nous pouvons le prendre en postcure.

Votre centre est-il public, privé, subventionné?

Notre centre est dépendant de l'Etat de Vaud (Département de l'intérieur, Service de la santé publique). Nous représentons une institution officielle qui n'a rien de privé.

Quel en est le personnel?

Le personnel est constitué par les médecins – un chef de clinique, un chef de clinique adjoint et quatre assistants –, une infirmière-chef, trois infirmières, trois assistantes sociales, les secrétaires et enfin les stagiaires étudiants en médecine, infirmières en psychiatrie, en santé publique, stagiaires qui nous sont envoyés par diverses institutions de Suisse et de l'étranger.



Agression contre l'homme. Les villes nouvelles sont-elles la cause de troubles psychiques chez leurs habitants? Photo OMS

A quelle catégorie d'âge appartiennent les patients que vous traitez?

Nous avons fixé une limite d'âge inférieure, du fait que nous estimons que les enfants et les jeunes adolescents doivent bénéficier de techniques particulières dont dispose l'organisme médico-social vaudois, appelé aujourd'hui le service psycho-pédagogique vaudois, et avec lequel nous entretenons d'ailleurs des relations étroites. De ce fait, nous pensons que la limite d'âge qui a été fixée à 15 ou 16 ans est tout à fait appropriée. En ce qui concerne la limite d'âge supérieure, nous avons décidé, en accord avec les services gériatriques, que nous pouvions garder des malades jusqu'à un âge avancé, si ces derniers étaient désireux de continuer un traitement chez nous et n'avaient pas besoin de structures ou de soins particuliers que seul le Centre de psycho-gériatrie pouvait leur offrir.
Parmi nos patients, nous avons un grand nombre d'alcooliques et de toxicomanes.

En effet, nous avons réussi, grâce au travail en équipe, à adopter vis-à-vis d'eux une attitude où les rechutes sont tolérées, parfois même souhaitées pour mieux travailler ensuite le fond de l'alcoolique ou du drogué.

Ces personnes s'adressent-elles directement à vous, ou, au contraire, leurs cas vous sont-ils transmis par des médecins, la famille ou de tierces personnes?

La situation est très variée. Si je consulte les statistiques de l'année dernière, la majorité des cas ont été adressés par des hôpitaux et des cliniques de tout genre. Viennent ensuite les personnes qui se présentent spontanément, ensuite celles qui ont été recommandées par leur médecin privé; s'ajoutent enfin les cas d'urgence signalés par les sources les plus diverses, le plus souvent le central téléphonique des médecins.

Comment les patients qui se présentent volontairement savent-ils qu'ils doivent précisément venir chez vous?

Le développement des soins ambulatoires est connu: à travers les diverses informations qui sont données aussi bien par nos services, lors de conférences, que par la formation de jeunes médecins qui passent chez nous – et parmi ceux-ci il y a non seulement des psychiatres mais encore de jeunes généralistes qui font régulièrement un stage chez nous –; par l'intermédiaire des patients eux-mêmes qui se renseignent les uns les autres; enfin, par l'information pure. Ainsi, par exemple, une journée que nous avons eue récemment et qui était destinée aux médecins praticiens, fut entièrement consacrée à la dépression. Plus récemment encore, une émission à la télévision et une autre à la radio nous ont amené un grand nombre de nouveaux cas, de téléphones et de demandes émanant de personnes qui s'étaient rendu compte qu'elles souffraient de dépression ou qui étaient tout simplement désireuses d'obtenir des informations supplémentaires.

Qu'entendez-vous exactement par cas d'urgence?

Il y a des personnes qui connaissent tout à coup un état d'agitation, qui ameutent l'entourage, qui provoquent l'effroi dans leur famille. Il se peut que les proches fassent appel à la police qui, à son tour, se mettra en contact avec nous. Ou bien, c'est le médecin de garde qui fera appel à nous. Il y a aussi les tentatives de suicide, lorsque, après avoir absorbé des remèdes ou poisons, les patients se mettent à regretter leur geste et appellent à l'aide. Il y a enfin les situations de conflit graves qui nécessitent une intervention, et les patients eux-mêmes qui nous appellent parce qu'ils vivent des moments d'angoisse insupportables et ont besoin de secours sur place.

Quelles sont les thérapies que vous appliquez le plus couramment?

Cela dépend bien sûr de la personnalité du malade et de la maladie elle-même. Si nous avons affaire à une psychose (un état dépressif endogène ou une schizophrénie), nous utilisons en premier lieu des médicaments, donnés le plus souvent sous forme de perfusion dans des cas d'urgence. Ces traitements se poursuivent d'ailleurs par la suite, pour les schizophrènes insérés qui reprennent un certain nombre de leurs activités – familiales, professionnelles ou autres – et que nous arrivons à maintenir grâce aux neuroleptiques-retard. Ils reçoivent des injections dont les effets durent de deux à trois semaines et qu'il faut répéter. Mais les médicaments ne suffisent pas. Il faut également, pour ces cas, développer la dimension relationnelle. Viennent ensuite les techniques d'équipe où toute une série d'événements peuvent se passer, qui vont de l'entretien pédagogique à une psychothérapie au sens large du terme. Ensuite, pour tous les patients névrosés, il faut une psychothérapie d'inspiration psychanalytique ou des psychanalyses, qui sont faites alors par des psychiatres en fin de formation ou déjà chevronnés.

Nous faisons de la psychothérapie de groupe et constituons en outre des groupes qui ont une fonction de soutien par des discussions avec des malades difficiles. Nous faisons également des groupes de relaxation, qui est une autre technique psychothérapique.

Nous ne faisons pas d'ergothérapie à proprement parler, mais avons en revanche un club de loisirs où nos patients ont la possibilité d'avoir des échanges, de bricoler, de jouer aux cartes. Nous organisons pas mal d'activités. Ce club est animé par les malades eux-mêmes. D'autre part, un groupe «piscine» fonctionne régulièrement avec une infirmière.

Docteur, on dit que les troubles mentaux et psychiques se sont accrus à la suite du mode de vie moderne. Est-ce vrai? Avez-vous personnellement remarqué une augmentation des cas ou, au contraire, une amélioration?

Il est certain que le chômage et la situation économique actuelle jouent un rôle chez bon nombre de nos patients qui sont les premiers touchés. Etant donné qu'en Suisse il n'y a pas de places protégées pour ces patients, telles qu'elles existent en France, par exemple, nous devons faire face à de très grands problèmes. Les problèmes que nos malades rencontrent dans ce domaine viennent ainsi encore s'ajouter aux difficultés qu'ils ont à se sentir à l'aise dans une société qui auparavant les acceptait, leur donnait des travaux. Actuellement, ils ont en effet l'impression d'être visés personnellement, alors qu'ils ne comprennent pas toujours que leur situation dépend de la conjoncture économique et sociale.

Cette même situation économique nous amène également bon nombre de cas nouveaux.

Nous voyons en outre des sujets mal préparés à la retraite. Aussi lorsque des personnes approchant de la cinquantaine doivent changer de situation ou de poste. Ils éprouvent de grandes difficultés de réadaptation, ce qui provoque des états dépressifs réactionnels. D'autres personnes se sentent angoissées, traquées, menacées, à la suite de slogans, de publicité faits un peu partout sur la pollution, l'énergie nucléaire, les catastrophes éventuelles, le cancer et autres. Je trouve, par exemple, que les moyens d'information de masse prévoient trop d'émissions médicales, chirurgicales et psychiatriques qui inspirent beaucoup plus d'effroi et d'angoisse qu'elles ne sont utiles. Bien sûr, le malade a droit à l'information, mais il faut qu'elle soit bien faite.

A quel moment un patient se présentera-t-il à une consultation psychiatrique?

Lorsqu'il souffre ou qu'il se rend compte qu'il ne sort plus d'un état qui dure. Il convient ici de faire la différence entre une réaction normale – tristesse, affliction après un deuil ou moments de dépression passagers – qu'il ne faut surtout pas psychiatriser, et une réaction pathologique. La réaction normale est toujours liée à un événement qui la déclenche, événement qu'il convient de situer. L'intensité de la réaction dépend de l'intensité du stress qui se trouve à son origine. Si l'on arrive à diminuer l'intensité du stress ou même à l'éliminer, la réaction doit également diminuer et cesser. Si elle se prolonge malgré tout, on se trouve en face d'une situation pathologique. C'est à ce moment-là que le sujet se présentera chez nous et qu'il commencera la consultation en nous faisant savoir, par exemple, que cela fait des mois qu'il ne dort plus, qu'il perd du poids, qu'il ressent des angoisses, qu'il n'arrive plus à surmonter les petites adversités de la vie.

Quelle est la durée normale d'un traitement?

Le tout dépend du genre de traitement choisi. Si on prend l'exemple d'une psychose qui est une maladie cyclique, nous ne sommes pas à même de guérir la maladie, mais nous soignons ses accès périodiques. Dans ce cas le traitement est permanent, avec des variantes dans la prise de médicaments.

En ce qui concerne le traitement des névroses, par psychothérapie ou psychoanalyse, il dure de deux à quatre ans. Le

patient arrivera au terme de cette période à être à l'aise avec ce qui reste de sa névrose – car on ne saurait toujours parler de guérison complète. Nous avons actuellement des traitements psychothérapiques brefs qui focalisent un traitement, c'est-à-dire que quelque chose de précis est visé, et dont la durée peut varier entre six mois et un an.
Il existe également des traitements de déconditionnement dans les cas où le sujet présente une phobie bien limitée, ainsi, par exemple, s'il a peur de rouler en voiture, s'il a le vertige ou qu'il souffre d'agoraphobie. Ces traitements ne se concentrent que sur le symptôme en question, mais ne touchent rien d'autre.

Lors du traitement d'un malade, agissez-vous également sur la famille et l'environnement?
Oui, leur rôle est extrêmement important. Si nous prenons le patient en psychothérapie, nous ne voyons que lui et nous travaillons sur ses fantasmes, c'est-à-dire sur la manière dont il voit l'entourage. Dans ces cas-là, nous essayons d'interpréter ce que le patient vit et ressent dans ses relations. En revanche, pour tous nos malades qui sont impliqués dans des maux tels que l'alcoolisme, la pharmaco-dépendance, la dépression, la schizophrénie, nous prenons contact avec le conjoint ou la famille, ne fût-ce que pour qu'ils comprennent ce qui se passe. Ce qui nous amène fort souvent à faire un traitement de couple, c'est-à-dire que pendant dix ou quinze séances, nous allons voir le couple pour une thérapie avec les deux partenaires; ainsi, le sujet dit malade ne se sent pas trop le bouc émissaire. Ce que nous pratiquons également de plus en plus, ce sont les traitements de famille, où une famille entière est vue une ou deux fois par semaine, parce que nous remarquons qu'il n'y a pas qu'une personne en cause, mais qu'il convient de modifier un élément global de la communication. L'encadrement professionnel est également très important, dans ce sens que, dans certains cas, il faut que les patrons soient tenus au courant avec l'accord du malade, bien entendu, de ce qui pourrait arriver à leur employé ou à leur ouvrier. Nous arrivons souvent à d'excellents contacts, grâce à nos assistantes sociales, qui se rendent sur place pour expliquer la situation, sinon pour aménager des conflits qui pourraient, à la rigueur, se solder par un renvoi.

Pour la catégorie de malades dont vous vous occupez, la dimension sociale n'est-elle pas plus évidente que la dimension strictement médicale?
Les causes sociales sont sans aucun doute très importantes. Ce n'est d'ailleurs pas sans raison que nous avons appelé notre centre «psycho-social». Nous pensons qu'étant nous-mêmes dans la Cité, au milieu précisément de l'élément qui entoure le malade, nous représentons quelque chose qui ne peut pas éliminer cet aspect extrêmement important. A un certain moment, il était question de nous faire monter au CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois) étant donné qu'il y avait là des locaux disponibles. Une brève enquête réalisée auprès de nos patients a donné un résultat négatif, du fait que lorsqu'ils se rendent chez nous, personne ne sait qu'ils vont chez le psychiatre, notre maison abritant également un bureau d'architecte, des fiduciaires, et qu'il y a un cinéma à côté. Ils n'ont donc pas peur et se rendent chez nous entre deux commissions, comme s'ils effectuaient une activité quotidienne.
La dimension sociale est donc très importante et c'est d'ailleurs pour la même raison que nous nous rendons à domicile.

Thérapie d'animation dans un atelier de l'hôpital psychiatrique Bellevue à Yverdon.
Photo H. Bachmann

Quelle est la participation des caisses-maladie pour les traitements?
A moins que les patients aient une réserve – il y a des malades qui, lorsqu'ils viennent, annoncent à leur caisse-maladie qu'ils avaient déjà été en traitement psychiatrique et qui ont une réserve de cinq ans – tous nos traitements sont faits d'après les tarifs des caisses-maladie et sont remboursés par elles. Le Service de prévention sociale prend en charge les patients indigents. Un bon nombre de nos malades chroniques se trouvent au bénéfice d'une assurance-invalidité.

Collaborez-vous avec d'autres institutions ou organismes psychiatriques ou de médecine?
Bien sûr. Avec le Centre de géronto-psychiatrie dont j'ai parlé plus haut, avec l'Office médico-pédagogique, avec le centre de traitement de jour de Sauvabelin, avec les différents secteurs psychiatriques du canton. Nous avons des contacts avec les médecins généralistes, avec les internistes, avec les hôpitaux. Nous avons régulièrement une consultation à La Source, nous avons une équipe au CHUV. Enfin, nous avons des relations avec l'Office du tuteur général, puisque aussi bien bon nombre de nos patients sont également sous tutelle, avec l'Office antialcoolique ainsi qu'avec le Centre social protestant, Pro Familia et bien d'autres encore. ■

Le Centre ambulatoire de psycho-gériatrie a été ouvert il y a dix ans pour compléter l'action de l'Hôpital psycho-gériatrique.
En tant que chef de clinique, le Dr R. Kaufmann est responsable de la marche du centre depuis une année, épaulée par le médecin associé, le Dr L.-M. Bircher. L'activité du centre couvre deux domaines: les consultations pour lesquelles le malade vient trouver les médecins du centre ou leur est amené comme cela se fait pour d'autres consultations en policlinique, d'autre part, les visites à domicile où le médecin, accompagné de l'infirmière, se rend chez le patient, souvent dans une situation d'urgence, pour laquelle il doit trouver une solution immédiate, sur place, et avec les moyens disponibles – cela représentant une approche du malade qui s'apparente au travail du médecin praticien.

A cela vient s'ajouter un petit hôpital de jour situé au premier étage de la maison, pouvant recevoir jusqu'à une douzaine de malades par jour, qui sont amenés le matin et ramenés vers le soir au moyen d'un minibus dont dispose le centre.
Au point de vue médical, les effectifs en personnel varient. Actuellement la maison compte quatre médecins, dont trois travaillent à plein temps, le médecin-chef et le médecin-adjoint de l'Hôpital psycho-gériatrique venant chacun un après-midi pour procéder à des consultations. En outre, il y a, en général, deux assistants de l'Hôpital psycho-gériatrique également qui travaillent à temps partiel.
C'est le directeur de l'Hôpital psycho-gériatrique qui est en premier lieu responsable du centre.
Ce dernier dépend de l'administration cantonale et revêt, par conséquent, caractère public.
Les patients traités se rangent dans la catégorie des personnes en âge de toucher l'AVS et souffrant de troubles sur le plan psycho-social. Sur 300 nouveaux cas en moyenne, une quinzaine sont adressés par la Centrale d'information sur les problèmes de la vieillesse, une trentaine par les divers services sociaux (le Service social de la ville, Caritas, Pro Senectute, des paroisses, etc.), une quarantaine par les policliniques et hôpitaux, une bonne centaine par les médecins praticiens, une cinquantaine par la famille, des infirmières visiteuses, des assistantes sociales, des logeurs et logeuses ou autres tierces personnes.
En général, il n'est pas du tout obligatoire que le malade soit préalablement muni d'une feuille d'admission pour être soigné au centre.
L'activité à domicile est très importante. Ainsi, cette année, les infirmières du centre, toutes diplômées en psychiatrie, ont effectué plus de 6000 visites, ce qui représente largement le double du nombre des consultations.
Un tiers des patients traités au centre ou à domicile souffrent de troubles de la mémoire ou de l'orientation susceptibles de mener à une démence sénile. Des processus dégénératifs ou des troubles vasculaires en sont responsables. Il s'agit ici de malades gériatriques par excellence que le centre peut prendre en charge, en leur organisant une aide à domicile. C'est là précisément l'un des premiers buts de l'institution: maintenir dans la mesure du possible les malades à domicile, dans un état d'indépendance ou d'une dépendance très relative et éviter de cette manière les hospitalisations, sinon, du moins, les retarder. Les personnes dépressives constituent un autre tiers des patients traités. Problèmes de la vieillesse, solitude, isolement, veuvage, désintégration du statut social, appauvrissement matériel sont autant de causes aggravantes. Enfin, le dernier tiers des malades se compose de personnes âgées souffrant de troubles relevant de différents domaines de la psychiatrie. Parmi celles-ci, on pourrait citer les vieux psychotiques, les malades souffrant de schizophrénie tardive ou de névrose, les alcooliques, les personnes présentant des troubles très nets du comportement. Pour tous ces malades, le centre intervient soit sur place, soit à domicile. On n'arrive cependant pas toujours à éviter les hospitalisations. Il arrive, en effet, qu'il ne soit plus possible d'aider un malade à la suite d'une détérioration rapide de son état. L'hospitalisation peut être soit définitive, soit temporaire, auquel cas le centre se chargera des postcures.
Les thérapies appliquées au centre sont des plus diverses: psychothérapies de soutien – elles sont le plus souvent individuelles, la formation de groupes n'étant encore que relativement récente – et les traitements médicamenteux que les médecins tâchent de limiter dans la mesure du possible. Comme, par définition, les personnes âgées souffrent souvent de plusieurs maux simultanément – elles sont, par exemple, non seulement dépressives mais souffrent en outre de troubles cardiaques ou d'arthrose – le personnel du centre est obligé, afin de suivre un patient le mieux possible, d'être parfaitement au courant de leur état de santé. C'est pourquoi, une collaboration étroite s'impose avec le médecin traitant, qu'il soit médecin de famille, interniste ou autre.
Questionnée quant aux phénomènes du vieillissement, le Dr Kaufmann précise que si, à ses débuts, la gérontologie avait été considérée comme un chapitre nouveau et distinct de la médecine et, que de cette façon, toute une couche de la population avait été prise sous un angle médical, actuellement on peut assister à une contre-tendance émanant en premier lieu des psychologues et sociologues: on se rend compte peu à peu que les personnes âgées sont un groupe beaucoup moins homogène qu'il pourrait sembler à première vue. Chaque personne âgée est le produit d'une vie vécue. Dans un même groupe d'âge, certaines personnes âgées sont décédées ou sont grabataires et très souffrantes, alors que d'autres individus se trouvent encore en pleine activité n'ayant subi pratiquement aucun outrage par le temps. De cette manière, ajoute le docteur, les concepts «personne âgée» et «vieillissement» ne sont pas encore clairement définis. N'est-il pas préférable de parler de l'«homme» plutôt que du «vieillard» ou du «troisième âge»? C'est en même temps plus flou et plus adéquat. Rien ne sert de classifier à tout prix.
En ce qui concerne les limites entre, d'une part, les phénomènes de vieillissement que l'on taxe de «normaux», tels que les oublis, la distraction et autres manifestations sans gravité et, d'autre part, les phénomènes véritablement pathologiques, le docteur Kaufmann présente un schéma personnel: elle parle de trois cercles qui se chevauchent partiellement. Dans le premier se situent les détériorations qu'il est possible d'objectiver: ralentissement de l'activité cérébrale, oublis, désorientation, etc. Dans le deuxième, on peut placer les réactions subjectives de l'individu face à ses propres détériorations, réactions qui

«Il est évident que si nous reperdons en santé mentale ce que nous gagnons en santé physique, on pourra vraiment mettre en accusation la médecine de notre époque.» (Louis Armand, Académie française)

Photo tirée du film «La tête contre les murs»

peuvent soit déclencher des dépressions, soit entraîner une acceptation réaliste et positive de la situation, soit encore n'être pas perçues du tout lorsque l'individu manifeste à leur égard une inconscience totale, soit enfin provoquer des comportements agressifs vis-à-vis de l'environnement. Enfin, le troisième cercle a trait aux réactions de l'entourage du patient qui vont de la tolérance au rejet. C'est ainsi que si, dans certaines familles ou dans les milieux ruraux une personne âgée, même très atteinte, peut être fort longtemps soutenue, il n'en va pas nécessairement de même dans de grands ensembles locatifs où la moindre peccadille, un oubli, une distraction est susceptible de transformer cette même personne en un bouc émissaire. Les patients traités au centre sont en fait toujours les victimes de ces trois mécanismes. De cette façon, chaque malade devient un individu traité comme tel. Cela explique pourquoi le personnel soignant du centre met tant l'accent sur la discussion et les entretiens avec le malade, pourquoi aussi il prend contact avec sa famille ou ses proches, de préférence en présence du patient, lorsque des solutions radicales s'imposent. Il arrive aussi que les infirmières et les assistantes sociales se rendent chez les voisins du patient afin d'assurer à ce dernier un retour à domicile dans les meilleures conditions possible, en stimulant une plus grande compréhension de la part de tous.

En ce qui concerne la durée des traitements, il y a des malades qui ne viennent qu'une seule fois et qui trouvent réponse à leurs difficultés en un seul entretien, alors que d'autres se rendent au centre depuis ses débuts, il y a dix ans de cela. En règle générale cependant, les patients sont suivis pendant quelques années ou de façon cyclique, c'est-à-dire à chaque fois qu'ils sentent qu'ils traversent une période de dépression ou qu'ils sont confrontés à une rechute de leur malaise. Le terme de guérison est difficilement applicable lorsqu'on a affaire à des personnes âgées. Les succès les plus tangibles obtenus par le centre sont sans conteste les cas de dépression. Les personnes qui souffrent de troubles psycho-organiques[1] sont par définition des cas incurables. Au centre, il est cependant possible de les stabiliser, de les maintenir tant sur le plan personnel que social.

La tendance de ces dernières années se caractérise par un nombre croissant de personnes très âgées, d'octogénaires ayant besoin des services du centre. Les nonagénaires ne constituent plus des exceptions. D'après le médecin interrogé, on note également un accroissement des cas graves, à savoir des cas où l'hospitalisation s'impose déjà à très brève échéance. «Nous allons, ajoute-t-elle, au devant de graves difficultés, dans ce sens que de plus en plus, il y aura confrontation entre deux générations par exemple, une fille – elle-même âgée de 70 ans, s'occupant toujours de sa mère nonagénaire et présentant elle-même des problèmes, de sorte que le traitement simultané de deux personnes âgées s'imposera toujours davantage.»

On remarque également un nombre croissant de couples confrontés à des difficultés conjugales, alors que tous deux ont dépassé l'âge de 80 ans. Cette situation est préoccupante car, si à priori, on ne saurait exclure le divorce, la problématique d'un vieux couple est bien différente de celle d'un plus jeune qui a encore toute la vie devant soi.

Le centre collabore en premier lieu, nous l'avons dit, avec les médecins traitants. Il tente également de travailler avec les policliniques, les hôpitaux et en premier lieu avec l'Hôpital psycho-gériatrique, avec les services sociaux, dans le but surtout d'éviter le chevauchement des tâches et de l'aide, l'association des aides familiales, les infirmières visiteuses, les assistantes et assistants bénévoles de la Croix-Rouge suisse auxquels le centre fait très volontiers appel.

Avant de conclure, rappelons que l'idée maîtresse du centre est de sauvegarder la dignité humaine de l'individu, en l'aidant à rester indépendant. Il se veut également de répondre aux besoins d'information par des contacts avec les milieux médicaux et des groupements de l'extérieur, par un échange d'expériences et par une flexibilité aussi grande que possible. **pv**

---

[1] Troubles de la mémoire, de l'orientation, labilité affective suivis de troubles instrumentaux, d'incontinence et de troubles d'équilibre, qui ne sont pas nécessairement provoqués par la vieillesse.

«Détresse des réfugiés 1978»

La Croix-Rouge suisse, comme d'autres institutions d'entraide, compte l'aide en cas de catastrophe au nombre de ses principales tâches. On connaît trois types de catastrophes: les catastrophes naturelles (inondations, tremblements de terre, cyclones, etc.) causées par les forces naturelles, les catastrophes techniques (accidents d'avion, de chemin de fer, rupture de barrage, etc.) provoquées par les inventions des hommes, les catastrophes progressives enfin (famine, endémies, atteinte à l'environnement) qui sont dues aux conditions de vie d'un peuple, ou de groupes de personnes.

C'est en faveur des victimes de deux types de catastrophes progressives – les réfugiés et les victimes de la famine – que la Croix-Rouge suisse, Caritas Suisse, l'Entraide protestante suisse, l'Œuvre suisse d'entraide ouvrière, entendent actuellement apporter une aide aussi massive que possible. A cet effet, elles ont présenté au public, à travers la presse écrite, parlée et télévisée convoquée le 26 juillet 1978, à Berne, quelques exemples concrets des programmes d'entraide qu'elles ont entrepris ces derniers mois ou qu'elles sont sur le point de réaliser.

Sous le titre général de «Détresse des réfugiés 1978», les quatre institutions ont rappelé les problèmes des réfugiés birmans au Bangladesh (Croix-Rouge suisse), ceux des réfugiés indochinois en Thaïlande (Entraide protestante suisse), des réfugiés rhodésiens au Mozambique (Œuvre suisse d'entraide ouvrière), ceux enfin des victimes de la guerre et de la famine en Ethiopie (Caritas Suisse).

La détresse des réfugiés à l'échelle mondiale

Selon les estimations prudentes du Haut-Commissariat des Nations Unies, on dénombrerait dans le monde entre 13 et 14 millions de réfugiés. Des conflits éclatent de plus en plus fréquemment en Afrique du Sud, au Proche-Orient, en Indochine, dans d'autres parties du globe aussi. Citons par exemple: la Corne de l'Afrique, le Sahara occidental, la Birmanie. Les victimes en sont le plus souvent les centaines, voire les milliers de familles de paysans innocentes vivant entre les deux fronts et dont le seul salut est la fuite.

A cette catégorie de réfugiés vient s'ajouter celle des réfugiés politiques dans les pays de plus en plus nombreux où sévit un régime militaire, ainsi, par exemple, en Amérique latine, en Uganda, en Guinée équatoriale, en Ethiopie, aux Philippines. Pour ce qui est des Etats d'Europe de l'Est et de la Russie, depuis la fuite des milliers de ressortissants hongrois et tchécoslovaques, on n'assiste plus qu'à des départs isolés, et les services sociaux des œuvres d'entraide sont à même de prendre ces réfugiés en charge.