

CHARENTON

ou

la chronique de la vie d'un asile
de la naissance de la psychiatrie
à la sectorisation

—

*thèse pour
le doctorat de troisième cycle
en psychologie*

—

*préparée sous la direction de
Georges Lantéri-Laura*

par

Adeline FRIDE

1983

École des Hautes Études en Sciences Sociales
Université Paris V

(corrections et références mises à jour en août 2008)

SOMMAIRE

Introduction	p. 4
L’Institution	p. 7

1 L’héritage lointain ou l’histoire succincte de Charenton des origines au début du XX ^e siècle	p. 10
1.1 Jusqu’à la Révolution	p. 10
1.2 La Révolution	p. 12
1.3 La mise en place du règlement intérieur de 1814	p. 14
1.4 L’empreinte d’ESQUIROL	p. 17
1.5 L’évolution de l’institution jusqu’en 1920	p. 21
1.5.1 Le mouvement de la population internée	p. 23
1.5.2 Quelques aspects de la vie asilaire à Charenton en cette fin du XIX ^e siècle	p. 26
1.5.3 Histoire événementielle de l’insitution pendant la période 1838–1920	p. 34

2 L’héritage récent (1920–1970)	p. 38
2.1 Henri BARUK ou quarante ans d’une vie inscrite dans l’histoire de Charenton	p. 40
2.1.1 L’homme et le neuropsychiatre	p. 40
2.1.2 Ses conceptions et ses combats	p. 44
2.2 Le fonctionnement intérieur de l’asile	p. 48

2.2.1	La population des malades	p. 49
2.2.2	Le personnel soignant	p. 54
2.2.2.1	Le personnel médical	p. 56
2.2.2.2	Les infirmiers	p. 74
2.3	Quelques dates déterminantes dans l'évolution de l'institution asilaire vers le secteur psychiatrique	p. 80

3	Visage actuel de l'institution à travers la vie de l'un des services sectorisés, 1972–1982	p. 88
3.1	Redéfinition générale de l'institution dans le cadre de la secto- risation	p. 89
3.1.1	Les malades	p. 89
3.1.2	Les soignants	p. 90
3.1.3	Les locaux	p. 91
3.2	L'exemple particulier de la vie d'un service sectorisé ...	p. 94
3.2.1	Origines historiques de ce secteur	p. 94
3.2.2	Structure actuelle du service intra-hospitalier	p. 97
3.2.3	Structure actuelle du dispositif extra-hospitalier ...	p. 101
3.2.4	Quelques réflexions sur le fonctionnement institutionnel de ce secteur	p. 104

Conclusion	p. 109
------------------	--------

Tableaux

1	Nombre de malades présents au 31 décembre des années 1931 à 1944, en fonction de leur répartition par sexe et par mode de placement dans l'établissement	p. 111
2	Deux exemples du mouvement de la population des « pensionnaires aliénés », relevés pour les années 1934 et 1935	p. 112
3	Mouvement de la population des malades de l'hôpital de 1951 à 1960	p. 113
4	Mouvement de la population des malades de l'hôpital de 1961 à 1970	p. 113

5	Mouvement de la population des malades hospitalisés dans le service étudié de 1970 à 1981	p. 114
6	Situation du personnel soignant dans le service étudié de 1975 à 1981	p. 115
7	Taux d'absentéisme du personnel soignant dans le service étudié de 1969 à 1980	p. 116

Annexes

A	Liste des médecins-chefs aliénistes de l'établissement et de leurs assistants avec leurs dates d'entrée en fonction	p. 117
B	Liste des médecins en chef de chirurgie et de spécialités médicales de l'établissement	p. 120
C	Liste des directeurs de l'établissement depuis 1797	p. 121
D	Titre VIII du règlement Intérieur de 1814, tableau du régime alimentaire	p. 122
E	Prospectus daté de Nivôse An VI	p. 127
F	Prospectus de la Maison Impériale de Santé de Charenton pour le traitement des aliénés, daté de 1860	p. 129
G	Lettre d'un malade anonyme, 1812	p. 135
H	Note de service pour la tenue des latrines du second étage du bâtiment neuf, datée du 30 juillet 1838	p. 136
I	Lettre de PINEL, datée du 11 juin 1812	p. 137

Bibliographie	p. 138
Archives consultées	p. 144

*

introduction

Notre propos consiste à organiser une réflexion autour de la chronique de la vie d'un hôpital psychiatrique public, dont le renom a traversé les siècles et les imaginations, indissociablement liés à ce que tout un chacun peut véhiculer en lui de fantasmes et d'angoisses sur la folie et son traitement : **Charenton**.

L'établissement, adossé à la partie du bois de Vincennes qu'on appelle le plateau de Gravelle, est exposé en plein midi et s'étage vers la Marne, le long d'un coteau dont la pente est suffisamment forte pour que les bâtiments aient toujours été disposés en niveaux successifs pour bénéficier d'une vue dégagée et d'un bon ensoleillement.

Ses multiples dénominations nous introduisent directement au cœur de son histoire, qui s'inscrit dans celle des remaniements politiques et sociaux du pays : à l'origine Hôpital de la Charité de Charenton, l'établissement est devenu hospice de Charenton-Saint-Maurice, Maison Royale de Charenton, Maison Impériale de Charenton, Maison Maternelle de Saint-Maurice, Établissement National de bienfaisance de Saint-Maurice et enfin aujourd'hui Hôpital National de Saint-Maurice.

Nous employant à établir la « chronique » (du grec *chronos* χρόνος : le temps) de la vie de l'établissement, nous allons tenter de relater les faits non pas annalistiquement — c'est à dire années par années — mais en mettant en exergue les mutations qui s'y sont produites, comme dans le champ de la psychiatrie en général, des pères fondateurs à la sectorisation contemporaine.

Au plan méthodologique, il ne sera donc pas question de faire un recensement exhaustif des évènements qui ont traversé l'histoire de l'hôpital de sa fondation à nos jours. D'autant que cette recherche est tributaire, entre autres, des documents d'archives que l'on nous a soumis et qui ont subi des dommages au fil des ans, des témoignages par essence subjectifs que nous avons pu collecter, enfin des défaillances dans notre propre mémoire et du caractère personnel et relatif de nos observations. Car nous avons nous-même participé à l'histoire de l'hôpital, de par notre pratique professionnelle en qualité de psychologue, et c'est de ce lieu privilégié d'« observateur participant », comme le définit Pierre Bourdieu dans

*l'Esquisse d'une théorie de la pratique*¹, que sont nées les interrogations à propos de cette institution où nous sentons si profondément impliqué. Cela explique pourquoi nous avons arbitrairement choisi d'illustrer l'histoire contemporaine de l'hôpital, à travers l'exemple du service où nous avons travaillé nous-même, en dépit du manque d'objectivité que cela entraîne.

Si nous avons pris le parti de la démarche historique, c'est que nous nous sentions placé, dans le présent, devant d'éventuelles mutations institutionnelles : projets de réforme hospitalière, de réforme des études médicales, recherche pour une « psychiatrie différente » (tel le rapport dit DEMAY, établi à la demande de Jack RALITE, actuel Ministre de la Santé) etc. . . C'est aussi parce que l'institution psychiatrique dans son ensemble et l'entreprise thérapeutique étaient mises en cause régulièrement en termes manichéens du type « il faut raser l'asile » *versus* « on ne peut le supprimer » . . .

Ces ambiguïtés, ces contradictions dans l'exercice de la pratique psychiatrique, la multiplicité des théories qui ont traversé le champ même de cette pratique sont liées aux contradictions auxquelles nous confronte la folie elle-même comme par essence toute production humaine. Il faut donc distinguer dans l'activité psychiatrique, un « savoir théorique » et un « savoir faire » ce qui renvoie à l'ouvrage du sociologue Pierre BOURDIEU, déjà cité.

Georges LANTÉRI-LAURA et Luciano DEL PISTOIA l'énoncent d'ailleurs très clairement :

*« Chaque psychiatre, mais aussi chaque institution psychiatrique réalise une certaine pratique, que l'on peut décrire, et qui, pour si originale qu'elle se prétend, renvoie toujours à des connaissances antérieures, à une réflexion sur elle-même, à des repérages médiats, qui constituent certains aspects de savoir du savoir-faire qu'est cette pratique ».*²

Le but principal de notre présente et très modeste étude est de montrer au travers des contradictions apparentes qui semblent régir inéluctablement la vie d'un hôpital psychiatrique, d'un « asile » (au sens noble du terme) ce qui, au bout du compte, s'inscrivant dans une perspective évolutive, constitue les rapports du savoir et du savoir-faire. En d'autres termes comment une telle institution métabolise les apports extérieurs, qu'ils soient socio-politiques, théoriques ou autres, se transforme et enfin remplit difficilement le plus souvent sa fonction soignante telle que sa vocation l'exigerait.

¹ « La connaissance ne dépend pas seulement, comme l'enseigne un relativisme élémentaire, du point de vue particulier qu'un observateur "situé et daté" prend sur l'objet, mais du fait même qu'en tant que spectateur qui prend un point de vue sur l'action, qui s'en retire pour l'observer, pour la regarder de loin et de haut, il constitue l'activité pratique en objet d'observation et d'analyse. », P. BOURDIEU, *Esquisse d'une théorie de la pratique*, 1972, p. 160 (souligné par l'auteur).

² Georges LANTÉRI-LAURA et L. DEL PISTOIA, « Les principales théories dans la psychiatrie contemporaine » dans *E.M.C., Psychiatrie*, 37006-A-10, 1981.

Notre discours ne se veut ni pamphlétaire, ni révolutionnaire ; il est probablement teinté du plus grand empirisme et surtout ne peut prétendre apporter de brillantes solutions aux problèmes soulevés par le type d'institution étudiée ; d'autres, plus compétents, se penchant sur la question depuis de nombreuses années. Insistons sur notre désir premier de ne pas tomber dans le piège du dogmatisme, qui nous ferait trancher entre soi-disant bons et soi-disant mauvais effets de l'institution sur la maladie mentale et son traitement. Notons enfin, qu'il ne s'agit pas de porter un regard critique sur cette entité abstraite que serait l'« institution » mais de reconsidérer le vécu des individus soignants et — surtout — soignés qui y évoluent, en essayant de repérer dans le temps quelques facteurs de changement et leurs répercussions dans la dynamique thérapeutique.

Citons Gladys SWAIN qui s'inspire elle-même de Claude LEFORT et qui nous conforte dans notre visée « restitutive » :

« Faire de l'histoire, ce n'est pas seulement exercer une suspicion systématique à l'encontre des témoignages du passé et particulièrement des opinions d'une époque sur elle-même, c'est parfois aussi aboutir à leur donner raison, à leur restituer une signification qui était venue à se perdre. »³

*

³ G. SWAIN, *Le sujet de la folie*, p. 32.

I'Institution

ASILE : latin *asylum*, du grec *asulon* ασυλον, lieu inviolable.

Lieu où les criminels, les débiteurs se mettaient à l'abri des poursuites de la justice — Par extension : tout lieu où l'on est à l'abri d'un danger — Toit, abri — Par analogie : établissement destiné à des indigents, des incurables, des vieillards — Établissement hospitalier où l'on soigne les aliénés — « Salle d'asile » : ancien nom des crèches et des écoles maternelles.

Droit et histoire : « Droit d'asile », droit d'inviolabilité accordé à certains lieux, soit à cause de leur sainteté propre, soit à cause des personnes qui les habitaient.

— *Grand Larousse encyclopédique*
éd. en douze volumes, 1960–1975 —

Lieu inviolable où l'on se réfugiait. Les temples païens et autrefois les églises étaient des asiles. Jadis les ambassades avaient le droit d'asile.

2 – Par extension, tout lieu où l'on est en sûreté contre une poursuite, contre un danger.

3 – Fig. Protection, secours, retraite.

4 – salle d'asile ou, simplement asile, institution charitable où l'on reçoit les enfants de deux à six ans dont les parents ne peuvent s'occuper.

5 – « asile », « refuge », le refuge est un asile où l'on se réfugie, que l'on gagne par la fuite, par une course précipitée. Il y a donc dans refuge l'idée d'un péril imminent, qu'asile ne contient pas. Asile ne contient pas non plus l'idée de besoin de défense qu'indique refuge, l'asile est ouvert à la vieillesse, à l'enfance, à la piété, etc. Le refuge l'est aux exilés, aux proscrits, etc.

– É. Littré *Dictionnaire de la langue française*
éd. 1974 (Encyclopædia Britannica) –

INSTITUTION : latin *institutio*

Action d'instituer quelque chose — chose instituée — « Les institutions d'un pays », ses lois fondamentales — maison d'éducation.

Langue classique : action de former, d'instruire par l'éducation : résultat de cette action.

Droit administratif : ce qui est établi par les hommes, par opposition à ce qui est naturel : mariage, famille, association, fondation, gouvernement, parlement, propriété, etc. (On peut notamment distinguer les institutions sociales, les institutions administratives, les institutions politiques, les institutions religieuses).

– Grand Larousse encyclopédique, 1962 –

1 – Action par laquelle on institue, on établit.

2 – Tout ce qui est inventé et établi par l'homme, en opposition à ce qui est de la nature. Ce qui est institution est sujet à changement.

3 – La chose instituée. Dans le langage de la politique, les institutions, les lois fondamentales régissent un État.

4 – Terme de jurisprudence. Institution d'héritier, nomination d'un héritier.

5 – Action d'instruire et de former, au sens passif, en parlant de ceux qui instruisent.

6 – École, maison d'éducation. Ouvrir, établir, tenir une institution.

– Littré Dictionnaire de la langue française, 1974 –

Les termes d'« asile » et d'« institution » que nous venons de définir très scolairement en préambule, seront les deux mots-clés de notre recherche, points de convergence de nos réflexions et de nos interrogations.

En effet, l'institution que nous étudions est de celles que l'on pourrait qualifier de « traditionnelle » et nous développerons ultérieurement ce point. C'est l'hôpital psychiatrique qu'on appelait « asile d'aliénés »⁴, il y a quelques décennies et que l'on appelle toujours l'« asile » quand on veut y ajouter une connotation péjorative pour en montrer les pièges et les désespoirs, comme le sociologue Erving GOFFMAN dans *Asiles*⁵, ou le psychiatre Roger GENTIS⁶ qui dénonce « les murs de l'asile » avec une grande virulence pamphlétaire.

⁴ Terme mis en place par ESQUIROL dans son mémoire *Les établissements d'aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés* (1819) ; point sur lequel nous reviendrons plus loin.

⁵ E. GOFFMAN, *Asiles. Études sur la condition sociale des maladies mentales*, 1968.

⁶ R. GENTIS, *Les murs de l'asile*, 1970.

Cette institution-là est héritière d'un long passé, qu'elle le conteste ou non. Nous voudrions retracer l'histoire de cet établissement depuis ces origines jusqu'à la période contemporaine, en l'intégrant parallèlement à l'histoire de la psychiatrie.⁷

Enfin, toujours dans la ligne de cette démarche historisante, nous donnerons un bref aperçu de ce que peut être le visage actuel de l'asile, dix ans après la mise en place de la politique de secteur, à travers la vie de l'un des services.

*

⁷ Nous nous sommes inspiré de notes, inédites, prises au séminaire d'histoire théorique et sociale de la psychiatrie dirigé par Georges LANTÉRI-LAURA à l'École pratique des Hautes Études en Sciences Sociales durant l'année 1976–1977, sur « les institutions psychiatriques et la production du savoir ».

Chapitre 1

l'héritage lointain ou l'histoire succincte de cet établissement public des origines au début du XX^e siècle

Nos sources¹ sont constituées essentiellement par :

— le *Mémoire historique et statistique sur la Maison Royale de Charenton* d'ESQUIROL, 1835 ;

— *Les Maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal*, du même ESQUIROL, 1838 ;

— l'ouvrage de Charles STRAUSS : *la Maison Nationale de Charenton*, 1900,

Elles font remonter à 1641 la création d'un établissement sur le site de Charenton par Sébastien LEBLANC, Sieur de Saint-Jean, conseiller du Roi et contrôleur provincial des guerres. Il en confia le service hospitalier aux religieux de la Charité de l'ordre de Saint-Jean de Dieu, ordre qui semble avoir occupé une place importante au long du XVII^e siècle dans les soins et les œuvres de bienfaisance destinés aux insensés.

1.1 Jusqu'à la Révolution

Jean Philippe GAUSSENS dans son mémoire rappelle que :

« *L'ouverture de la maison de Charenton se situe donc dans le contexte général de "Grand Renfermement" de l'âge classique, tel que le définit Michel*

¹ Nous les avons reconsidérées à la lumière de deux ouvrages contemporains : la thèse de médecine d'Albert LEHALLE (*la maison de Charenton*, Paris, 1972) et le mémoire de fin d'assistantat de l'École Nationale de Santé Publique de Jean Philippe GAUSSENS (*Histoire institutionnelle de la maison de Charenton*, Rennes, 1978).

FOUCAULT, *attitude de politique d'assainissement policier qui prend une forme institutionnelle avec le décret de fondation de l'hôpital général par Louis XIV en 1656.*

On essaie de mettre de l'ordre dans le désordre qu'induit la misère par la création de dépôts où viennent aussi échouer quelques insensés. Toujours selon J.P. GAUSSENS :

« En septembre 1660, un arrêt du Parlement de Paris ordonna que les aliénés soient reçus à l'Hôtel-Dieu pour y être traités dans des locaux spécialisés. Or, selon certains auteurs, les insensés ainsi hospitalisés étaient rapidement transférés, les plus favorisés aux Petites Maisons de la rue de Sèvres et à Charenton, quant aux pauvres, ils étaient adressés pour les hommes à Bicêtre, et pour les femmes à la Salpêtrière.

[...] cet arrêt du Parlement de Paris est la première trace législative visant à l'hospitalisation spécialisée des malades mentaux. »

La maison de Charenton recevait des insensés et des réclusionnaires envoyés par ordre du roi, même si en 1790 le nombre de ceux-ci était assez restreint, les Frères de la Charité essayant, autant que faire se peut, de séparer ces deux catégories de pensionnaires. On suivait la procédure d'internement sur « ordre de justice » ou « sur ordre du roi », c'est à dire par lettre de cachet. Les insensés prenaient rang parmi les différents types de déviants : « prodiges, libertins et mêmes espions ou jansénistes »² et devaient être réprimés et isolés. Ces institutions, lorsqu'elles étaient privées comme l'était Charenton à l'époque, possédaient des biens dûs aux revenus des terres à la campagne, des loyers en ville, de la circulation des dons et legs qu'elles recueillaient.

Ainsi à Charenton, le recrutement des malades provenait surtout de la bourgeoisie moyenne et de la petite aristocratie, le prix de la pension étant assez élevé. De ce fait, la vie à l'intérieur de l'établissement pouvait être relativement agréable : la bibliothèque de la Charité était bien pourvue, abonnée aux gazettes ; on pouvait jouer à divers jeux de société (échecs, dames, billard. . .) et se promener dans les jardins. Au niveau des soins, on utilisait la saignée, les lavements et toute la pharmacopée de l'époque, ainsi que les prières à des fins thérapeutiques dans la perspective de la rédemption des âmes malades. On répartissait les insensés en plusieurs catégories selon la gravité de leur maladie : la force, la demi-liberté et la liberté.

Les témoignages et les archives qui ont pu être conservés sur cette époque sont assez peu nombreux et sont essentiellement constitués par les « actes capitulaires » ou procès verbaux des réunions du chapitre de la communauté médico-religieuse de l'établissement. S'y ajoute le *Mémoire historique et statistique de la Maison*

² R. CASTEL, *L'Ordre psychiatrique*, p. 30.

de Charenton d'ESQUIROL en 1835³. Tous ces documents semblent concourir à montrer qu'en cette fin du XVIII^e siècle la Maison de Charenton était considérée comme un exemple de réussite dans les soins aux aliénés. Dans un article de *L'Information psychiatrique*, P. SEVESTRE⁴ cite un rapport de TENON et mentionne que :

« Louis XVI, qui savait exister à la Maison de Charenton des conditions très favorables aux malades, fit rédiger par COLOMBIER, Médecin de la Maison, Inspecteur Général des Hôpitaux et des Prisons du Royaume, une instruction publiée en 1785 par l'Imprimerie Royale à Paris, sur "la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés". »

1.2 La Révolution

1789 marque le commencement de la tourmente révolutionnaire et avec elle la condamnation de l'arbitraire qui est supposé régner en maître dans les asiles. On abolit les lettres de cachet par décret du 27 mars 1790, le Comité d'enquête des lettres de cachet visite Charenton et conclut en faveur de l'établissement. Mais le 18 avril 1792, les ordres religieux sont supprimés et la Maison est fermée le 12 Messidor, an III (30 juillet 1795). Ses biens sont alors réunis aux Domaines Nationaux. On disperse les aliénés, certains vont à l'Hôtel Dieu, et comme il apparaît que cet établissement n'est pas équipé pour traiter les insensés en si grand nombre et que leurs conditions de vie sont particulièrement épouvantables, on rouvre la « Maison Nationale de Charenton » par arrêté du 27 Prairial, an V du Directoire (15 juin 1797). Elle est soumise dès lors à la tutelle directe du Ministère de l'intérieur.

Il faut ici parler du remarquable travail de Gladys SWAIN et de Marcel GAUCHET : *La pratique de l'esprit humain* (1980). Ils se sont penchés d'une façon très rigoureuse sur ce moment-clé de la réouverture de Charenton, moment où existe l'idée de la curabilité de la folie, où donc existe consécutivement l'idée de son traitement et de son traitement médical. Les méthodes de soins alors appliqués à l'Hôtel-Dieu sont exclusivement physiques : contention, saignées, bains, et c'est ce que va récuser Philippe PINEL⁵ qui, dans le traitement des insensés, se

³ ESQUIROL, *Des maladies mentales*, tome 2, p. 539 et suivantes.

⁴ SEVESTRE, « Éloge de la Maison de Charenton », 1976.

⁵ Voir Gladys SWAIN qui situe dans *Le sujet de la folie*, p. 40, le geste devenu mythique de PINEL faisant enlever les fers aux aliénés de Bicêtre : « Avant de devenir pour la mémoire collective l'homme d'un geste, PINEL a été pour ses contemporains l'homme d'un livre, de l'œuvre clé où s'est comme cristallisée l'invention diffuse dans l'air du temps. Dans le Traité Médico-Philosophique toute une époque du savoir s'est reconnue et a reconnu le lieu de sa rupture avec le passé. »

démarque de la pratique médicale de ses contemporains.

Il dit qu'il a bien plus appris de ceux qui s'occupent des fous, comme son surveillant PUSSIN à Bicêtre, que de tous ses confrères. Il introduit de ce fait la notion d'un savoir pratique sur l'aliénation mentale aussi important que le savoir théorique. SWAIN et GAUCHET avancent l'hypothèse que les projets de PINEL de reconverter l'hospice de la Salpêtrière en endroit « consacré à la guérison des aliénés » ainsi que la création de l'établissement privé de la rue Buffon (vis-à-vis de la Salpêtrière) où il placera son élève ESQUIROL, que ces projets sont destinés à concurrencer « le monopole relatif dont a joui un temps Charenton ». Pour ces deux auteurs, alors que la réouverture de Charenton, qui correspond cependant au désir d'en terminer avec l'enfermement des aliénés dans des lieux comme l'Hôtel Dieu, procède « d'une intention d'adapter pour conserver », la Salpêtrière sera au contraire l'expression « d'une volonté radicale d'innover ».

Effectivement, à partir de 1797 on commence la reconstruction de la Maison Nationale de Charenton avec l'adjonction de plusieurs bâtiments, due à l'extension de la population internée. Mais alors qu'un arrêté du Ministère de l'Intérieur, daté du 17 juin 1802, prévoit l'accueil d'aliénés indigents (hommes et femmes), ces décisions se trouvent modifiées en 1806 en dirigeant comme auparavant les indigents hommes à Bicêtre et les femmes à la Salpêtrière. Se trouve alors reproduit le recrutement sélectif de la clientèle hospitalisée.

Cette période va être marquée aussi et surtout par l'absence totale de règlement intérieur à l'établissement, ce qui va permettre au directeur, Monsieur l'Abbé DE COULMIERS d'exercer un pouvoir despotique tant au plan de la gestion qu'au plan médical⁶, alors que déjà à l'époque le pouvoir médical est mis en place dans le territoire de la folie et qu'il est reconnu comme légitime par les autorités.

Laissons ESQUIROL nous faire part de son sentiment à ce propos dans son *Mémoire historique et statistique sur la Maison Royale de Charenton* :

« Le Ministre de l'Intérieur en rétablissant la Maison de Charenton fit une faute grave en se contentant de nommer les principaux chefs de l'Etablissement [...] sans donner de règlement ni de mode de comptabilité, sans déterminer les attributions des divers fonctionnaires enfin sans établir une surveillance régulière. Il en résulte de là que Monsieur DE COULMIERS fut administrateur absolu. »

Monsieur DE COULMIERS traite : il préconise par exemple le régime de la douche, celui du « bain-surprise », l'utilisation de moyen de contention comme les gilets de force, les mannequins d'osiers, etc. pour calmer les agités. Il ne tient

⁶ Il faut lire à ce sujet le mémoire de maîtrise présenté par Dominique GIRAUD à l'université de Paris IV (juin 1980) intitulé *La maison de Charenton de Louis XIV à Louis XVIII : de la prison à l'hôpital* où, à partir de documents des Archives nationales, elle analyse le conflit entre DE COULMIERS et ROYER-COLLARD.

aucun registre officiel des malades parce que la folie a mauvaise presse, que son discrédit peut rejaillir sur les parents des aliénés et que par voie de conséquence existe le risque que ces mêmes familles retirent les pensionnaires de l'établissement, source principale de revenus. Il va aussi utiliser toute la gamme des comportements pathologiques des malades pour des représentations théâtrales pseudo-thérapeutiques qui attireront le tout-Paris des années 1800. Il accueillera Monsieur DE SADE jusqu'au 2 décembre 1814, date du décès du « Divin Marquis » et en fera l'organisateur de ces fêtes. La « détention » de SADE est bien la preuve du caractère abusif des internements pratiqués durant cette période, relevant tout autant de sanctions politiques, morales ou familiales que de l'aliénation mentale. Enfin Monsieur DE COULMIERS vivra d'innombrables conflits avec ROYER-COLLARD, nommé médecin chef en 1806 et imposé par l'Académie de Médecine.

1.3 la mise en place du règlement intérieur de 1814

C'est en 1814 que Monsieur DE COULMIERS est remplacé par ROULHAC-DUMAUPAS, qui est juriste de formation, à la direction administrative de l'hôpital et la collaboration étroite entre ce nouveau directeur et ROYER-COLLARD permet l'élaboration du règlement intérieur de l'établissement promulgué par le Ministre de l'Intérieur le 25 octobre 1814. Ce règlement fut l'un des tout premiers règlements intérieurs d'hôpital d'aliénés et servit de modèle à beaucoup d'autres, gérant de façon minutieuse la vie médicale et administrative de l'asile.

Avec l'avènement de la société post-révolutionnaire, les institutions perdent leur autonomie économique et deviennent dépendantes de l'État et de la commune. La physionomie de la population asilaire se modifie : la Maison de Charenton est tenue de soigner les aliénés soit à titre gratuit, soit à titre de pension à prix de journée, et le nombre des places gratuites fixé par le Ministre progresse au fil des ans.

Ces règles de fonctionnement institutionnel sont liées à la nécessité, en ce début de XIX^e siècle, de prendre en compte la folie et d'effectuer une démarche théorique à son propos : c'est un moment culturel où l'on pense qu'il faut des endroits pour étudier l'aliénation mentale et réciproquement, que de cette étude vont surgir des idées pour décider de quel type d'institution on aura besoin pour la traiter. Moment extrêmement fécond, puisque c'est celui qui préside à la naissance de la psychiatrie, à la création d'un savoir clinique qui entraîne que l'institution noue avec ce savoir des liens très serrés : l'institution devient thérapeutique en soi, dans son quotidien, dans son architecture, dans son économie du travail, etc.

Ceux que l'on a appelé les pères fondateurs de la psychiatrie, comme PINEL ou son élève ESQUIROL, ordonneront leur pratique autour de l'idée d'un « traitement moral » de la folie, à laquelle s'associera l'efficacité curative de l'ins-

titution. L'institution « spéciale », en fonctionnement sur le principe de l'isolement, va permettre, par l'exercice d'un pouvoir médical absolu et despotique, au sens politique du terme, de mettre de l'ordre dans le désordre de la folie, de reprendre à la base en plaçant le fou sous l'entière dépendance, sous l'entière influence de l'autorité du médecin qui détient le savoir. Dans un article sur PINEL, Georges LANTÉRI-LAURA définit ainsi le « traitement moral de l'aliénation mentale » :

« ... il s'accomplit en remplaçant progressivement la déraison qui habite les aliénés par la raison totale et parfaite qu'ils doivent trouver vers le dedans — nihil est in intellectu quod prius non fuerit in sensu — va transformer leur désordre intérieur par un ordre durable. Tout doit tendre vers ce but, et tout ce qui paraît à propos à l'autorité éclairée et philanthropique s'en trouve ainsi légitimé. »⁷

Le traitement moral renvoie à la notion d'une possible intelligibilité du phénomène folie, quand il devient évident que même chez les plus fous existe toujours une distance par rapport aux troubles, distance qui permet la relation à l'autre et l'hypothèse de la curabilité.⁸

L'institution fondée sur le principe de l'isolement, paradoxalement, va enclencher un processus de resocialisation de l'aliéné, car elle s'adresse à une collectivité d'individus malades : aussi PINEL propose la création de dortoirs, d'ateliers, de réfectoires « pour accélérer les progrès de la convalescence ». Citons-le à la page 247 du *Traité Médico-Philosophique sur l'aliénation mentale* (deuxième édition, 1809) :

« C'est un vaste atelier pour les travaux de la couture qui est adjoint aux dortoirs des convalescentes, et où ces dernières se rassemblent pour y passer presque toute la journée en société, encouragées par un gain léger qu'elles retirent chaque jour, et qui finit par fournir à celles qui sont les plus actives une ressource au sortir de l'hospice, en même temps qu'elles vont reprendre l'habitude du travail en rentrant dans leur ménage. On ne peut assez exprimer l'heureuse influence qu'exerce sur le retour de la raison, ce rassemblement régulier de plusieurs personnes qui s'entretiennent avec liberté sur les intérêts de leur famille qu'elles ont abandonnée depuis plusieurs mois et qu'elles ont l'espoir de revoir bientôt après une absence plus ou moins longue mais nécessaire. Les journées se passent ainsi avec rapidité et dans une communication réciproque de leurs craintes et de leurs peines [...] c'est encore dans ce rassemblement que, par des entretiens familiers et des exhortations bienveillantes, on parvient à dissiper certaines idées tristes et mélancoliques, en

⁷ G. LANTÉRI-LAURA : « Savoirs et pouvoirs dans l'œuvre de PH. PINEL » dans *Perspectives Psychiatriques*, 1978-I, N°65, p. 77 à 85 ; où l'auteur analyse sur quels principes philosophiques et politiques PINEL a fondé la légitimité de sa pratique asilaire.

⁸ Voir G. SWAIN et M. GAUCHET, *La pratique de l'esprit humain*.

comparant les femmes qui n'en sont point encore exemptes avec celles qui en sont heureusement délivrées, et que, pour un objet d'émulation, on fait déjà prendre pour modèles. »

PINEL va jusqu'à suggérer d'utiliser ces convalescents ou des malades guéris comme infirmiers parce qu'ils ont été proches des malades et peuvent leur servir d'exemples et aussi parce qu'ils sont sous l'entière dépendance économiques de l'institution qui pourvoit à leur vie matérielle.⁹. Où l'auteur explique à propos des conceptions de PINEL sur son personnel :

« Au dessous de lui, ne se dispose aucun corps intermédiaire et, à la différence d'ESQUIROL qui organise toute une pyramide de médecins subordonnés et d'infirmiers divers, PINEL entend que l'autorité s'exerce sur une classe uniforme de gens de service dont la fonction essentielle se résume à exécuter ponctuellement les ordres reçus avec beaucoup de patience à l'endroit des aliénés, mais sauf exception, sans la moindre initiative. »

Tandis que PINEL exerce ses talents et applique ses conceptions novatrices à la Salpêtrière, à Charenton, sous l'égide de ROYER-COLLARD, se mettent en place :

- l'introduction d'un statut juridique des malades, des personnels soignant et administratif à l'intérieur de l'asile, ce qui aboutira à la confirmation de la séparation du pouvoir médical et administratif, puis plus tard à la législation de 1838 régissant l'internement et l'assistance des aliénés. Nous pouvons tirer du « Règlement pour la Maison Royale de Charenton » quelques exemples des plus significatifs ; ainsi le "Titre II" prévoit toute l'organisation hiérarchique des infirmiers et infirmières (art.15), telle qu'elle existe encore presque aujourd'hui (un infirmier était prévu pour quinze malades), ou bien le nombre d'élèves infirmiers (quatre) dont la durée de fonction est limitée à cinq ans (art.14). Le "Titre second" traite « des formalités à observer pour la réception et la sortie des malades » :

« Les aliénés ne pourront être admis comme pensionnaires dans la Maison de Charenton que sur la présentation d'un jugement d'interdiction ou à défaut de ce jugement, d'un ordre de Monsieur le Directeur de la Police du Royaume, ou d'une réquisition du Maire de la commune dans laquelle ils résideront ; dans ce dernier cas, la réquisition du Maire devra être visée par le Sous Préfet et accompagné de l'Extrait de naissance du malade et du certificat authentique du médecin qui l'aura soigné et qui attestera son aliénation. »
(Art. 19)

- La fonction enseignante de l'asile tant pratique que théorique : ROYER-COLLARD avait été nommé¹⁰ en 1816, professeur de médecine légale puis dé-

⁹ G. LANTÉRI-LAURA, *op. cit.*

¹⁰ P. SEVESTRE, *art. cit.*

signé en 1819 par la Faculté de Médecine pour y faire un « cours sur les maladies mentales sous le rapport de leur thérapeutique spéciale, de la médecine légale et de l'hygiène publique ». Il fit de nombreux élèves qui étaient internes à Charenton. On peut citer : CALMEIL, FOVILLE, LEURET, TROUSSEAU et BAYLE qui décrivent la paralysie générale en utilisant les résultats de la pratique systématique de l'autopsie. Mais ROYER-COLLARD n'a pas transmis à la postérité une œuvre écrite très importante et cela explique peut-être que son nom ne soit pas aussi prestigieux que celui de son successeur ESQUIROL.

- Le maintien de la tradition humanitariste et protectrice de l'asile que revendiquent encore aujourd'hui certains descendants de ces aliénistes pratiquant dans ce même lieu, et que contestent beaucoup d'autres.

1.4 L'empreinte d'Esquirol

ESQUIROL succède à ROYER-COLLARD le 27 novembre 1825, et il poursuit l'œuvre de son maître PINEL en mettant l'accent sur la nécessité de construire des établissements pour les aliénés et non pas seulement d'aménager ce qui existait. Il s'appuie sur l'expérience de sa pratique privée à la Maison d'Ivry ainsi que le montre le *Rapport* des Docteurs CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL en 1874 :

« C'est dans son établissement d'Ivry qu'ESQUIROL a réalisé pour la première fois ses idées sur la construction des asiles en créant sous le titre de « galeries », la quartier de traitement tel qu'il lui paraissait devoir être appliqué aux pensionnaires de la classe aisée. . . »¹¹

La pierre angulaire de ce programme est constituée par le *Mémoire présenté à son Excellence le Ministre de l'Intérieur* en septembre 1818¹² où il est question des « Établissements d'aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés ». Y figure pour la première fois, comme nous l'avons déjà signalé au début de cet exposé, le terme d'« asiles » à la page 26, dans le contexte suivant :

« Je voudrais qu'on donnât à ces établissements un nom spécifique qui n'offrit à l'esprit aucune idée pénible, je voudrais qu'on les nommât asiles. Les habitations particulières ne s'appelleraient plus des loges, des cages, des cachots, mais bien des cellules, etc. Ceux qui savent combien les mots ont d'influence sur l'esprit des hommes, ne seront point étonnés que j'attache de l'importance à ces petites choses.

¹¹ CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL, *Rapport général à Monsieur le Ministre de l'Intérieur sur le service des aliénés en 1874*, Paris, Imprimerie nationale, 1878.

¹² ESQUIROL, *Des établissements d'aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés. Mémoire présenté à son Excellence le Ministre de l'Intérieur*, Paris, Huzard, 1819.

ESQUIROL, concepteur de l'architecture psychiatrique institutionnellement thérapeutique puisqu'il dit à la page 30 de son *Mémoire* : « Un hôpital d'aliénés est un instrument de guérison », envisage l'implantation, la distribution géographique, l'organisation hiérarchique de l'asile.

Il insiste particulièrement sur la notion d'isolement pour plusieurs raisons : par souci financier, le terrain étant moins cher à la campagne qu'en ville ; par souci hygiénique, l'air et la lumière ayant des vertus bénéfiques :

« Les asiles doivent être bâtis hors des villes, il y aura économie et pour les frais des premiers établissements et pour leur entretien, les objets de consommation n'ayant pas d'octroi à payer. On fera choix d'un grand terrain exposé au levant, un peu élevé dont le sol soit à l'abri de l'humidité et néanmoins pourvu d'eau vive et abondante. » (op. cit., p. 31)

L'isolement renvoie non seulement à l'idée de protection sociale mais aussi à celle d'une mise à distance de l'aliéné par rapport à sa famille car dans sa thèse de 1805, intitulée *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*¹³, ESQUIROL avance que : « Souvent la cause morale de l'aliénation existe au sein de la famille. . . » (*op. cit.* p. 43)

Il est intéressant de noter qu'à partir de la rédaction de son mémoire sur *Des établissements d'aliénés. . .* ESQUIROL préconise non plus la création de petits hôpitaux comme il le souhaitait auparavant, mais celle de grands établissements qui, outre l'intérêt économique, offriront au médecin-chef les avantages du prestige et de la considération :

« En multipliant les asiles, on les privera de cet intérêt qui s'attache aux établissements d'une grande étendue ; en leur donnant un caractère de grandeur, on le fera des monuments pour les départements ; ils inspireront plus de confiance, ils attireront un plus grand nombre de pensionnaires [...] il en est peu (d'hommes) qui consentent à passer leur vie dans un pareil asile, à moins que, par son importance, il n'offre un aliment à l'amour-propre et à l'instruction. » (op. cit. p. 26-27)

Le plan programme d'ESQUIROL est pratiquement à l'opposé du panoptique de BENTHAM : de nulle part on ne voit ailleurs que ce qu'on peut voir à trois mètres. Les pavillons sont conçus pour s'ouvrir sur des cours intérieures où les malades peuvent s'aérer et d'où ils ont vue sur la campagne. On sépare les hommes des femmes, on regroupe les patients en six catégories fonction de leur pathologie « furieux en traitements, furieux incurables, mélancoliques calmes, mélancoliques agités, démences, convalescents » (*op. cit.* p. 25) ; on relie les six pavillons par des galeries pour que la communication entre ces unités se fasse facilement et commodément à l'abri des intempéries, au centre de ces bâtiments sont prévus des

¹³ Nous suivons ici SWAIN et GAUCHET qui consacrent à cette thèse d'ESQUIROL une part très importante de leur ouvrage *La pratique de l'esprit humain*.

« ateliers, salles de réunion, réfectoire » ; on y conçoit également une « infirmerie » (*op. cit.* p. 32) ; tout ceci doit être construit en rez-de-chaussée afin d'éviter l'utilisation de grilles de protection et prévenir les tentatives de suicide ; enfin sont totalement proscrits les fers, les coups et les moyens classiques de contention.

• ESQUIROL, clinicien et enseignant, pensait que ces établissements « serviraient de modèle, d'école d'instruction et d'objet d'émulation pour les autres maisons du même genre » (*op. cit.* p. 9) Il s'intéressa au bon usage des statistiques en matière de recherche médicale, s'interrogeant dans *Des maladies mentales*¹⁴

« Il est des médecins de bonne foi qui n'aiment pas la statistique ! Ont-ils bien réfléchi que les sciences d'observations ne peuvent se perfectionner que par la statistique ? Qu'est ce que l'expérience, sinon l'observation des faits répétés souvent et confiés à la mémoire [...] Des tableaux statistiques, construits avec conscience, d'après des notes journalières, recueillies, pendant plusieurs années, sur un grand nombre d'aliénés soumis au mêmes conditions, fourniraient des termes de comparaison avec d'autres tableaux rédigés d'après des observations faites sur des aliénés vivant dans des climats opposés sous l'influence de mœurs, des lois, de régime différents. »

ESQUIROL contribua pour beaucoup au renom de la Maison de Charenton par ses activités d'enseignement, même si sa carrière académique fut semée d'embûches. Ses élèves directs comme FALRET, VOISIN, MOREAU DE TOURS, BAILLARGER inspirèrent pour longtemps la psychiatrie française¹⁵. Car tout au long du XIX^e siècle s'établissent des repérages de plus en plus précis dans la pathologie mentale : à l'origine unicitaires, la folie commence à prendre des formes plurielles et l'on parle « des » maladies mentales. L'essor de la clinique est fonction pour une part de l'accroissement des connaissances anatomiques et neurologiques.

• ESQUIROL, aliéniste et légiste, va jouer un rôle prépondérant dans les travaux préparatoires à la mise en place de la législation sur les aliénés en 1838, travaux et projets auxquels participeront FERRUS, Scipion PINEL (le fils de Philippe) et FALRET.

On médicalise la folie, on la traite, on l'assiste, on la met sous tutelle. L'institution psychiatrique se veut en effet une entreprise de soins particulier puisqu'elle se doit, dès l'origine, de répondre à deux objectifs : l'un médical, l'autre de protection sociale et de rétablissement de l'ordre collectif et individuel. Rappelons les propos d'ESQUIROL¹⁶ à ce sujet dans ses « Mémoires sur l'isolement des aliénés »

¹⁴ Rapporté en détails par GAUSSENS dans son *Histoire institutionnelle de la maison de Charenton*, déjà cité, où figure un tableau des admissions relativement aux professions des malades (p. 85).

¹⁵ Voir l'ouvrage de Paul BERCHERIE : *Les fondements de la clinique*.

¹⁶ Propos rapportés par R. CASTEL dans *l'Ordre psychiatrique*, p. 168, où l'auteur analyse le rôle radicalement nouveau que vont jouer les aliénistes après la Révolution dans la régulation de l'ordre social par le biais de l'assistance médico-juridique aux aliénés.

(1832, dans *Maladies mentales*) :

« La fortune, la vie, l'honneur de ces malades, de leurs parents, et des personnes qui les entourent, l'ordre public lui-même seraient compromis si l'on mettait les aliénés hors d'état de nuire en s'assurant de leur personne [...] La suspension du droit qu'à chacun de disposer, selon sa volonté, de sa personne et de ses propriétés, est une dérogation au droit commun si grave dans l'ordre social, qu'on est d'abord surpris que les médecins et surtout les légistes n'aient pas indiqué d'une manière positive les cas où un aliéné peut et doit être privé de sa liberté. »

Le pouvoir médical se trouve raffermi considérablement par le biais de l'expertise psychiatrique, qui, seule, peut valider la décision administrative d'internement. ESQUIROL en exige même le renforcement : « Ainsi nul individu affecté de maladie mentale ne pourrait être isolé, renfermé, que sur un certificat signé de deux médecins qui constateraient la nécessité de l'isolement »¹⁷, alors que FERRUS pense au contraire qu'il vaudrait mieux donner en cette matière la prépondérance à l'autorité judiciaire :

« Cette autorité exclusive du médecin m'a toujours paru exorbitante et je me suis fortifié dans cette opinion par les différentes majeures que j'éprouve à l'exercer [...] Toutes ces questions sont tellement ardues, tellement hérissées de difficultés et sujettes à controverse, qu'il me semble prudent de ne pas confier la solution au jugement d'un seul homme, quelques garanties que ses lumières puissent offrir, et quelque incapable qu'on le suppose d'abuser des prérogatives attachées à ses fonctions de médecin d'aliénés [...] Enfin, pour le redire une dernière fois, l'état de choses actuel est trop imparfait, il peut donner trop facilement accès à l'arbitraire, ou seulement à l'erreur ou à l'incurie, il est trop peu en harmonie avec nos autres garanties sociales pour, selon ma conscience, devoir être longtemps supporté. »¹⁸ (Cité par CASTEL dans *L'Ordre psychiatrique*, p. 173)

Au bout du compte, l'administration délèguera une partie de son pouvoir aux médecins qui, s'appuyant sur la technique thérapeutique de l'isolement, rencontrent à ce niveau le désir des instances politiques de fixer d'une manière ou d'une autre les marginaux, parmi lesquels les fous occupent une place très spéciales. S'y ajoute le problème de la dangerosité de ces malades qu'il faut prévenir. Il ne reste plus qu'à gérer la folie dans les institutions, comme le montre CASTEL :

« Si les élaborations psychiatriques sont reprises par l'administration, c'est qu'elles sont construites pour se plier à des exigences de gestion [...] D'une part, toute l'argumentation (d'ESQUIROL dans son mémoire *Des établissements d'aliénés de 1819*) est indexé médicalement, c'est-à-dire qu'elle

¹⁷ ESQUIROL, *Des maladies mentales*, 1838, p. 789 ; chap. « De l'utilité de l'isolement ».

¹⁸ FERRUS, *Des aliénés*, 1834 ; voir les p. 285 à 290.

est édifiée à partir de ce qu'elle pose pour sa finalité explicite, le meilleur traitement des aliénés. Mais elle est en même temps structurée administrativement : elle calcule des coûts, compare l'efficacité relative des différentes options, discute la possibilité de généraliser des « expériences pilotes » avant la lettre en l'occurrence celle de la Salpêtrière. (Voir L'Ordre psychiatrique, p. 199)

Ainsi se trouve développée une véritable « politique de la santé mentale », comme nous le disons aujourd'hui, dont l'instrument principal sera la loi de 1838, démarquant la psychiatrie du reste de la pratique médicale, position sur laquelle nous vivons encore actuellement.

1.5 L'évolution de l'institution jusqu'en 1920

ESQUIROL ne verra pas la complète reconstruction de Charenton puisqu'il meurt le 13 décembre 1840. Des travaux avaient déjà été effectués de 1824 à 1827, mais ce furent surtout des rénovations et des transformations d'anciens bâtiments. Il faut attendre le 30 octobre 1838 pour que soit posée la première pierre du nouvel édifice dont nous pouvons encore nous faire une idée de l'aspect aujourd'hui.

L'architecte en fut GILBERT (Grand Prix de Rome en 1822), qui avait établi le projet en 1837 en s'inspirant du style néo-classique. On travailla à la reconstruction jusqu'en 1845, puis on se remit à l'œuvre en 1866, après une visite de l'Impératrice EUGÉNIE, et les nouvelles constructions se poursuivirent jusqu'en 1899. P. SEVESTRE en parle en ces termes :

« GILBERT, dont toutes les constructions ont un but fonctionnel, réalisa à Charenton un monument rationaliste où le but de l'architecte est l'utilité, ouvrant avec le début du développement scientifique de la Médecine à l'Hôpital, la voie d'une nouvelle exploitation architecturale. »¹⁹

Pour clore le débat sur le respect ou le non-respect des plans conçus par ESQUIROL à Charenton, nous nous permettons de citer dans son intégralité le paragraphe intitulé « modifications apportées au programme d'ESQUIROL » du *Rapport Général à Monsieur le Ministre de l'intérieur sur le service des aliénés en 1874, par les Inspecteurs Généraux du service, Messieurs les Docteurs CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL*²⁰ :

« Dans la reconstruction de Charenton, commencé en 1838, et dont ESQUIROL était alors médecin en chef, les idées du célèbre aliéniste furent réalisées sur bien des points, mais sur quelques autres, elles subirent d'importantes

¹⁹ P. SEVESTRE, *art. cit.*, p. 368.

²⁰ CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL, *op. cit.*, p. 110.

modifications. Les quartiers de classement, au lieu d'être isolés furent reliés entre eux de telle sorte que, l'une des ailes latérales devint commune à deux quartiers ; et puis l'étage au-dessus du rez-de-chaussée qu'ESQUIROL n'avait pas admis dans son programme de 1818, devint un élément important dans la reconstruction de la maison de Charenton.

Nous devons ajouter que le corps de bâtiment dit le "château", construit en 1824, et le seul qui reste de l'ancien Charenton, reproduit en 1824, reproduit bien également la cour carrée d'ESQUIROL, mais avec cette importante modification, que les bâtiments qui entourent cette cour de trois côtés ont deux étages au dessus du rez-de-chaussée.

Contiguïté des quartiers de classement et élévation d'un ou deux étages au dessus du rez-de-chaussée, telles sont les deux premières modifications qui furent apportées aux idées d'ESQUIROL.

Elles ne tardèrent pas à en subir une troisième non moins importante que les précédentes le bâtiment en fer à cheval formant les trois côtés d'un quadrilatère fut remplacé par un pavillon construit sur l'un des côtés de la cour carrée, les trois autres côtés n'étant plus fermés dès lors que par des murs de clôture, des grilles ou des sauts-de-loup.

Mais ces divers changements apportés à l'idée première du savant aliéniste ne furent introduits dans les nouveaux programmes que progressivement et en tâtonnant, pour ainsi dire, et l'un de ces changements même, la contiguïté des quartiers de classements, trouva d'ardents contradicteurs et ne fut pas généralement admise dans la pratique. »

Rappelons que pour Messieurs CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL, ce « quartier de classement » se caractérise comme :

« une partie d'un asile affectée à une ou plusieurs catégories d'aliénés, qui doivent y trouver tous les éléments d'habitation de jour et de nuit [...] et] constitue le caractère distinctif de l'asile d'aliénés, celui qui le différencie, d'un côté des prisons et des dépôts de mendicité, où les malheureux insensés ont été trop longtemps séquestrés, et de l'autre des hôpitaux ordinaires dont les dispositions ne se prêtent que très imparfaitement au traitement des maladies mentales. »²¹

Si les plans initiaux d'ESQUIROL à Charenton furent respectés en grande partie il n'en fut pas de même, d'une manière générale, au moment de la construction des nouveaux asiles. On pourrait dire qu'il y a eu distorsion entre la théorie, c'est-à-dire la période d'élaboration des projets vers 1820, et son application vers 1860 ; la plupart du temps à cause d'impératifs économiques et financiers. G. BOLLOTTE rapporte à ce propos une déclaration extraite des débats sur la loi de 1838, de Monsieur GOUPIL DE PREFELN, datée du 3 avril 1837 :

²¹ CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL, *op. cit.*, p. 95 et 109.

«... les Établissements fondés par l'Administration coûtent dix fois plus que les Établissements fondés par les particuliers ; et surtout quand il s'agit d'aliénés, il y a des Établissements religieux qui sont régis d'une manière admirable et qui se contentent d'une pension modique, tandis que les Établissements fondés par l'Administration entretiennent un état-major qui serait extrêmement onéreux pour tout le département. »²²

Cela peut contribuer à expliquer le maintien de très nombreux établissements privés à côté du système asilaire, ce qui fait dire à CASTEL :

«Le modèle asilaire conditionne ainsi à son tour une sorte de modèle idéal de malade relevant de la psychiatrie indigent, exhibant de grands épisodes pathologiques spectaculaires, dangereux ou incurable. Tel va être le socle de la pratique aliéniste et, en somme, son matériel privilégié. »

alors qu'en ce qui concerne les maisons privées, il ajoute plus loin :

«Mais — comme c'est encore le cas aujourd'hui — certaines d'entre elles devaient accueillir un certain nombre d'aliénés de bonne famille, en leur évitant cet étiquetage. Et surtout, elles devaient drainer dans les classes fortunées une part de cette pathologie plus légère qui ne relève pas de l'aliénation au sens étroit défini par la loi de 1838. »²³

Cette argumentation procède, il est vrai d'une manière quelque peu réductrice, puisqu'il y avait trois ou quatre « classes » à l'asile public, dans la première les pensionnaires payant pension complète. Il reste cependant qu'on peut se poser la question des interactions ayant pu s'établir entre secteur public et secteur privé quant à la pratique aliéniste.

1.5.1 Le mouvement de la population internée

Il semble, d'après les recherches effectuées par J.P. GAUSSENS²⁴ dans les archives de la Maison de Charenton, que les admissions de malades dans l'établissement se soient considérablement accrues à partir de 1845 jusqu'à la Première Guerre Mondiale, avec une augmentation importante de la population des femmes. À titre d'exemple, quelques données chiffrées :

- de 1866 à 1875 : 552 malades présents en moyenne quotidiennement, moitié hommes, moitié femmes ;
- de 1876 à 1895 : 583 malades chaque jour en moyenne ;
- de 1886 à 1895 : 606, avec au 1^{er} janvier 1892 340 femmes présentes et 280 hommes.

²² G. BOLLOTTE, « Les projets d'assistance aux malades mentaux sous la Restauration », dans *Annales médico-psychologiques*. Paris, t. I, 1966, p 383 à 401.

²³ R. CASTEL, *L'Ordre psychiatrique*, p. 258 et 261.

²⁴ *Op. cit.*, p. 107 et 108.

La durée moyenne d'internement est assez longue : en 1899, plus de 60% de la population était hospitalisée depuis 5 ans.

Cette croissance de la population internée allait de pair avec l'augmentation de la capacité d'hébergement de la Maison due à sa reconstruction avec un quartier d'hommes et un quartier de femmes, sans pour autant que la composition socio-professionnelle de cette population soit notablement modifiée on y retrouve une majorité de cadres de l'armée²⁵, de fonctionnaires, de commerçants, de professions libérales, de « propriétaires-rentiers », ce qui a confirmé le profil « bourgeois » du recrutement des malades, depuis l'origine de l'établissement.

Cette même progression constante dans l'augmentation de la population internée est non seulement, parallèle à la croissance démographique générale du pays, à l'urbanisation et à l'industrialisation accélérées tout au long du XIX^e siècle, mais aussi à une centralisation exacerbée aboutissant au déséquilibre du rapport Paris/province, toujours d'actualité. Il est d'ailleurs curieux de constater qu'aujourd'hui comme alors, la moitié des malades mentaux de tous l'Hexagone se trouve répartie sur les institutions de la Région Parisienne, l'autre moitié sur celles de Province, ce qui n'a pas été sans d'importantes répercussions sur la production du savoir psychiatrique, comme le montre G. LANTÉRI-LAURA.²⁶

Les lieux d'émergence de ce savoir sont alors essentiellement la Salpêtrière, Bicêtre et Sainte-Anne (qui avait ouvert ses portes en 1867), donc principalement Paris, où se tiennent les assises des *Annales médico-psychologiques* que BAILLARGER préside. On y rapporte les observations de malades provenant en grande partie des établissements parisiens où les patients internés vivent dans de meilleures conditions d'hébergement qu'en province.

En effet, à partir de 1844, on commence à désencombrer les services parisiens en envoyant les « chroniques » dans les asiles de province qui n'offrent guère plus de garanties au plan de l'accueil comme en témoigne le *Rapport* de Messieurs CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL :

« Parmi les asiles que l'insuffisance de leurs ressources et l'attrait d'un bénéfice poussent à faire des traités avec la Seine, il en est qui, ne tenant pas assez compte de l'espace dont ils peuvent disposer, entassent les aliénés dans des locaux trop petits [...] Pendant nos inspections, nous recevons de nombreuses plaintes des aliénés de la Seine, que nous rencontrons sur tous les points, au sujet du lieu de leur transfèrement, au nord, quand ils sont originaires du midi ou au midi quand ils sont au nord. »²⁷

²⁵ J.P. GAUSSENS, *op. cit.* p. 49 : « Il est à noter que l'envoi à Charenton de malades mentaux envoyés par les Ministères de la Guerre et de la Marine, pratique inaugurée au début du XIX^e siècle, s'est pérennisé jusqu'à la mise en place de la politique de sectorisation en 1972. »

²⁶ Nous nous rapportons au séminaire de G. LANTÉRI-LAURA sur « les institutions psychiatriques et la production du savoir », déjà cité.

²⁷ CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL, *op. cit.*, p. 483.

Ce qui laisse à penser !

Un double mouvement s'opère donc à partir de la deuxième moitié du XIX^e siècle pour des raisons pratiques de surencombrement comme nous venons de le voir, à la suite du décret du 25 mars 1852 sur la décentralisation administrative qui fait dépendre du Préfet la tutelle des asiles départementaux :

— ainsi, on ouvre de grands établissements à la périphérie de Paris dans le département de la Seine, tels Ville-Evrard en 1868 et Vaucluse en 1869 (qui ne seront d'ailleurs rattachés à l'autorité des Préfets de la Seine et de la police, que par décret du 16 août 1874), et plus tard Villejuif en 1884, puis Maison-Blanche.

— on crée également des colonies familiales agricoles comme Dun-sur-Auron, Ainay-le-château où l'asile de Chezal-Benoît dans le centre de la France. On se réfère alors à l'expérience de la colonie agricole de Gheel en Belgique, près d'Anvers, en pays flamand. ESQUIROL avait déjà lui-même fait un voyage en août 1821, à Gheel, en compagnie du Docteur F. VOISIN, et avait donné un avis très favorable quant au fonctionnement de ce village où, depuis le Moyen-Âge, des fous vivaient en liberté chez des parents nourriciers²⁸. Non seulement la sécurité des habitants n'était pas plus menacée qu'ailleurs, ni « les bonnes mœurs », mais au surplus il n'était pas nécessaire d'utiliser d'investissements coûteux pour faire vivre les aliénés²⁹

En même temps, vers 1860, la loi de 1838 subit des attaques multiples émanant de la presse, voire des particuliers dénonçant des internements arbitraires. Ce mouvement de contestation, même s'il n'aboutit à aucune modification de la législation (les aliénistes faisant corps pour défendre leurs pouvoirs) va contribuer à réorganiser une réflexion sur les possibilités d'assistance différente aux malades et d'ouverture des asiles sur l'extérieur. Les uns œuvreront dans la direction d'une médicalisation plus grande en créant des sections spéciales pour épileptiques (à Ville-Evrard en 1892 pour les hommes, à Maison-Blanche en 1910 pour les femmes) pour les fous criminels (à Villejuif en 1910 où s'ouvre le service Henri Colin). Les autres penseront « services libres » ou prophylaxie mentale comme le Docteur TOULOUSE, et plus près de nous « sectorisation ». Edouard TOULOUSE mérite en effet d'être cité pour l'actualité de son propos³⁰ :

« Mais l'asile exerce, par sa vie disciplinée et sans initiative, une influence

²⁸ ESQUIROL, « Notice sur le village du Gheel (1822) », p. 707 à 722 dans *Des maladies mentales*, tome II. Dans ces notes de voyage, ESQUIROL indique : « Les fous que l'on conduit à Gheel, sont généralement et depuis longtemps regardés comme incurables, ils ont ordinairement été traités. Autrefois, on venait chercher un miracle, aujourd'hui on demande un dernier asile pour les aliénés », ceci à cause des vertus thaumaturges de la Sainte-Martyre du Village, Nymphna, qui, dès le VII^e siècle délivrait les possédés du démon.

²⁹ Voir R. CASTEL qui dans *L'Ordre psychiatrique*, p. 271 et suivantes, rappelle les débats contradictoires suscités par Gheel au sein de la fameuse Société médico-psychologique en 1860.

³⁰ Edouard TOULOUSE, *Les causes de la Folie – prophylaxie et assistance*, p. 368.

néfaste sur la plupart des malades, en déprimant leur énergie morale. Déjà les aliénés présentent naturellement une diminution de la volonté et de l'activité. Séquestrés, ils mènent une existence très douce, mais réglementée d'une façon étroite, et vivent en somme, dans des conditions absolument anti-sociales. Devenus convalescents, ils ne peuvent trouver, dans ce milieu artificiel, les incitations nécessaires pour récupérer leur énergie, indispensable dans la lutte pour la vie qui les attend au dehors. Aussi, les vieux internés, même les plus lucides, deviennent incapables, après un certain temps, de reprendre leur existence passée. Ils sont des enfants en tutelle, qu'il faut constamment diriger et ils en arrivent à redouter la liberté, comme le convalescent d'une longue maladie craint l'air vif du dehors, lorsqu'il fait sa première promenade loin de sa chambre. »

Il aborde également le problème des difficultés que l'on peut rencontrer à organiser d'une façon productive et rentable le travail des malades mentaux, difficultés dues à leur pathologie même. Enfin, il parle de la « dépréciation », de la « flétrissure immérité » qui les atteint après un séjour à l'asile, d'où découlent maints problèmes de réinsertion à l'extérieur. Songeons que ces écrits datent de 1896 et que bientôt un siècle nous en sépare ! Songeons encore qu'en cette fin du XIX^e siècle Edouard TOULOUSE conclut :

« Il serait téméraire d'accepter un système avec l'idée arrêtée de le généraliser, comme il serait tout aussi aventureux de rejeter absolument l'asile et de ne plus vouloir des services qu'il peut encore rendre. Mais ce que l'on est autorisé à dire, dès maintenant, c'est que nos établissements d'aliénés ne doivent plus être les seuls lieux de traitement pour les malades de l'esprit, et aussi qu'il est nécessaire d'assouplir leur organisation au souffle libéral de notre époque. »³¹

1.5.2 quelques aspects de la vie asilaire à Charenton en cette fin du XIX^e siècle

Pour se faire une idée de ce que représentait dans l'opinion de l'époque la Maison de Charenton, nous nous reporterons une fois encore aux réflexions de ces célèbres médecins Inspecteurs généraux du service que furent CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL³² :

« Les deux praticiens qui étaient chargés, en 1874, du service médical de la Maison de Charenton ont été choisis en dehors du cadre des fonctionnaires des asiles d'aliénés, et n'avaient pas fait des maladies mentales une étude spéciale.

³¹ Edouard TOULOUSE, *op. cit.*, p. 392

³² *Rapport sur le service des aliénés en 1874*, p. 175.

Nous manquerions à notre devoir, Monsieur le Ministre, si nous n'exprimions ici le douloureux étonnement que nous avons éprouvé, avec tous les fonctionnaires du service, en voyant confier la direction médicale d'un établissement qui a été considéré jusqu'en ces derniers temps comme le premier de l'Europe, à des praticiens qui ne remplissaient même pas les conditions que vous exigez aujourd'hui des candidats qui sollicitent une place de médecin-adjoint dans nos asiles départementaux.

Le poste de médecin de la Maison de Charenton n'aurait jamais cessé d'être considéré comme le plus élevé que puissent ambitionner les fonctionnaires de nos asiles, si, au lieu d'être donné à des personnes absolument étrangères au service, il eut été attribué au plus distingué d'entre eux. Nous reviendrons sur cette question.

Depuis deux à trois ans, les internes de Charenton ne sont plus nourris ni logés dans l'établissement ; il est à peu près impossible que dans de pareilles conditions, le service des internes soit fait comme il doit l'être. »

Si les propos de Messieurs CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL ne sont pas tendres à l'égard de l'institution, ils n'engagent qu'eux, et ils ont au moins l'intérêt, à nos yeux d'historien, d'apporter la démonstration des pressions qui s'exerçaient lors des promotions ou des nominations dans les postes convoités, où ces éminents inspecteurs entendaient voir appliquer leur politique. . .

Ils attestent en revanche de la position privilégiée occupé par Charenton dans le contexte asilaire européen. Nous n'en voulons pour preuve que la longue liste des médecins de l'établissement (que nous fournissons en annexe) où, de la mort d'ESQUIROL à nos jours, se succèdent les noms de ceux qui ont contribué à « faire » la psychiatrie française. Cela méritant de faire l'objet d'une étude détaillée, nous nous contenterons de quelques remarques succinctes :

— tout d'abord, à partir de 1848, deux médecins-chefs vont se partager les malades de l'établissement, en fonction de leur répartition par sexe : ARCHAMBAULT dirigera la division des hommes, CALMEIL celle des femmes. Il faudra plus d'un siècle pour que s'introduise la mixité à l'asile, avec la « sectorisation » en 1972.

— ensuite, dans cette longue succession de praticiens masculins, on ne note la présence que de deux femmes, en 1927 et 41 ans plus tard en 1968. Cependant la féminisation de plus en plus grande de la profession médicale constatée de nos jours pourrait bien remettre en question ces proportions dans un proche avenir. . .

— enfin, si l'on se penche sur la durée moyenne d'exercice de tous ces chefs de service à Charenton, on se rend compte qu'elle tourne autour d'une vingtaine d'années, souvent plus, ce qui est fort long et que beaucoup y ont terminé leur carrière.

Charenton représentait en effet une étape de choix dans la carrière de médecin des asiles : il avait l'avantage d'être proche de Paris, sans avoir le statut des

hôpitaux psychiatriques de la Seine. Les médecins chefs y étaient nommés directement par le ministère, et non pas sur concours spécial, comme ce sera le cas pour les « Asiles de la Seine » à partir de 1907 avec l'arrêté signé de CLEMENCEAU, ministre de l'intérieur.³³ Dans cette dernière filière du cadre de la Seine, il était nécessaire d'avoir exercé pendant des temps variés (au moins 6 ans) en province, avant de prétendre poser sa candidature à un poste parisien. Charenton, pouvant être considéré comme un asile de province, cela représentait un gain de temps appréciable pour les futurs candidats, leur évitant de quitter la région parisienne.

Le *Rapport* de CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL atteste aussi de la vigueur que mettait le corps médical et à défendre son pouvoir et à lutter pour conquérir plus encore, à savoir l'autorité administrative :

« La seconde condition pour qu'un asile, bien organisé d'ailleurs, réponde à sa destination, c'est qu'il n'y ait qu'un chef auquel tout le monde soit tenu d'obéir. Lorsque dans un établissement, l'autorité est divisée, l'esprit de l'aliéné s'égaré, il ne sait auquel accorder sa confiance et, sans confiance, a dit avec raison ESQUIROL, il n'y a pas de guérison. Aussi la séparation des fonctions administratives et médicales dans un asile présente-t-elle, à cet égard, de graves inconvénients. »³⁴

Amusons-nous à y mettre en regard la non moins grande énergie que développera un directeur comme Charles STRAUSS, en 1900, à se faire l'ardent détracteur de cette opinion ; à la fin de son ouvrage sur la *Maison Nationale de Charenton*, STRAUSS consacre plusieurs pages aux réformes proposées pour abroger la loi de 1838, comme :

« La disjonction facultative des fonctions de médecin et de directeur d'asile d'aliénés ; l'obligation pour tout directeur d'être pourvu du diplôme en médecine, d'où l'administration confiée exclusivement aux médecins. »

Il écrit donc :

« Le diplôme de docteur en médecine est la consécration de fortes études, mais ne saurait conférer l'universalité des connaissances, ni le monopole des fonctions. Le véritable écueil n'est pas seulement dans l'inexpérience d'un praticien sur les détails et les choses de l'administration, mais encore dans le "pli professionnel" difficile à effacer chez l'administrateur médecin, plus d'une fois entraîné par les incidents de chaque jour à perdre de vue la caractère de ses fonctions et à donner le pas au médecin sur le directeur. Ce sera la pente aux conflits. L'indépendance si entière du corps médical pourrait souffrir de cette situation nouvelle. »³⁵

³³ Il est intéressant de consulter à ce sujet l'*Annuaire de l'internat en médecine des hôpitaux psychiatriques de la Seine* (1981), publié par l'association amicale des internes et anciens internes (édité par Vlady France Conseil, 84 av. Charles de Gaulle, 92200 Neuilly-sur-Seine).

³⁴ CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL, *op. cit.*, p. 185.

³⁵ STRAUSS, *Maison Nationale de Charenton*, p. 306.

À côté de ces querelles de pouvoir s'élèvent aussi des critiques concernant l'absence de formation et la médiocrité d'un personnel peu ou pas payé qui travaille conjointement à un personnel religieux. D'après STRAUSS, en 1900 il y avait ainsi à Charenton 22 sœurs hospitalières de la congrégation des dames Augustines de Belgique, « dont la Supérieure remplit les fonctions de surveillante en chef, (et qui) sont préposées au service intérieur des divisions des dames et à la direction secondaire des services économiques, à la cuisine, à l'office, à la lingerie, aux vestiaires et aux ouvriers. »³⁶ Mais à propos du personnel laïque, CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL remarquent³⁷ :

« Sans méconnaître les estimables exceptions que nous avons pu rencontrer dans ce personnel laïque, nous pouvons dire qu'il se recrute trop souvent dans le rebut de la domesticité. »

Puis :

« Quand on rencontre un bon sujet, il est assez rare qu'il reste dans l'asile plus que le temps nécessaire pour trouver un meilleur et moins pénible emploi [...] Les mauvais, ou plutôt les très mauvais serviteurs sont promptement renvoyés ; il en résulte des changements perpétuels, aussi regrettables pour la régularité du service que pour les aliénés eux-mêmes. »

Ils proposent donc :

« qu'une réforme sur ce point serait un des meilleurs et des plus indispensables compléments de l'organisation des asiles, et que, pour avoir de bons serviteurs, capables de seconder les efforts des médecins, il faudrait former un corps spécial de surveillants d'asiles tout comme on a formé un corps de gardiens pour les prisons, les bien payer et leur accorder une retraite : alors seulement on pourra choisir et conserver les bons. »

Voilà qui ouvre la voie à nos modernes revendications syndicales...

Enfin, il faut ajouter à la présence dans l'établissement de ces personnels laïques et religieux, celle de « domestiques particuliers » attachés au service des malades fortunés, dont le nombre, recensé par STRAUSS en 1900 s'élevait à 43 pour 65 infirmiers chez les hommes, et à 53 bonnes particulières pour 84 infirmières chez les femmes³⁸, ce qui constitue une proportion non négligeable.

STRAUSS est un témoin fort partial de la vie asilaire de la Maison de Charenton autour de 1900, puisque de sa place de directeur de l'établissement, il en fait une description à la fois lyrique et idyllique, moyennant quoi la lecture de

³⁶ STRAUSS, *op. cit.*, p. 245. Les sœurs Augustines travaillèrent à Charenton de 1851 jusqu'à 1905, lors de la séparation de l'Église et de l'État : elles y avaient été précédées par les sœurs de la charité de Saint-Vincent-de-Paul de 1845 à 1851 ; l'administration ayant donné congé à leur chapelain.

³⁷ CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL, *op. cit.*, p. 490-491.

³⁸ STRAUSS, *op. cit.* p. 54.

son ouvrage offre l'intérêt de nous renseigner sur les conceptions que pouvait avoir un observateur non médical sur la folie, ses causes et son traitement dans cette période-charnière entre deux siècles. Il essaye ainsi de trouver des explications sociologiques à la progression du « lamentable contingent des anormaux », du « lamentable spectacle de ce flot sinistre », du « mal qui se propage », et il in-crimine :

« La locomotion à outrance, l'abus scolaire, l'interminable durée des études, la fièvre des diplômes, l'enseignement aux jeunes filles qui dévore leurs plus belles années, qui les détourne de leur véritable mission, de leur si noble rôle, de la vie saine et libre, (puisque) partout elles font concurrence à l'homme, atteignant et tarissant ainsi dans sa source, la vie du foyer. »³⁹

Les mœurs nouvelles, où la vitesse des déplacements, les conquêtes intellectuelles des femmes s'accélérent, lui semblent plus que suspectes, dangereuses surtout.

Un des critères de bon fonctionnement de la vie à l'asile lui paraît être la propreté, qui doit renvoyer si fortement à l'idée de purification des âmes folles et souillées par la maladie que soixante-dix ans plus tard nous en entendrons encore parler dans notre pratique professionnelle personnelle. Il dit, par exemple⁴⁰ du quartier des femmes : « Les parquets sont cirés, la propreté en est irréprochable », de la literie des malades : « c'est partout un ruissellement de lumière et de propreté », de la chambre du concierge : « ce qui frappe, dès le seuil, c'est une éclatante propreté poussée jusqu'aux soins les plus méticuleux ; elle séduit le visiteur », ou encore, parlant du quartier des femmes : « la propreté est conquise, l'entretien est à l'abri de toute critique ».

Comme si en ne ménageant pas ses efforts de récurage, on chassait ce « mal qui se propage », mais comme si, également, en ces débuts de l'asepsie hospitalière, on rejoignait le rang des hôpitaux généraux, établissements plus honorables que les asiles de fous. Comme si enfin on pouvait parvenir, par ce biais, à mettre de l'ordre dans le désordre de l'Insensé.

Pour guérir il faut se changer les idées :

« Devant une telle sensibilité, une telle impressionnabilité de l'appareil qui constitue l'être, toute diversion ne saurait manquer d'avoir une salutaire répercussion. C'est ce que nos médecins ont compris en multipliant les divertissements : les sorties en voiture, les excursions dans les environs, les déjeuners à la campagne, les promenades dans les parcs, qui présentent un attrayant programme. Les soirées dansantes, la musique, les jeux ne sont pas de moins heureuses distractions. »⁴¹

³⁹ *Ibid.*, p. 54-58 et suivantes.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 110, 115, 120, 143.

⁴¹ *Ibid.*, p. 215.

En 1900 la Maison de Charenton était équipée d'un billard, d'un théâtre, d'une bibliothèque, d'une salle de bal où STRAUSS décrit une soirée avec des annotations très réalistes⁴² :

« Tout autour des salons, les hommes, les dames, les jeunes filles, en groupe séparés, gagnent invariablement les mêmes places, gardent l'immobilité pendant toute la soirée, acceptant, sans quitter leur siège, les gâteaux et les rafraîchissements qui leur sont offerts. Les dames n'entretiennent aucune conversation entre elles ; la généralité des hommes les imite ; si une voix se fait entendre, c'est le soliloque de quelque halluciné ou l'éclat de rire de quelque hilarante extatique. Cette attitude n'est pas particulière aux soirées ; à table, le même mutisme entre voisins et voisines, même régularité dans le choix de la place à occuper. Dans les parcs, c'est aussi le même banc, le même arbre, le même coin de pelouse, la même allée que rejoint le pensionnaire ; assis, adossé, étendu sur l'herbe, accroupi contre un tronc, droit, immobile, on le retrouve dans l'attitude de la veille. Aucune relation entre les pensionnaires ne naît de leur séjour ; nous les avons vus quelquefois rentrer du parc, sous un ciel éclatant, l'allure harassée, le pas lourd, pressés, confondus, tel un noir troupeau sous le souffle des Erynnies. »

Cette description, particulièrement évocatrice de ce que nous appelons aujourd'hui le monde de la psychose et de l'autisme, correspond tout aussi bien aux scènes de bals de Noël, de Sainte Catherine, etc. auxquelles nous pouvons assister aujourd'hui en cette fin du XX^e siècle. Tout se passe comme si un univers parallèle à celui des bien-portants s'était recréé à l'asile, univers clos, marginal, resserré et concentré sur sa souffrance psychique, mais qui s'acharne à mimer, souvent d'une façon grotesque et tragique, les gestes de la vie des « normaux », pour oublier et abolir la différence. Et il est vrai aussi que ceux qui sont de « de l'autre côté », comme STRAUSS l'était ou comme le personnel peut l'être, supportent parfois difficilement cette vision d'une « Autre scène » parodique, lointaine et proche à la fois. D'une façon plus nuancée, ce désir de se calquer sur le monde extérieur répond à la visée thérapeutique de la réinsertion dans la société, même si bien souvent on aboutit à un résultat contraire, à savoir au renforcement d'une vie asilaire qui se chronicise. STRAUSS perçoit d'ailleurs avec beaucoup de finesse les difficultés de cette vie qui essaie de faire « illusion », quand il décrit la coutume alors en vigueur de faire déjeuner certains pensionnaires particulièrement calmes à la table des autorités de l'établissement, et cela non pas seulement démagogiquement comme on pourrait le conclure trop rapidement :

« Tous les jours, un certain nombre de pensionnaires sont appelés à prendre place à la table dite "d'administration", installée avec un grand confort, en dehors des quartiers, dans une salle qui donne par l'élégance de sa décoration, l'illusion d'une salle de fêtes. »

⁴² *Ibid.*, p. 140-141.

Et STRAUSS ajoute aussitôt : « Le temps s'écoule encore assez rapidement. »⁴³
Ce qui ponctue son texte comme un soupir.

La thérapeutique s'organise donc autour de deux pôles : d'une part les activités : les jeux, les divertissements que nous venons de mentionner, les travaux d'ouvrirs, broderie, tricot, tapisserie, etc. pour les femmes, les ateliers de culture, de terrassement, de jardinage, d'entretien, etc. pour les hommes⁴⁴ ; d'autre part les moyens thérapeutiques centrés presque essentiellement sur les bains et l'hydrothérapie. STRAUSS le dit très nettement :

« Les salles de bain, les salles d'hydrothérapie ont une nombreuse clientèle, la base du traitement reposant sur la balnéation.⁴⁵ »

Et il ne fait que reprendre les convictions des médecins du temps, le Docteur CHRISTIAN, dans un rapport d'octobre 1890, ayant déjà affirmé :

« L'hydrothérapie est un élément de traitement indispensable. »

CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL en avaient donné de nombreux détails dans leur *Rapport*⁴⁶ : les bains « ordinaires » tempérés pouvaient durer trois ou quatre, voire dix à douze heures ; il y avait les bains de vapeur, les bains « résineux » ou « térébenthinés » prônés par MAGNAN et BOUCHEREAU, alors médecins du bureau des admissions de Sainte-Anne, les bains médicamenteux (alcalins, sulfureux, de tilleul, de valériane, de stramonium ou même sinapisés préconisés par le Docteur LAURENT) ; et enfin l'hydrothérapie consistant soit en enveloppements de linges humides et froids sur le corps ou la tête, soit en douches froides (10 à 12 °C) dirigées en jets puissants sur l'ensemble de l'individu ou, quand elles sont dites « révulsives », sur le bassin et les membres inférieurs pour « décongestionner le cerveau ». La pharmacopée était très réduite : extrait gommeux d'opium, chlorhydrate de morphine, codéïne, teinture de digitale opiacée, hachisch associé au bromure de potassium (chez les épileptiques).

Faisant partie du « traitement moral », des moyens de répression comme « la séquestration en cellule », la douche, la camisole, les entraves, les fauteuils de force, moyens de répression généralement « bien » contrôlés et condamnés par CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL, quand certains établissements en usent et en abusent. Voici du reste comment ces auteurs en justifient l'utilisation :

« Est-il légitime, d'abord, est-il rationnel, ensuite, de punir un aliéné ? Il n'a pas conscience de ses actes, il n'en est donc pas responsable et ne doit pas en être puni. Ce serait aller beaucoup trop loin que de vouloir appliquer cette

⁴³ *Ibid.*, p. 141-142. Nous avons souligné le mot « illusion ».

⁴⁴ À ce propos nous signalons que, par décision ministérielle du 6 avril 1844 et par règlement du 20 mars 1857, le travail des malades internés a été légèrement rétribué par le « pécule », somme originairement destinée à la sortie de l'asile, et qui a fait l'objet de nombreux débats par la suite.

⁴⁵ STRAUSS, *op. cit.* p. 141.

⁴⁶ CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL *op. cit.* p. 196-201

règle absolue dans les asiles. Assurément, il serait déraisonnable, et pour le moins inhumain, d'infliger un châtement sévère aux aliénés pour les actes qu'ils commettent. Mais la plupart, dans la majorité des cas, savent parfaitement quand ils font mal, et il n'y aurait ni traitement moral ni discipline possibles si on ne leur faisait sentir.

Le plus souvent, du reste, il suffit pour obtenir ce résultat d'une simple réprimande, d'une privation de promenade ou de tabac. Mais parfois aussi il faut se montrer plus sévère, faire un exemple et avoir recours aux moyens de répression. »⁴⁷

Nous ne pouvons nous permettre de conclure⁴⁸ à l'énoncé de toutes ces pratiques qui nous paraissent barbares avec le recul du temps, que tous les soignants étaient des pervers exerçant leur sadisme sur les malades, car l'on peut aussi s'imaginer le climat de violence, de dangerosité qui émanait alors de ces pavillons de grands agités avant l'avènement des chimiothérapies neuroleptiques. Que leur usage soit contesté ou contestable, il n'est que d'avoir un jour rencontré la peur dans la relation avec un malade très implusif et délirant pour se rendre compte des difficultés passées. Il faut enfin penser aux cas, peut-être peu nombreux, où la mise en œuvre de toute cette entreprise thérapeutique aboutit à la guérison, c'est-à-dire à la sortie de l'asile, et c'est encore sur le *Rapport* de CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL que nous nous pencherons, tant leurs propositions d'alors rejoignent nos préoccupations de maintenant. Ils avancent l'hypothèse des « sorties à titre d'essai » d'aliénés pour lesquels on pense que la guérison est proche, et ils recommandent dans cette même orientation l'insitution de « sociétés de patronage » pour les malades sortis, comme David RICHARD, directeur de l'asile de Stephansfeld, l'avait organisé pour les anciens malades sortis de la Salpêtrière ou de Bicêtre. Car, écrivent-ils :

« L'une des préoccupations de nos médecins d'asile, l'une des raisons qui les font hésiter souvent à mettre en liberté certains aliénés, c'est qu'ils redoutent qu'en dehors de l'asile ils ne trouvent ni aide ni protection. On se défie des individus sortis des établissements d'aliénés ; on craint de leur confier des instruments de travail, et trop souvent les privations et les déboires qu'ils éprouvent deviennent une cause de rechute. »⁴⁹

Ceci est à mettre en relation avec les écrits de TOULOUSE sur la prophylaxie et l'assistance aux malades mentaux, écrits que nous avons cités précédemment, et qui introduisent tout le courant de la « psychiatrie sociale ».

⁴⁷ *Ibid.*, p. 186.

⁴⁸ Comme s'en gardent bien deux auteurs contemporains, C. QUÉTEL et P. MOREL, qui dans *Les Fous et leurs médecines* ont recensé toute la panoplie des gestes, recettes, machines à lutter contre la folie.

⁴⁹ CONSTANS, LUNIER et DUMESNIL, *op. cit.*, p. 209.

1.5.3 Histoire évènementielle de l'institution pendant la période 1838–1920 :

Les anecdotes fourmillent quant aux évènements qui ponctuèrent la vie de l'asile en cette période : cela va des inaugurations de monuments comme la statue d'ESQUIROL sculptée par TOUSSAIN en 1862, avec un discours du Docteur PARCHAPPE faisant l'apologie du modèle asilaire, aux différentes visites de notabilités ou de chefs d'État comme l'Impératrice Eugénie en 1866 ou Raymond POINCARÉ en 1913. Une seule anecdote va cependant retenir notre attention dans le cadre de notre étude, car elle a l'intérêt de montrer une fois de plus l'importance des préjugés que suscitent toujours la folie et les lieux où on la renferme : ainsi le Conseil Municipal de Charenton–Saint-Maurice réuni le 10 février 1842 adopte la proposition de rebaptiser la commune sous le nom de Saint-Maurice, avec l'argumentation suivante :

« la confusion résultant de la synonymie entre Charenton et Charenton–Saint-Maurice, l'avantage pour les familles dont un parent a le malheur d'être aliéné de ne plus voir dans les actes de l'état civil paraître le nom de Charenton, pour lequel elles ont généralement de la répugnance... le souvenir d'une maladie affligeante qui est défavorable aux alliances. »⁵⁰

Ceci n'a pas pourtant pas réussi à reléguer aux oubliettes l'expression populaire « bon pour Charenton », et illustre mieux que tout autre exemple la pression de toute une société à exclure ses fous.

L'asile, lieu de ségrégation sociale, n'est pourtant pas une institution morte, ni insensible au mouvement de l'histoire. C'est pourrait-on dire, métaphoriquement, une plage où viennent encore déferler les dernières vagues des remous historiques. La Révolution, la Déclaration des Droits de l'Homme, l'abolition des privilèges, nous venons de le voir, ont transformé la face de l'asile, et jusqu'à la promulgation de la loi de 1838, une république, un empire et trois monarchies s'étaient succédés. STRAUSS remarque, à ce propos, que ces séquences évènementielles ne sont jamais sans retentissement sur les personnels administratifs et d'encadrement d'établissements comme Charenton :

« Les deux restaurations eurent leur répercussion à la Maison Impériale par les déplacements de Monsieur DE COULMIERS ; les Cent jours, par son rappel à la direction. Le retour de Louis XVIII fut suivi, comme à son premier avènement de la nomination de Monsieur ROULHAC-DUMAUPAS. »⁵¹

Et l'on peut en déduire que si la politique extérieure eut des conséquences sur la politique intérieure de l'établissement, la vie des malades en fut également tributaire.

⁵⁰ RICHARD, *L'histoire oubliée de Charenton-Saint-Maurice*, p. 92

⁵¹ STRAUSS, *op. cit.*, p. 167.

Au plan diachronique, la Révolution de 1848, le rétablissement de l'Empire de 1852, la Guerre de 1870, la Commune, puis de nouveau la République et la Première Guerre Mondiale, sont autant d'évènements qui eurent des incidences sur la vie asilaire :

— Ainsi, STRAUSS indique qu'en 1870 la population de l'établissement s'éleva à 800 personnes, non compris les blessés militaires évacués à la suite du bombardement de Sainte-Anne, et les 137 réfugiés qui habitaient les environs et qui avaient fui leurs demeures. Ceci provoqua d'importants problèmes de ravitaillement et ne fut pas sans répercussions sur le mode de « prise en charge » des malades à l'intérieur de l'hôpital :

« *Les infirmiers appelés sous les drapeaux, les “fous” remplacèrent leurs gardiens près des pensionnaires plus atteints qu'eux, et l'empressement à s'acquitter de ce service était un spectacle à la fois touchant et admirable.* »⁵²

On peut d'ailleurs se demander si des réflexions quant à la thérapeutique ne peuvent naître de ce type d'expériences vécues lors de situations d'urgence vitale où un monde de relations différent s'instaure simplement entre les gens.

La première Guerre Mondiale mit aussi l'établissement dans une situation très critique, puisque le 13 juillet 1920, le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociale arrêta le projet inspiré par le Professeur PINARD de supprimer la Maison Nationale de Charenton en la reconvertissant en Maison Maternelle, dont on peut citer la définition qu'en donnait le Professeur TRILLAT :

« *Une Maison Maternelle est une institution où, sous la garantie du secret, sont hébergées des femmes saines en état de gestation, où elles peuvent accoucher, où elles demeurent après l'accouchement pendant tout le temps que dure l'allaitement maternel.* »⁵³

En dépit des protestations nombreuses qui s'élevèrent, la transformation eut lieu, une circulaire fut envoyée aux familles leur enjoignant de retirer leurs malades. Les plus aisés les transférèrent dans d'autres lieux de soins et il ne resta sur place que les pensionnaires les plus démunis.

Il n'y eut donc plus de recrutement de malades et les subventions de l'État trop réduites associées à une baisse de la natalité aggravèrent le déficit global du budget de l'hôpital. Comble du paradoxe, la partie asile d'aliénés de l'établissement qui comptait au début du projet environ 800 malades mentaux n'eut plus alors aucune existence juridique, tandis que la section maternelle abritait une vingtaine de « femmes en allaitement ».

Un autre point d'histoire sur lequel, nous nous sommes penchée de par ses implications politiques et sociologiques fut la promulgation des lois sociales de la

⁵² *Ibid.*, p. 189.

⁵³ TRILLAT dans *Congrès International de protection de l'enfance*, Paris 1928, cité par GAUSSENS, *op. cit.*, p. 126.

fin du XIX^e siècle : en 1864, le droit de grève ; en 1884, la loi sur les syndicats ; en 1900, la loi sur la durée du travail. Il nous a été donné⁵⁴ de consulter un cahier manuscrit daté de 1920, rapportant les comptes-rendus de procès verbaux de réunions, les démarches et revendications effectuées par les délégués syndicaux de la C.G.T. de l'établissement à cette époque. Il semblerait d'ailleurs, comme l'atteste ce précieux document, que la C.G.T. ait été alors le seul syndicat représenté à la Maison de Charenton, compte tenu du fait que la création de la C.G.T. au niveau national remonte à 1865, celle de la C.F.T.C. à 1919, et celle de la C.G.T.-F.O. à 1948. Remarquons également que la C.G.T. occupa très longtemps seule le terrain syndical dans l'établissement : ce n'est qu'en 1956, qu'apparaît la C.F.T.C., puis en 1964 la C.F.D.T. parallèlement à la scission nationale en C.F.T.C. et C.F.D.T., à cette même date ; enfin en 1968, le syndicat F.O. En 1982, trois syndicats y sont représentés : C.G.T., C.F.D.T. (qui a fait une importante remontée depuis 1976) et F.O.

C'est de 1905 que date la première application de la journée de huit heures, et du 13 juillet 1906, la loi sur le repos hebdomadaire (une journée par semaine). Si l'on en juge par ce cahier du « Syndicat du Personnel non gradé des Asiles Nationaux, 57 Grand-Rue, Saint-Maurice » (il s'agit de l'intitulé des divers cachets qui parsèment ce manuscrit) de 1920 à 1925, furent traités :

— les problèmes de salaire : indemnités « de logement accordées au personnel marié », indemnité de « vie chère », indemnité de « nourriture pendant le congé annuel de 21 jours », indemnité de résidence, votée dès 1919 mais non appliquée à l'époque ;

— les problèmes de retraite : était abordée, par exemple, l'ouverture des droits aux anciens « serviteurs » qui avaient passé toute une vie au service de malades particuliers ;

— l'application de la journée de 8 heures, qui n'était pas effective non plus à Charenton.

Il est amusant de rapporter les propos « bien sages » qui se tenaient à ce sujet dans les réunions syndicales :

« Séance du 19 août 1920 : le secrétaire énumère brièvement les avantages de la journée de huit heures et après avoir recommandé à tous de mettre la meilleure volonté possible dans l'accomplissement de son devoir, il se permet de faire quelques critiques sur ceux qui seraient tentés d'abuser de la liberté qui leur est accordée. Ces critiques ont été très approuvées par la grande majorité du personnel présent et nous espérons qu'elles porteront leur fruit... »

⁵⁴ Grâce à l'amabilité de Monsieur G. BLANCHO, délégué syndical à l'hôpital de Charenton depuis 1959 ; qu'il soit ici vivement remercié pour sa collaboration.

Des délégations de personnel se rendirent auprès du Directeur en avril 1920 pour surseoir aux menaces de licenciement d'agents, qu'avaient provoqué le départ de nombreux pensionnaires, dû à l'ouverture de la Maison Maternelle. Cette démarche fut même suivie d'une rencontre directe avec le Ministre de l'Hygiène, qui à son tour vint visiter l'établissement le 22 juin 1920.

Comme on le voit, la vie syndicale du personnel à Charenton était animée, des secours étant bien attribués aux agents en difficultés, des subventions de solidarité accordées aux grévistes des mines du Nord, des Vosges ou du Havre, par exemple. On s'intéressait à la formation du personnel qui demandait la « reconnaissance du diplôme national d'infirmier ». On menaçait de grève la Direction pour obtenir satisfaction concernant, comme bien souvent, l'application de décrets votés des années auparavant ; ainsi dans une séance du 11 novembre 1924, on se réunissait « en vue d'étudier les simplifications à apporter au fonctionnement des rouages administratifs ainsi que les réformes à appliquer aux méthodes de travail ». On s'interrogeait sur les mesures à prendre pour venir en aide aux agents malades ou ayant subi des accidents de travail puisque la Sécurité Sociale n'existait pas et qu'il faudra attendre 1945, 1948 pour que la législation française en cette matière fasse l'objet d'une importante réforme.

Mais d'associations de malades, de prise en compte de leurs difficultés et de la défense de leurs intérêts, il n'en était jamais question, pourrait-on dire en manière de boutade, si ce n'est le recours aux plaintes directes au médecin-chef, au directeur ou au préfet par le canal hiérarchique et administratif, ou enfin aux témoignages écrits qui parvinrent à être publiés.⁵⁵

*

⁵⁵ Comme cela fut le cas, après sa mort, des mémoires d'Hersilie ROUY : *Mémoires d'une aliénée*, Paris, Ollendorff, 1883 ; internée arbitrairement à Charenton et d'autres asiles, et que cite GAUSSENS, *op. cit.*, p. 112-115.

Chapitre 2

l'héritage récent (1920-1970)

Comme nous venons de l'évoquer, commence avec l'année 1920 une période très difficile pour l'histoire de la psychiatrie à Charenton, car la situation est telle que l'asile n'a plus d'existence juridique, donc plus d'existence budgétaire non plus, et qu'il doit cohabiter avec la Maison Maternelle, qui elle aussi va vivre des avatars.

La Maison Maternelle reçoit le 12 décembre 1921 un règlement intérieur qui lui attribue un statut national, la plaçant sous l'autorité du Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale. Elle se devait d'admettre des mères célibataires sur le point d'accoucher ou qui allaitaient et des parturientes du canton. Mais en 1945 eut lieu une inspection générale dont les conclusions furent défavorables pour la section maternelle : les locaux n'étaient pas adéquats puisque leur affectation initiale était réservée aux aliénés ; le service médical était insuffisant car les infirmières recrutées n'avaient préalablement reçu aucune formation en puériculture (par contre, aux dires des « anciennes » de la Maison que nous avons pu rencontrer, la formation « sur le tas » était d'excellente qualité, en partie grâce au Docteur LEROY et à un pédiatre, le Docteur BAYET¹, qui y créèrent pratiquement un service de puériculture), d'autre part ce personnel était extrêmement réduit ; enfin, le mode de vie des mères s'apparentait presque à l'« encasernement ».

Apparemment, rien ne changea jusqu'en 1952, quand une deuxième Inspection Générale fut décidée qui à son tour aboutit à des conclusions tout aussi négatives. Finalement, le 25 novembre 1954, le Ministre de la Santé Publique et de la Population ordonna le transfert de la Maison Maternelle dans les locaux du Vésinet, transfert qui fut rendu effectif le 28 janvier 1958. Seul vestige de cette époque subsiste la maternité cantonale de Saint-Maurice.

Mais ce qui nous a paru le plus intéressant dans ce contexte psychiatrique assez défavorable en apparence, c'est que l'asile ne périclita jamais complètement. Ce

¹ On peut consulter sur ce sujet la thèse de médecine de Robert BAYET : *Trente années de fonctionnement de la Maison Maternelle Nationale de Saint-Maurice*, Paris, 1952.

ne furent pourtant pas les difficultés matérielles qui manquèrent : les locaux ne furent pratiquement plus entretenus jusqu'en 1950 et le recrutement des malades resta très limité malgré la décision du Ministre de l'Hygiène, Paul STRASS en 1922, de transférer 118 pensionnés militaires à Charenton. Les protestations ne manquèrent pas non plus : émanant des psychiatres eux-mêmes, des familles de malades regroupées en comités de défense alertant la presse et les parlementaires.

Tout ceci demeura sans effet, si ce n'est qu'en dépit de sa non-existence administrative, l'asile figurait toujours dans les écrits des spécialistes de l'aliénation mentale, comme l'attestent en 1930 les Docteurs RAYNIER et BEAUDOIN dans *L'Aliéné et les Asiles d'Aliénés*² :

« À l'heure actuelle, après un changement de dénomination (*Maison Nationale de Saint-Maurice*), l'établissement — d'abord menacé de disparition — subsiste en partie : les anciens locaux ne sont plus totalement affectés aux aliénés puisque fonctionne aussi à Charenton, une "*Maison Nationale Maternelle*". La polémique engagée jadis à ce propos ne saurait trouver place ici, d'autant qu'il y a présentement consécration de fait. »

De cette institution très marginale, surgit une personnalité qui allait maintenir vivante pendant près de quarante années la tradition asilaire de Charenton : le Professeur Henri BARUK exerça en effet de 1931 à 1968 comme médecin-chef dans l'établissement, décrié par certains, révééré par les autres. Tous les témoignages que nous avons pu recueillir de malades l'ayant connu, d'infirmiers ayant travaillé sous ses ordres concordent pour souligner l'importance qu'il accordait dans sa pratique aux dires et à l'écoute du malade et les efforts qu'il fit pour « redorer le blason » de Charenton, pour en faire de nouveau un lieu de recherches sur la psychiatrie, que visitaient les spécialistes internationaux. Son impact fut d'ailleurs si considérable auprès de « ses » malades, que certains, toujours hospitalisés à Charenton, ont continué à le consulter à son domicile, quatorze ans après son départ, ce qui n'est pas si banal ! Témoignons à notre tour que de notre entretien personnel avec le Professeur BARUK, âgé de 85 ans, nous sommes sortie impressionnée par sa vivacité d'esprit et par sa connaissance intime d'un si grand nombre d'hommes qui ont fait la psychiatrie de cette première moitié du XX^e siècle.

C'est pourquoi il nous a semblé utile pour notre démarche de situer la position originale occupée par la pensée de Henri BARUK dans le champ de la psychiatrie contemporaine, position conceptuelle étroitement liée à sa pratique, sur laquelle s'est édifié en partie le savoir-faire actuel du personnel d'encadrement (surveillants et surveillantes) de l'institution dans laquelle nous travaillons.

Occupant le devant de la scène de l'institution psychiatrique, dorénavant statutairement réduite jusqu'aux années 1950, la personnalité de H. BARUK ne doit

² Docteur J. RAYNIER et H. BEAUDOIN, *L'Aliéné et les Asiles d'Aliénés – Assistance – Législation – Médecine légale*, Librairie Le François, Paris, 1930, 2^e éd., p. 18

cependant pas occulter celle de deux artisans de la psychiatrie contemporaine. En effet, à partir de 1953, Gabriel DESHAIES, puis en 1960 et pour trois ans seulement, Pierre F. CHANOIT, vont exercer de concert à Charenton, se partageant les services psychiatriques à parité avec Henri BARUK. Ils vont apporter à l'établissement de nouvelles pratiques thérapeutiques, ils vont proposer des orientations différentes quant à la façon de concevoir le fonctionnement hospitalier pour les malades comme pour le personnel.

Puis nous examinerons comment se sont réorganisés ces services de psychiatrie après le transfert de la Maison Maternelle, et enfin comment s'y effectua la mise en place de l'actuelle politique de secteur.

2.1 Henri Baruk

La lecture des mémoires de H. BARUK, *Des hommes comme nous*³, est un document qui nous éclaire sur l'homme et sa carrière de « neuro-psychiatre », carrière qui s'est déroulée presque entièrement à Charenton et qui nous renseigne sur le mode de fonctionnement de l'asile, la pathologie qu'on y rencontre, et la façon dont s'y prend un médecin-chef, investi de la toute puissance médicale, pour imposer ses conceptions.

2.1.1 L'homme et le neuropsychiatre

Henri BARUK est né le 15 août 1897 dans une famille vouée à la psychiatrie, puisqu'il a passé toute son enfance à Saintes-Gemmes-sur-Loire, près d'Angers, où son propre père Jacques BARUK fut lui-même aliéniste pendant près de quarante ans.

- Ces détails biographiques ne sont pas purement anecdotiques car ils indiquent déjà que **la fonction de médecin des hôpitaux psychiatriques**, jusqu'à une période récente et toujours en province, impliquait une vie personnelle en prise directe avec l'asile comme l'avait d'ailleurs recommandé en son temps ESQUIROL. Le médecin-chef habitait à l'intérieur des murs, y élevait ses enfants il arrivait que des malades « tranquilles », ne posant pas ou plus de problèmes d'agitation, s'occupent de travaux ménagers à domicile, situation par ailleurs vécue comme promotionnelle et enviée par les autres pensionnaires. « Il m'a donc été donné de passer mon enfance au milieu de ces hommes qui dérangent, effraient ou font honte » écrit-il à la première page de son livre et de cette presque cohabitation, de ce contact quotidien pouvait naître l'idée qu'il était possible de communiquer avec la folie :

³ Henri BARUK, *Des hommes comme nous*, 1976.

« Des hommes comme les autres à qui il ne manque peut être que de contrôler et de mieux dissimuler leurs pensées, a écrit un grand aliéniste du XIX^e siècle, Jean ESQUIROL. Mais que l'on ne s'y trompe pas : ils appartiennent au même monde que nous. Ma chance a été de m'en apercevoir très jeune, ayant en leur compagnie de longues conversations qui ne différaient pas tellement de celles qu'ont les enfants avec gens dits biens portants. »⁴

Le personnel vivait lui aussi dans une proximité plus étroite encore avec les malades : il y avait des générations d'infirmiers, recrutés souvent dans la population rurale locale, parents, enfants et collatéraux qui travaillaient à l'asile, gardant parfois même une petite partie de leurs activités agricoles quand ils rentraient chez eux. Des liens quasi-familiaux se nouaient ainsi avec les malades, cette familiarité n'avant pas que des avantages thérapeutiques. Il n'est pas vain de dire qu'une société « à part », close et repliée sur elle-même s'était recrée à l'intérieur des murs de l'asile, avec un système de relations très serrées entre soignants et soignés, la « différence » entre les deux n'étant pas pour autant abolie : les soignants étant les dépositaires hiérarchiques du pouvoir médical à défaut du savoir théorique, entretenant souvent des rapports de domination sur les soignés, complices parfois de leur pathologie, ainsi que le mentionne H. BARUK en citant sa première rencontre avec l'alcoolisme partagé des infirmiers et des malades quant il prit son poste à Charenton.

Quant au médecin-chef, ses attributions étaient bien souvent considérables. Évoquant les qualités humaines et professionnelles de son père, H. BARUK nous indique l'étendue de ses activités :

« Médecin dans l'âme, mon père faisait pratiquement tout à Saintes-Gemmes, cumulant l'administration de l'établissement et son animation médicale [. . .] Il ne limitait pas son action à la lutte psychiatrique. Dans le service de chirurgie qu'il avait fondé il pratiquait lui-même les opérations d'urgence. En outre, à cette époque, la région était ravagée l'été par deux fléaux, la fièvre typhoïde et la dysenterie bacillaire. En véritable hygiéniste, il prit de rigoureuses dispositions pour la purification des eaux et la défense contre les mouches. Enfin, mettant à profit les études de droit qu'il avait faites, il s'employa à réformer la loi de 1838 sur les aliénés. Il obtint en particulier que les malades indigents ne soient plus placés d'office par la police, le placement volontaire étant réservé aux malades payants. Il fit abroger cette disposition pour le département de Maine-et-Loire. »⁵

Se tisse donc une image omnipotente, bienveillante et philanthropique du médecin-chef, à la fois administrateur et technicien régnant sur l'asile et ses occupants comme le « monarque éclairé » du modèle pinélien.

⁴ *Ibid.*, p. 11-12.

⁵ *Ibid.*, p. 14-15.

• Un deuxième aspect de la biographie de H. BARUK qui est d'importance, ce sont ses origines israélites dont il ne fera point mystère en un temps d'anti-sémitisme virulent. C'est de la Guerre 14–18 que date sa première expérience « désagréable » avec les étudiants affiliés à l'« Action Française », mais c'est surtout à partir de 1940 que va s'épanouir la conscience de sa judaïcité et qu'il va intégrer de plus en plus ses conceptions philosophiques et religieuses à sa pratique. Le chapitre 8 de ses mémoires, qu'il a intitulé « Étoile jaune sous blouse blanche », est signifiant à cet égard ; il réussit donc à se maintenir dans ses fonctions de médecin-chef à Charenton tout en portant l'étoile :

*« Sans doute en raison de mes services militaires 1914–1918 ai-je le droit de conserver mes fonctions à condition d'arborez l'étoile jaune, mais je ne me fais aucune illusion : un danger mortel rode au dessus de nos têtes. »*⁶

Il rend d'ailleurs hommage à l'ensemble du personnel de l'établissement qui lui a témoigné respect et sympathie dans ces circonstances éprouvantes, à l'exception d'un dénonciateur qui le mettra en grand péril presque à la fin de la guerre.

Cette période tragique l'incline à approfondir l'hébreu, la Bible hébraïque et les textes post-bibliques, en un mot à retrouver ses racines, selon une expression actuelle. C'est à ce niveau que s'opère le point de jonction entre sa « méthode de thérapeutique fondée sur la pacification, la justice, la confiance et certains psaumes de la Bible ».⁷

Cette réflexion de l'intérieur sur la pensée juive et le judaïsme considéré sous l'angle de la pratique religieuse au quotidien, va déboucher à la fois sur son action psychothérapeutique auprès des malades et sur l'élaboration d'une œuvre philosophique très prolifique. Il a ainsi publié un grand nombre d'ouvrages aux éditions Zikarone (Librairie Colbo) dont les titres sont évocateurs : *Essais sur la médecine hébraïque dans le cadre de l'histoire juive*, *La psychanalyse devant la médecine et l'Idolâtrie*, ou bien *Civilisation hébraïque et Science de l'homme*, essais où il tente d'établir la synthèse entre ses connaissances psychologiques et médicales d'une part, la morale héritée du judaïsme de l'autre. Il s'agit bien là d'une conception pour le moins originale sinon unique dans l'histoire de la médecine aliéniste, et qui, loin de desservir son auteur, a renforcé son prestige au-delà même de nos frontières, et lui a permis d'accéder aux plus hauts honneurs universitaires (agrégation, enseignement à Sainte-Anne, Académie de Médecine).

À y regarder de plus près, on peut dire que la pensée de H. BARUK entre bien dans un cadre de références psychiatriques théoriques « classiques », car elle se situe dans le fil du « traitement moral » inauguré par PINEL. De ce fait, elle a contribué au maintien de sa tradition à Charenton, et c'est peut-être aussi ce

⁶ *Ibid.*, p. 169

⁷ *Ibid.*, p. 171.

qui explique l'excellent accueil dont elle a bénéficié dans les milieux autorisés de l'époque.

- Le troisième axe fondamental de la vie de H. BARUK est celui de sa **formation médicale neurologique et psychiatrique**, qu'il débute à Bicêtre, lieu historique par excellence où s'origine la psychiatrie et la clinique modernes comme nous l'avons déjà vu.

Il y étudie en 1922, dans le service de neuro-psychiatrie infantile du Docteur ROUBINOVITCH et il a pour condisciple BARIÉTY et pour maîtres Charles FOIX et HARVIER. Il est ensuite l'interne de KLIPPEL à Tenon, d'Achille SOUQUES à la Salpêtrière où il devient l'ami d'ALAJOUANINE.

Il semble avoir été très influencé par le débat scientifique de ce temps, qui tournait autour de la distinction fondamentale entre les troubles mentaux d'un côté, et les troubles neurologiques de l'autre : sa thèse de 1926 porte d'ailleurs sur « Les troubles mentaux dans les tumeurs cérébrales » où il essaie de concilier ces deux tendances. Sa description très vivante du climat passionnel dans lequel baignaient toutes ces discussions scientifiques et tous ces chercheurs qui allaient laisser un nom dans l'histoire de la psychiatrie est d'un grand intérêt.

Les théories foisonnaient en ce début du XX^e siècle, et l'on peut d'ailleurs se référer à cet égard à l'article de G. LANTÉRI-LAURA et L. DEL PISTOIA dans l'E.M.C. : « Les principales théories dans la psychiatrie contemporaine »⁸ qui y consacrent une étude approfondie. La question se centrait alors autour de l'articulation entre ce que répertorie la clinique des troubles mentaux, à savoir les différents signes et syndromes, et leur étiologie d'autre part, ce qui faisait coexister aussi bien des théories organicistes, neurophysiologiques, que psychanalytiques et même comportementales, FREUD et PAVLOV étant contemporains.

H. BARUK quitte la Salpêtrière pour Sainte-Anne dans le service du Professeur CLAUDE où il est nommé chef de clinique, et où il est confronté à propos d'une présentation de malade hystérique, dans le cadre d'une séance de la « Société médicale des Hôpitaux », aux différences d'interprétations de CLAUDE et BABINSKI sur l'origine organique ou fonctionnelle du trouble : ainsi CLAUDE pense qu'il y a une atteinte du mésencéphale dans l'attitude rigide en arc de cercle de la malade, alors que BABINSKI, après examen neurologique poussé, n'y trouve aucun signe de perturbation et conclut dans le sens d'une absence totale de troubles neurologiques dans l'hystérie, confirmant ainsi la scission entre troubles dits organiques et troubles de la personnalité. Ce problème restera longtemps au centre des préoccupations scientifiques de Henri BARUK : il s'intéressera

⁸ *Encyclopédie Médico Chirurgicale*, 1981, déjà cité où les deux auteurs effectuent une distinction nouvelle entre les théories par rapport à la classique dichotomie « origine organique » *versus* « origine psychologique » des troubles : il existe selon eux, des théories « intrinsèques » où « la pathologie part de l'étude même des patients » et des théories « extrinsèques » où « le troubles peut ne pas concerner le sujet lui-même ».

à la catatonie, qu'il provoquera expérimentalement chez le pigeon par injection de bulbocapnine, avec DE JONG⁹, essayant ainsi d'objectiver « la nature toxique de cette maladie »¹⁰. Dans son ouvrage sur la « psychiatrie française de PINEL à nos jours » (1967) il écrit :

« On comprenait ainsi l'action de poisons léthargiques sur l'organisme, le rêve, et le cauchemar de la catatonie. On arrivait donc à une coaptation rigoureuse du plan biologique et du plan psychologique. La voie était ouverte aux causes toxiques de la schizophrénie pressenties par SÉRIEUX, JELGERSMA (en Hollande), par BUSCAINO en Italie, et attribués par cet auteur à des amines [...] Toutes ces recherches ouvraient la voie à une révision de la schizophrénie. En effet, non seulement la catatonie n'apparaissait plus comme une maladie mystérieuse et progressive mais comme une réaction symptomatique à des causes toxiques. »¹¹

2.1.2 Ses conceptions et ses combats

Les conséquences de ces travaux seront multiples. Tout d'abord dès 1934 BARUK crée un laboratoire de psychiatrie et de neurochirurgie expérimentales animales, à Charenton, grâce aux dons de la Fondation ROCKFELLER. Il y développe également la bibliothèque médicale et fait venir dans l'établissement des étudiants de différentes nationalités. Et surtout, il s'attache à effectuer une révision de la nosographie psychiatrique, récusant l'idée de maladie mentale autonome, affirmant par exemple dans divers articles que :

« La schizophrénie n'est pas une entité pathologique : [...] la tradition française s'est ressaisie et a entrepris une longue révision critique des entités nosographiques artificielles, qui a abouti à donner la primauté à des symptômes fondamentaux communs aux divers syndromes, qui, suivant leurs combinaisons et leur évolution, aboutissent à tel ou tel syndrome, mais dont le point de départ reste en liaison avec des causes médicales, plutôt qu'à des conceptions trop théoriques. Cette évolution a donc eu pour effet, non seulement d'assouplir, mais de revigorer l'esprit clinique, mais encore de faire entrer de nouveau la psychiatrie dans la médecine. »¹²

On peut dire, comme le montre P. BERCHERIE¹³ que les travaux du groupe de CLAUDE, dont a fait partie H. BARUK, ont abouti à une approche nosologique plus riche et plus variée que celle de l'école allemande, contemporaine, et probablement plus proche de la complexité des aspects diversifiés de la clinique. Mais

⁹ H. BARUK et H. DE JONG, *La Catatonie expérimentale*, 1930

¹⁰ H. BARUK, *La psychiatrie Française de Pinel à nos jours*, p. 63

¹¹ *Ibid.*, p. 64

¹² *Ibid.*, p. 68

¹³ P. BERCHERIE, *les fondements de la clinique*, p. 263-270.

H. BARUK, va se séparer parfois avec virulence du reste des élèves de l'école de CLAUDE : il s'oppose très fortement au courant organo-dynamique de Henri EY, à qui il reproche violemment d'être matérialiste, mécaniciste, « doctrinaire » en un mot, considérant « la maladie mentale comme une déchéance, une chute de niveaux »¹⁴, ne parvenant jamais ni à entrer en communication par la « sympathie », ni à « s'identifier » au malade. On trouve la trace dans les écrits de BARUK, de cette profonde querelle entre deux personnalités radicalement différentes, BARUK moraliste ne voyant en EY que froideur, et EY s'en défendant vigoureusement, essayant de recentrer le débat sur un plan théorique et structural, et non plus affectif. Dans *La psychiatrie et la science de l'homme*, H. BARUK ne peut s'empêcher de citer les critiques que EY lui adresse :

*« Il est regrettable — je le regrette en tout cas pour mon compte — que BARUK n'ait pas compris qu'il est impossible de construire une psychiatrie doctrinale sans recourir aux concepts d'organisation, c'est-à-dire d'évolution et de structuration de la vie psychique et aux concepts symétriques de régression ou de dissolution [...] Notamment il aurait évité le gros reproche de confondre constamment le plan supérieur de la morale et de la liberté de l'être humain avec le niveau inférieur atteint par l'homme au cours de sa chute dans la maladie mentale, c'est-à-dire dans les profondeurs obscures de son être imaginaire. »*¹⁵

L'autre doctrine que BARUK va s'acharner à réfuter et à combattre avec énergie, c'est la doctrine freudienne, tandis que son maître CLAUDE favorisera, lui, son introduction dans le haut-lieu de l'enseignement de la psychiatrie qu'était et demeure Sainte-Anne, acceptant la collaboration de LAFORGUE. Là encore, les raisons essentielles de l'opposition de H. BARUK au courant psychanalytique sont d'ordre « moral » ; voici son point de vue quant à la finalité de la cure psychanalytique :

« Le malade est trop souvent vu dans une attitude policière, c'est-à-dire comme un homme qui cache des pensées inavouables. Par ailleurs, la doctrine psychanalytique qui met le point sur la jouissance individuelle, l'hédonisme, est contraire à l'altruisme. Par là même, elle détruit la morale et détermine une attitude d'agressivité de l'individu, ceci non seulement chez les malades, mais chez les psychanalystes eux-mêmes. Le processus du transfert comporte lui-même parfois des conséquences troubles et douteuses. La recherche de la responsabilité de la maladie risque d'aboutir à un développement excessif de la mentalité du « bouc émissaire » et à charger sans cesse la famille, ce qui détermine des conflits, des ruptures, des divorces et la guerre au lieu de la pacification. Enfin, la psychanalyse, si elle se poursuit trop

¹⁴ H. BARUK, *La psychiatrie et la science de l'homme*, p. 95

¹⁵ *Ibid.*, p. 96

longtemps entretient un relâchement de la volonté et une baisse de l'énergie morale, le sujet étant sans cesse replié sur lui-même. »¹⁶

On conçoit aisément qu'une position aussi réductrice ait contribué à éloigner bon nombre de jeunes psychiatres de la pensée de H. BARUK au fur et à mesure que les concepts opératoires de la psychanalyse commençaient à s'intégrer dans le champ de la psychiatrie traditionnelle, réélaborant la nosographie des névroses, s'interrogeant sur la production des signes, proposant de nouvelles voies thérapeutiques.

Troisième cheval de bataille de l'action contestatrice de H. BARUK : les abus de thérapeutiques agressives pour le malade, au nombre desquelles il range aussi bien la lobotomie que l'électrochoc, le coma insulinique de la cure de SAKEL, où les excès chimiothérapeutiques. À propos de lobotomie, il dit :

« Mais la guerre la plus acharnée que j'ai menée concerne la lobotomie. Mon hostilité date même d'une époque où cette méthode n'était pas inventée [...] La bataille des électrochocs et de la lobotomie s'est étendue sur de nombreuses années et j'ai eu le bonheur de voir les thèses que je soutenais avec d'autres l'emporter enfin à peu près partout dans le monde [...] je me suis toujours rangé parmi les adversaires de cette technique que je considère comme barbare et dangereuse. J'ai été ainsi fidèle à la ligne de conduite qui a toujours été la mienne : joindre les données scientifiques aux sentiments d'humanité. »¹⁷

Même mise en garde au sujet des méthodes psychopharmacologiques :

« Mais dans ce domaine aussi des abus ont été commis. C'est le cas pour l'association d'hypnotiques variés qui se "potentialisent". Mélange auquel on a donné l'appellation publicitaire de cocktails médicamenteux et qui sont à la fois dangereux et assez inefficaces. Ils peuvent même être plus nocifs que les méthodes de choc puisqu'ils conduisent dans certains cas au coma et à la mort. »¹⁸

Là toujours, le ressort de ce combat, la motivation *princeps* réside dans le respect de la « conscience morale » du malade qui passe aussi par le respect de l'intégrité de son corps. Il conclut d'ailleurs en ces termes sur cet arsenal de techniques :

« Méthodes de choc, méthodes où l'on veut brusquer la nature, faire violence à l'être humain sans avoir pu mesurer les ondes qui naissent et se développent dans un corps et un esprit dont nous ne connaissons pas tous les mystères. Elles témoignent d'un grand orgueil alors que la position du psychiatre notamment doit être faite d'humilité et de scrupules. »¹⁹

¹⁶ H. BARUK, *La psychiatrie française de Pinel à nos jours*, p. 29

¹⁷ H. BARUK, *Des hommes comme nous*, p. 221-248, chap. 10 «Le crime et la lobotomie».

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ *Ibid.*

L'ardeur mise au service de ce combat ne laisse pas de place aux nuances : que la technique de l'électrochoc par exemple se soit de plus en plus affinée et entourée de précautions d'utilisation rigoureuses, qu'elle ait des indications très précises où son efficacité a été démontrée, qu'actuellement encore des services dits « de pointe », à orientation psychothérapique d'inspiration analytique, l'utilisent, tout cela n'a jamais entamé de brèche dans les convictions de H. BARUK. Et plus étonnant encore, il a si bien réussi à mobiliser l'opinion et particulièrement celle de son personnel, qu'après son départ et jusqu'à maintenant à notre connaissance, aucun électrochoc n'a jamais pu être pratiqué dans son ancien service, le halo de barbarie qui entoure cette technique déclenchant une opposition ferme à son application.

Bien que préconisant la plus grande circonspection dans le maniement de la chimiothérapie, dénonçant les effets secondaires invalidants de certains produits, préférant bien souvent l'emploi de substances « naturelles » comme le cratægus, les tisanes, les bains de son, d'aubier, de tilleul ou d'autres plantes, ainsi que l'attestent des infirmiers qui ont collaboré avec lui, H. BARUK s'est cependant longuement penché sur la psychopharmacologie.

Il s'était interrogé dès le début de sa pratique, sur les rapports entre la production de la catatonie expérimentale et l'injection de substances chimiques, étendant la question à la schizophrénie et à d'autres troubles de la personnalité, comme nous l'avons déjà mentionné. Il s'était également beaucoup intéressé à l'œuvre de MOREAU DE TOURS, élève d'Esquirol dans ce même Charenton, et qui avait étudié les effets du hachisch lors d'un voyage au Moyen-Orient, inaugurant les premières recherches sur l'action des toxiques en psychiatrie. Il va se passionner tout autant pour les travaux de DELAY et DENIKER en 1952 sur les neuroleptiques, qu'avaient précédé les recherches CHARPENTIER sur la chlorpromazine et celles de LABORIT. De toutes questions sur ces drogues nouvelles lancées sur le marché de la psychopharmacologie moderne naîtra la « Société Moreau de Tours » en 1958 avec J. LAUNAY dans le but initial de faire le point sur la psychologie, la sociologie, l'histoire de la médecine.

Pour clore ce chapitre consacré au cheminement intellectuel de H. BARUK et à sa carrière de psychiatre, nous nous devons de citer quelques uns de ses propos qui résument le sens philosophique de sa démarche :

« Par une espèce de paradoxe, je commençai à entrevoir ce qui plus tard devint une évidence : l'unité profonde de l'homme. Paradoxe puisque je parvenais à cette conception du monde en observant les êtres qui paraissaient soumis au contraire aux plus violentes des ruptures non seulement par rapport à autrui, mais à l'intérieur d'eux-mêmes. C'est pourtant par l'étude des grandes maladies mentales que je parvins à ce qu'aujourd'hui je crois être la

vérité profonde de l'être humain. »²⁰

Si nous nous sommes arrêté longuement sur le portrait de ce personnage original que fut H. BARUK dans le contexte de la psychiatrie française, c'est parce qu'il a dominé pendant près de quarante ans l'histoire de l'établissement, comme nous l'annonçons en préambule, lui insufflant une notoriété nouvelle durant la « traversée du désert » que fut la période de coexistence avec la Maison Maternelle. Il ne faudrait pas pour autant mésestimer l'important travail qu'accomplirent à ses côtés ses collègues, particulièrement après la Deuxième Guerre Mondiale, comme ce fut le cas du Docteur DESHAIES dont les talents de clinicien et l'humanité maintinrent Charenton dans sa fonction de lieu d'enseignement de la psychiatrie. En abordant maintenant l'analyse du fonctionnement de l'institution à cette époque, nous aurons l'occasion d'évoquer l'impact d'une autre grande figure de la psychiatrie contemporaine : Pierre-François CHANOIT.

2.2 Le fonctionnement intérieur de l'asile

Pour rendre compte du contexte dans lequel ont travaillé les infirmiers à l'asile avant la mise en place de la sectorisation, ainsi que de la vie des malades dont certains ont été internés avant et aussitôt la Seconde Guerre Mondiale, et le sont encore aujourd'hui, nous avons effectué deux types de démarches :

- nous nous sommes d'abord fondé sur les documents d'archives que sont les « états » (c'est-à-dire la situation administrative) du personnel et des malades que l'Administration de l'hôpital a très aimablement mis à notre disposition. La période étudiée couvre les années 1920 à 1968, mais pour des raisons évidente de dispersion des archives et de collecte très fruste des données statistiques avant 1950, nos informations sur les années d'avant-guerre et de guerre se trouvent extrêmement réduites.

- nous avons recueilli d'autre part des témoignages de personnels soignants par le biais d'entretiens non directifs, sans appliquer de grille particulière ni censurer l'aspect très subjectif du discours de nos interlocuteurs.

Nous essaierons, dans ces conditions très sommaires, de donner un aperçu de la population des malades, du personnel médical et paramédical, des conceptions que Henri BARUK s'était données pour mission de mettre en pratique à l'asile, ainsi que celles de ces confrères dans l'établissement.

²⁰ *Ibid.*, p. 77

2.2.1 La population des malades

Le traitement statistique des chiffres de la population des malades présents à la Maison Maternelle de Charenton de 1934 à 1944 est très rudimentaire et lacunaire.

C'est la raison pour laquelle nous ne pouvons en fournir qu'un tableau très parcellaire (voir le tableau n°1) qui nous indique cependant que l'asile comptait une moyenne de 570 malades, environ, 320 hommes et 250 femmes répartis en deux services, H. BARUK étant médecin-chef du service des hommes et le Docteur DADAY dirigeant celui des femmes à cette époque, le Docteur DESHAIES lui succédant à ce poste en 1953.

En ce qui concerne par exemple la vie de Charenton pendant la Deuxième Guerre Mondiale nous n'avons pu disposer, outre le témoignage du Professeur BARUK, que de celui d'une ancienne infirmière, Madame Lucienne SIPP, qui travailla à la Maison Maternelle de 1925 à 1958, dans le service des « filles mères ».

Elle nous a appris que les infirmiers étant alors mobilisés une partie des infirmières de l'établissement vinrent les remplacer pour assurer les soins des malades mentaux, tandis que la section maternelle, qui comptait environ 200 lits, était évacuée en Anjou pendant un an environ, par mesure de sécurité.

Il faut croire qu'il n'était pas nécessaire de prendre autant de précautions avec les « aliénés », car Madame SIPP atteste qu'un certain nombre de malades (que nous n'avons pas réussi à chiffrer) périrent de malnutrition en ces temps de famine et d'abandon pour les asiles. Bien que la *Gestapo* se soit établie à Vacassy, l'institution qui jouxte la Maison de Charenton, les patients israélites de l'asile ne furent jamais inquiétés, bénéficiant, selon notre témoin, de la protection due à la notoriété du Professeur BARUK.

- Il n'existait alors, conformément aux prescriptions de la loi de 1938 que deux modalités d'internement des malades à l'asile : le « placement d'office » requis par l'autorité préfectorale à l'égard de « toute personne, dont l'état d'aliénation mentale compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes » (art. 18 de la loi) et d'autre part le « placement volontaire » lorsque la demande d'admission dans l'établissement de la personne atteinte d'aliénation mentale sera « écrite et signée » par l'un de ses proches, accompagnée d'un certificat médical « constatant l'état mental de la personne à placer » (art. 8). Il faudra attendre l'année 1960 pour voir apparaître des malades en « service libre » dans les statistiques de la Maison de Charenton.

H. BARUK, se rangeant aux côtés du Docteur TOULOUSE, partisan de la création des services « ouverts » et qui institua à l'hôpital Henri-Roussel l'un des premiers services libres, appliqua lui-même ces conceptions réformistes sur un nombre très restreint de patients à Charenton. Il s'en explique en ces termes :

« À cette époque, j'ai donc pris le parti des services libres sans me dissimuler les dangers possibles. Dès 1932, j'ai envoyé au Ministre de la Santé

Publique, une lettre où je lui faisais part de mes observations. Je voulais créer un service libre à Charenton, ce qui fut fait grâce à l'appui de l'Inspecteur Général RAYNIER [...]

Mais cette liberté totale s'accompagnera d'une sélection très sévère. Les malades trop troublés n'y seront jamais admis. Il serait absurde de faire entrer dans un service libre, un mélancolique qui songe à se suicider ou un délirant de la persécution qui rêve de meurtre. J'ai donc toujours maintenu cette thèse : tout malade nécessitant une surveillance doit être interné. Il n'y a pour lui aucune autre solution.

J'ai respecté scrupuleusement cette règle à Charenton. Le service libre était peuplé de petits malades atteints de névroses, de céphalées, de névralgies, de troubles nerveux simples ou même parfois neurologiques. J'excluais toutes les affections vraiment importantes. Je puis dire que grâce à cette vigilance les résultats ont été excellents. »²¹

Ces indications de prise en charge des malades que préconisait H. BARUK étaient extrêmement sélectives : il y aurait eu 7 lits réservés à ce service libre créé en 1934 à Charenton d'après les recherches faites par J.P. GAUSSENS²² et nous-mêmes avons retrouvé la trace archivée d'une dizaine de patients dans cette situation pour l'année 1938. L'idée que seule une symptomatologie « légère » de type névrotique pouvait bénéficier de ce mode de placement, allait très vite se trouver battue en brèche par un courant de pensées qui, tout au contraire, œuvrait dans le sens d'une extension de cette façon d'hospitaliser les patients venant d'eux-mêmes se faire soigner. Si bien qu'il paraît quasiment incongru aujourd'hui qu'il ait fallu tant d'années, tant de débats et de querelles, pour qu'on puisse en arriver à envisager qu'une pathologie aiguë dite « lourde », du registre de la psychose, puisse être traitée en responsabilisant le malade, sujet de sa folie, participant volontairement à sa thérapeutique. Mais il faut peut être aussi comprendre que si le confort et la sécurité du malade et des personnels soignants restent toujours préoccupants, l'arsenal thérapeutique dont nous disposons de nos jours permet d'aborder la pathologie mentale bien différemment qu'à l'époque.

En résumé, il y avait donc environ 40% de malades en placement d'office et 60% en placement volontaire de 1931 à 1945, puis à partir de 1950 jusqu'en 1960, une tendance qui s'affirmera de plus en plus vers la réduction des placements d'office, qui ne constitueront plus que 27% des placements.

- Quand on se penche également sur le mouvement de la population des « pensionnaires aliénés » (voir le tableau n°2), comme l'indique la correspondance de l'époque entre le directeur de Charenton et le substitut du procureur de la République, ainsi que l'exige la loi de 1838, nous constatons que le nombre des entrées

²¹ *Ibid.*, p. 312

²² J.P. GAUSSENS, *op. cit.*, p. 137

est presque équivalent à celui des sorties et relativement restreint par rapport à la population totale de l'asile, de 5 à 10%, ce qui laisse penser que les temps de séjour étaient probablement assez longs.

Mais sur ce point, nous ne disposons d'aucune information précise, tant sur l'origine que la profession, l'âge ou même la pathologie psychiatrique des pensionnaires ; ce qui pourrait faire l'objet d'une recherche très intéressante. En effet, en plongeant dans les archives de l'établissement, nous avons remarqué que, aussi riches d'enseignement que soient les chiffres — qu'il faut toujours manipuler avec précaution — la façon de traiter statistiquement ces données est tout autant significative de l'intérêt que la société a commencé à porter à la maladie mentale.

Ainsi, à Charenton, ce n'est qu'à partir de 1952 que les statistiques traitent systématiquement le mouvement de la population internée et ceci conformément à la « circulaire n°148 du 21 août 1952 ». À cette même date, on se préoccupe de recenser la pathologie alcoolique. Plus tard, en 1957, apparaît le tableau de répartition et de pourcentage des dépenses pour l'exercice de l'année en cours, puis en 1958, l'établissement reçoit un questionnaire statistique type (modèle M.S.5, pour la petite histoire !) qui émane de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques : le but est de standardiser les données pour faciliter leur traitement informatique, afin de se faire une idée du profil de la pathologie mentale à l'échelle nationale. De même est prise en compte la répartition des malades en fonction de leur pathologie selon la nomenclature du 11 octobre 1943, qui fait ressortir la prépondérance des psychoses. Mais on est encore loin de tirer les hypothèses de recherche suffisamment structurées à partir de ce matériel et tout le travail reste à faire en ce qui concerne son exploitation particulièrement.

- Beaucoup de points restent obscurs au sujet de la population internée, en particulier ses origines. Nous savons cependant que la particularité de Charenton fut de pouvoir choisir et sélectionner d'une certaine manière sa clientèle. Cela était dû à son statut « d'établissement national » n'appartenant pas à la catégorie des hôpitaux psychiatriques de la Seine comme c'était le cas de Villejuif, Ville-Evrard ou Maison-Blanche, par exemple. Les malades répartis dans ces différents asiles, l'avaient été préalablement par un service central des admissions, alors que le recrutement était laissé au libre choix des médecins chefs et de la direction à Charenton, à l'exception de patients envoyés par le Ministère tels que des fonctionnaires rapatriés des colonies, ou des militaires, un contrat ayant été passé entre l'établissement et le Ministère des Armées.

Un rapport annuel sur l'alcoolisme pour l'année 1957-58, adressé par H. BARUK au Ministre de la Santé Publique et de la Population, nous confirme ce fait :

« D'une façon générale l'alcoolisme ne joue pas un rôle considérable dans nos services étant donné le recrutement de nos services. La plupart des malades en effet, sont adressés personnellement soit par des médecins, soit par

des hôpitaux. Ces malades viennent des régions les plus différentes de la France et parfois même de l'étranger. Il s'agit donc le plus souvent de malades choisis et ce fait nous explique le pourcentage relativement peu marqué d'alcooliques. »

La notoriété, les conceptions philosophiques et religieuses de H. BARUK, avaient attiré auprès de lui, effectivement une population « choisie », très particulière, de patients qui fuyaient la psychiatrie d'alors, les asiles où l'on pratiquait des méthodes de chocs, réputés agressives ; d'autres qui étaient rapatriés des anciennes colonies ; des rescapés des camps de concentration, ou qui avaient perdu pratiquement toute leur famille pendant l'holocauste. D'autres encore arrivaient du Maghreb, après les événements d'Algérie et les troubles en Afrique du Nord, d'autres même de Jérusalem.

Et de ces malades, d'origine israélite pour beaucoup, nous en retrouverons encore certains, vingt-cinq ou trente ans plus tard, pour nous parler de la confiance qu'ils avaient accordé à « leur professeur BARUK », à son humanité et à la compréhension qu'il pouvait avoir de leurs problèmes spécifiques. Nous avons ressenti combien la personnalité prestigieuse de ce médecin chef pouvait être encore entourée d'une auréole mythique pour d'aucuns qui nous ont affirmé « lui devoir la vie ».

Nous nous sommes interrogé également sur ce que le personnel soignant qui, lui, n'était pas forcément au fait des traditions religieuses juives, avait pu éprouver au contact d'un milieu « différent », et au total, rares ont été les réactions antisémites : c'est bien plutôt une tolérance accrue aux difficultés de l'Autre qui s'est manifestée.

Évoquant les problèmes thérapeutiques auxquels sont confrontés les soignants à propos des anciens déportés, voici ce qu'écrivit par exemple H. BARUK :

« On ne peut traiter ces malades comme les autres. Ils sont au sens propre du mot des écorchés vifs. On ne peut leur imposer des efforts thérapeutiques. La seule hospitalisation peut provoquer la mort si on ne l'accompagne d'attentions soutenues et vigilantes. Il faut leur montrer une douceur inouïe, ne jamais les effrayer, agir comme s'il fallait les convaincre jour après jour que le monde n'est pas que cruauté et sauvagerie. »²³

C'est-à-dire aussi combien H. BARUK était exigeant sur les qualités humaines et relationnelles de ses infirmiers et infirmières : ceux-ci nous ont d'ailleurs rapporté l'intransigeance de leur ancien médecin chef s'il apprenait qu'on avait falsifié les propos d'un malade ou commis une injustice, si vénielle soit-elle, à ses dépens. Cela nous indique qu'en un temps où n'était pas encore institutionnalisé l'enseignement de ce personnel, la pratique à laquelle il était renvoyé était tout autant formatrice.

²³ H. BARUK, *Des hommes comme nous*, p. 180-181

• Les locaux où vivaient les malades étaient naturellement vétustes, insuffisamment entretenus du fait de la situation budgétaire de la partie asilaire, jusqu’à l’époque du transfert de la Maison Maternelle au Vésinet en 1958. Il en résultait un encombrement certain et une organisation très peu fonctionnelle des conditions de soins et d’hôtellerie. Les chiffres donnés par J.P. GAUSSENS pour la période de la fin des années 1950, sont les suivants²⁴ :

capacité d’hospitalisation : 1 080 lits ;
— un service d’hommes : 380 lits ;
— deux services de femmes : 420 lits et 280 lits.

Alors que ce deuxième service était établi au premier étage d’un bâtiment dont le rez-de-chaussée était réservé aux mères célibataires de la Maison Maternelle. Les infirmières témoins de cette époque nous ont narré leurs souvenirs et leurs anecdotes tantôt humoristiques, tantôt tragiques qui fourmillent sur leurs conditions de travail d’alors.

Il faut cependant remarquer que l’établissement, de par sa restructuration architecturale de 1838 inspirée par ESQUIROL, était doté non pas d’immenses dortoirs comme on en trouve dans la majorité des hôpitaux, mais de quelques chambres individuelles et de dortoirs de six, douze, vingt ou vingt-cinq lits, ce qui pouvait être considéré comme assez raisonnable pour l’époque. Au niveau des archives de la Maison, nous voyons apparaître le 25 janvier 1965, une « enquête sur l’équipement psychiatrique dans le cadre du V^e plan » pour procéder à la rénovation de la structure d’hébergement hospitalier : sont ainsi notés, pour une population de 1 103 malades au 1^{er} janvier 1965, 831 lits anciens à rénover, 250 lits l’ayant déjà été par l’établissement depuis 1949. Ceci prouve bien l’énormité de la tâche à accomplir, puisqu’en ces débuts de la décennie 1980-90, les travaux de rénovation sont toujours en cours !

Pour le service BARUK, par exemple, il existait un pavillon de gérontologie assez bien équipé au point de vue des locaux, mais par contre les difficultés de fonctionnement étaient particulièrement contraignantes dans l’un des pavillons, récupéré après 1958 à la Maison Maternelle, qui occupait deux niveaux (rez-de-chaussée et 1^{er} étage) et où la même équipe réduite était responsable des soins et de la surveillance simultanément du bas et du haut.

Or, comme l’indiquent les tableaux nos 3 et 4, l’après-guerre voit s’opérer une remontée du nombre des malades hospitalisées. À partir de 1959 le nombre des femmes hospitalisées est presque le double de celui des hommes, pour la plupart en « placement volontaire ». Environ 80% de ces malades internés sont originaires du département de la Seine, aucun n’est assuré social et pratiquement toute la population de l’asile est prise en charge financièrement au compte des collectivités

²⁴ J.P. GAUSSENS, *op. cit.*, p. 138

locales. Ce n'est qu'au courant des années 1960 que la couverture sociale se met en place par l'intermédiaire de la Sécurité Sociale. Les entrées sont presque équivalentes aux sorties jusqu'en 1959, puis la libération des locaux due aux départs de la section maternelle permet d'enregistrer une hausse très nette des admissions à partir de 1960, qui ne seront pas compensées par des sorties en nombre égal, laissant présager la « chronicisation » de malades à longs séjours.

2.2.2 Le personnel soignant

L'histoire et l'évolution des statuts, des tâches, de la répartition du personnel soignant en un lieu tel que l'hôpital psychiatrique est totalement en prise directe avec l'histoire de la psychiatrie, et ferait à elle seule l'objet d'une recherche de grande envergure. La lecture de témoignages comme celui d'André ROUMIEUX²⁵ en dit long sur la trajectoire théorique et pratique qu'on suivi les infirmiers ayant fait leurs premières armes dans cet après-guerre que nous étudions jusqu'au tournant contestataire de l'anti-psychiatrie, puis à l'ouverture des services hospitaliers vers l'extérieur, vers le secteur. Et ces témoignages sont d'autant plus précieux qu'ils émanent d'un personnel qui, il y a encore peu de temps, n'avait que très fortuitement l'opportunité de s'exprimer et n'y était guère encouragé.

Nous nous bornerons donc à un essai de description succincte de la situation des différents personnels qui se sont partagés les soins des malades au sein de cette vénérable et séculaire institution. Il est évident qu'il s'agit bien de « partage » thérapeutique, même si la structure verticale hautement hiérarchisée du personnel soignant, du médecin à l'infirmière sans grade à laquelle était principalement dévolu le travail ménager, pouvait faire croire que seul, le savoir-faire médical était efficace en la matière.

• Voici quelques repères datés et chiffrés qui peuvent nous donner une idée de :

(a) la composition du personnel soignant par rapport au nombre de malades hospitalisés :

— en 1924 : sont recensés pour une population de 229 malades, 76 agents salariés chargés de soins dont 2 médecins chefs et 2 internes ;

— en 1958 : pour 952 malades, on comptait 343 soignants dont 4 médecins, 6 internes, 1 pharmacien, 12 « spécialistes » au nombre desquels les ergothérapeutes, et 4 assistantes sociales contractuelles.

Ces données ne nous permettent pas d'extrapoler sur la proportion des soignants relative au nombre des malades pris en charge car il faudrait tenir compte de la mise en place du roulement des équipes (matin, après-midi, veille), des

²⁵ André ROUMIEUX, *Je travaille à l'asile d'aliénés*, 1974, et *La tisane et la camisole. Trente ans de psychiatrie publique*, 1981.

congés qui s'étaient allongés, des personnels soignants détachés dans des services administratifs ou autres, tous facteurs sur lesquels nous ne disposons d'aucune information.

Nous verrons plus loin l'intérêt grandissant que l'on portera à ce problème d'effectifs et de répartition du personnel de soins, lorsque vont brutalement évoluer les conceptions thérapeutiques en psychiatrie, dès les années 60, nécessitant alors une présence infirmière de plus en plus grande auprès des patients.

(b) la répartition hiérarchique des soignants dans un service reconstitué à partir des états du personnel relevés tous les dix ans :

— en 1940 :

Personnel médical : le médecin chef, les internes ;

Personnel de soins : les surveillants, les sous-surveillants, les infirmiers-chefs, les infirmiers, les auxiliaires (préposés aux tâches exclusivement ménagères et qui étaient des journaliers), les servants dont la fonction était un reliquat des anciens domestiques attachés à certains malades particuliers.

— en 1950 : nous voyons apparaître des médecins assistants entre le médecin chef et ses internes, et au niveau des personnels auxiliaires, deux nouvelles catégories professionnelles : les aides-soignants auxiliaires et les auxiliaires de service se partageant les travaux ménagers liés directement aux malades pour les premiers, uniquement d'entretien des locaux pour les seconds.

— en 1960 : arrivent de nouveaux personnels para-médicaux dont les postes sont budgétisés. Ceci indique une spécialisation de plus en plus importante des fonctions, renvoyant aux nouvelles orientations, aux nouvelles techniques et aux nouvelles préoccupations thérapeutiques qui commencent à poindre à l'horizon psychiatrique. Ainsi sont alors employés dans l'établissement :

○ une aide-physiothérapeute manipulateur d'électro-encéphalographie, prouvant que l'E.E.G. fait alors partie intégrante des examens systématiques pratiqués chez les malades mentaux ;

○ un moniteur de cannage, ce qui laisse penser à un développement accru de la sociothérapie par le truchement de l'ergothérapie et d'activités manuelles très particularisées ;

○ quatre assistantes sociales qui travaillent dans le but de réinsérer les patients à la reprise de leur vie extérieure.

○ deux psychologues qui font pénétrer les techniques psychologiques et relationnelles (tests, entretiens avec les malades et approche des relations avec les équipes de soins) au cœur du bastion psychiatrique jusqu'alors très médicalisé.

D'ores et déjà, nous constatons que cette institution vétuste, hiérarchisée, en proie à des problèmes financiers importants, n'échappe pas à la dynamique historique. Bon gré ou mal gré, elle sera traversée par les grands courants d'idées que la société et par voie de conséquence la psychiatrie va véhiculer jusqu'au tournant

de 1968, année considéré par beaucoup d'« anciens » comme la fin d'une époque. Afin d'éclairer cette évolution et d'en mieux comprendre le sens, fixons-nous à la période 1950–1968, pour laquelle les témoignages sont encore nombreux et tentons d'analyser la proposition, des médecin d'une part, des infirmiers de l'autre.

2.2.2.1 Le personnel médical

Le personnel médical était — et est toujours — essentiellement constitué par le médecin chef de service, « son » ou « ses » médecins assistants et enfin « ses » internes qui eux sont encore des médecins spécialistes en formation. L'adjectif possessif sur lequel nous mettons l'accent qualifie bien la situation que vivaient ces quelques médecins dans l'entourage du médecin chef.

Ainsi à Charenton, qui bénéficiait de prérogatives particulières de par son statut d'établissement national comme celle de choisir les malades ainsi que nous l'avons déjà montré, les médecins chefs pouvaient également choisir les internes comme ils le désiraient. Ceux-ci au nombre de trois par service, avaient la possibilité de rester en fonction de nombreuses années, perfectionnant leur pratique et jouissant d'un enseignement de grande qualité au contact direct de leur « patron », selon le terme familier en usage. Référons-nous d'ailleurs à ce qui se passe encore dans quelques asiles de province où les internes effectuent un internat au long cours, vivant parfois complètement dans l'établissement.

La contre-partie de cet état de fait, c'était la grande dépendance qui unissait ces médecins étudiants au médecin-chef, et qui posait problème quand survenaient des divergences de conduite thérapeutique à propos d'un même patient. Il est bien certain que ce type de conflit est assez courant, aujourd'hui encore, mais il se règle alors ou par la concertation ou par la décision finale du médecin-chef, ou encore par un conflit ouvert dans les plus mauvais cas, se terminant six mois ou un an plus tard quand le stage de l'interne prend fin. Les relations pouvaient donc être plus confuses lorsqu'elles s'inscrivaient dans un rapport de subordination au bon vouloir de celui qui détenait savoir, pouvoir et tutelle.

C'étaient surtout les épisodes d'agitation aiguë de malades psychotiques « difficiles » qui constituaient le révélateur et le symptôme flagrant de ce système de fonctionnement ambiguë de l'institution, tant la communication entre des individus séparés constamment par des barrières hiérarchiques était malaisée. Le même exemple nous a souvent été relaté, par d'anciens infirmiers du service du Professeur BARUK, où dans des cas d'agitation importante, celui-ci préconisait une approche relationnelle du malade, pour éviter l'utilisation de neuroleptiques incisifs à haute dose, alors que la réalité du contexte hospitalier, la pénurie en personnel dont les conditions de travail étaient fort périlleuses, amenait l'interne à prescrire ces drogues avec la plus grande discrétion mais aussi la plus grande efficacité au grand soulagement des infirmiers présents.

Les états d'agitation faisaient régner l'insécurité et la terreur parmi les soignés et les soignants, enclenchant par voie de conséquence des réactions coercitives de la part des infirmiers, selon le schéma classique : « agresser pour ne pas être agressé », puisque les moyens de lutte contre la violence étaient frustes et limités (bains, contention par la camisole de force, etc.) Que beaucoup contestent l'usage de psychotropes, qu'ils dénoncent la « camisole chimique », ou qu'ils mettent en doute son utilité, toutes questions pertinentes comme le pensait d'ailleurs H. BARUK, il n'est pas un infirmier ayant vécu l'introduction de ces produits dans la thérapeutique hospitalière qui ne nous ait affirmé qu'ils avaient contribué à transformer le visage de l'asile. Mais c'est aussi la façon d'envisager et de traiter dans son ensemble la pathologie mentale qui s'est modifiée par l'introduction du concept de « socio-thérapie » avec l'idée que la vie communautaire intra-hospitalière peut se calquer sur la vie de la société prise dans sa globalité, régie par les mêmes lois.

En juin 1956, tout un numéro de *L'Information psychiatrique* était ainsi consacrée aux « controverses autour de l'attitude rétributive en psychiatrie hospitalière »²⁶ abordant le problème de la « punition » ou bien de la « sanction » du médecin à propos de la violence et de l'agressivité qui circulent constamment dans l'hôpital psychiatrique. Parmi les signataires des différents articles, on trouvait les noms de G. DAUMÉZON qui affirmait « le médecin ne peut punir », de L. BONNAFÉ qui dénonçait la confusion « traitement-rééducation » s'attachant à « l'extirpation des structures oppressives dans l'H.P. » et à « favoriser un climat psychothérapeutique », ou de G. DESHAIES qui concluait :

« Notre but : sortir de l'enclave hospitalière, implique une réadaptation à la Société telle qu'elle est. Or la structure actuelle de la Société exige des conduites et des relations inter individuelles valorisées et sanctionnées [...] C'est par rapport à cette société, nécessairement prise comme système de référence que nous devons tenter la réadaptation de nos malades. Voilà notre tâche, dans notre hôpital, hic et nunc et non pas de réformer nos malades pour quelque idéale société future... , ce qui achèverait de les désadapter dans le monde présent. »

Le problème était et demeure complexe, il est toujours loin d'être résolu, et il témoigne particulièrement bien du fossé qui sépare parfois la théorie de la pratique : ainsi des psychiatres comme H. BARUK ou G. DAUMEZON, dont les orientations doctrinales pouvaient être très différentes, se rejoignaient sur le principe même de la toxicité des attitudes répressives vis-à-vis du malade, alors que la pratique quotidienne de la réalité asilaire démentait ces positions, qui ne pourraient devenir effectives qu'avec l'amélioration des soignant et des patients. V. BERTRAND, dans la même revue ajoutait :

²⁶ *L'Information Psychiatrique*, juin 1956, p. 297–402.

« C'est sur la formation du personnel dans le sens d'une meilleure aptitude psychiatrique qu'il faudra se pencher sans jamais se lasser. »

Pour illustrer ce propos, nous envisageons trois types de démarches médicales qui avaient au moins en commun la visée d'une meilleure prise en charge thérapeutique du malade, et qui, chacune de façon radicalement originale, aboutirent à donner à Charenton son visage contemporain :

Les idées d'Henri BARUK en matière thérapeutique reposaient sur les rapports entre médecine et justice : le psychiatre de par ses décisions concernant l'internement ou non des malades, prend des responsabilités qui peuvent mettre en cause la liberté individuelle ; de ce fait, il doit se faire un devoir de respecter la tradition éthique du corps médical, à savoir s'ériger en défenseur du malade, en disant ce qu'il a à dire avec la plus grande fermeté tout en s'appuyant sur des examens bien faits. Les aliénés ne sont donc pas des coupables qu'il faut punir, ils sont au contraire des malades qui ont droit à toute la sollicitude que l'on doit à l'humanité souffrante. Cela implique en conséquence la lutte contre les internements arbitraires et au plan de la pratique « l'examen des témoignages par la méthode des enquêtes » ; cela implique encore, au niveau philosophique et psychologique, que chez tout être humain, malade ou pas, existe un jugement profond qui est le sens du bien et du mal. H. BARUK le définit de cette façon :

« Il n'est donc pas question d'une censure sociale mais d'une force d'une toute autre nature. Elle est en nous et elle tient sa place sans faiblesse, indépendante de tous les pouvoirs qui s'entrelacent autour de nous. Cette force ne dispose d'aucun moyen de coercition apparent. Elle s'impose d'elle-même et nous sommes obligés de lui obéir. Certes il est loisible à chacun de la méconnaître et de la violer. Il se révèle qu'elle est irrépressible, indestructible, et qu'elle réapparaît chez des êtres se croyant définitivement affranchis. Cette force, c'est la conscience morale. »²⁷

H. BARUK appliqua ces présupposés avec la plus grande rigueur dans son service à Charenton, examinant le bien-fondé des mesures d'internement des malades, faisant comparaître dans son bureau soignés et soignants s'il y avait conflit, attentif au plaignant et à ses doléances, se faisant toujours l'ardent avocat des malades en toutes circonstances. Ce qui obligeait le personnel à la plus grande des vigilances dans ses gestes et ses propos.

Il utilisa également à des fins de diagnostic le concept religieux de justice, désigné en hébreu par le mot « tsedek » qui associe la notion de justice à un sentiment d'humanité et de charité : avec M^{lle} RIBIÈRE et le Docteur BACHET, il mit au point le test du même nom²⁸ test comportant quinze items destinés à mettre

²⁷ H. BARUK, *Des hommes comme nous*, p. 270.

²⁸ H. BARUK et M. BACHET, *Le test Tsedek, le jugement moral et la délinquance*, 1950.

en évidence la présence ou l'absence de jugement moral de la personnalité testée, l'indifférence morale étant selon lui un des meilleurs critères de dépistage de la schizophrénie.

Partisan convaincu du traitement moral par l'application de cette « psychothérapie hébraïque » (selon le terme qu'il nous a lui-même livré en entretien) fondée sur les notions que nous avons précédemment développées, H. BARUK ne prescrivit jamais ni électrochocs ni insulinothérapie dans son service, alors que ses collègues de l'établissement les avaient intégrées dans leurs techniques thérapeutiques au même titre que les méthodes chimiothérapeutiques ou psychothérapeutiques. Il entendit aussi proposer des activités intellectuelles et manuelles à ses malades, car : « pour rendre son esprit à un homme l'une des meilleures méthodes est de le remplir et de lui donner ainsi un but dans la vie »²⁹. C'est pourquoi il fit venir à Charenton des enseignants détachés du Ministère de l'Éducation Nationale qui donnèrent toutes sortes de cours : gymnastique, danse, anglais, littérature avec projection de diapositives, chant, musique, géographie, etc. Il nous faut mentionner ici le témoignage d'une ancienne infirmière devenue ergothérapeute en psychiatrie³⁰. Elle y décrit l'atmosphère de l'atelier de femmes en 1959 :

« Notre atelier en 1959 est un grand séjour fraîchement repeint, l'ambiance est agréable avec la radio et les plantes vertes. On tricote, brode, coud, repasse. Parfois on écoute des disques. On y goûte de petits gâteaux et d'un café servi dans de jolies tasses "qui cassent" — à cette époque, c'est un luxe, dans les services, c'est encore la vaisselle de fer ou de plastique. »

Un four à flamber pour la porcelaine et les faïences est offert au service par un ami de H. BARUK, une malade artiste peintre initie les autres patients au dessin et à la peinture. Le but thérapeutique poursuivi est à la fois occupationnel et réadaptatif permettant aux malades une reprise de leur activité passée et un contact avec les autres à travers le geste. N'intervient aucune considération de rentabilité, mais au contraire la possibilité de décorer et d'égayer le lieu de vie communautaire qu'est l'asile.

H. BARUK, enfin, s'était donné pour objectif de former son personnel. Il nous a d'ailleurs confié :

*« Le chef de service doit soigner ses malades et instruire son personnel par l'exemple. Il doit être toujours sur la brèche, infatigable et modeste. »*³¹

Tous les jours, il visitait son service accompagné de tous ses internes, des stagiaires étrangers que sa réputation attirait des quatre coins du monde, de son surveillant général, de la secrétaire médicale. C'était la « visite du patron », sorte de

²⁹ H. BARUK, *Des hommes comme nous* p. 319.

³⁰ L. CHAZALY, *Mémoire pour l'obtention de l'examen professionnel d'ergothérapeute*, 1982 ; nous remercions l'auteur de nous l'avoir communiqué.

³¹ Propos inédits recueillis auprès du Professeur H. BARUK en février 1982.

rite initiatique, destiné à enseigner ses collaborateurs. Il faut noter ici un point d'importance : jusqu'en 1969, le concours de l'internat des hôpitaux psychiatriques s'appelait « internat de neuropsychiatrie » et n'y figurait aucune question de psychiatrie ; on comprend donc le souci de H. BARUK de compléter cette formation dans la pratique. Il écrit :

« Dans le système qui se développe aujourd'hui, le chef de service vient passer la visite, laissant sur place ses élèves. La méthode est mauvaise. Étudiants et internes manquent de l'expérience suffisante pour créer avec les malades des relations très denses et très intenses qui sont indispensables. »³²

L'heure n'était pas encore à la participation active des infirmiers dans la thérapeutique décidée par le médecin. Seul le surveillant, supérieur hiérarchique, était directement concerné pour veiller à l'exécution du traitement ordonné, et il était courant que lors de la fameuse « visite », les infirmières de la base, effarouchées par tout ce cortège, se réfugient dans le ménage du pavillon !

Au total, on peut dire qu'au niveau médical, les décisions étaient entièrement prises par le médecin chef, à qui, par principe et par choix, les internes étaient acquis. La tradition didactique médicale était respectée : le maître instruisait ses élèves et leur transmettait un savoir qui n'était pas encore contesté comme il le sera quelques années plus tard par les exécutants et même les malades au plus fort de la vague anti-psychiatrique. « L'ordre et la propreté régnaient dans les services, ce qui n'est pas toujours le cas aujourd'hui... », comme le disait avec humour une surveillante actuelle, mais les distances étaient grandes entre ceux qui « savaient » et les autres.

Et cependant, malgré tous les obstacles, H. BARUK avait réussi à inculquer à l'ensemble de son personnel le respect de la pathologie et de la parole du malade.

Gabriel DESHAIES prend ses fonctions de médecin chef dans l'établissement en 1953, à la tête du service des femmes, succédant au Docteur DAYDAY. Il va réussir à implanter de nouvelles thérapeutiques qui vont ouvrir une brèche véritable dans cet univers totalement acquis jusqu'alors aux conceptions « barukiennes ».

Il ne manquera ni de courage ni de persévérance pour le faire, puisqu'aux yeux de son influent confrère le Professeur BARUK, il symbolise l'ennemi à abattre quand il va introduire à Charenton tout à la fois les chocs insuliniques, la sismothérapie, les neuroleptiques, voire la psychanalyse. Le combat restera heureusement fort courtois, chacun des protagonistes évitant le prosélytisme et respectant le territoire de l'autre, à savoir chacun son service et son équipe. Pour l'anecdote, cela n'empêchera pas H. BARUK de faire parfois appel aux services techniques de

³² H. BARUK, *Des hommes comme nous*, p. 95-96

G. DESHAIES³³ quand ses principes et son orgueil lui interdiront de recourir aux électrochocs alors que l'urgence thérapeutique lui commandera le contraire. . .

G. DESHAIES a exercé vingt-sept ans (de 1953 à 1980) à Charenton au poste de médecin chef, ouvrant la voie à la « modernité » psychiatrique dans cet établissement qui essayait de survivre, faisant preuve de la plus grande des modesties et d'une rigueur dans son travail qui forcent l'admiration aujourd'hui encore.

Son champ d'activité s'est orienté dans deux directions étroitement intriquées : l'activité clinique et thérapeutique, l'activité enseignante.

Il nous a confié que sa formation fut à la fois philosophique et médicale. Licencié en philosophie, il fréquente Sainte-Anne avant d'être interne, suit les présentations de GUIRAUD, de DUMAS, d'OMBREDANE, fait un stage à l'Infirmierie Spéciale du Dépôt. Il est le dernier interne de CLAUDE, il devient chef de clinique de HEUYER et de DELAY, ce qui lui permet ainsi qu'acquérir un savoir clinique et psychopharmacologique particulièrement étoffé qu'il se donnera pour mission de transmettre par la suite à ses élèves.

Selon ses propos, la psychiatrie reste centrée sur la médecine et la biologie, le somatique et le psychologique entretenant entre eux d'étroites liaisons. Il dit avoir une vue « monistique » sur la psychiatrie, la traitant dans son ensemble mais aussi dans sa spécificité, partant d'une conception globale de l'existence humaine, ne cachant donc pas ses sources, que nous avons mentionnées plus haut. Il attache une grande importance à la personnalité du sujet, n'en négligeant ni les aspects biologiques ni sociologiques, ce qui l'autorisera à utiliser un éventail thérapeutique élargi. Pour lui par exemple, la psychothérapie n'est pas purement d'essence analytique, car sans renier toute valeur à la psychanalyse, il considère qu'elle ne peut s'appliquer qu'à des cas particuliers.

C'est donc dans cette perspective conceptuelle que G. DESHAIES entreprend son mandat à Charenton, dans un service de malades femmes où le personnel est par conséquent exclusivement féminin.

- Le recrutement de ces malades mérite que l'on s'y intéresse de plus près : outre la clientèle de fondation, dont nous avons largement fait état (clientèle choisie, d'un certain niveau socio-culturel), arrive une nouvelle clientèle dans le service de G. DESHAIES qui amorce l'ébauche d'une première « sectorisation ».

C'est l'époque où se mettent en place des réflexions sur l'assistance psychiatrique aux malades mentaux « dans » et « hors de » l'asile, déjà formulées au cours des « journées psychiatriques » de 1945, ainsi que l'observe H. MIGNOT³⁴ :

« Au long de l'histoire un certain nombre d'exigences s'étaient les unes

³³ Nous faisons ici référence à l'entretien que G. DESHAIES nous a très aimablement accordé en septembre 1982, où il nous a livré quelques anecdotes pleines d'humour à ce propos.

³⁴ Hubert MIGNOT : « Le secteur » dans *Encyclopédie Médico Chirurgicale*, Psychiatrie, 37915-A-10, 1967.

après les autres imposées : diversité nécessaire des formations de soins et d'assistance, caractère indispensable d'une action prophylactique et d'une post-cure, extension dans la société du champ de la psychiatrie, primauté, enfin, d'une prise en charge psychothérapique dont la continuité est impérative. C'est en tendant de résoudre les difficultés nées d'exigences à première vue difficiles à concilier que s'est peu à peu dégagée la conception du "secteur". »

H. MIGNOT poursuit :

« Les pionniers n'attendent pas des textes pour tenter de réaliser, avec les moyens du bord, leur aspirations théoriques : DAUMEZON, en 1952, proposait dans son rapport annuel que chaque service de la Seine reçoive les malades d'un service de recrutement, de façon à faciliter le travail social et l'organisation de la post-cure. L'année suivante, sur rapport de DUCHENE et de DAUMÉZON, le principe de cette répartition "par aire géographique et démographique à la mesure d'une équipe médico-sociale" était retenu par la Commission de l'O.P.H.S. (Office Public d'Hygiène Sociale) et le travail de secteur s'amorçait. »³⁵

Cet office public d'hygiène sociale (O.P.H.S.), créé en 1936, intègre l'hygiène mentale et organise de façon systématique en région parisienne, dès 1937, un réseau de consultations d'enfants déficients mentaux qui va permettre la mise en place effective de dispensaires d'hygiène mentale également pour malades mentaux adultes³⁶. Un certain nombre d'arrondissements de Paris sont ainsi pourvus de dispensaires très souvent polyvalents, où se succèdent des consultations anti-tuberculeuse, de vénérologie comme de malades mentaux. Si ces patients ont besoin d'être hospitalisés, ils peuvent l'être dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine où certains médecins chefs se sont mis d'accord avec la Préfecture et le Service des Admissions de Sainte-Anne pour les y accueillir.

G. DESHAIES, à Charenton, adhère donc à ce courant psychiatrique prophylactique et thérapeutique qui tente d'organiser la post-cure des malades avec les moyens du bord, c'est-à-dire pratiquement sans aucune infrastructure. S'ébauche de la sorte un recrutement « sectorisé » de malades femmes dans son service, puisque la mixité n'est pas encore à l'ordre du jour dans l'institution. Cette sectorisation unisexuée recouvre une aire géographique extrêmement étendue : 11^e, 12^e arrondissements de Paris, Val-de-Marne (Charenton, Saint-Maurice, Alfortville, Maisons-Alfort, Créteil, Bonneuil). Sur cette aire sont implantés deux dispensaires : l'un rue de Lamblardie dans le 12^e arrondissement, l'autre rue Pasteur à Maisons-Alfort qui sera remplacé plus tard par un dispensaire à Charenton.

³⁵ H. MIGNOT, *op. cit.*

³⁶ M. JAEGER, *Le désordre psychiatrique*, p. 111-148

Les conditions d'exercice tant intra- qu'extra-hospitalières étaient plus qu'inconfortables. Dans son service, à titre d'exemple pour l'année 1955, étaient internées plus de 400 patientes, et G. DESHAIES y travaillait alors avec un seul interne, sans médecin assistant, ni secrétaire, ni assistante sociale. D'où une façon de faire la psychiatrie radicalement différente de celle que l'on conçoit actuellement, l'obligation étant de parer au plus urgent sans possibilité de reconsidérer les cas des malades stabilisés depuis longtemps et qui avaient glissé vers l'oubli et la chronicité. Le dispensaire était presque mieux loti en ce qui concerne le personnel, puisque riche d'une secrétaire et d'une assistante sociale. . . quand bien même la cuisine avait été transformée en bureau !

Une activité de secteur, propre au service de G. DESHAIES se met ainsi en place, activité non négligeable même si elle reste unisexuée et qu'elle n'a pas le caractère systématique et de portée générale que lui confèrera la circulaire du 15 mars 1960. Elle a d'autant plus d'importance dans l'histoire de l'établissement que c'est sur ce modèle géographique de « sectorisation » que s'organisera le découpage des secteurs rattachés à l'hôpital, à partir de 1972. On pourra d'ailleurs trouver contestable que l'on ait repris la sectorisation sur des bases géographiques aussi étendues, et démographiques aussi hétérogènes : il n'est certes pas très rationnel d'obliger les malades et leurs soignants à de longs déplacements, comme le nécessitent les thérapeutiques ambulatoires et la post-cure ; d'autre part l'implantation sur un seul département aurait évité les déboires budgétaires qu'entraîne pour l'établissement la double tutelle de Paris et du Val-de-Marne.

Au plan thérapeutique G. DESHAIES innove à plusieurs titres, à Charenton. Dès son arrivée en 1953, il entreprend d'ouvrir une division réservée à l'insulinothérapie, que Manfred SAKEL avait mise au point dès 1933. Pour ce faire, il propose à ses infirmières d'appliquer ces méthodes inusitées jusqu'alors dans l'établissement : cinq jeunes diplômées et deux anciennes acceptent de constituer l'équipe qui va s'occuper spécialement des six lits affectés à cette thérapeutique. Mais assez rapidement cette technique tombera en désuétude bien que des témoins³⁷ fassent état d'une cure de SAKEL effective pratiquée encore au cours de l'année 1969-70. Il est également significatif que cette unité de soins ait continué à porter le nom « d'insuline » jusqu'aujourd'hui, alors que son usage primitif avait été complètement abandonné.

L'« insuline » sera reconvertie pour la pratique des électrochocs, inventés par CERLETTI et BINI en 1938 et introduits en France en 1940. Alors qu'au début de son utilisation, la sismothérapie était effectuée par l'interne seul, sans anesthésie préalable du malade, progressivement se constituera autour de celui-ci une équipe structurée, composée de l'interne assisté de deux infirmières connaissant bien leur

³⁷ Témoins parmi lesquels il faut mentionner le Docteur Marc PHELIPPEAU, Interne dans le service d'octobre 1969 à janvier 1971, et qui fut le dernier assistant de G. DESHAIES.

patient et d'un médecin anesthésiste chargé de le curariser et de l'anesthésier pour éviter tout risque d'accident. Les principales indications de cette thérapeutique, que G. DESHAIES utilisa jusqu'à son départ à la retraite en 1980, étaient et demeurent encore la mélancolie et les états confusionnels ce qui, précisons le, ne fut jamais remis en cause ni par les malades ni par l'équipe soignante au vu de l'efficacité des résultats (ce sont les propos mêmes des soignants que nous avons interrogés).

G. DESHAIES n'hésita pas non plus à employer la chimiothérapie et à faire usage des neuroleptiques lorsqu'ils arriveront sur le marché. Ses connaissances psycho-pharmacologiques sur les effets cliniques des médicaments lui permettaient d'être rigoureux dans sa pratique et d'éviter les abus : ainsi il tenait à être informé lui-même des traitements de tous les malades, en concertation avec l'interne qui les avait ordonnés.

G. DESHAIES saura aussi s'entourer de collaborateurs de formations différentes, dans un souci de pluridisciplinarité : psychanalystes, psychologues, ergothérapeutes, professeurs de gymnastique et de dessin puis plus tard kinésithérapeute et psychomotricienne, qui seront petit à petit intégrés à la vie de son service, il demandera la création d'un salon de coiffure pour ses malades, de même que l'aménagement d'un terrain de volley-ball.

Un an après sa prise de fonctions, en 1954, il opère un changement très important au sein de son équipe médicale, « équipe » constituée alors par un seul interne, mais qu'il étoffera de trois autres collègues par la suite : G. DESHAIES intègre en effet, à partir de cette date, à Charenton, les internes reçus au concours de la Seine, alors que jusqu'à cette époque dans l'établissement, les postes d'internes étaient au choix et à la discrétion du chef de service, comme nous l'avons illustré précédemment à propos du service de H. BARUK ; celui-ci optera d'ailleurs aussi, un ou deux ans après, pour cette filière « normalisée » d'internes, à quelques exceptions près. Cet acte brisait la spécificité de Charenton dont les médecins-chefs n'avaient plus le privilège de choisir les internes « taillables et corvéables à merci », mais replaçait l'institution au rang du commun des établissements de la Seine. Tout comme le nouveau recrutement des malades, pratiqués par G. DESHAIES, avait rompu la tradition de clientèle « choisie » de l'hôpital.

Au plan institutionnel, en 1956, G. DESHAIES ouvre un « service libre », c'est-à-dire qu'il aménage une unité de 30 à 35 lits environ, qui fonctionne sans clefs, où les patients ont toute liberté d'aller et venir, liberté certes relative puisque leurs sorties à l'extérieur sont conditionnées par des permissions et qu'en cas d'agitation, par exemple, les portes sont de nouveau fermées.

Nous avons déjà retrouvé la trace, dès 1934, de sept lits réservés à cet effet dans l'établissement, par H. BARUK. Cela constituait, nous l'avons montré, une importante novation, même si elle n'avait pas pris d'extension, et H. BARUK

s'était d'ailleurs insurgé³⁸ contre les abus de services libres qui, paradoxalement, prenaient parfois des allures plus arbitraires que la perspective non carcérale pour laquelle ils avaient été imaginés : à savoir, permettre à certains malades mentaux d'être pris en charge à l'hôpital psychiatrique, sans pour autant tomber sous le coup de l'internement tel qu'il est régi par la loi de 1838.

Dans les années 1950, les pouvoirs publics reprennent le problème, mais d'une façon très ambiguë, comme le montre Marcel JAEGER à propos d'une circulaire du Ministère de la Santé Publique daté du 28 février 1951 :

« *Le service ouvert d'un hôpital psychiatrique a eu exclusivement pour but d'éviter, aux malades dont l'état ne le requiert pas, les limitations de capacité civile et de liberté que comporte, même dans l'hypothèse d'un placement volontaire, l'application de la loi du 30 juin 1838, mais il restait entendu que, aussi bien du point de vue de l'assistance psychiatrique proprement dite que du point de vue du fonctionnement technique, aucune différence ne devrait exister entre le service ouvert et les services ordinaires dits services fermés.* »³⁹

G. DESHAIES pratiquera, avant la lettre, l'« hospitalisation de nuit » destinée à resocialiser des malades stabilisés au niveau pathologique et susceptibles de reprendre leur travail : ceux-ci allaient chez leur employeur la journée et rentraient dormir dans le service, jusqu'à ce que leur sortie définitive soit décidée lorsque leur adaptation à l'extérieur ne leur posait plus de problème. Ce système thérapeutique était alors officieux, et avant qu'il ne prenne l'extension qu'il a aujourd'hui, il nécessita moult pourparlers avec la Sécurité Sociale pour la prise en charge financière de ces patients. Dans le domaine anecdotique des initiatives « non légales », G. DESHAIES poussa l'audace jusqu'à hospitaliser, quand l'urgence vitale s'en faisait sentir, des animaux domestiques avec leurs maîtres malades, après accord du personnel, au risque de maltraiter le règlement !

Enfin G. DESHAIES ne négligera pas non plus d'effectuer systématiquement le tour de son service chaque semaine, réunissant dans chaque division l'interne et l'équipe infirmière pour faire le point sur le cas de chaque malade. Il s'agissait d'une réunion d'information clinique et thérapeutique, mais qui ne s'inscrivait pas dans la démarche de psychothérapie institutionnelle, telle que pourra le concevoir plus tard son collègue P. CHANOIT et dont nous traiterons plus loin.

Comme nous avons essayé de le montrer, G. DESHAIES fait figure de novateur dans ce Charenton de l'après-guerre, où la psychiatrie n'a plus la place statutaire qu'elle y avait acquise tout au long du XIX^e siècle, et où H. BARUK avait jusque là occupé en maître le devant de la scène.

³⁸ H. BARUK, *La Psychiatrie Française de Pinel à nos jours*, p. 135

³⁹ M. JAEGER, *op. cit.*, p. 118. Souligné par nous.

Même si les nouveautés introduites par G. DESHAIES font aujourd'hui partie intégrante de notre banal arsenal thérapeutique, même si l'on peut qualifier de « traditionalistes » les conceptions qu'il avait du rôle de médecin chef, il n'en reste pas moins vrai qu'il a su engager l'établissement et le personnel qu'il a formé dans la voie du changement. Son activité ne s'est en effet pas limitée au seul champ de sa pratique hospitalière : il a participé à l'administration de l'hôpital jusqu'à son départ à la retraite, comme président de la Commission Médicale Consultative, représentant ses confrères auprès du Conseil d'Administration, à partir de 1970. Il a, d'autre part, enseigné tout au long de sa carrière à de nombreux psychiatres, les préparant aux concours de l'assistantat et du médecin, ainsi qu'aux étudiants en psychologie de l'Institut de Psychologie de Paris.

L'arrivée de P. CHANOIT dans l'établissement en 1960 peut être considérée comme un moment charnière dans l'histoire de Charenton, bousculant les vieilles habitudes et introduisant des conceptions destinées à ouvrir le monde asilaire, clos sur lui-même, vers l'extérieur. Certains infirmiers, qui ont vécu cette période, l'ont même qualifiée de « bouleversement », d'« événement historique » car se profilait la possibilité de concevoir différemment le travail en psychiatrie, d'appréhender des techniques de soins nouvelles applicables aux malades mentaux, brisant avec la tradition ancestrale.

L'activité hospitalière de P. CHANOIT, dont c'était le premier poste de médecin chef, fut brève à Charenton : de mai 1960 à juin 1963 ; mais ces trois années devaient être fécondes en enseignement, permettant au personnel et aux malades de s'exprimer et de repenser en termes nouveaux la relation thérapeutique. P. CHANOIT prend ses fonctions lorsque s'effectue la mutation administrative de l'établissement : en 1958, les locaux anciennement occupés par la « Maison Maternelle », transférée au Vésinet, sont libérés petit à petit et réaménagés au profit des services psychiatriques. Cela entraîne la nécessité de créer un troisième poste de médecin chef au sein de cet « Etablissement National de Bienfaisance de Saint-Maurice », ainsi que le stipule sa nouvelle dénomination.

La répartition des services suit une telle chronologie :

— en 1953, comme nous l'avons déjà indiqué, deux services se partagent la psychiatrie à Charenton : H. BARUK dirige le service des hommes, G. DESHAIES, qui vient de succéder au Docteur DADAY, celui des femmes.

— en mai 1955, H. BARUK crée un pavillon de gérontologie, nouveauté dans le contexte psychiatrique d'alors, où il essaye d'introduire, sans grands moyens, des conduites thérapeutiques adaptées à la pathologie des personnes âgées, comme le « nursing » par exemple. Il s'agit d'une unité de 24 lits, divisée en deux dortoirs, affectée aux soins de femmes séniles, la plupart démentes et grabataires. Deux infirmières seulement en ont la charge, charge qui ne devait pas manquer d'être lourde !

— en 1958, lors du transfert de la Maison Maternelle, H. BARUK réinvestit progressivement les locaux ainsi libérés, qu’il destine à des malades femmes.

— en 1960, l’hôpital abritant 360 hommes pour 662 femmes, c’est-à-dire le double de malades femmes (voir le tableau n°4), le Ministère est amené à créer un troisième poste de médecin chef dans l’établissement en dédoublant le service de H. BARUK. Ce poste est confié à P. CHANOIT, à qui l’on attribue les hommes.

Schematisons ces étapes :

	Pr BARUK		Dr DESHAIES
1953	service hommes		service femmes
	↓		↓
1955	hommes + gérontologie		femmes
	↓		↓
1958	hommes + gérontologie + femmes		femmes
1960	BARUK gérontologie + femmes	CHANOIT hommes	DESHAIES femmes

Le domaine d’activité de H. BARUK se réduit de la sorte, peu à peu, jusqu’à son départ à la retraite en 1968, date à laquelle coexistent donc trois services d’environ 350 malades chacun. D’où une très forte concentration de patients, ce qui impliquait des conditions de travail et de soins très précaires.

P. CHANOIT est un élève de Paul SIVADON, dont il avait été l’assistant à Ville-Evrard. Or c’est là que SIVADON avait expérimenté son « Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale » ou « C.T.R.S. » qu’il mit en place de 1943 à 1952 pour transformer le quartier d’asile où il venait de prendre ses fonctions en un lieu de traitement de la folie qui puisse se prolonger et s’ouvrir dans la cité. SIVADON sut utiliser la loi sur la Sécurité Sociale de 1945, applicable surtout à la lutte contre la tuberculose, pour ses malades mentaux, apportant la démonstration qu’en améliorant les conditions de traitement de la folie, il était possible d’obtenir des résultats se traduisant par la sortie des malades et donc, « économiquement », la réduction de leur temps de séjour à l’hôpital.

SIVADON commence par vider son service de Ville-Evrard qui passe de 600 à 200 malades, puis il augmente le nombre de soignants, allant jusqu’à créer des emplois d’hôtesse d’accueil ou de conseillère du travail. Il utilise une multiplicité de thérapeutiques, parmi lesquelles les « thérapeutiques actives » qui introduisent une relation nouvelle entre soignants et malades et entre les malades eux-mêmes. C’est l’engagement dans la voie de la « psychothérapie institutionnelle », selon l’expression proposée en 1952 par G. DAUMÉZON et PH. KOEHLIN dans les *Anais portuguesas de Psiquatria*.

SIVADON est unanimement considéré comme un novateur pragmatique. Paul BERNARD, dans un texte paru dans *Psychiatrie et Société*, le décrit en ces termes :

« La méthode de SIVADON était, nous le savons, d’opérer une suite d’actions possibles sans exiger que celle-ci s’enchaînât forcément dans la dialectique d’une harmonie céleste idéale. SIVADON n’était pas de ces idéologues qui croient faire injure au Système universel final en améliorant chaque jour le bien être des malades, la qualité de son équipe, l’aménagement progressif du sinistre site de l’Asile en un « espace » à valeur et signification thérapeutique. SIVADON avait notamment retenu l’efficacité de ce pragmatisme au cours des nombreuses missions que lui avait confiées l’O.M.S. à travers le monde en qualité de conseiller ou d’expert. »⁴⁰

Mais la perspective de SIVADON ne se situe pas dans le cadre d’un engagement politique ni dans un courant idéologique influencé par la psychanalyse, comme ce sera le cas pour d’autres expériences comme celle de TOSQUELLES à Saint-Alban ou plus tard celle d’OURY à la clinique de La Borde à Cour-Cheverny. SIVADON reste l’auteur d’une démarche concrète partie d’un service de psychiatrie publique, qui, dès 1945 s’oppose au ghetto asilaire, comme il s’était opposé à l’expérience concentrationnaire nazie.

P. CHANOIT, le disciple, reprend à son tour la dénonciation du caractère totalitaire et aliénant de l’asile ; il entreprend pour son propre compte à Charenton de « diminuer l’imperméabilité des murs », selon les propos qu’il a bien voulu nous confier, par le truchement de la « psychothérapie institutionnelle ».

Ainsi que l’exprime R. CASTEL :

« La psychothérapie institutionnelle a centré l’essentiel de son effort sur la transformation des relations à l’intérieur de l’institution (souligné par l’auteur) [. . .] s’attachant « surtout à la quotidienneté empirique de la vie de l’institution interprétée en termes plus “réalistes”. » Il poursuit : « Or en France cette orientation a été court-circuitée très tôt. Elle a interféré dès l’origine avec une autre qui s’est bientôt assurée la prépondérance. Dès 1945, en effet, on l’a vu, les promoteurs de la libéralisation de l’asile affirmaient “l’unité et l’indivisibilité de la prévention, de la prophylaxie, de la cure et de la post-cure”⁴¹ travaillaient à l’éclatement de l’hôpital pour en faire un élément parmi d’autres du dispositif de l’intervention psychiatrique, bref, regardaient déjà vers l’extra-hospitalier au moins autant qu’à l’intérieur de l’asile. Ce sont exactement ces mêmes acteurs qui, en même temps qu’ils s’efforçaient de transformer la vie hospitalière, engageaient la campagne qui

⁴⁰ Paul BERNARD : « P. SIVADON ou l’étape » dans *Psychiatrie et Société*, p. 196, Toulouse, éd. Erès 1981.

⁴¹ Voir le n°1 de *l’Information Psychiatrique*, année 1945-1946, p. 19-21, qui rapporte la « Conclusion des Journées Psychiatriques de mars 1945 », tenues à Sainte-Anne.

devait faire triompher en 1960 l'idée du "secteur". »⁴²

C'est dans cette double démarche décrite ci-dessus par R. CASTEL que s'organise l'activité de P. CHANOIT dans son service : d'une part, la libération de l'intérieur de l'asile avec l'amélioration des conditions de vie, la mise sur pied d'une équipe soignante, d'autre part, l'ouverture vers l'extérieur avec l'amorce d'un travail de dispensaire et de prise en charge ambulatoire des malades. Problématique de la communication entre le « dedans » et le « dehors » qui traduit la recherche de toute une nouvelle génération de psychiatres et de « travailleurs de la santé mentale » d'une alternative à l'institution totalitaire et carcérale d'antan, d'une remise en cause de son existence même et pas seulement de ses modalités de fonctionnement.

Les témoignages des infirmiers qui ont vécu cette période dont ils disent qu'elle fût d'autant plus exceptionnelle qu'ils avaient une vingtaine d'années à l'époque et qu'ils arrivaient tout « neufs » en psychiatrie, illustrent les propos théoriques précédents d'une manière très concrète.

Leur nostalgie de cette époque s'explique aussi par les sentiments de « deuil » qu'ils éprouvèrent à l'égard du départ de leur médecin chef qui, contrairement à l'ensemble des chefs de service exerçant à Charenton (voir la liste des médecins fournie en annexe) n'est resté que peu de temps dans l'établissement : pourquoi les avait-il « abandonnés » si vite ? n'étaient-ils donc pas de « bons infirmiers » ? Questions et regrets qui ne manquèrent pas de s'accumuler, très inconsciemment peut être...

Le remaniement du service se fit selon trois axes coordonnés même s'il y eut des décalages dans le temps : prise en compte de la parole des malades, prise en compte de la parole du personnel, ouverture de l'asile vers l'extérieur.

Premier axe, les malades : le premier geste que l'on prêta au nouveau médecin chef, et qui fait penser à la référence au mythe pinélien du « libérateur des chaînes », fut celui d'ouvrir les portes de communication entre les divers pavillons permettant la « libre » circulation des individus à l'intérieur des murs. Il semble que ce n'est que très progressivement que les malades s'enhardirent à franchir ces barrières invisibles ! Dans la même perspective, destinée à redonner dignité et statut d'individu à part entière au malade et non pas d'exclu invalidé, on distribua fourchettes et couteaux dans le pavillon des agités. Cela ne fut pas sans causer un terrible débat, voire des scissions au sein du personnel soignant qui finit par accépter après moult réunions : au début, chaque repas se terminait par la recherche inquiète des couverts susceptibles d'avoir été dissimulés mais comme on ne devait déplorer aucun incident, force fût de se rendre à l'évidence.

⁴² Robert CASTEL, *Le Psychanalysme*, chapitre consacré au « psychanalyste, son fou et la psychiatrie », p. 180.

Surtout, un service d'accueil des malades fut créé autour d'un infirmier qui en avait la responsabilité⁴³, avec un horaire particulier (8^h–16^h) le détachant ainsi de ses collègues préposés aux soins proprement dits. Il avait pour mission de recevoir le malade entrant, de l'introduire dans son pavillon, de lui expliquer le fonctionnement de l'institution (les horaires, les références médicales, où se trouvaient l'assistante sociale ou la psychologue, par exemple) de lui fournir un plan de l'établissement, lui indiquant la conciergerie, etc. Tous les mardi à 10^h30 précises se tenait une réunion dans le bureau du Docteur CHANOIT, réunion à laquelle participaient l'assistante sociale, la psychologue, l'infirmier d'accueil, les internes et où tous les malades entrés dans la semaine étaient revus individuellement afin de faire le point de leur situation et de leur rappeler les prestations que le service pouvait lui fournir.

À l'intérieur des pavillons, eut lieu une nouvelle répartition des malades : on tenta de briser l'aspect ségréatif des unités de soins réservées aux agités, ou aux grands malades séniles par exemple, afin que le personnel ne s'enfoncé pas dans un travail de routine sans intérêt, et pour que surgisse une dynamique thérapeutique de la confrontation de pathologies trop lourdes. P. CHANOIT transforma le pavillon des malades grabataires devenus déments — qu'on appelait « la communauté » en souvenir des anciennes religieuses hospitalières — en un pavillon de malades entrants éthyliques, utilisant en particulier à leur égard des techniques thérapeutiques fondées sur la dynamique de groupe.

Deuxième axe, le personnel soignant : P. CHANOIT s'est d'abord attaché à « démystifier le rôle du médecin chef » ; « il est descendu dans l'arène », nous a-t-on dit. Ses efforts se sont concentrés sur la modification des rapports hiérarchiques pour impulser ses nouvelles orientations thérapeutiques en proposant à tous, jeunes comme anciens infirmiers, la liberté de prendre des initiatives, de participer aux décisions qui n'étaient plus le seul fait du médecin mais qui étaient concertées. La « réunion d'équipe » devint le lieu d'émergence de la parole de chacun. . . et peut être aussi le lieu de certains règlements de compte ; il y eut aussi des anciens qui ne parvinrent jamais à s'adapter à ce nouveau mode de fonctionnement et donc des conflits difficiles à gérer.

Laissons P. CHANOIT exprimer ce qu'il entendait par « équipe soignante » :

« Vouloir saisir le sens des symptômes, d'une attitude ou d'une conduite part de l'observation d'un "malade en situation" et renvoie aux attitudes, aux conduites du personnel avec qui s'établit la relation privilégiée. L'ouverture des portes, l'officialisation de l'ergothérapie, les clubs thérapeutiques offrent aux malades un champ de comportement élargi et des possibilités relationnelles multiples. La compréhension dynamique des échanges dans un

⁴³ Nous remercions pour son témoignage Monsieur MAZOYER qui occupa ces fonctions d'infirmier d'accueil et qui nous a fourni des informations précieuses sur cette période.

tel réseau n'est réalisable qu'à partir d'activités synthétiques centrées sur le malade.

L'équipe dans ces conditions nous paraît devoir être définie par "le malade" et conçue comme la constellation de soignants diversement qualifiés, directement concernée par un malade à un moment donné. Cette définition d'équipe ne prend sa réalité qu'à l'occasion de rencontres permettant la prise de conscience collective des vécus individuels. L'authenticité de la réunion est garantie par le malade en tant que sujet relationnel. »⁴⁴

P. CHANOIT exigeait des internes qu'ils soient présents dans l'institution, qu'ils y prennent une part active et non pas seulement qu'ils passent rapidement le matin pour remplir les cahiers de prescriptions. Il avait établi un tour de garde d'après-midi pour assurer une présence médicale continue auprès des malades et des infirmiers : lui-même, son assistant et chacun des trois internes devaient se relayer à tour de rôle pour participer au soutien et à l'animation des équipes, souvent délaissés en cette période de la journée asilaire, ce qui devait introduire un changement radical dans les relations de travail entre médecins et infirmiers. Dans la même optique, il avait institué que les certificats médicaux dits de « vingt-quatre heures » et de « quinzaine » (qui doivent obligatoirement être adressés au Préfet, conformément à la loi de 1838, pour que celui-ci puisse se prononcer sur le maintien à l'hôpital ou la sortie des malades internés en « placement d'office » ou en « placement volontaire ») soient rédigés à l'intérieur du pavillon par l'interne et les infirmiers. Cela suscitait nécessairement des discussions et des échanges de points de vue cliniques à propos du malade traité.

Conjointement à la mise en route des réunions de personnel, P. CHANOIT proposa à celui-ci des stages de formation⁴⁵ centrés non seulement sur les techniques de soins et d'approche de la relation avec les malades, mais aussi sur le développement des activités thérapeutiques à l'intérieur du service. Cela permettait à tous ces infirmiers de s'ouvrir à d'autres modes de pensées, et de sortir eux aussi à l'extérieur de l'hôpital, ce qui n'était pas négligeable. L'un de ces « pionniers » nous a confié le plaisir et la fierté qu'il éprouva à exposer à l'hôpital Sainte-Anne un bilan de l'expérience qu'il avait vécue dans le service, les collègues infirmiers concernés y étant également invités.

Il s'agissait de prendre en compte la parole du personnel soignant qui devenait alors opérante dans la dimension de la pratique et dans celle de la production d'un savoir théorique sur cette pratique.

⁴⁴ P. CHANOIT, « Le travail en équipe » dans *l'Information Psychiatrique*, mai 1967.

⁴⁵ Notamment les stages de formation des « C.E.M.E.A. » ou « Centres d'Entraînement aux Méthodes Actives » qui jouèrent un rôle dans l'enseignement des infirmiers psychiatriques, dans le courant de la psychiatrie institutionnelle.

Troisième axe, l'ouverture de l'asile sur le monde extérieur à partir du réaménagement de son activité intérieure c'est paradoxalement par la médiation de l'ergothérapie que les échanges vont s'instaurer entre intérieur et extérieur du monde asilaire. On pourrait penser que le « travail » à l'intérieur des murs contribue à renforcer le ghetto asilaire, la chronicisation d'une collectivité d'individus qui s'auto-suffisent en assurant leurs besoins vitaux et en maintenant une activité vitale *a minima*. C'est souvent un effet de la réalité quotidienne de l'asile, quand ne s'y rajoute pas le problème de l'exploitation physique et financière des malades, cas de figure assez rare il est vrai. Mais la perspective « institutionnelle » du travail considéré comme une thérapeutique, au même titre que la chimiothérapie ou la psychothérapie, partait de tout autre préalable.

F. TOSQUELLES définit de la façon suivante l'ergothérapie :

« Le travail (l'organisation sociale du travail plutôt que l'exercice musculaire ; la division du travail et les échanges de produits auxquels il donne lieu) et le langage, semblent constituer les mécanismes propres à cette élaboration de l'homme par lui-même [...] Il n'est pas davantage étonnant que la psychiatrie, en tant qu'elle a affaire à des distorsions ou à des anomalies du processus d'humanisation de l'homme, porte l'accent thérapeutique sur ces deux mêmes plans précités : d'une part la thérapeutique de et par la parole (c'est ce qui est devenu la psychothérapie) et d'autre part, l'ergothérapie et la sociothérapie en tant qu'organisation thérapeutique du travail et des échanges auxquels il donne lieu dans le groupe social, toujours artificiel, que sont les institutions intra-hospitalières ou extra-hospitalières où on peut le mettre sur pied. »

TOSQUELLES poursuit :

« Si l'aide du médecin — et surtout celle de l'infirmier — est indispensable, le processus de guérison ne s'instaure avec efficacité que si l'ensemble des participants à l'ouvrage et chacun d'eux prend un vrai caractère de soignant, notamment si le malade devient parmi d'autre un soignant de lui-même. Dit d'une autre manière, sans préjuger d'autres facteurs en jeu dans l'ergothérapie, la possibilité d'efficience soignante d'une activité ou d'un travail thérapeutique sera en relation directe, tout d'abord, avec la quantité d'initiative et d'activité propre que le malade pourra y faire jouer. Il en est de même pour l'infirmier. »⁴⁶

À l'initiative de P. CHANOIT se sont donc constitués dans son service d'hommes divers ateliers à vocation masculine : travail du bois, reliure, vannerie, céramique, adaptés aux plus ou moins grands handicaps intellectuels des malades. Les relations s'établissaient entre soignés et soignants sur un mode nouveau, à savoir

⁴⁶ François TOSQUELLES, *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*, p. 10–13 (soulignés par l'auteur).

qu'un réseau de communication était né entre les uns et les autres entraînant à la fois une plus grande implication dans le travail et une prise de responsabilités de la part de chacun.

L'idée était qu'il fallait introduire dans le monde figé de l'asile, monde caractérisé par l'absence d'événements, le dynamisme d'un groupe social où toutes les initiatives pouvaient être prises en compte, et créer l'occasion de relations sociales désaliénantes.

Ainsi, sans aucune subvention administrative (il est probable que des blocages s'installèrent à ce niveau) les ateliers d'ergothérapie parvinrent à organiser la première kermesse de l'établissement, vécue par les anciens de cette époque comme le signe historique d'une « ère nouvelle de la psychiatrie ». Les fonds provenaient de l'avance financière faite par l'ergothérapie à partir notamment du produit de la fabrication de fleurs artificielles par l'un des ateliers qui travaillait « en régie », c'est-à-dire en sous-traitant pour une entreprise privée. Le marché de Saint-Maurice sollicité par les infirmiers, avait prêté quelques stands. Une banderole fut accrochée à l'entrée de l'hôpital, visible de toute la population de la commune, la conviant aux festivités : elle fut l'objet de conflits avec la direction d'alors, qui ne pouvait encore concevoir ce nouveau type d'échanges entre le dedans et le dehors. C'est pourtant dans cette voie qu'allait s'engager désormais l'institution.

La lutte et la victoire autour de cette kermesse furent le point de départ de la création d'une association régie par la loi de 1901, à but non lucratif, où adhèrent membres du personnel et familles de malades : l'A.C.P.L. ou « Association de Culture Populaire et de Loisirs ». Elle permit de proposer des voyages et des distractions aux malades, elle prit également de l'extension grâce aux ventes de la fameuse kermesse om des tombolas et des jeux renflouèrent les finances.

Enfin, à côté des manifestations théâtrales, de la chorale, des bals hebdomadaires, naissait un journal interne au service *Le Flambeau*, animé et composé, comme toutes les différentes activités que nous avons énumérées, par les malades et les infirmiers, bénéficiant des conseils techniques de deux instituteurs détachés de l'Éducation Nationale.

Le plus remarquable, et peut être le plus significatif, c'est qu'en dépit des prises de fonction de nouveaux médecins chefs et de changements dans l'institution, kermesse, association et journal ont subsisté jusqu'à ce jour, soit quelques vingt ans plus tard : la gageure était tenue quand bien même des projets comme la création d'une piscine ouverte sur l'extérieur pouvant être fréquentée par les malades comme les habitants de la commune ne voyaient jamais le jour. La brèche était ouverte dans la forteresse asilaire. Les conflits étaient certes à la hauteur de l'entreprise qu'ils soient d'ordre intérieur, relationnel, de pouvoir, administratif ou autres.

S'était organisé un essai de travail de « secteur », destiné à poursuivre dans la cité la thérapeutique commencée *intra muros*, auprès des malades sortis de l'hô-

pital. L'aire géographique de ce secteur était la même que celle du Docteur DESHAIES mais le recrutement était exclusivement masculin, cette « sectorisation » étant alors, comme nous l'avons indiqué, unisexuée. C'est pourquoi, à Charenton, un dispensaire fut créé avec une consultation de psychiatrie où une assistante sociale pouvait également intervenir. La mobilisation du personnel était si forte, que certains infirmiers n'hésitaient pas à faire des visites à domicile ou à réhospitaliser des malades qui rechutaient, en dehors de leur temps de travail et sans accord de l'administration.

Pour résumer cette époque, on peut dire que son retentissement fut grand sur le personnel soignant qui devenait enfin l'acteur d'une thérapeutique convergeant autour du malade. Il est impossible d'évaluer l'efficacité de cette thérapeutique en termes quantitatifs, mais les témoins de ces temps de restructuration de l'asile nous ont confirmé l'importance de ce nouveau mode de fonctionnement pour leur pratique future, même si leurs espoirs ne devaient pas toujours se concrétiser.

P. CHANOIT ne nous a d'ailleurs pas caché⁴⁷, avec une honnêteté qui l'honore, ce qu'il considère comme des « erreurs de jeunesse » : ainsi le cas de tel infirmier, bousculé par un changement brutal de son ancien mode de travail, qui n'avait pu supporter une remise en question aussi manifeste et s'était donné la mort ; ou encore tel malade, catalogué comme un vieux catatonique dans le service et pris en charge intensivement par l'équipe, qui avait pu récupérer une vie compatible avec la norme extérieure, mais sans réelles perspectives puisque sa famille, le considérant comme définitivement « perdu », l'avait privé de toute possibilité matérielle de retour parmi elle.

2.2.2.2 les infirmiers

Les infirmiers, nous n'avons pas cessé jusqu'à présent d'en parler tant il est évident qu'il n'y aurait pas d'institution dite soignante sans leur concours ; que d'autre part, l'évolution et les mutations de cette même institution ne peuvent passer que par celles de ses « agents ». C'est ce que nous venons d'analyser à titre d'exemple, à travers les principes directeurs de trois médecins chefs très différents, qui ont chacun à leur façon, instruit et formé leurs personnels.

Il nous faut cependant développer quelques points que nous avons laissés dans l'ombre jusqu'ici, comme la question des origines, du recrutement et de l'enseignement de ce personnel ans l'établissement :

- **Les origines des infirmiers** étaient majoritairement provinciales, particulièrement après la Deuxième Guerre Mondiale. Il y avait naturellement un recrutement qu'on pourrait qualifier « d'intérieur », puisque, comme nous l'avons déjà évoqué, des familles d'infirmiers vivaient sur les lieux, fournissant bon an, mal an,

⁴⁷ Lors d'un entretien en septembre 1982.

un certain contingent de fils et de filles estiné à reprendre le flambeau. Il y avait aussi un apport de personnels provenant de la périphérie de l'hôpital ou bien qui avaient déjà des amis ou de la famille qui y travaillait.

Mais on nous a avancé la proportion de 60% d'infirmiers originaires de province au début des années 1950, pourcentage qu'il faudrait vérifier, ce que ne nous permet pas le traitement actuel des archives. Une majorité de Bretons, de Vosgiens, de Jurassiens constituaient l'essentiel de ce recrutement imputable aux difficultés du marché de l'emploi inhérentes à ces régions rurales pauvres, et à un centralisme parisien qui prenait de plus en plus d'ampleur. Certains secteurs économiques connaissaient eux aussi des vicissitudes en ces années d'après-guerre : il nous a été signalé que des postiers, par exemple, s'étaient reconvertis en infirmiers psychiatriques, ou d'anciennes ouvrières de la haute couture en infirmières.

Il est certain que l'espoir de trouver un emploi stable et sûr dans la fonction publique attira vers l'hôpital bon nombre de vocations nouvelles comme c'est aujourd'hui répétitivement le cas, dans le contexte économique d'un chômage croissant. Des logements de fonction avaient également été créés, favorisant pour une part non négligeable l'arrivée et la fixation de ces personnels.

• **Les critères de recrutement** étaient alors assez flous, car il faudra attendre un texte de 1970 pour les réglementer avec plus de précisions. Le niveau scolaire exigé était celui du Certificat d'Études Primaires ou mieux celui du Brevet Élémentaire, quant aux critères de recrutement, ils étaient laissés à l'appréciation des hôpitaux concernés : dans certains le candidat devait se soumettre à un écrit et à un oral, ou bien à un oral seulement dont le jury était constitué par le directeur de l'établissement, un médecin chef et un surveillant général, le plus souvent.

Une particularité de Charenton, à partir de 1958, lors du transfert de la Maison Maternelle au Vésinet, c'est que furent recrutées directement pour les services de psychiatrie « femmes » des infirmières qui avaient travaillé auparavant à la maternité ou auprès des services de puériculture de l'établissement. Cela leur conférait une vision beaucoup plus « médicalisée » du travail en psychiatrie, des exigences de scientificité, d'efficacité, d'hygiène, des soins que n'avaient pas forcément les autres collègues, entraînées parfois au gardiennage des patients.

L'adaptation de ces infirmières à ce mode de fonctionnement différent de celui qu'elles avaient connu à la Maison Maternelle ne se fit pas toujours aisément et il est intéressant de constater que ces anciennes, qui sont devenues les cadres des services bien souvent, ont conservé une grande nostalgie de cette période où elles faisaient, disent-elles, de la « vraie médecine » !

• **La formation** se faisait essentiellement sur le tas et dans les conditions identiques à celles de 1936 quand la profession d'infirmier psychiatrique fut juridiquement créée.

Cela signifiait, comme nous l'ont dit les « anciens », que passé le premier mou-

vement de recul, les premières angoisses nées de la confrontation avec la folie et son agitation d'alors, après ce « baptême de feu », selon la description colorée d'un surveillant, le nouvel arrivant suivait le collègue plus âgé, qui lui indiquait les malades dont il fallait se méfier. L'inquiétude régnait et du côté des malades et du côté des infirmiers : il fallait rester sur ses gardes, on ne savait pas quelles pouvaient être les réactions de l'autre, ni d'où viendrait le danger, à l'image d'un univers animal et sauvage. Le premier « instrument » de travail qu'on remettait rituellement au nouvel initié était le trousseau de clefs qui était traditionnellement passé dans le cordon de ceinture du tablier. Certains portaient même les clefs retenues par des chaînes, ce qui ajoutait au carcéral de l'internement. « Tout était sous clefs, les portes bien entendu, mais aussi toutes les armoires et tout le matériel », s'accordent à dire les anciens qui retiennent de leur premier contact avec l'asile un sentiment inquiétant de peur et de claustration.

À partir de cette formation essentiellement pratique sur le terrain, liée très fortement à la rencontre d'une personnalité singulière, celle de l'infirmier, avec l'institution asilaire, lieu de vie des autres infirmiers, des malades et des médecins, un glissement en plusieurs étapes va s'effectuer : l'enseignement va prendre une forme beaucoup plus théorique et passer progressivement du contrôle des médecins à celui des infirmiers ; en 1955, par arrêté du 28 juillet, est défini un plan⁴⁸ de « formation professionnelle du personnel soignant » s'étalant sur deux ans, comportant un programme de cours sans références horaires. Ainsi chaque établissement devait organiser à sa guise :

- 15 leçons sur des « notions générales d'anatomie et physiologie »,
- 15 leçons sur des « notions élémentaires d'hygiène »,
- 40 leçons sur les « soins aux malades mentaux » où apparaissent une leçon sur la « conception médico-sociale actuelle du malade mental et de l'hôpital psychiatrique. Hospitalisation du malade mental. Buts. Avantages, limites » ; et une autre intitulée « au-delà de l'hospitalisation, post-cure et formules d'assistance extra-hospitalières, placements familiaux, colonie etc. » montrant dès 1955 la tentative d'intégrer quelques idées nouvelles de thérapeutiques dans l'enseignement aux infirmiers.
- 25 leçons sur les « soins généraux »,
- 10 leçons enfin sur l'« administration », portant aussi bien sur le statut juridique des malades mentaux que celui du personnel infirmier, l'établissement du pécule, les inventaires de matériel, ou le service de la lingerie et celui de la cuisine.

⁴⁸ Nous remercions particulièrement Monsieur DORION, l'actuel Directeur du Centre de Formation, qui nous a fait l'historique de l'enseignement aux infirmiers et soumis les documents qui s'y rattachent.

L'arrêté stipule que :

« les cours sont professés par les médecins directeurs, ou directeurs, les médecins chefs, les pharmaciens, les secrétaires de direction, dans la limite de leurs compétences respectives. Les responsables des cours s'assurent, d'autre part, les collaborations nécessaires pour les exercices pratiques et les discussions. Certains cours peuvent également être confiés à des infirmières directrices ou monitrices d'écoles d'infirmières. Dans chaque établissement, l'un des médecins est chargé par ses collègues de la fonction de directeur technique de l'enseignement. »⁴⁹ (article 3 du chapitre 1^{er}, concernant l'organisation générale de cet enseignement)

Il est clair que les médecins sont alors seuls habilités à organiser et dispenser leurs conceptions théoriques aux élèves infirmiers ; à la rigueur quelques infirmiers peuvent collaborer à cette entreprise, mais dans les faits, ils ne joueront que le rôle modeste de répétiteurs de l'enseignement théorique médical. Il s'ensuit que des distorsions s'introduiront au plan national dans le contenu même de cet enseignement, chaque établissement s'organisant d'une façon autonome, bien souvent les internes se répartissant les cours sans pouvoir tenir compte des critères pédagogiques de niveau d'apprentissage des élèves. On peut aller jusqu'à dire que les infirmiers ne sont encore que des figurants dans leur propre formation et qu'ils sont bien obligés d'entériner cette situation de totale dépendance au pouvoir et à la science médicale puisqu'ils ne possèdent pas encore leur cadre ni leur statut d'enseignant. Non seulement ce savoir qu'on leur dispense n'est pas vraiment adapté à ce qu'ils vivent sur le terrain, mais à la fois on leur demande de travailler dans les services comme s'ils étaient déjà formés, et d'autre part ils s'instruisent très fragmentairement en dehors de leur temps de travail, puisqu'ils ont deux cours par semaine environ souvent sur leur temps de repos, de jours fériés, de vacances.

Il faudra l'arrêté du 16 février 1973 pour que soit réformé le plan de formation des infirmiers de 1955 par un « programme d'études préparatoires au diplôme d'infirmier et d'infirmière de secteur psychiatrique », tenant compte précisément de la nouvelle orientation de l'hôpital psychiatrique avec la mise en place de la politique de secteur. C'est alors seulement que l'enseignement n'est plus comptabilisé et réparti en cours mais en heures de formation dans le but d'homogénéiser le programme pour tous les établissements. On passe ainsi de 120 cours à 1 580 heures d'études, s'étalant sur 28 mois, comprenant un enseignement théorique, pratique et des stages, dispensé entièrement sur le temps de travail des élèves.

En 1970 est créé un cadre de moniteurs de formation du personnel infirmier, ce qui permet de détacher un corps d'enseignants infirmiers donc plus près des problèmes spécifiques du personnel soignant et capables d'aborder le dialogue avec la direction technique de l'enseignement.

⁴⁹ C'est nous qui soulignons.

Des dispositions transitoires sont prises pour faciliter l'application des nouveaux horaires dans leur intégralité car les élèves ont à présent un statut à part entière qui n'autorise plus à les compter dans l'effectif des infirmiers diplômés. D'autre part, sur recommandation ministérielle, la direction technique doit continuer, dans une première phase et temporairement, à être assurée par le corps médical. À partir de 1974 cependant il est remarquable qu'à l'hôpital (devenu « Hôpital Esquirol de Saint-Maurice » depuis le 1^{er} janvier 1974) la direction technique de l'enseignement est confiée à un moniteur infirmier en accord avec le médecin qui occupait précédemment ces fonctions. Ce fut, aux dires des intéressés, un pas franchi dans la concertation et le signe d'une prise en compte nouvelle du corps infirmier de la part de la direction administrative comme des médecins de l'établissement.

L'arrêté de 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique sera modifié par trois fois en 1979 puis encore le 20 mai 1980, portant à 33 mois le programme des études, soit 4 640 heures d'enseignement représentant :

- 1 376 heures théoriques,
- 2 360 heures de pratique (stages et expériences diverses),
- 504 heures de travaux dirigés et d'éducation physique et sportive
(voir Art. V, sur les caractéristiques de la formation)

Il nous paraît intéressant de citer intégralement l'article II de la présentation du programme de formation intitulé « conception de soins », car il montre bien l'évolution voire la révolution théorique qu'ont vécu les infirmiers en pratiquement 25 ans :

« Les soins infirmiers se définissent selon deux niveaux :

Les soins infirmiers de base ou fondamentaux, c'est-à-dire l'activité de l'infirmier correspondant : à l'hygiène et aux soins, au confort général, et aux besoins élémentaires de communication verbale ou non verbale des personnes malades, quelque soit l'affection dont elles souffrent, notamment dans les domaines de la motricité, de la respiration, du sommeil, de l'alimentation, de la protection contre les dangers du milieu.

Les soins infirmiers spécialisés : le soin infirmier s'inscrit dans un projet qui nécessite une réflexion et une analyse fondées sur l'observation et la relation au malade.

De nombreux rôles différents sont demandés à l'infirmier de secteur psychiatrique, suivant les lieux institutionnels ou non, l'âge et la pathologie, le degré d'urgence.

La caractéristique des soins infirmiers réside dans la présence permanente du service infirmier, le rendant disponible à la demande des malades à tous les moments de la vie quotidienne.

Il est ainsi amené à agir à la fois, vis-à-vis du milieu du malade et dans la relation individuelle. De même jouera-t-il consciemment ou non un rôle, ou encore sera-t-il ressenti comme tel par ceux qui feront appel à lui sous ses divers aspects : animation, éducation, information, conseil.

L'autre rôle fondamental est celui de thérapeute au plan somatique et psychologique ; pour tenir au mieux ce rôle, il sera nécessaire de percevoir la dimension des phénomènes inconscients mobilisés dans une relation à caractère thérapeutique individuelle ou de groupe, en impliquant outre les malades, les divers membres du groupe de soignants. »

Il s'agit là de concepts radicalement novateurs en matière de soins infirmiers aux malades mentaux, prévus par le Ministère, impliquant bien plus qu'une « participation thérapeutique » du personnel soignant : un « rôle fondamental », à part entière, de « thérapeute au plan somatique et psychologique ». Cela n'ira d'ailleurs pas sans soulever de l'anathème de la part des médecins comme des anciens infirmiers en place : il sera question de partager l'acte thérapeutique, conçu trop souvent comme « chasse gardée », mais aussi de maintenir les élèves dans un leurre théorique par rapport à ce qui les attendra dans leur pratique asilaire, accroissant le fossé entre leurs espoirs et la réalité, engendrant plus d'un conflit, plus d'un *quiproquo*...

Les autres novations, qui sont introduites avec l'arrêté de 1973 modifié en 1979, concernent la composition du conseil technique de l'enseignement où siègent à parité, outre le directeur de l'établissement et deux médecins, un enseignant du centre de formation, deux moniteurs élus, un infirmier surveillant, un infirmier de secteur psychiatrique en exercice, un directeur d'école préparant au diplôme d'État d'infirmier. De surcroît, assistent aux réunions trois représentants des élèves élus à raison d'un élève par promotion. Enfin, à côté des matières telles que l'anatomo-physiologie, la pathologie médicale, chirurgicale et psychiatrique, la pharmacie dont l'enseignement magistral est assuré par des médecins ou des pharmaciens, les « *moniteurs et monitrices participent à l'enseignement théorique et pratique, à la formation professionnelle et sont responsables du travail des élèves* » (voir Art. 5 de l'Arrêté du 20 mai 1980). Que l'on songe au chemin parcouru ! La direction du centre de formation n'est plus une fonction, mais devient un poste qui est budgétisé, le « centre de formation » entraînant la création d'un nouveau service dans l'hôpital.

Reste le problème non encore résolu de l'équivalence du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique avec le diplôme d'État d'infirmier qui demeure comme une sorte de « blessure narcissique » au cœur des praticiens de la psychiatrie. Certes la spécificité de ce domaine de soins est entendue, mais plane encore au-

dessus la grande ombre ségrégative de l'univers asilaire.

2.3 Quelques dates déterminantes dans l'évolution de l'institution asilaire, vers le secteur psychiatrique :

Notre propos s'est ordonné jusqu'à présent autour d'un parti pris évolutionniste, au sens double du terme d'« évolution »⁵⁰ : à la fois série de transformations progressives, développement des idées ; et à la fois série de faits coordonnés constituant une époque historique. C'est ce que nous nous sommes attachés à décrire et l'on nous en fera peut être le reproche, mais c'est toujours dans cette même visée que nous indiquerons quelques repères datés qui ont conduit à l'institution d'aujourd'hui.

Avec 1958, l'année où l'établissement de Charenton reprend complètement sa vocation première d'assistance aux malades mentaux, se précisent des signes avant-coureurs, quoique modestes, d'un courant de transformation dans la façon de vivre à l'asile.

Ce sont par exemple, vers 1960, les portes, ces fameuses portes des services qu'il fallait verrouiller consciemment, qui vont commencer à s'ouvrir progressivement. C'est encore l'extension croissante des « permissions de parc », autorisations médicales accordées aux « bons malades » à ceux qui se tiennent tranquilles, « qui ne font pas d'histoires », comme l'on a coutume de dire, pour se promener dans le parc de l'hôpital. Piètres indices, pensera-t-on, mais qui n'en ont pas moins une importance considérable aux yeux des usagers, les malades. Les idées nouvelles, qui flottaient dans l'air du temps de la psychiatrie, propagées par des novateurs comme CHANOIT et ses collaborateurs, cheminaient lentement.

En 1964, on construit une salle de spectacles, une bibliothèque et une cafétéria pour les malades, à l'extrémité ouest du bâtiment des services psychiatriques. Si cette cafétéria n'est pas autogérée par les malades comme dans certains établissements plus modernistes, elle n'en est pas moins très fréquentée, devenant un lieu privilégié de rencontres, souvent animées.

1968 et ses évènement de mai, qui resteront en mémoire de tout un pays, n'épargnera pas non plus l'hôpital de ses tempêtes contestataires : tous les personnels soignants décident à leur tour de s'exprimer et de revendiquer leur prise en compte dans le fonctionnement global de l'hôpital, en particulier dans celui des services et dans la conduite des soins aux malades.

⁵⁰ Du moins si l'on s'en réfère à la définition qu'en donne le « Grand Larousse Encyclopédique » en dix volumes (1961).

Les infirmiers qui étaient déjà en poste à cette époque nous ont conté comment la « cour d'honneur » de l'Établissement National de Bienfaisance (ou E.N.B.) de Saint-Maurice se transforma en forum de la contestation, où les attaques personnelles fusaient de part et d'autre, manifestations de la vindicte et du « ras-le-bol » de tout un personnel décidé au « changement ».

Nous avons eu le privilège d'accéder aux archives syndicales de l'établissement, où l'on a eu l'extrême gentillesse de nous soumettre l'un des cahiers de doléances tenus pendant ce mois de mai hors du commun, et qui peut nous fournir une source de renseignements irremplaçables sur l'état d'esprit qui régnait alors.

L'essentiel des revendications tournait autour du principe à la collégialité et de la cogestion de l'hôpital, et surtout de l'amélioration des conditions de travail : il était débattu de la question des salaires, des titularisations, de l'augmentation des effectifs et de la réduction du temps de travail, tous ces points constituant encore aujourd'hui le fondement des combats syndicaux. Moment de lutte difficile qui déboucha concrètement sur un « protocole d'accord des réunions tenues les 28, 29, 30 et 31 mai 1968 au Ministère des Affaires Sociales » : était acquis le principe de la semaine de 40 heures, ce qui signifiait l'obtention de deux jours de repos par semaine pour tous les personnels, et aussi l'adjonction d'une cinquième semaine de congés payés, à l'E.N.B. de Saint-Maurice. Cette cinquième semaine fit beaucoup parler d'elle, comme elle le fait aujourd'hui également, pour d'autres raisons : elle n'était en effet pas applicable aux autres hôpitaux, mais comme l'E.N.B. dépendait directement de la tutelle du Ministère de la Santé, il eût l'avantage d'être alors le premier établissement hospitalier de France à l'obtenir.

Une autre des préoccupations de la politique infirmière à l'ordre du jour concernait le désir, partagé par les médecins, que soit assurée une approche globale du malade par les infirmiers : c'est ce que l'on a appelé le « cadre unique », renvoyant à l'unicité du rôle thérapeutique des infirmiers, la thérapie au quotidien consistant aussi bien à parler au malade qu'à lui donner à manger, à l'accompagner en promenade, ou lui prodiguer des soins corporels.

Ces conceptions ont d'ailleurs été remises en cause ces dernières années de par leur caractère paradoxal : d'un côté, les infirmiers revendiquaient la prise en charge totale du malade, mais de l'autre leur spécificité de plus en plus grande leur faisait négliger le nursing et les tâches ménagères qu'exige aussi la vie intrahospitalière. C'est ainsi que l'on verra apparaître en 1973 les A.S.I. ou « agents auxiliaires des services intérieurs », personnels des services généraux d'entretien, puis par décret du 9 janvier 1979 se créera dans les hôpitaux psychiatriques le cadre des A.S.H. ou « agents des services hospitaliers » appartenant, eux, aux services de soins. Les A.S.H. peuvent accomplir les tâches ménagères en ayant des contacts avec les malades, ce qui n'entre en aucun cas dans les attributions des A.S.I. D'où des ambiguïtés, dans la limite des définitions des tâches à effectuer entre toutes ces catégories de personnels, et le souci constant des infirmiers de

préserver leur qualification professionnelle et leurs compétences.

Autre versant revendicatif : la critique de la très forte hiérarchisation des relations de travail bloquant toute communication et tout processus thérapeutique. On dénonçait par exemple, telle surveillante qui « terrorisait les infirmiers » de son unité de soins en publiant sur elle un tract du style :

« Depuis trop longtemps, Mme X. . . règne de façon dictatoriale. Nous voulons qu'elle s'en aille. . . Nous ne voulons plus de sourires ni de soi-disant bonté, de la justice. »

Ou encore :

« Nous désirons établir un contact permanent entre médecins et personnels. »

Il nous a été confirmé qu'à partir de mai 1968 les rapports entre les diverses catégories socioprofessionnelles prirent une tournure radicalement différente : on osait alors aborder l'interne du service, même quand on n'était pas la surveillante ; le médecin chef lui-même devenait accessible : il se départait de l'isolement où il s'était maintenu si longtemps, position que son personnel, probablement très inconsciemment, l'avait encouragé à garder, afin de l'utiliser comme « mauvais objet », bouc émissaire de bien des conflits. Les relations professionnelles se firent donc plus chaleureuses, plus « humaines », nous a-t-on dit, non sans répercussions sur les malades eux-mêmes.

Car ceux-ci prirent aussi l'habitude de s'exprimer et devinrent véritablement les interlocuteurs des infirmiers comme des médecins. Il nous faut citer ici les propos d'une infirmière qui nous expliquait sur quel mode de relation elle fonctionnait avec les malades :

« Avant, nous étions presque toutes leurs bonnes puisque nous faisons le ménage toute la journée et il ne fallait surtout pas que la surveillante nous trouve assises à discuter avec un malade. Mais en revanche, nous étions aussi très proche d'eux, presque comme une famille. . . »

Il y avait une sorte de complicité, de duplicité parfois même dans la relation au malade, relation qui se transformera en essayant d'échapper à la reproduction du modèle relationnel familial, en prenant des distances. Ceci avec l'idée que le malade perdra en familiarité dans le contact ce qu'il gagnera en tentative d'objectivation et d'élucidation de ses difficultés. Signe de cette modification des relations dans le courant des années 1970, le tutoiement : les internes et les infirmiers en useront fréquemment entre eux, ce qui était absolument inconcevable précédemment, tandis qu'il cessera petit à petit de se pratiquer entre infirmiers et malades ; seuls sont encore tutoyés de nos jours les vieux malades, qu'on surnomme aussi les « chroniques », dont le temps d'hospitalisation est presque égal à l'ancienneté des plus âgés des infirmiers. . .

Ainsi se comble lentement le fossé qui s'était creusé entre les différentes catégories de personnels particulièrement entre médecins et infirmiers, au profit de la structuration de « l'équipe soignante » orientée vers le malade, sujet de sa folie. À l'asile, les rapports entre individus sont donc, après 1968, en pleine mutation comme ils le sont dans l'ensemble de la société, ce qui indique l'illusoire du principe du ghetto asilaire, et démontre la perméabilité des murs aux grands courants idéologiques.

1970 est une année de grande évolution statutaire pour l'établissement⁵¹ est aussi l'année qui marque l'ouverture de l'asile sur le secteur. Déjà la loi du 31 juillet 1968 érige l'E.N.B. de Saint-Maurice en établissement public départemental dont les personnels titulaires sont soumis aux dispositions du livre IX du Code de la Santé Publique. Mais c'est à partir du 9 juin 1970 que la tutelle de l'E.N.B. est confiée de façon effective au Préfet de Paris, au même titre que les hôpitaux Sainte-Anne à Paris, ou en banlieue Perray-Vaucluse et Maison-Blanche. Le processus est d'ailleurs accéléré par l'application de la loi du 31 décembre 1970 qui porte réforme hospitalière.⁵²

Comme l'E.N.B. est situé dans le département du Val-de-Marne, il bénéficie également du contrôle du Préfet du Val-de-Marne : il en résulte une tutelle bicéphale qui n'est pas sans poser des problèmes puisque, par exemple, le budget de l'établissement est approuvé par le Préfet de Paris et les prix de journée des hospitalisations sont fixés par le Préfet du Val-de-Marne. Véritables casse têtes qui n'ont toujours pas trouvé de solution en 1982, et qui provoquent des situations aberrantes et paradoxales quand il est question de faire de la gestion et de la prospective pour l'hôpital et le secteur.

Nous avons déjà évoqué, à propos des conceptions de G. DESHAIES et P. CHA-NOIT sur l'institution psychiatrique, comment s'était opéré le glissement vers un système de rechange à celui de l'asile et de l'internement après la Deuxième Guerre Mondiale. C'est en 1960 que paraissait la circulaire — non publiée au Journal Officiel — du 15 mars du Ministre de la Santé Publique, Bernard CHENOT, « relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales », qui va donner le coup d'envoi administratif à la politique de secteur psychiatrique.

Nul mieux que H. MIGNOT n'a su parler de « l'esprit de secteur » :

« L'esprit de secteur, c'est d'abord le refus de la ségrégation du malade mental, le refus de son exclusion ; nous sommes bien là dans la défense de la liberté ; l'objectif, c'est d'aider le malade mental à garder sa place dans la

⁵¹ Voir J.P. GAUSSENS, *op. cit.*, p. 141-146

⁵² La loi du 31 décembre 1970 modifie les compétences du Directeur de l'établissement et du Conseil d'Administration, notamment.

communauté des hommes et lui permettre, dans toute la mesure du possible d’y restaurer son autonomie. . .

L’esprit du secteur, c’est encore de ne pas isoler artificiellement le malade du contexte dans lequel il vit et considérer que le trouble observé est la résultante des interactions qui se jouent entre le malade et son environnement. . .

L’esprit du secteur tend à privilégier les prises en charge qui restaurent la personnalité du sujet et non celles qui les écrasent ; c’est la lutte contre la passivité et par conséquent la méfiance à l’égard des institutions les plus tutélaires. La doctrine de secteur, ne l’oublions pas, est née de la prise de conscience par les médecins que l’asile (même évolué en néo-société si tolérable que le malade ne demande qu’à y rester) demeure un instrument de chronicisation.

L’esprit du secteur enfin, c’est la méfiance à l’égard d’attitudes personnelles impérialistes que favorise le travail solitaire, sans la nécessaire remise en question qui s’impose à tout psychiatre. C’est pourquoi il prône un travail d’équipe où, de par les rôles dévolus à chacun, personne ne risque de devenir le petit mandarin d’une institution où il fait la loi hors de la critique des autres. . . »⁵³

À cet « esprit du secteur » correspond dans la pratique la mise en place d’un « dispositif », selon les termes de la circulaire de 1960, « qui consiste à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l’intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, 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. » Il est mentionné de surcroît qu’il faut « transformer corrélativement le rôle joué par l’établissement psychiatrique, qui de plus en plus, devient un hôpital spécialisé pour maladies mentales et non plus un “asile” où étaient placées les personnes considérées comme dangereuses pour la société. » En données chiffrées, le territoire géographique constitutif d’un secteur sera organisé sur la base de 67 000 habitants.

Or, l’implantation de cette politique réformatrice sera des plus lentes et des plus disparates, en fonction des départements, des établissements, des secteurs. On pourrait parler, à l’instar de Marcel JAEGER d’un véritable « désordre psychiatrique »⁵⁴, car tous les paradoxes sont cultivés : à propos de la sectorisation on dénoncera caricaturalement la « fliciatrisation », le « quadrillage » policier de toute la population, quand d’autres y verront la fin de l’exclusion sociale du malade men-

⁵³ H. MIGNOT, « Présentation de la psychiatrie de secteur ». Colloque sur « Psychiatrie, droit et libertés », tenu à Paris (1972), publié dans *Psychiatries*, 4, 1972, p. 50-54. Rapporté par Michel AUDISIO, *La Psychiatrie de secteur*, 1980.

⁵⁴ Voir M. JAEGER, *op. cit.*, qui aborde avec pertinence les contradictions qui gèrent historiquement la psychiatrie.

tal, sa réadaptation et sa resocialisation. Au plan de la gestion, on observera encore la double administration hospitalière et extra-hospitalière entrer en concurrence ; comme l'indique M. AUDISIO :

« On demande en quelque sorte au secteur de compenser le manque à gagner des hôpitaux... En d'autres termes, l'administration hospitalière qui gère le plus souvent de fait la sectorisation tend à appliquer ses schémas de gestion hospitalière dans le domaine extra hospitalier reprenant par là de l'autre main l'économie financière du fait de la non hospitalisation. Ou encore elle tend à confondre la rentabilité financière avec la rentabilité thérapeutique. »⁵⁵

Le secteur se construit donc sur un terrain très conflictuel, au milieu des contradictions, dans un climat aggravé par la crise économique qui se développe avec insistance dans le courant de la décennie 1970–1980, les budgets ayant, dans ces périodes de stagnation, de fâcheuses tendances à la restriction. Il se construit aussi à partir d'une simple circulaire, non publiée au Journal Officiel répétons-le, qui se double d'une autre, émise à la même date et publiée, elle, au Journal Officiel, « relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens », ce qui n'est pas sans ambiguïté car il s'agit tout en même temps d'en terminer avec l'asile d'antan et à la fois de le moderniser ! L'« hospitalo-centrisme », selon le terme en usage, n'est pas mort. D'autant que les préjugés sur la dangerosité et l'incubabilité de la maladie mentale sont, eux bien vivaces, renforcés dans l'opinion publique par des faits divers sporadiques. Les textes les plus importants concernant la sectorisation seront rédigés en 1972, mais ce ne seront toujours que des circulaires, non des Lois, dont les instructions ont surtout valeur de recommandation, d'où un cadre juridique pratiquement inexistant. Ainsi la circulaire n°431 du 14 mars 1972 « relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et la toxicomanie » ; celle n°443 du 16 mars 1972 « relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et les déficiences mentales des enfants et des adolescents », enfin la circulaire du 12 décembre 1972 « relative à la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies » qui recommande la création, à titre consultatif, de « conseils de santé mentale de secteur » destinés à l'estimation des besoins de la population, à l'évaluation des ressources en personnels et en institutions afin d'en étudier l'utilisation optimale.

Il n'est donc pas surprenant qu'au milieu de tous ces obstacles, l'E.N.B., qui avait conservé si longtemps un statut dérogatoire tant au niveau administratif qu'au niveau de sa clientèle de fondation, ait dû s'adapter à la politique nouvelle, se restructurer totalement, non sans quelque mal.

⁵⁵ Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale*, 1980, p. 31.

Déjà en décembre 1969, un service pour enfants arriérés profonds avait été ouvert, construit au nord-est de l'établissement grâce au soutien de la Fondation Anne De Gaulle, affecté ensuite en service d'hospitalisation de psychiatrie infanto-juvénile d'une capacité réelle de 45 lits.

Puis à partir de 1972, dans le cadre de la sectorisation, s'opère une redistribution des secteurs de psychiatrie générale de Paris. Sont de ce fait rattachés à l'hôpital, et dotés d'un dispensaire sur chacun de leurs territoires géographiques respectifs :

- un inter-secteur⁵⁶ de psychiatrie infanto-juvénile sur le 11^e arrondissement,
- deux secteurs de psychiatrie adulte sur le 11^e arrondissement,
- deux secteurs de psychiatrie adulte sur le 12^e arrondissement,
- un secteur de psychiatrie adulte desservant Alfortville, Charenton et Saint-Maurice,
- un inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile desservant Maisons-Alfort, Alfortville, Charenton et Saint-Maurice.

Fonctionnent donc à l'intérieur de l'établissement, depuis dix ans, cinq services de psychiatrie adulte, un service de psychiatrie infanto-juvénile, sans oublier le service de gynécologie-obstétrique (45 lits).

Deux hôpitaux de jour ont été ensuite créés en 1977 : le centre Saint-Éloi sur le 12^e arrondissement et le Centre Paul Guiraud sur le 11^e arrondissement, disposant chacun de 40 places environ : le but étant ou d'assurer une post-cure après la sortie des malades de l'hôpital, ou bien de leur permettre de bénéficier d'une prise en charge intermédiaire, à l'occasion d'une rechute pour éviter une hospitalisation à plein temps et une rupture complète avec leur milieu habituel. Ces hôpitaux de jour, sans lits, sont censés avoir des impératifs techniques d'équipement et une ambiance institutionnelle, différents des services intra-hospitaliers, encore faut-il pour respecter leur vocation particulière que ce mode d'hospitalisation partiel corresponde à une indication et à un projet thérapeutique vis-à-vis du malade.

Les hôpitaux psychiatriques devenus par le décret du 6 décembre 1972 des « Centres Hospitaliers Spécialisés » ont, comme nous venons de le voir, des missions multiples et difficiles qui vont du diagnostic au traitement, de l'hébergement éventuel des malades mentaux à l'enseignement, à la formation des personnels médicaux et para médicaux, ou encore à la prévention, à l'éducation sanitaire et à la recherche médicale et pharmaceutique, comme le préconisent les textes administratifs. L'E.N.B. de Saint-Maurice ayant perdu son statut d'établissement national en 1970 et rebaptisé « Hôpital Esquirol de Saint-Maurice » en 1974 comme

⁵⁶ Un « inter-secteur enfants » doit correspondre à trois secteurs de psychiatrie générale pour répondre aux besoins d'une population d'environ 200 000 habitants selon la circulaire n°148 du 18 janvier 1971.

nous l'avions précédemment mentionné, n'échappe pas à ces objectifs parfois contradictoires, qui augmentent la pesanteur d'une telle structure de soins.

C'est pourquoi nous ne nous étonnerons pas que les services administratifs d'une telle institution aient pris une extension certaine au long de ces vingt dernières années, au risque d'être l'objet de critiques nombreuses : au 31 décembre 1958, 19 agents y étaient employés, alors qu'au 31 décembre 1981, 75 personnes y étaient en fonction, soit quatre fois plus.

Cela indique, en tout cas, le gonflement énorme des affaires et dossiers administratifs à traiter, qui a peut être à voir avec une bureaucratisation galopante du service public, mais qui est sans doute en relation avec le développement *extra muros* de l'hôpital, entraînant la gestion d'institutions parallèles d'importance. L'asile n'est donc pas seulement un lieu de soins, c'est aussi un lieu où se gèrent des biens, où se manipulent des matériaux (des denrées alimentaires, au linge ou aux sacs de ciment. . .) où s'administrent des affaires publiques par l'intermédiaire de fonctionnaires de plus en plus nombreux, de techniques de plus en plus complexes jusqu'à l'introduction de l'ordinateur.

Que l'on mesure le chemin parcouru lorsque l'on nous a parlé du cheval qui, vers 1950, desservait en lait frais quotidien et en linge les pavillons ; ou bien quand nous apprenons que le directeur en exercice à l'époque, Monsieur MARAVAL (en fonction de 1945 à 1958) hésitait à doter le service des admissions et des frais de séjour, d'une petite calculatrice mécanique dont il ne voyait point l'utilité, y préférant les bienfaits du calcul mental !⁵⁷

*

⁵⁷ Remercions Monsieur DUSSOURS, toujours [1983] à la tête du service des admissions, qui nous a donné des informations sur la population et l'administration de la période que nous venons d'étudier au cours de ce chapitre, nous précisant que « Monsieur MARAVAL gérait d'une façon très stricte l'établissement, comme une petite entreprise privée », ce qui lui permettait d'avoir le prix de journée le plus bas de France, peut être aussi au détriment de certains postes et d'améliorations repoussées.

Chapitre 3

1972-1982

dix années de développement, dix années de sectorisation, dix années pour prendre un peu de recul et établir quelques bilans !

Ce dernier chapitre sera sans doute marqué du sceau de notre propre subjectivité, si tant est que nous y avons échappé jusque ici, puisque ces dix ans nous les avons vécus nous-mêmes dans cette institution dont nous sommes arrogés le rôle de chroniqueur. Notre discours n'est donc pas innocent, gauchi qu'il est par l'importance de notre implication, de notre passé conceptuel, de nos choix professionnels, de notre éthique, en un mot de tout ce que nous pouvons véhiculer d'*a priori* sur la folie et l'asile.

Ces présupposés méthodologiques posés, nous allons tenter d'effectuer des repérages dans ce qui peut être considéré comme facteurs d'évolution ou bien de régression, voire de blocage dans une telle institution dite soignante, en choisissant d'analyser quelques uns de ces paramètres à l'échelle d'un seul service. Le fonctionnement hospitalier, dans son ensemble, nous paraît renvoyer à des données beaucoup trop complexes et multiples pour que nous ayons la prétention d'en maîtriser aucune. L'unité « service », non moins difficile à cerner, nous semble, en dépit de sa singularité et de ses particularités, offrir un champ de réflexions plus propice.

Le service que nous étudierons, au même titre que ses voisins, étant cependant en interactions constantes avec la globalité de l'institution, dans une sorte d'homéostasie, il est intéressant de recenser quelques aspects généraux de l'évolution de l'hôpital pouvant entraîner des répercussions à l'échelle de l'unité choisie.

3.1 Redéfinition générale de l'institution dans le cadre de la sectorisation :

Ainsi, la mise en place du secteur dans un établissement au passé aussi riche et mouvementé de celui de l'hôpital Esquirol obligea l'institution tout entière à réintégrer un statut « normalisé ». C'est-à-dire qu'il s'ensuivit des mutations tant au niveau de la population des malades, que des soignants ou des locaux.

3.1.1 les malades

Ils passèrent d'une clientèle choisie, comme nous l'avons vu, socialement relativement privilégiée, à une population souvent très défavorisée, ajoutant le handicap social à la maladie mentale, diminuant d'autant ses chances de réinsertion.

Il n'existe pas de carte sanitaire psychiatrique pour la région Île-de-France, ce qui rend difficile les prévisions en matière d'hospitalisation. Mais actuellement l'évolution démographique des quatre secteurs de psychiatrie générale implantés à Paris (11^e et 12^e arrondissements) et rattachés à l'hôpital va plutôt dans le sens de la construction d'immeubles de standing ou de bureaux, chassant la population âgée ou ayant des revenus bas vers les banlieues. Ce mouvement de déracinement est générateur de perturbations psychologiques plus ou moins grandes auquel s'associe un afflux de malades dits « hors secteur » (qui n'habitent pas le secteur), pour la plupart marginalisés, sans emploi, sans attaches familiales, et qui représentaient 39% des patients hospitalisés en 1977, selon « un programme des besoins de l'établissement » rédigé cette année-là par l'administration.

Vient se greffer sur cette institution, le problème du vieillissement de la population hospitalisée, double conséquence d'une meilleure thérapeutique gériatrique probablement, mais aussi de l'évolution de la démographie française, dont près de 15% atteint ou dépasse l'âge seuil de 65 ans. On peut considérer qu'environ un tiers de la population actuellement hospitalisée est constituée par des personnes âgées, souvent démentialisées, nécessitant de ce fait des techniques de soins appropriées et une présence infirmière importante.

Enfin, la sectorisation a entraîné une augmentation considérable d'hospitalisations de malades en « service libre » qui ne sont plus « internés » au sens juridico-administratif du terme, ce qui implique des aménagements du règlement intérieur de l'ancien hôpital psychiatrique, toujours régi par la loi de 1838 (liberté d'allées et venues, des visites, de la correspondance, etc.) La bi-sexualisation des malades, autrement dit la « mixité des services », s'est introduite dans des structures qui n'y étaient pas préparées, ni psychologiquement ni matériellement, alors que le but initial était de recréer à l'hôpital un milieu « naturel » au sens où hommes et femmes vivent ensemble dans la société.

3.1.2 les soignants

Ils ont dû, eux aussi, se réorganiser tant au plan statutaire qu’au plan technique, comme nous l’évoquions ci-dessus.

Les médecins, tout d’abord, se voient appliquer un nouveau statut¹ qui est celui mis en place en 1960 et 1961 pour l’hospitalisation générale, car les établissements psychiatriques, de par la Réforme Hospitalière, rejoignent le droit hospitalier commun. Les hôpitaux psychiatriques publics sont assimilés aux hôpitaux dits de deuxième catégorie, gérés comme les autres établissements hospitaliers par des Commissions administratives où sont largement représentés les pouvoirs locaux, ce que nous avons déjà montré, moyennant quoi, les médecins obtiennent des garanties statutaires et financières. Ils deviennent des « psychiatres des hôpitaux chefs de secteur » ; ils perçoivent la rémunération accordée aux chefs de service hospitalier à plein temps, mais d’ailleurs sans qu’aucun texte réglementaire ni aucune jurisprudence ne précise exactement leur responsabilité spécifique de chefs de secteur.

À Charenton, les nouveaux médecins chefs qui arrivent à partir des années 1968–70 pour mettre en place le secteur, sont tous des psychiatres du « cadre »², c’est-à-dire qui font une carrière dans les hôpitaux psychiatriques publics. Ils collaborent avec des internes provenant de la filière normale de l’internat en psychiatrie, dont le nombre est préalablement fixé à quatre par service, qui ne sont donc plus choisis par le chef de service, mais qui eux choisissent, en fonction de leurs affinités et de leurs conceptions, l’orientation théorique de tel ou tel service. C’est là une formule nouvelle pour l’établissement, non sans intérêt au niveau thérapeutique.

Les infirmiers de l’hôpital n’échappent pas non plus à cette mutation statutaire : une circulaire ministérielle du 17 novembre 1969 leur offre la possibilité d’opter entre leur ancien statut et leur intégration au Livre IX du Code de la santé publique, ce qu’ils feront en majorité. Puis en référence à la sectorisation, ils seront promus « infirmiers de secteur psychiatrique », sans pour autant que soit clarifiée plus expressément leur situation : car ou bien ils sont agents hospitaliers et bénéficient des avantages inhérents à ce statut, ou bien ils sont recrutés uniquement au titre de la sectorisation sans profiter des indemnités, primes ou possibilités d’avancement de leurs collègues hospitaliers.

D’autres difficultés surgissent pour appliquer la politique sectorielle qui préconise :

¹ Statut réformé par le décret du 11 mars 1970, modifiant le décret du 24 août 1961.

² Le cadre des hôpitaux psychiatriques est l’organisation administrative des médecins psychiatres des services publics en France régis par la loi de 1838 ; ils sont recrutés par un concours national (psychiaticat), affectés à la direction médicale d’un service psychiatrique public par le Ministère et ils dépendent de l’autorité du Préfet.

« la nécessité de confier à la même équipe médico-sociale la charge du malade en cure hospitalière et en pré et post-cure. Il est, en effet, indispensable que le malade sorti de l'hôpital psychiatrique retrouve au dispensaire, au foyer de post-cure, le médecin qui l'a traité à l'hôpital psychiatrique. C'est la condition même pour qu'il accepte cette post-cure. Par ailleurs, nul plus que le médecin de l'hôpital psychiatrique n'est intéressé au but poursuivi qui est d'éviter des hospitalisations inutiles. » (Organisation du dispositif de lutte contre les maladies mentales, chapitre III de la circulaire du 15 mars 1960)

Comment la même équipe infirmière pourrait-elle assurer la continuité de ces soins sur le secteur, quand les effectifs sont déjà considérablement réduits et ne permettent souvent que de pallier au plus urgent à l'intérieur des services ?

Un nouveau personnel d'encadrement infirmier a d'ailleurs été créé par décret du 11 avril 1975 : les « infirmiers ou infirmières généraux » et les « infirmiers ou infirmières généraux adjoints » qui ont pour mission de contribuer à une meilleure gestion et à une meilleure répartition des effectifs infirmiers au niveau global de l'hôpital. Ceci afin :

« d'améliorer la qualité des soins, assurer une meilleure utilisation des personnels infirmiers et des personnels secondaires des services médicaux, garantir une meilleure formation de ces mêmes personnels, créer un organisme de liaison permanente entre l'administration de l'hôpital et le corps infirmier, donner au personnel infirmier par l'intermédiaire de ses représentants hiérarchiques une place élargie dans l'établissement en le faisant participer aux décisions au plus haut niveau. »³

C'est en 1979 que prend ses fonctions l'infirmière générale adjointe à l'hôpital Esquirol, essayant de sensibiliser l'administration aux problèmes techniques des infirmiers dans un souci de coordination des informations et de réflexion sur l'avenir de la profession.⁴

3.1.3 les locaux

Les locaux : ils obéissent au même principe de réorganisation que les individus qu'ils abritent, soignés comme soignants : on ne peut plus effectivement

³ Extrait de la circulaire du 31-jul-1975, relative « au recrutement et à l'avancement des infirmiers(es) généraux et des infirmiers(es) généraux adjoints dans les établissements d'hospitalisation publics » signée par Madame Simone VEIL.

⁴ Voir le mémoire de fin de cycle de formation des infirmiers généraux adjoints présenté par Jacqueline DORION, *L'infirmière générale, point de convergence des relations, entre les groupes professionnels exerçant dans l'institution psychiatrique*, École Nationale de la Santé Publique, Rennes, juillet 1979.

concevoir d'être hospitalisé dans les conditions hôtelières du siècle dernier, ni d'y travailler de la même façon non plus.

Suivant les directives de la circulaire du 15 mars 1960 concernant la rénovation des hôpitaux psychiatriques anciens, un « plan directeur » est élaboré pour la décennie 1978–1988 à l'hôpital Esquirol. Il doit cependant tenir compte de l'architecture esquirolienne, ainsi que le formule clairement le « programme des besoins de l'établissement » adopté par le Conseil d'Administration du 16 février 1978 :

« La structure actuelle des bâtiments correspond, à quelques légères modifications près, à l'agencement architectural établi en 1838. Ce monument unique est si remarquable que les façades et les toitures de l'établissement, ainsi que la chapelle en son entier, ont été inscrits à l'inventaire supplémentaire des monuments historiques par arrêté du 22 décembre 1975 de M. Le Secrétaire d'État à la culture, publié au J.O. du 9 avril 1976. Le respect de ce site exceptionnel, s'il rassure l'esthète, impose malgré tout une contingence particulièrement rigide au programmiste : toute modification des volumes extérieurs à prévoir, devra recevoir l'agrément des services des Bâtiments de France. Il n'est pas sur qu'en toute occasion, la préoccupation de protection du bâtiment soit compatible avec l'intérêt du malade, de son bien-être et de sa sécurité. Il n'en demeure pas moins que l'un des impératifs du présent programme est de ne recourir à la construction nouvelle que si les solutions de rénovation interne des bâtiments historiques sont reconnues inadéquates. »

Ainsi tout en respectant l'architecture de 1838, outre la nécessité de redistribuer les locaux en fonction des nouveaux services sectorisés, l'établissement a dû rénover ceux-ci.

On augmente en conséquence le nombre des unités de soins pour réduire le nombre des dortoirs de plusieurs lits, où les conditions de vie étaient fort difficiles. Pour ce faire, la direction met sur pied un « plan d'humanisation » en 1975, plan dont la finalité est de supprimer totalement les anciennes salles communes, ainsi que les dortoirs et les chambres de plus de 4 lits.

De deux grands services de psychiatrie dirigés par deux médecins chefs, comportant 20 unités de soins, au début du siècle, on passe, à partir de 1970, à 5 services totalisant 30 unités de soins, plus un service d'enfants, la maternité cantonale, un service de médecin générale de 12 lits, ouvert en 1978, et enfin deux hôpitaux de jour.

Le mouvement de rénovation et d'humanisation de l'institution asilaire se double d'une réduction du nombre des lits d'hospitalisation, préconisée par la circulaire du 9 mai 1974 relative « à la mise en place de la sectorisation psychiatrique » :

« Aucune augmentation du nombre de lits des hôpitaux psychiatriques existants ne saurait plus être tolérée. La modernisation nécessaire de ces établissements, a, au contraire, pour corollaire, une réduction de leur capacité, ce dont on ne peut que se féliciter.

Il convient de rappeler en effet que le service d’hospitalisation doit être organisé par unités de soins de 25 lits, comportant un nombre suffisant de chambres individuelles et entraînant en tout cas la suppression des grands dortoirs.

L’unité d’hospitalisation doit, rappelons-le, avoir libéralisé son fonctionnement, ouvert ses portes. Un même bâtiment peut recevoir des malades des deux sexes sous certaines précautions. »

(extrait de la deuxième partie de la circulaire consacrée aux “problèmes d’équipements” et aux “services d’hospitalisation psychiatrique à pleine journée”)

Le Ministère et ses conseillers techniques s’appuient sur l’évolution obligatoire des méthodes de la psychiatrie institutionnelle, partant du constat que la concentration des malades dans l’asile interdit toute efficacité thérapeutique réelle et durable : il s’agit donc de façon concomitante d’accélérer la réduction du taux des hospitalisations en raccourcissant les temps d’hospitalisations, en évitant les rechutes et en portant l’effort sur la prévention et la post-cure extra hospitalière. La « désaliénation » étant à ce prix, mais le pari étant bien difficile à tenir.

À l’échelle de l’hôpital Esquirol, l’objectif à atteindre pour l’année 1987 est l’affectation de 140 lits par service (prévision adopté par le Conseil d’Administration de l’établissement en 1977) compte tenu de la présence de nombreux malades chroniques qui finiront certainement leurs jours à l’hôpital et de la clientèle de fondation (militaires du Val-de-Grâce ou enfants de fonctionnaires).

Concrètement la capacité réelle de l’établissement pour la psychiatrie adulte est déjà descendue de 954 lits en 1977 à 762 lits en 1981. Mais le taux d’occupation des lits à l’hôpital Esquirol est supérieur à la moyenne des hôpitaux de la région parisienne, soit à 92% au 1^{er} septembre 1981, et l’encombrement des services est toujours source de difficultés thérapeutiques, même si le taux de rotation des lits dits « actifs » (c’est-à-dire des hospitalisations de malades aigus dont le temps de séjour est relativement court) est important.

Ce tour d’horizon rapide de la situation de l’instrument hospitalier, au long de ces dix dernières années, nous montre la complexité des facteurs qu’il faudra mettre en jeu pour engager l’établissement dans la voie du renouveau. Nous allons nous pencher à présent sur l’exemple particulier d’un service, où nous tenterons de mettre en évidence, plus précisément, comment à ce niveau « unitaire », l’institution métabolise les divers courants d’influences intérieures et extérieures à des fins thérapeutiques.

3.2 L'exemple particulier de la vie d'un service sectorisé

Si nous prenons l'option délibérée de terminer ce long exposé de l'histoire de l'établissement de Charenton par un essai, sans doute trop sommaire, d'une « analyse institutionnelle » d'un service particulier, c'est parce qu'il nous semblait fondamental de relier passé et présent, tant l'un et l'autre s'interpénètrent au quotidien.

Nous nous efforcerons, dans un premier temps, d'examiner la structure de ce service sectorisé puis ensuite nous repèrerons ce que peut en faciliter ou bien en freiner l'évolution sur une période de dix ans. Il est entendu que, compte tenu des particularités de ce service, nos analyses n'auront rien d'exhaustif.

3.2.1 origines historiques de ce secteur

C'est en avril 1968 qu'un nouveau médecin chef du cadre vient remplacer le Professeur H. BARUK à la tête de ce service de femmes. Il s'agit justement d'une femme médecin, beaucoup plus jeune que son illustre prédécesseur, et ce trait ne sera pas sans conséquences sur sa prise de fonction : il lui faut en effet se faire admettre par toute une population de patients attirés par le prestige de H. BARUK, qui avait quarante années de carrière derrière lui ; il lui faut aussi se faire reconnaître par le personnel soignant en tant que chef de service, investi du pouvoir médical et apportant avec lui de nouvelles façons de travailler ; enfin il lui faut être acceptée par ses autres collègues masculins et par le pouvoir administratif, ce qui est peut être l'opération la moins facile en ces temps de « sexisme » latent.

C'est aussi une ancienne élève de P. SIVADON, essentiellement soucieuse de respecter le malade mental dans son humanité, sensibilisée à l'amélioration des conditions de vie intra-hospitalières⁵ à la pratique institutionnelle, et à l'ouverture du monde asilaire vers la cité. De plus, lorsqu'elle arrive à Charenton, elle a déjà une longue expérience psychiatrique acquise en province.

Elle arrive dans l'établissement dans un moment d'effervescence revendicatrice et contestataire, comme nous l'avons montré, où les mentalités sont en train d'évoluer, où finalement les gens se sentent mobilisés pour accueillir de nouvelles orientations, de nouvelles conceptions. C'est aussi, cela qui facilitera son intégration à l'E.N.B. de Charenton, contrairement à ce que l'on pouvait redouter.

Elle trouve un personnel exclusivement féminin, puisqu'il s'agit d'un service de malades femmes provenant pour la plupart de la Maison Maternelle, qui n'a

⁵ Elle avait elle-même participé au courant qui avait essayé de penser l'architecture psychiatrique dans les années 1950. Voir J. BOUQUEREL sur les *Problèmes architecturaux de l'hôpital psychiatrique*.

donc de formation psychiatrique que celle reçue de l'enseignement de H. BARUK. Ces infirmières sont très attentives au malade, mais par contre elles ne se sentent pas valorisées dans leur travail et elles vivent des relations très hiérarchisées : on ne leur demande pas de prendre des responsabilités mais d'assurer l'intendance, et si, officiellement, elles ne doivent pas participer aux traitements, elles travaillent avec leur interne et connaissent parfaitement leurs malades. La liberté du malade est respectée, très peu sont en « placement d'office ».

Elle est, au total, bien accueillie par son personnel infirmier et par ses proches collaborateurs : le médecin assistant et les internes. Son premier sentiment est qu'elle est l'objet d'une très forte demande de soutien qui émane autant des malades que du personnel.

C'est donc dans ce contexte et avec ces paramètres, que ce nouveau médecin chef de service va évaluer les transformations à effectuer et préparer la sectorisation de son service. Ses principes directeurs tournaient autour des points suivants :

— améliorer le confort du malade et donc repenser les locaux, leur architecture, leur aménagement intérieur dans la mesure des contingences historiques imposées par l'établissement. Par exemple, elle accordait une grande importance aux couleurs des diverses pièces des pavillons, essayant de leur redonner un aspect plus agréable, moins « hôpital ».

— réduire les temps d'hospitalisation en traitant activement les troubles et en aménageant des sorties rapides considérant qu'un service doit être traitant d'emblée, mais aussi qu'on ne peut traiter tous les malades de la même manière, ni dans les mêmes lieux.

— développer les ateliers d'ergothérapie et l'animation des pavillons en proposant aux malades des centres d'intérêt plus adaptés et plus créatifs.

Tels étaient donc ses projets à son arrivée, projets qui se situaient dans le fil de la psychothérapie institutionnelle, sans support psychanalytique, appliquée à une structure psychiatrique « traditionnelle », au sens où R. CASTEL définit ce traditionalisme dans *Le psychanalysme* :

« *Le traditionalisme psychiatrique pourrait se caractériser par la conjonction de trois traits : adhésion sans réserve à un schéma médical directement transposé de la médecine somatique ; défense, sous couvert de quelques aménagements, de la structure institutionnelle asilaire et de son fondement législatif, la loi de 1838 ; fidélité au rôle social du psychiatre classique, gardien et ambassadeur des normes sociales dominantes.* »⁶

Ce médecin chef ne milite pas en faveur d'une idéologie psychiatrique très précise, si ce n'est que ses principes humanitaires le conduisent à régir la vie institutionnelle dans le sens de l'ouverture vers l'extérieur, et de la facilitation des échanges entre soignants et soignés. Sa grande souplesse lui permet de laisser à ses

⁶ R. CASTEL, *Le psychanalysme*, p. 199, note 15.

internes et à son assistant une importante liberté d'action dans le fonctionnement de l'institution et dans les choix thérapeutiques. Mais cela entraîne, réciproquement, que tous ses collaborateurs aient suffisamment le sens des responsabilités et de conscience professionnelle pour impulser leur dynamisme à l'institution.

C'est à partir de 1971-72 que s'organise véritablement la mise en place de la sectorisation avec la prise en charge des malades en pré- ou post-cure au niveau d'un dispensaire situé dans le 11^e arrondissement. Cependant, dès 1968, et donc en seulement trois ans, il faudra rapidement restructurer le service :

— scinder l'ancien service de femmes, beaucoup trop étendu et peuplé pour être thérapeutique et réaliser un service d'une capacité de 180 lits, ce qui est encore énorme.

— introduire la mixité des malades comme celle du personnel soignant, ce qui signifie modifier complètement la composition des équipes infirmières, et réaménager les locaux d'une manière plus fonctionnelle et plus adaptée à ce nouvel impératif. — organiser des petites unités de soins (ou « pavillons ») d'une vingtaine de lits environ, où pourraient se généraliser les admissions, introduisant ainsi l'idée de service « actif » : cela bénéficierait à la fois aux malades anciens qui se ne seraient plus parqués dans les pavillons dits de « défectologie », comme au personnel qui y verrait un regain d'intérêt thérapeutique.

— constituer une équipe soignante sur le dispensaire de secteur en y démarrant des consultations, également un suivi à domicile, des patients sur leur quartier ; en prévoir les équipements et le développement.

À partir de 1978 s'ajoutera le souci d'humaniser le service en réduisant sa capacité hôtelière et en y effectuant d'importants travaux d'architecture intérieure. Le but étant de faire totalement disparaître les anciens dortoirs et de créer des aires de réunions (salle à manger ou salle de télévision par exemple) pour faciliter la vie communautaire. Ces travaux amèneront à déplacer des malades dans d'autres institutions ou à repenser de façon positive des sorties qui n'avaient jamais été envisagées. Mais ils obligeront aussi à répartir certains malades, pour lesquels des solutions de rechange ne pouvaient être trouvées, dans d'autres unités, provoquant par là un surencombrement nuisant à la qualité des soins prodigués par un personnel parfois submergé.

Quelques données quantitatives sur le nombre des malades (voir le tableau n°5 donné en annexe) :

1^{er} janvier 1970 : 214 malades femmes uniquement

1^{er} janvier 1978 : 182 malades, dont 62 hommes et 120 femmes

1^{er} janvier 1982 : 159 malades, dont 51 hommes et 108 femmes

Ce qui montre l'effort de réduction de la concentration hospitalière dû à la conjugaison du travail de secteur et de l'humanisation de l'institution.

3.2.2 structure actuelle du service intra-hospitalier

Il faut se figurer que les malades sont hospitalisés sur deux niveaux, un rez-de-chaussée et un étage, et qu’ils sont répartis dans six unités de soins autour de deux cours intérieures, selon les plans de 1838.

— quatre sur six de ces pavillons sont ouverts ; ils reçoivent des malades aigus, qu’on appelle aussi des « entrants », qui cohabitent avec un ensemble de malades à long séjour. Ces quatre pavillons comportent : l’un 16 lits (soit en chambres individuelles soit en dortoirs de quatre lits), l’autre 28 lits répartis comme précédemment, ces deux pavillons ayant été complètement rénovés ; les deux autres comptent 24 et 40 lits chacun, essentiellement en dortoirs, et sont encore dans un grand état de vétusté.

— un pavillon de 22 lits est exclusivement réservé à la géro-psycho-geriatrie, et il est fermé de crainte que ces malades séniles et déments ne s’égarent car la plupart ont perdu tout repère temporo-spatial.

— un autre enfin abrite 16 malades, internés souvent en « placement d’office », qui peuvent poser des problèmes de fugue, d’agitation ou de passage à l’acte, mais qui ont en principe des temps de séjour assez courts. Ce pavillon a historiquement été fermé, puis ouvert, en dernier lieu refermé, au cours de diverses crises institutionnelles.

Mis à part le pavillon de 24 lits et celui de gérontologie qui sont exclusivement réservés à des malades femmes, pour bon nombre déjà hospitalisées du temps du Professeur BARUK, le reste du service accueille des malades des deux sexes.

Mais ni les locaux, ni les personnels, ni même les malades présents ne furent préparés au bouleversement que constitua la mixité dans le service. Nous n’en prendrons pour exemple que l’arrivée du « premier homme » à la fin de l’année 1971, arrivée folklorique s’il en est, puisque cet entrant dut passer sa première nuit dans un dortoir de femmes, à leur grand étonnement comme au sien, non sans mettre en état d’alerte toute l’équipe des veilleuses de garde !

Puis 20 malades hommes, qui provenaient d’un autre service de l’établissement où ils avaient tous effectué un long séjour dans un pavillon fermé, furent transférés, avec deux de leurs infirmiers, dans un dortoir qu’on leur avait aménagé et qui dépendait du pavillon de femmes dont nous venons de parler. Leur intégration se fit sans incident car ils reconstituaient dans ce nouveau cadre leur ancienne communauté pour lutter contre leur isolement dans cet univers féminisé.

Par la suite, les hommes furent admis progressivement à parité avec les femmes dans un pavillon qui venait d’être rénové et où avaient été prévues des chambres individuelles. Mais dans les unités vétustes, ils furent répartis en dortoirs alternés avec ceux des femmes, et l’on peut toujours déplorer l’absence d’équipements adaptés, les sanitaires communs étant un exemple parmi d’autres.

Les infirmiers firent également leur apparition dans le service et ils furent d’au-

tant plus bienvenus que leur simple présence devenait nécessaire pour rassurer et calmer les malades agités. . . Comme quoi le mythe du sexe fort est toujours vivace dans les esprits, conclurent certains ! Cependant, comme l'indiquent les chiffres du tableau n°6 donné en annexe, les hommes comptent pour un tiers des malades hospitalisés et parallèlement il faut compter un tiers environ d'infirmiers par rapport aux infirmières. Il est à souligner que depuis 1979 le nombre des élèves infirmiers de sexe masculin est en constante régression et qu'il est de plus en plus difficile de recruter des hommes en psychiatrie. D'où une féminisation croissante de la profession dans les années à venir, probablement.

Ce que l'on peut avancer à propos de la mixité c'est qu'après bien des réticences, dues surtout au manque d'élaboration qu'impliquait logiquement cette restructuration, le personnel finit par admettre que ses craintes de perturbations de la vie services n'étaient pas fondées : les relations sexuelles étaient pratiquement nulles à l'intérieur des pavillons, les bosquets du parc offrant comme par le passé un terrain de rencontre plus propice ; les grossesses n'étaient pas plus fréquentes qu'auparavant, sinon moins, puisque la contraception était entrée dans les mœurs sociales comme hospitalières ; au contraire enfin, la vie pavillonnaire s'en trouvait agrémentée, de l'avis général des soignants et des soignés.

- Examinons à présent la situation du personnel soignant dans le service pour l'année 1982, situation qui obéit à la structure pyramidale, réglée par la hiérarchie traditionnelle :

- à la tête, le médecin-chef de secteur, assisté d'un médecin-adjoint et d'un médecin attaché ;

- quatre internes se répartissent les pavillons et des étudiants en médecine qui se spécialisent en psychiatrie sans avoir passé l'internat (C.E.S) ;

- le corps des infirmiers, avec une surveillante générale, au sommet, qui a sous ses ordres 72 infirmiers environ, dont 17 hommes et 55 femmes, organisés en trois équipes sur les 24 heures (6^h–14^h, 14^h–22^h, 22^h–6^h) ;

- 8 auxiliaires, 4 A.S.I. et 3 A.S.H. ;

- le personnel para-médical composé d'une secrétaire médicale, d'une assistante sociale et deux spécialistes : une kinésithérapeute et une psychologue ;

- des stagiaires : psychologues, assistantes-sociales, élèves infirmiers.

Comme on le voit ce personnel est très féminisé, des médecins aux infirmières, en passant par les para-médicaux, et ceci peut-être induit-il une façon un peu différente de travailler. Mais cela se traduit surtout, de temps à autre, par des absences dues aux congés de maternité ou pour garde d'enfants malades qui viennent grever des effectifs par trop déficients.

Nous n'épilouernerons pas sur l'insuffisance des effectifs, qui est devenue un *leitmotiv* dans la vie quotidienne de l'hôpital. Il apparaît que cette situation pénurie est ancienne. Elle remonte au moins à 1969, année de mutation statutaire

de l'établissement qui, d'«Établissement Nationale de Bienfaisance» devenait «hôpital Esquirol, centre hospitalier spécialisé» : la majorité des agents optent alors, comme nous l'avons indiqué, pour le Livre IX du Code de la Santé Publique, et acquiert ainsi la possibilité de muter dans d'autres établissements. Cela entraîne une déperdition en personnels, beaucoup préférant regagner leur province d'origine.

À cette même époque se met en place la sectorisation, ce qui signifie l'ouverture de nouveaux services intra- et extra-hospitaliers exigeant un nombre d'agents plus important, tandis que venait se greffer sur ce déficit les nombreux départs à la retraite de personnels bénéficiant de la loi du 16 juin 1955, qui a avancé l'âge de la retraite de 60 à 55 ans pour les services actifs. D'autre part, la réforme des études infirmières de 1979 est aussi un élément déficitaire à prendre en compte : les élèves devenant stagiaires pendant un laps de temps assez court dans chacun de leurs stages, ils cessent de faire bénéficier les services d'un travail effectif et ils nécessitent au contraire un surcroît d'encadrement de la part de leurs collègues diplômés. La restructuration des services pavillonnaires en unités, dans le cadre de l'humanisation, a aggravé également la situation : on conçoit aisément qu'il faut augmenter le nombre d'infirmiers quand on réorganise un unique pavillon de soins comptant 45 malades en trois unités de 15 malades chacune.

L'application des diverses lois sociales : deux jours de repos consécutifs par semaine, congés pour enfants malades, congés maternité, extension au personnel originaire des D.O.M.-T.O.M. des congés bonifiés (deux mois tous les 3 ans), réduction à 39 heures de la durée hebdomadaire de travail, formation continue, congés syndicaux, congés pour vaccination, congés exceptionnels, etc. tout cela n'a pas eu pour résultat une compensation suffisante en effectifs.

Enfin, les mauvaises conditions de logement et de vie en région parisienne font fuir vers leur province natale les personnels que l'établissement a formés sur place. Les difficultés du travail psychiatrique introduisent souvent un sentiment d'insécurité, qui entretient une atmosphère de découragement à l'échelle de l'établissement. Il est d'ailleurs très instructif de se pencher sur les études menées par l'administration sur l'absentéisme dans l'hôpital, et dont nous donnons quelques aspects chiffrés pour le service pris pour référence sur une période de dix ans (voir la tableau n°7 en annexe) : ainsi nous observons une vague de maternités jusqu'en 1975, suivie en conséquence à partir de 1976 d'une flambée des congés pour enfants malades, mais aussi à partir de 1980 l'apparition d'absences non justifiées, phénomène jusqu'alors inexistant. On note d'ailleurs une remontée de l'absentéisme depuis 1981.

Si nous reprenons également le tableau n°6 indiquant la situation du personnel soignant dans le service de 1975 à 1981, nous constatons un accroissement des personnels non qualifiés (A.S.H., A.S.I. et auxiliaires) depuis 1979. Nous y remarquons aussi une tendance à la diminution du nombre de malades hospitalisés

par rapport au nombre d'infirmiers, ce qui donnerait le *quota*, en 1981, d'un infirmier pour 7,8 malades, selon une approche chiffrée très grossière pour le service étudié. Précisons qu'aux dires de l'administration ce rapport est plutôt meilleur que pour l'ensemble de l'établissement et qu'une lettre du 30 mars 1981, émanant de l'Inspectrice Départementale de la Santé de Paris⁷, signalait que « *en 1979, le pourcentage d'infirmiers par malade était à Esquirol le plus faible de la région parisienne* » !

Il faut d'ailleurs noter que pour établir des normes d'effectifs soignants on se réfère encore et toujours à la circulaire n°148 du 21 août 1952, « relative au fonctionnement des hôpitaux psychiatriques », circulaire qui se rapportait elle-même à l'article 67 du règlement-modèle de l'arrêté du 5 février 1938, prévoyant :

- un agent pour 10 malades agités, gâteux, ou à l'infirmerie ;
- un agent pour 15 malades dans les pavillons de malades tranquilles ou de travailleurs.

Nous sommes donc bien loin d'une solution car un tel constat est le plus souvent générateur d'un climat de tension et d'agitation défavorable à la vocation thérapeutique de l'institution.

D'autant que si nous mettons en regard de cette carence, en personnel infirmier qualifié, l'accroissement actuel de la présence médicale et para-médicale, par rapport à ce que nous décrivions il y a vingt ans (souvenons-nous des propos du Docteur DESHAIES qui travaillait seul avec un interne pour 400 malades...) il en résulte parfois dans certains services des difficultés pour les soignés à se repérer parmi les soignants !

• Si l'on examine à présent le fonctionnement intérieur du service, on se rend compte qu'il s'organise autour :

- de l'accueil du malade dans son pavillon par l'interne et l'équipe infirmière ;
- des prises en charge thérapeutiques individuelles : chimiothérapie et psychothérapies, qui sont de préférence pratiquées par les membres permanents de l'équipe (médecin-chef, médecin-adjoint, médecin-attaché et psychologue) ;
- des prises en charge de groupe, par le biais des réunions de malades au sein des pavillons lorsque cela correspond aux orientations thérapeutiques de l'interne responsable. Ces réunions ne sont donc pas systématisées.
- des prises en charge corporelles individuelles effectuées par la kinésithérapeute ;
- d'activités ergothérapeutiques proposées par trois ergothérapeutes, avec lesquelles collabore un professeur de dessin, dans un atelier considéré par les malades comme un lieu de détente et de rencontres puisqu'il est commun à l'en-

⁷ Document mentionné au procès-verbal de la Commission Médicale Consultative de l'établissement du 18 septembre 1981.

semble du service. On y fait du tricot, des coussins, de la peinture sur soie, des bijoux fantaisie, des émaux, de la poterie. Comme on le voit il s'agit surtout de travaux féminins qui n'intéressent pas toujours les malades hommes ; mais depuis quelques mois l'atelier s'oriente vers la fabrication de masques et vers des activités théâtrales. De ce centre d'animation partent aussi les projets de visites, de distractions qui s'adressent particulièrement aux malades chronicisés ou qui n'ont plus d'attaches familiales. Chaque pavillon propose aussi de temps à autre des manifestations récréatives, des sorties, des activités culinaires, de la musique, de la gymnastique, mais tout cela se heurte en bloc à la carence chronique en personnel, qui ne permet pratiquement jamais la continuité de ces activités.

Depuis 1980, un salon de coiffure a été installé à l'intérieur du service, par une coiffeuse professionnelle qui exerce son art à mi-temps, sur une clientèle nombreuse et assidue. Enfin, le service bénéficie du concours d'une enseignante chevronnée, spécialiste de l'alphabétisation des travailleurs émigrés, qui a non seulement une action éducatrice auprès de ces malades étrangers, mais aussi un impact thérapeutique en les intégrant psychologiquement à un groupe linguistique.

- Au plan du travail institutionnel :

- au niveau général du service, se tient une fois par semaine une réunion de synthèse dans le bureau du médecin-chef. Y participent tous les internes, le médecin-adjoint, la surveillante générale, la psychologue, la kinésithérapeute, les étudiants stagiaires, les secrétaires médicales, les infirmières de secteur et les assistantes sociales intra- et extra-hospitalières. Une fois par mois, les surveillants de chaque unité de soins viennent s'associer à cette réunion, dont la fonction essentielle est de reconstituer un lieu de rencontre professionnelle pour tout le service, où sont abordés les cas de patients qui posent problème et les questions d'intérêt général concernant la bonne marche de l'institution (aménagement des locaux, problèmes d'équipe, etc.)

- à l'échelle pavillonnaire également ont lieu des réunions d'équipe, à fréquence régulière, où sont examinés cas par cas les bilans d'hospitalisation de chaque patient.

3.2.3 Structure actuelle du service extra-hospitalier

Le dispositif sectoriel est constitué par le service intra-hospitalier, que nous venons de décrire succinctement, et par un dispensaire d'hygiène mentale qui lui est rattaché, situé sur le 11^e arrondissement de Paris, et couvrant environ une population de 56 847 habitants (recensement de 1975).

Ce dispensaire est installé dans une ancienne maison particulière de deux étages, fort agréable car elle a conservé son aspect familial, sans s'être laissé envahir par l'atmosphère impersonnelle des lieux publics :

— au premier étage on trouve un bureau, une grande salle de réunion qui sert aussi de salle de gymnastique et qui donne sur une terrasse spacieuse, une cuisine aménagée, une pharmacie et un cabinet de toilette ;

— au deuxième étage, se jouxtent le secrétariat, la salle d'attente, trois bureaux et un cabinet de toilette.

Pendant très longtemps, jusqu'en 1978⁸ trois secteurs de psychiatrie général plus un inter-secteur infanto-juvénile y ont fonctionné de concert, et on peut aisément se faire une idée de l'encombrement des locaux de l'époque. D'autre part, la vétusté des lieux, leur mauvais entretien (des infiltrations d'eau dégradant les plafonds depuis plusieurs années) concouraient à y rendre difficiles les conditions d'accueil des malades.

Depuis quatre ans cependant, une seule équipe y travaille, constituée par :

— le médecin chef de secteur,

— le médecin adjoint,

— 10 à 15 médecins psychiatres à temps partiel, les uns sont encore internes dans le service hospitalier, les autres sont devenus permanents,

— deux infirmiers de secteur à plein temps qui ont été « détachées » du service hospitalier, et quelques infirmiers ou infirmières du service, qui suivent à domicile les malades qu'ils connaissent bien,

— une assistante sociale,

— deux secrétaires médicales,

— une kinésithérapeute à temps partiel, exerçant aussi à l'hôpital,

— trois psychologues à temps partiel, l'un d'entre eux ayant également des fonctions intra hospitalières.

Les activités de cette équipe sont de plusieurs types :

— **principalement une activité de consultations** de malades sortis de l'hôpital, ou adressés par leur médecin traitant — bien que les relations entre le dispensaire et les généralistes soient assez difficiles — ou de malades venus consulter d'eux-mêmes. D'autres patients fréquentent le dispensaire au titre d'une post-cure après hospitalisation dans des hôpitaux généraux, ou signalés par les services sociaux, le médecin du travail, le Juge pour enfants, ou même l'Infirmerie Psychiatrique de la Préfecture de Police.

Les prises en charge y sont multiples : psychothérapies, psychanalyses, co-thérapies où participent autour du malade médecins, psychologues, infirmiers par exemple.

— **les visites à domicile ou « V.A.D. »** : qui d'après le *Rapport de secteur de psychiatrie générale pour l'année 1981*, destiné au Ministère de la Santé, semblent

⁸ Plus exactement, les trois secteurs et l'inter-secteur enfants ont cohabité jusqu'en 1976, date à laquelle l'un des secteurs de psychiatrie générale et l'inter-secteur enfants ont réussi, en prospectant, à trouver d'autres locaux.

en extension par rapport aux autres années.

Ces V.A.D. concernent des malades psychotiques très perturbés, ou des malades très âgées, affaiblis et sénilisés, qui ne peuvent bénéficier que de ce mode de prise en charge (ne pouvant souvent se déplacer qu'avec difficultés) et qui, sans ces interventions, se retrouveraient à l'hôpital psychiatrique pour y mourir.

L'essentiel de cette activité repose sur deux infirmières seulement, avec lesquelles collaborent épisodiquement médecins, assistantes sociales ou psychologues, mais quand on sait quel investissement psychologique dans le temps et dans l'espace cela implique, on comprend mal pourquoi l'équipe infirmière est si peu étoffée et si peu équipée. Se déplaçant sur une grande partie du 11^e arrondissement, elle ne possède aucun moyen de locomotion autonome, pas de véhicule de secteur, et elle en est réduite à perdre une grande partie de son temps dans les déplacements. Enfin, les normes de secteur, prévues par les textes, indiquant explicitement « qu'un secteur ne saurait valablement se créer sans, au minimum (entre autre), un temps infirmier par 10 000 habitants pour le travail extra hospitalier »⁹ on est en droit de se demander comment réaliser un tel projet thérapeutique si les moyens minimaux n'en sont même pas donnés.

— **le club**, créé en 1979, fonctionne une après-midi par semaine (actuellement le lundi) de 14^h à 17^h. Il est animé par les deux infirmières de secteur qui en ont la charge complète. S'y rencontrent de façon tout à fait ouverte, tous les usagers du dispensaire qui le désirent, pour écouter des disques, jouer à des jeux de société ou tout simplement parler de manière informelle, brisant ainsi le joug de leur solitude. Les infirmières organisent un goûter qu'elles préparent elles-mêmes, avec la participation financière et parfois « technique » des patients. Des sorties et des repas sont programmés de temps en temps, mais les problèmes récurrents de manque d'effectifs soignants, d'absence de personnel formé à l'animation des groupes, ou d'ergothérapeutes introduisant un dynamisme créateur, se reposent là aussi, empêchant l'extension de ce pôle thérapeutique. Il faut cependant se rendre à l'évidence que la demande et les besoins existent bien à ce niveau, puisque la fréquentation du club reste assidue.

— **les prises en charge corporelles** assurées par une kinésithérapeute-rééducatrice de la motricité, se sont étendues à l'animation d'une activité en piscine, dans le quartier. Son action est d'une grande efficacité également auprès de patient âgés qu'elle suit à domicile, pour lesquels cette approche psychomotrice de leurs troubles suffit à éviter l'hospitalisation.

— **les démarches diverses** auprès d'organismes officiels pour aider toute cette population de malades sans ressources souvent, sans hébergement, au chômage, à débrouiller des situations sociales complexes. Cette partie du travail thérapeu-

⁹ Voir la circulaire du 9 mai 1974 *relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique*, et son chapitre 1 : « problèmes de personnel ».

tique, lui aussi, revient à l'unique assistante sociale débordée par les demandes, et qui ne parvient pas à effectuer les missions de prospection vis-à-vis de foyers, de C.A.T. etc., qui paraissent indispensables si l'on veut se soucier d'efficacité.

Nous nous proposons, pour conclure, de réfléchir au fonctionnement de ce secteur, non pas tant du point de vue quantitatif, car d'autres l'ont fait de façon scientifique. À cet effet il importe de se pencher sur l'*Analyse de Gestion de l'Activité Médicale pour les années 1977 à 1979*, conduite secteur par secteur par les services administratifs de l'hôpital.

Nous désirons très modestement envisager quelques facteurs « d'évolution » *versus* « régression » de cette structure de soins que nous venons de décrire, au plan dit « institutionnel ».

3.2.4 Quelques réflexions sur le fonctionnement de ce secteur

Notre analyse ne repose pas sur des éléments chiffrés, ce que nous manipulons très maladroitement, mais sur les débats contradictoires que nous avons eu avec les personnels concernés. Comme nous l'avons d'ailleurs laissé entendre, dès le début de cette étude, c'est le vécu des individus qui nous préoccupe, c'est l'émergence de leur parole singulière qui nous est sensible, et le regard qu'ils portent sur leur milieu professionnel, aussi subjectif et partisan soit-il, mérite à nos yeux d'être pris en compte.

Ainsi, même si les statistiques montrent une très lente évolution de la politique extérieure¹⁰, elle signale aussi que son extension ne peut être que très limitée, en raison d'impératifs budgétaires restrictifs. Nous en avons évoqué quelques uns :

— double tutelle de gestion : hôpital et département, avec la nécessité contradictoire du fonctionnement au « prix de journée », c'est-à-dire que l'intérêt des gestionnaires hospitaliers est de remplir les lits au maximum, quand les soignants essaient de les vider par tous les moyens ;

— contexte économique et social de crise amenant à réduire les investissements, à geler les postes pour faire face à l'inflation. Contexte qui se répercute du côté des usagers, avec les énormes difficultés éprouvées par ces personnalités déjà désinsérées pour retrouver une quelconque activité professionnelle, ou bien des structures intermédiaires d'accueil (foyers, appartements thérapeutiques, etc.)

Nous avons aussi abordé la question, sans cesse à l'ordre du jour, des effectifs du personnel toujours carencés et de leurs répercussions énormes sur les soins qui s'adressent à une population pathologique exigeant une attention et une présence souvent massives : schizophrénies chroniques, troubles cycliques, délires aigus, états démentiels. D'autres pathologies évoluent difficilement dans le contexte hospitalier, tels les alcooliques ou les toxicomanes qui ont la fâcheuse tendance de

¹⁰ Voir le dernier *Rapport de psychiatrie générale pour l'exercice de l'année 1981*, déjà cité.

manipuler leurs « drogues » dans la clandestinité, et qui cherchent seulement à diminuer leurs doses de toxiques avant de repartir dans leur course mortelle. Enfin, intervient, de façon non négligeable, la concurrence des services psychiatriques des hôpitaux généraux de l'Assistance publique qui pratiquent une sélection plus ou moins reconnue des patients, se gardant les patients « intéressants » pour envoyer les autres à l'asile.

Il n'en demeure pas moins que le constat formulé par les praticiens du secteur est un constat de stagnation. Il ne s'agit pas d'un sentiment d'échec, mais de l'impression souvent floue que « l'on pourrait faire mieux », que « rien ne bouge ». C'est pourquoi nous allons tenter de mettre en évidence quelques **facteurs « endogènes »** qui peuvent permettre de comprendre ce malaise :

- **en premier lieu, il existe un hiatus entre l'intra- et l'extra-hospitalier :** comme s'il s'agissait de deux institutions radicalement différentes, voire opposées quelques fois, se rejetant souvent l'une sur l'autre les échecs des prises en charge.

L'extra-hospitalier est l'objet de réticences de la part de la structure hospitalière qui a du mal à en reconnaître l'existence. Le dispensaire est loin de l'hôpital, les infirmiers hospitaliers ne savent pas vraiment ce qui s'y passe et beaucoup n'ont jamais visité les locaux ni rencontré leurs collègues : il y a donc méconnaissance de part et d'autre, méconnaissance entretenue par une certaine rivalité. Les infirmières de secteur n'ont-elles pas des horaires plus souples qu'elles peuvent aménager ? n'ont-elles pas une façon de travailler plus active et plus variée que les autres collègues soumis aux règles de carcan institutionnel et à des conditions de travail acrobatiques dans des pavillons surpeuplés ?

Cela se traduit par des « actes manqués » qui soulignent les difficultés à communiquer : par exemple on oublie parfois de donner un rendez-vous au malade, pour qu'il soit suivi au dispensaire à sa sortie ; ou bien on n'informe pas le dispensaire de la sortie ou de la réhospitalisation du patient ; ou encore on ne présente pas le malade qui doit sortir de l'hôpital à l'équipe qui le prendra en charge à l'extérieur. D'où des rancœurs, des conflits latents qui s'expriment difficilement, mais qui sont autant d'entraves à l'entreprise thérapeutique, alors que si la possibilité de sortir de l'institution hospitalière était offerte à tous les personnels pour effectuer des prises en charge externes, l'efficacité des soins en serait probablement augmentée.

- **en second lieu, l'intra-hospitalier est devenu progressivement un lieu bâtard,** ni totalement un hôpital, ni totalement un lieu d'hébergement. En effet, comme on l'a montré, les difficultés sociales ont provoqué une mutation d'une frange de la population pathologique, en accentuant sa marginalisation : il y a dix ans, nous voyions arriver des « hippies en manque », puis des « routards » qui avaient bourlingué sur les chemins européens ou indiens ; aujourd'hui nous

y voyons de vieux chômeurs qui se sont « clochardisés », qui ne savent pas où aller, qui sont aussi très perturbés et à qui on prête assistance pour quelque temps.

L'utilisation de l'hôpital psychiatrique non plus comme un instrument thérapeutique, au sens noble, mais comme palliatif aux carences et au mal de vivre de toute une société, indispose les soignants qui se sentent dévoyés de leurs fonctions. Cela entraîne une baisse de tolérance à la pathologie mentale, des rejets de la part des soignants comme des soignés, que l'on entend souvent tempêter contre les manifestations délirantes, par exemple, de certains de leurs voisins qui, eux, justifient pleinement de leur hospitalisation en milieu spécialisé. . .

L'encombrement, la promiscuité, associés au manque de personnel, gênent les interventions rapides, sur les cas aigus, alors qu'il faudrait être vigilant sur le moment critique où le malade peut envisager de sortir, au lieu de basculer vers la chronicisation. Certains soignants s'interrogent donc sur l'opportunité de repenser l'hospitalisation en termes d'« indication thérapeutique ».

• **en troisième lieu, la notion d'équipe ne correspond pas encore à une réalité.** Il nous semble en effet qu'une des conditions principales pour qu'il y ait une équipe soignante c'est qu'il lui faut un projet thérapeutique commun, qui la motive et la soude. Or, abstraction faite des conflits de personnes ou de pouvoir, conflits qui paraissent inévitables, comment concevoir qu'une structure d'une si grande pesanteur, comme l'est la structure hospitalière, puisse être homogène ?

Les unités de soins fonctionnent, à titre indicatif, de façon extrêmement cloisonnée, chaque unité étant une entité à part entière, qui n'a de rapport avec l'unité voisine que pour intervenir en dépannage quand il manque du personnel ou pour prêter main-forte en cas d'agitation ou de violence.

D'autre part, à l'échelle même de l'unité de soins, les soignants ne se sont pas choisis, ils viennent tous d'horizons différents, ils ont vécu une formation elle aussi différente. Il est bien difficile pour les anciens de s'adapter à des façons de travailler moins médicalisées, comme ce doit l'être pour les nouveaux diplômés, de se plier à des exigences de ponctualités ou de rigueur dans les soins. Cela n'est d'ailleurs pas sans aspects positifs car la richesse des idées naît aussi des divergences.

Aucun enseignement théorique n'est dispensé à ces personnels sur leur lieu de travail ; des essais de réunions, où se discutait de la conduite à tenir à propos de cas cliniques précis, ont tourné court, sous des prétextes divers (insuffisance du personnel dans les services ne permettant pas d'y participer, horaires inadéquats, etc.) Mais peut-être cette tentative ne renvoyait-elle pas à une demande véritable, le décalage entre la théorie et la pratique asilaire étant trop important.

Les trois points que nous venons de traiter pour tenter d'élucider le malaise qui envahit les praticiens de la psychiatrie, après dix ans de sectorisation au sein de ce secteur, recouvrent aussi le sentiment d'impuissance que la folie renvoie en miroir

à ceux qui l'approchent, d'une façon tout à fait générale. Mais dans ces rapports à la pratique que nous cherchons à cerner nous devons également montrer ce qui peut la modifier et la faire évoluer.

Or, tel que fonctionne l'institution actuellement, le seul apport extérieur qu'elle reçoive, tant pratique que théorique, provient du renouvellement constant et systématique d'une certaine catégorie de personnel médical : les internes. Cela constitue un **facteur exogène** incontestable d'évolution dans l'institution, du moins tant que les récents projets de réforme des études médicales ne sont pas encore devenus réalité.

En effet les internes en psychiatrie sont certes des étudiants en formation, avec ce que cela signifie parfois de maladroitures et d'incertitudes dans leur pratique, puisqu'ils sont en « apprentissage », mais eux seuls injectent et véhiculent des idées nouvelles dans ce contexte institutionnel traditionnel.

Car leur *cursus* leur impose d'effectuer au moins trois stages d'une durée moyenne d'un an, qu'ils réalisent souvent dans trois institutions différentes. Ils y apprennent des techniques, des conceptions autres, qu'ils retransmettent dans leur pratique. Il est sûr que des problèmes de personnalité se posent, que des idéologies radicalement opposées au milieu ambiant se trouvent rejetées, parfois à l'issue de conflits violents, que certains d'entre eux oublient qu'ils ne sont que de passage dans l'institution et qu'ils s'impliquent dans des prises en charge dont ils définissent mal les limites, perturbant parfois les malades et les personnels permanents.

Cependant, au long de ces dix années d'observation, nous avons calculé rapidement qu'à raison de quatre internes par an et par service au moins 40 personnalités différentes ont traversé l'institution, y laissant souvent, avec le recul, une empreinte particulière. Nous avons vu ainsi se succéder des courants psychanalytiques, où étaient privilégiée la relation duelle, des courants de psychothérapie institutionnelle à référence analytique, avec une extension des activités de réunions et une modification importante des relations entre soignants et soignés, enfin des courants plus psychopharmacologiques et peut-être qu'à présent vont venir déferler des vagues de thérapeutes familiaux...

Si nos propos sont teintés d'humour, que le lecteur ne conclue pas hâtivement à un *melting-pot* d'idées anarchiques, plus destructives que structurantes à l'égard du malade. Car la seule question pertinente est la suivante : et le malade, là-dedans, que vient-il faire ? et quelle efficacité thérapeutique cela peut-il avoir à son niveau ?

Nous avons constaté, ce qui n'engage que notre responsabilité, que l'appareil institutionnel tout entier « digérait » lentement, « métabolisait » en quelque sorte tous ces apports extérieurs ; non pas au détriment de la pratique mais dans le sens d'une amélioration du « savoir-faire ». Le malade, au fond, doit bénéficier d'un éventail de thérapeutiques agrandi, que peut lui offrir une telle institution non ri-

gidifiée et perméable aux idées variées. C'est aussi la tâche des permanents de référence, médecin-chef, assistant, psychologue d'élaborer une réflexion autour de cette remise en question de la pratique, d'effectuer un travail de recherche théorique pour sans cesse améliorer et étendre le domaine de la thérapeutique. C'est enfin la raison pour laquelle nous nous sommes attaché à cette étude, de notre place de psychologue, profession jeune — dont le statut ne date que d'une dizaine d'années, puisque fixé par décret et arrêté du 3 décembre 1971 — et profession qui se redéfinit constamment au sein de ce carrefour précis du dire et du faire dans le champ de la psychiatrie.

*

conclusion

Remontant le cours du temps, nous nous sommes fait chroniqueur de l'asile de Charenton, de sa fondation jusqu'à ses ultimes transformations, qui passent toujours par de nombreux changements de dénomination.

Cette chronique est à la fois chronique d'une institution, qu'on l'appelle institution asilaire, institution psychiatrique ou institution spécialisée, et à la fois chronique des liens qu'entretiennent avec elle tous les individus qui y vivent et qui la pérennisent.

Dès son érection au XVII^e siècle elle a pour statut et fonction de soigner les malades mentaux. Mais elle est aussi soignante en soi, c'est-à-dire qu'elle propose aux malades un lieu, une manière de vivre au quotidien qui se veulent thérapeutiques, moyennant une certaine exclusion, un isolement, où les accompagnent leurs soignants.

Là où se rejoignent les aliénistes du XIX^e siècle comme les psychiatres de cette fin du XX^e siècle, c'est dans ce point de convergence où la psychiatrie s'identifie à l'institution psychiatrique, qui s'identifie elle-même à ses murs et à son architecture.

D'où des interrogations déchirantes et véhémentes : « Faut-il raser les hôpitaux psychiatriques ? » se demandait Claire BRISSET en 1980¹¹ et deux ans plus tard les écrans de télévision proposaient de « Rééduquer et protéger la société », en posant cette même question « Faut-il brûler l'hôpital psychiatrique ? »¹².

Les polémiques vont bon train : doit-on améliorer l'institution ou la détruire ? Mais tel le phénix qui renaît de ses cendres, une institution chasse l'autre, et c'est toujours d'institution qu'il est question, qu'il s'agisse de créer des dispensaires, des hôpitaux de jour, des colonies familiales, des communautés thérapeutiques, des centres de crise ou des structures intermédiaires.

— Fidèles à nos propos initiaux, nous n'entrerons pas dans le débat simpliste et manichéen des bonnes ou des mauvaises institutions. L'histoire de celle de Cha-

¹¹ Nous faisons référence à la suite d'articles parus sous ce titre dans le journal *Le Monde* du 2 au 5 septembre 1980.

¹² Émission du 24 mai 1982 par la chaîne de télévision TF1, réalisée par Igor BARRÈRE et Étienne LALOU.

CONCLUSION

renton est instructive à plus d'un égard et nous évite de tomber dans ce piège ; une certitude nous guide : l'institution évolue dans le temps et dans les contradictions. C'est notre premier constat.

— Le deuxième constat, c'est que l'évolution de l'institution soignante est dépendante précisément de l'évolution des personnels qui l'ont ou créée, ou qui la font se développer en y investissant de leur temps et de leur énergie. Ainsi de ROYER-COLLARD à ESQUIROL, de BARUK à CHANOIT, des prémices de la sectorisation à sa mise en place, des hommes ont sans cesse repensé leur pratique, pour de bien modestes résultats parfois ; mais qui saurait les juger ?

— Le dernier constat, c'est qu'il est très difficile d'évaluer l'évolution des malades. L'essentiel de l'entreprise thérapeutique est de la favoriser, mais toujours par rapport au cadre institutionnel : car, ou bien les patients s'y adaptent, jusqu'à parfois ne plus pouvoir y trouver d'autre issue ; ou bien ils s'en font rejeter, essayant alors d'entrer dans le circuit d'autres institutions plus favorables à leur problématique ; ou bien enfin, ils parviennent à aménager une situation, pour amener la sédation des troubles invalidants, et le milieu social extérieur.

C'est le privilège des institutions ouvertes aux idées novatrices que de contribuer à régler, cas par cas, les difficultés de ces patients, grâce à un éventail de soignants et de techniques offertes par le dispositif institutionnel. Mais on ne peut se prévaloir d'un modèle thérapeutique unique, et donc forcément totalitaire, pour être efficace.

*

Tableaux

3.3 tableau n°1

Nombre de malades présents au 31 décembre, et leur répartition par sexe et mode de placement dans l'établissement :

(PV : placement volontaire, PO : placement d'office)

	PV hommes	PV femmes	PO hommes	PO femmes	total hommes	total femmes	total commun
1931	108	217	205	30	313	247	561
1932	125	224	191	31	316	255	571
1933	123	236	179	31	302	267	569
1934	–	–	–	–	302	257	559
1935	121	248	174	35	369	209	578
1936	–	–	–	–	–	–	–
1937	118	254	155	60	273	314	587
1938	–	–	–	–	–	–	–
1939	–	–	–	–	–	–	–
1940	–	–	–	–	–	–	–
1941	118	258	135	59	253	317	570
1942	100	210	115	60	215	270	485
1943	94	189	129	60	223	249	472
1944	129	240	190	138	319	378	697

3.4 tableau n°2

Deux exemples du mouvement de la population des « pensionnaires aliénés » relevés à partir de la correspondance échangée entre le directeur de l'établissement et le substitut du procureur de la République :

a) Mouvement des malades du 30 mai 1934 au 28 novembre 1934 ; nombre de malades présents : 592.

	Hommes	Femmes	Total	
Entrées	25	31	56	9 %
Sorties	24	46	70	12 %
Décès	6	11	17	2 %

b) Mouvement des malades du 7 septembre 1935, au 29 novembre 1935 ; nombre de malades présents : 577.

	Hommes	Femmes	Total	
Entrées	14	10	24	4 %
Sorties	9	13	22	3,8 %
Décès	1	2	3	0,5 %

TABLEAUX

3.5 tableaux n^{os} 3 et 4

Mouvement de la population des malades de 1951 à 1960 et 1961 à 1970.

31 déc.	malades présents total	H.	F.	E.	P.O.	P.O.	P.V.	P.V.	Serv. libre	Serv. libre	Ent.	Sort.
					H	F	H	F	H	F		
1951	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	146	–
1952	706	329	376	1	131	72	198	304	–	–	110	–
1953	708	337	369	2	129	71	208	298	–	–	127	–
1954	745	365	378	2	133	71	232	307	–	–	192	–
1955	792	358	428	6	128	90	230	338	–	–	269	182
1956	826	364	460	2	123	93	241	367	–	–	214	153
1957	906	374	532	–	115	106	259	426	–	–	344	237
1958	952	373	579	–	114	106	259	473	–	–	456	461
1959	1016	375	641	–	–	–	–	–	–	–	358	401
1960	1025	360	662	1	89	107	262	557	10	–	521	300
1961	1019	358	657	4	81	97	247	531	30	29	542	435
1962	1084	393	688	3	78	79	274	532	41	77	791	603
1963	1069	388	678	3	85	74	258	505	45	99	850	710
1964	1081	381	695	5	76	68	255	512	50	115	705	588
1965	1103	390	711	2	77	71	263	478	50	162	699	555
1966	1069	384	683	2	71	62	262	439	51	182	647	541
1967	1029	355	673	1	62	45	239	409	54	219	712	596
1968	1004	347	657	–	51	30	233	379	63	248	627	551
1969	978	346	621	11	51	24	226	356	69	241	660	575
1970	1010	354	599	57	49	24	227	334	78	241	673	551

H. : hommes ; F. : femmes

E. : enfants de moins de 18 ans

Ent. : entrées directes et par transfert non comprises les rentrées

Sort. : sorties

P.O. : placement d'office

P.V. : placement volontaire

TABLEAUX

3.6 tableau n°5

Mouvement de la population des malades hospitalisés dans le service étudié de 1970 à 1981 (d'après les statistiques psychiatriques de l'INSERM).

	malades présents au 31 déc.				sorties de l'année				admissions de l'année				décès de l'année						
	total	H		F		H		F		H		F		H		F			
	SF	SL	SF	SL	SF	SL	SF	SL	SF	SL	SF	SL	SF	SL	SF	SL	SF	SL	
1970	214	-	-	100	114	-	-	7	114	-	-	3	123	-	-	8	25		
1971	154	24	6	55	69	0	2	5	73	7	5	9	65	-	-	5	13		
1972	163	20	11	56	76	28	77	16	87	26	84	16	101	2	2	1	5		
1973	159	22	14	59	64	14	81	8	94	20	83	14	88	2	1	2	7		
1974	168	20	14	56	78	19	74	9	80	18	76	6	98	1	2	1	3		
1975	197	28	37	54	78	23	155	16	89	33	181	15	94	2	3	2	4		
1976	184	26	26	53	79	27	154	15	91	25	145	19	98	2	-	5	6		
1977	175	27	36	45	67	20	127	16	110	21	137	15	103	-	1	6	6		
1978	182	26	36	46	74	25	159	10	92	32	156	15	102	2	3	2	5		
1979	175	24	34	45	72	24	172	11	111	35	157	18	106	-	-	4	6		
1980	174	64		110		204		122		215		125		5		10			
1981	159	51		108		215		136		207		139		5		5			

SL : service libre

SF : service fermé

TABLEAUX

3.7 tableau n°6

situation du personnel soignant dans le service étudié de 1975 à 1981.

		08-oct 1975	31-dec 1976	01-sep 1977	01-dec 1978	01-dec 1979	01-dec 1980	31-dec 1981
malades présents		193	184	170	171	175	174	159
	H	58	57	54	55	58	64	51
	F	135	127	116	116	117	110	108
surveillants chefs	H	-	-	-	-	-	-	-
	F	1	1	1	1	1	1	1
surveillants	H	1	1	1	3	3	3	3
	F	8	8	9	8	8	8	8
chefs d'unité de soins	H	-	-	-	-	-	-	-
	F	2	2	1	1	1	1	1
infirmiers		40	43	46	45	50	55	59
	H	7	8	10	10	15	17	14
	F	33	35	36	35	35	338	45
aide-soignants	H	-	-	-	-	-	-	-
	F	1	-	-	-	-	-	-
A.S.I.	H	-	-	1	1	1	1	1
	F	3	2	4	4	4	2	3
A.S.H.	H	-	-	-	-	-	-	-
	F	-	-	-	-	-	2	3
auxiliaires	H	5	2	1	2	1	1	1
	F	2	4	2	2	5	6	7
Nb total d'agents		63	63	66	67	74	80	87
élèves	H	9	13	13	13	9	4	hors compte
	F	13	19	20	21	26	22	hors compte

TABLEAUX

Nombre d'infirmiers par rapport au nombre de malades
(compte tenu des 3 équipes soignantes par 24 heures).

	effectif malades	effectif infirmiers	rapport malades/infirmier
1975	193	40	14,4
1976	184	43	12,6
1977	170	46	11,1
1978	171	50	11,4
1979	175	50	10,5
1980	174	55	9,3
1981	159	59	7,8

3.8 tableau n°7

Taux d'absence du personnel soignant dans le service étudié de 1969 à 1981.

	effectif agents soignants	congé pour maladie (jours/an)	congé pour maternité (j./an)	congé suite à accident du travail (j./an)	congé pour garde enfants malades (j./an)	absence sans motif (j./an)	total des absences (j./an)	j. d'absence / 100 jours travaillés %
1969	79	1 264	600	57	0	0	1 921	11,3
1972	82	1 459	567	0	0	0	2 026	11,5
1973	82	1 082	497	77	28	0	1 684	9,5
1974	86	962	226	27	58	0	1 273	6,9
1975	63	499	162	0	55	0	716	5,3
1976	66	774	17	33	120	0	944	6,6
1977	69	647	200	14	115	0	976	6,6
1978	71	986	243	7	111	5	1 352	8,8
1979	68	942	270	33	83	0	1 328	9,1
1980	69	968	144	8	79	11	1 210	8,1
1981	76	1 268	91	67	73	11	1 510	9,2

Annexes

3.9 annexe A

Liste¹³ des médecins-chefs aliénistes de l'établissement et de leurs assistants avec leurs dates d'entrée en fonction.

Messieurs	Gastaldy	21 septembre 1798
	Royer-Collard	18 janvier 1806
	Esquirol	10 décembre 1825
	Foville	8 janvier 1841

L'établissement est alors divisé en service des hommes et services des femmes.

3.9.1 service des hommes

chefs de services et assistants

	Archambault	6 juillet 1848
	Rousselin	10 juin 1872
	Saint-Yves	20 juin 1873
	Christian	17 février 1879
	Antheaume	11 avril 1905
	Mignot	30 avril 1907
	Abely	11 août 1924
	Baruk	1 ^{er} novembre 1931
	(ass.) Launay	1 ^{er} mai 1956
	(ass.) Aubin	23 décembre 1963
	(ass.) M ^{me} Alcalay	1 ^{er} octobre 1960

¹³Cette liste nous a été aimablement fournie par les services administratifs de l'établissement, d'après les « procès-verbaux d'installation des Fonctionnaires ». Nous n'avons pas pu dresser la liste des médecins-assistants avant 1956, faute de documents.

Chanoit	19 septembre 1960
(ass.) Delteil	1 ^{er} novembre 1960
Sevestre	1 ^{er} novembre 1960

3.9.2 service des femmes

chefs de services et assistants

Calmeil	22 août 1848
Capmas	14 juin 1873
Ritti	1 ^{er} mars 1879
Marchand	5 novembre 1909
Abely	1 octobre 1925 (quitte le service des hommes)
M ^{me} Santenoise	24 août 1927
Daday	1 ^{er} novembre 1931 (quitte le service des hommes)
Deshaies	1 ^{er} avril 1953
(ass.) Benda	16 mai 1958
(ass.) M ^{me} Richardeau	30 mai 1960
(ass.) Sevestre	16 décembre 1961
(ass.) Ferrant	13 mai 1964
(ass.) M ^{me} Fontaine	1 ^{er} juin 1966
(ass.) Ciosi	1 ^{er} septembre 1969
(ass.) Amato	1 ^{er} février 1974
(ass.) Phelippeau	1 ^{er} février 1977
M ^{me} Bouquerel	1 ^{er} avril 1968

L'établissement est ensuite redécoupé en secteurs et la mixité est introduite dans les services.

3.9.3 secteurs

L'astérisque * marque les médecins-chefs de service de secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile actuellement [1983] en fonction.

ANNEXES

M. Sevestre *		
	(ass.) M ^{me} Coloni	14 mai 1969
M ^{me} Bouquerel *		
	(ass.) M ^{me} Netter-Orsini	2 juillet 1973
	(ass.) M ^{me} Vedrenne	17 janvier 1977
M. Lanteri-Laura *		
	(ass.) M ^{me} Delassus	18 décembre 1972
	(ass.) M ^{me} Gros	9 avril 1976
	(ass.) Hanon	1 ^{er} juillet 1977
M. Dreyfus *		14 septembre 1972
	(ass.) Gachnochi	28 mai 1973
	(ass.) Windisch	27 février 1975
	(ass.) Picard	1 ^{er} août 1977
	(ass.) Brehier	1 ^{er} décembre 1979
	(ass.) Paratte	1 ^{er} octobre 1981
M. Postel (service de pédo-psychiatrie)		15 septembre 1973
	(ass.) M ^{me} Postel	1 ^{er} juillet 1974
M. Segal *		1 ^{er} octobre 1977
(inter-secteur infanto-juvénile du 11 ^{ème} arrondissement)		
	(ass.) M ^{me} Masi	1 ^{er} avril 1980
M. Fortineau *		1 ^{er} septembre 1978
(inter-secteur infanto-juvénile E du Val-de-Marne)		
	(ass.) Benhamou	1 ^{er} février 1980
	(ass.) M ^{me} Perdigon	1 ^{er} juin 1981
M. Wajeman *		1 ^{er} septembre 1980
M. Ochonisky *		1 ^{er} octobre 1982
(service de pédo-psychiatrie)		

3.10 annexe B

Les médecins en chef de chirurgie et de spécialités médicales de l'Établissement.

M. Deguise, chirurgien, nommé le 21 septembre 1798.

M. Deguise (fils), chirurgien en chef, nommé le 9 juin 1817.

M. Deguise Charles, chirurgien, nommé le 31 juillet 1854.

M. Decorse, chirurgien, nommé le 1^{er} avril 1872.

M. Damalix, chirurgien, nommé le 2 avril 1886.

M. Beaussenat, chirurgien en chef, nommé le 19 juin 1914.

M. Chambrelant, Médecin-résident de la Maison Maternelle (1919 ?)

M. Briand, Médecin-résident de la Maison Maternelle, nommé le 8 mai 1923.

M. Leroy, Médecin-résident, Chef des services de Maternité-Puériculture, nommé le 1^{er} novembre 1950.

M. Prévost, Chef de service en Odontologie à temps partiel, nommé le 1^{er} août 1977.

M. Marcantoni, Chef de service de Médecine générale à temps partiel, nommé le 1^{er} juillet 1978.

*

3.11 annexe C

Les directeurs de l'établissement depuis 1797

De 1645 à la Révolution, l'Établissement fut dirigé par les Frères-directeurs de la Communauté de la Charité de Charenton.

Abbé de Coulmiers	1797 – 30 avril 1814	démission d'office
Martin de Roulhac du Maupas	30 avril 1814 – 7 avril 1815	rétrogradé
Abbé de Coulmiers	7 avril 1815 – 15 juin 1815	démission
Goupilleau de Fontenoy	15 juin 1815 –	nomination sans suite
Martin de Roulhac du Maupas	12 juillet 1815 – septembre 1830	retraite
Maurice Palluy	20 octobre 1830 – 10 février 1845	retraite
Esprit Le Terme	11 février 1845 – 22 juin 1848	retraite
Aristide Boué	22 juin 1848 – 30 mars 1855	
Jean de Fontanes	30 mars 1855 – 1 octobre 1867	retraite
François-Victor Barroux	1 ^{er} octobre 1867 – 2 mai 1874	retraite
Charles Delagneau	15 mai 1874 – 1878	suspendu
Martial Chazotte	28 août 1878 – 30 septembre 1883	retraite
Henri Dumangin	1 ^{er} octobre 1883 – 30 novembre 1893	retraite
Louis Horrie	1 ^{er} décembre – 28 octobre 1895	retraite
Charles Strauss	16 novembre 1895 – 30 novembre 1901	retraite
D ^r Henri Bonnier	1 ^{er} décembre 1901 – 23 janvier 1907	retraite
Charles Dubranle	1 ^{er} février 1907 – 1 ^{er} octobre 1918	retraite
Marc Bouchacourt	1 ^{er} octobre 1918 – 20 novembre 1931	retraite
D ^r René Trouvé	7 mars 1932 – 17 octobre 1935	décédé
Maurice Lechat	4 novembre 1935 – 26 avril 1945	disponibilité d'office
Louis Maraval	26 avril 1945 – 4 septembre 1958	décédé
Albert Gourvil	30 septembre 1958 – 16 novembre 1976	retraite
Guy Pierrot	14 février 1977	

*

3.12 annexe D

Titre VIII du Règlement de 1814
TABLEAU DU RÉGIME ALIMENTAIRE

Le déjeuner de la table commune est servi à onze heures et le dîner à six heures.

Le déjeuner est distribué dans les corridors, dans les dortoirs et les infirmeries à sept heures du matin, le dîner à onze heures, le souper à cinq heures.

==== PREMIÈRE CLASSE ====

==== Régime gras ====

Pain pour la journée	69 décagrammes (22 onces)
Vin pour la journée	5 décilitres ($\frac{1}{2}$ pinte $\frac{1}{10}$)

On ne donne aux femmes que les deux tiers de la portion de vin accordée aux hommes.

— Déjeuner pour les hommes —

Fromage	4 décagrammes (1 once 2 gros)
---------	-------------------------------

ou l'équivalent quant au prix en beurre ou fruits frais ou secs.

— Déjeuner pour les femmes —

Café au lait	48 centilitres ($\frac{1}{2}$ pinte)
--------------	---------------------------------------

— Dîner pour les hommes et pour les femmes —

Soupe et bouillon	48 centilitres ($\frac{1}{2}$ pinte)
Bouilli	13 décag. (4 onces 2 gros)
Première entrée en viande	16 décag. (5 onces $\frac{1}{2}$ gros)
Viande rôtie	16 décag. (<i>idem</i>)

ou l'équivalent quant au prix en poisson frais ou volaille

Fromage pour dessert	4 décag. (1 once 2 gros)
----------------------	--------------------------

ou l'équivalent en fruits de la saison ou en fruits secs.

— Souper —

Viande rôtie	16 décag. (5 onces 1 gros $\frac{1}{2}$)
Légumes secs	2 décilitres ($\frac{1}{3}$ de litron)
ou légumes frais	36 décag. (12 onces 6 gros)

— Dessert —

Fromage	4 décag. (1 once 2 gros)
ou l'équivalent en fruits de la saison ou en fruits secs.	

==== Régime maigre ====

Pain, vin, déjeuner, comme au régime gras.

— Dîner —

soupe, bouillon	48 centilitres
Poisson frais, morue	25 décag. (8 onces 1 gros 26 gr.)
Œufs	2
Légumes secs	2 décilitres ($\frac{1}{3}$ de litron)
ou légumes frais	36 décag. (12 onces 6 gros)

— Dessert —

Fromage	4 décag. (1 once 2 gros)
ou l'équivalent en fruits.	

— Souper —

Poisson frais	25 décag. (8 onces 1 gros 26 grains)
Légumes secs	2 décilitres ($\frac{1}{3}$ de litron)
ou légumes frais, salade	30 décag. (8 onces 5 gros)

— Dessert —

Fromage	4 décag. (1 once 2 gros)
ou l'équivalent en fruits.	

==== DEUXIÈME CLASSE ====

==== Régime gras ====

Pain pour la journée 69 décag. (13 onces)
Vin pour la journée 5 décilitres ($\frac{1}{2}$ pinte $\frac{1}{10}$)
Les femmes n'ont que les deux tiers de la portion de vin.

— Déjeuner pour les hommes —

Le tiers du pain et du vin qu'ils doivent avoir pour la journée.

— Déjeuner pour les femmes —

Comme celui des hommes, mais on remplace généralement le vin du matin par du lait 48 centilitres ($\frac{1}{2}$ pinte)

— Dîner —

Soupe, bouillon 48 centilitres ($\frac{1}{2}$ pinte)
Bouilli 13 décag. (4 onces 2 gros)
Ragout de viande 16 décag. (5 onces 1 gros $\frac{1}{2}$)
ou légumes frais 36 décag. (12 onces 6 gros)

— Souper —

viande rôtie 13 décag. (4 onces 2 gros)
Légumes secs 2 décilitres ($\frac{1}{3}$ de litron)
ou légumes frais 36 décag. (12 onces 6 gros)

— Dessert —

Dessert le dimanche et le jeudi seulement
Fromage 4 décag. (1 once 2 gros)
ou l'équivalent en fruit.

==== Régime maigre ====

Pain, vin, déjeuner comme au régime gras.

ANNEXES

— Dîner —

Soupe, bouillon	48 centilitres ($\frac{1}{2}$ pinte)
Harengs ou œufs ou l'équivalent en poisson frais	2
Légumes secs	2 décilitres ($\frac{1}{3}$ de litron)

— Souper —

Légumes secs ou légumes frais	2 décilitres ($\frac{1}{3}$ de litron)
Œufs	36 décag. (12 onces 6 gros)
ou l'équivalent pour le prix	$1\frac{1}{2}$

==== TROISIÈME CLASSE ====

==== Régime gras ====

Pain pour la journée	96 décag. (32 onces)
Vin pour la journée	5 décilitres ($\frac{1}{2}$ pinte $\frac{1}{10}$)
Les femmes n'ont que les deux tiers du pain	72 décag. (24 onces)

— Déjeuner —

Le tiers du pain et du vin Le pain seulement pour les malades gratuits on remplace le vin des femmes par du lait	48 centilitres ($\frac{1}{2}$ pinte)
---	---------------------------------------

— Dîner —

Soupe, bouillon	48 centilitres ($\frac{1}{2}$ pinte)
Bouilli	13 décag. (4 onces 2 gros)
Légumes frais	25 décag. (8 onces 1 gros 26 grains)

— Souper —

ANNEXES

Légumes secs	2 décilitres ($\frac{1}{3}$ de litron)
ou légumes frais	36 décag. (12 onces 6 gros)
ou salade	25 décag. (8 onces 1 gros 26 grains)
Le dimanche et le jeudi viande rôtie ou ragout	13 décag. (4 onces 2 gros)

==== Régime maigre ====

Pain, vin, déjeuner, comme au régime gras

— Dîner —

Soupe, bouillon	48 centilitres ($\frac{1}{2}$ pinte)
Harengs salés	1
Légumes secs	2 décilitres ($\frac{1}{3}$ de litron)

— Souper —

Légumes secs	2 décilitres ($\frac{1}{3}$ de litron)
Fromage	4 décag. (1 once 2 gros)

*

3.13 annexe E

Archives nationales, cote AJ² 87

Prospectus daté de Nivôse An VI [21-déc-1797 au 19-jan-1798]

AVIS

La Maison de Charenton prend son nom de ce bourg, distant de Paris de deux lieues. Située sur une demi-côte au bas de laquelle coule la Marne, et à peu de distance de son confluent avec la Seine, elle est dans la plus belle exposition : on y jouit d'un air salubre ; l'enclos en est vaste ; les eaux y sont abondantes.

Il y a un local destiné au traitement de la folie ; on y a établi des bains froids et chauds, des douches ascendantes et descendantes, secours essentiels à la curation de cette maladie.

On sera admis au traitement moyennant un prix de journée fixé à trois francs.

La Maison de Charenton a conservé une partie de ses revenus, ce qui offre à l'administration la facilité de modérer le prix de ce traitement, nécessairement dispendieux, surtout par le nombre d'infirmiers qu'exige le service des insensés.

Comme les succès ne s'obtiennent souvent dans cette maladie que par la persévérance dans leur administration, si le traitement est inefficace à une époque, on y soumettra les malades à l'époque du printemps, qui paraît être préférable à toute autre.

Il y a des genres de folie qui sont peu susceptibles de curation ; alors la Maison de Charenton offre aux familles la ressource d'un pensionnat où les secours de l'humanité seront prodigués à ces victimes malheureuses d'une démence incurable.

Il y a des maisons où l'on reçoit les fous ; mais, si on en excepte un très petit nombre où la qualité d'homme soit respectée, ces maisons sont un objet de pure spéculation. L'insensé est privé de la surveillance de sa famille, livré à la parcimonie, et souvent à des traitements d'autant plus cruels que la plainte lui est interdite.

La Maison de Charenton, au contraire, est confiée à des administrateurs qui n'ont accepté cette honorable fonction que par philanthropie, et qui ne peuvent que justifier la confiance des familles et celle du Gouvernement.

Le pensionnat est un vaste bâtiment où l'on jouit de la vue la plus agréable.

Il y a des chambres communes, des chambres particulières à cheminées, et des appartements composés de plusieurs pièces pour ceux à qui leur fortune permet la facilité d'avoir un domestique particulier.

Des terrasses du grand jardin sont destinées à la promenade ; on conduit dans la campagne des malades dont l'état permet de sortir au dehors.

Il y a des salles d'assemblées, de billard et de jeux tels que les dames, les échecs, le tric-trac, et une bibliothèque ; enfin on y réunit tous les genres d'amusement et de distraction : car l'isolement est un moyen d'augmenter la folie, tandis que la société et la vie commune en est un de l'adoucir.

La table y est bonne ; cette jouissance étant souvent la seule qu'on puisse procurer dans cet état : la nourriture consiste en potages, viandes, et volailles bouillies et rôties, poisson, pâtisseries, légumes et fruits.

Le prix du pensionnat diffère à raison de l'aisance et des jouissances que la fortune de l'individu permet à sa famille de lui procurer : le minimum est de six cents francs par an. La famille fournira le coucher, quatre paires de drap, deux douzaines de serviettes, et se chargera de l'habillement : la maison pourra procurer ces objets moyennant une somme additionnelle dont on conviendra.

Les familles s'adresseront, pour les conditions, au citoyen Coulemier, régisseur général de l'établissement, à Charenton.

*

3.14 annexe F

Bibliothèque nationale, cote 4°-TE 66-115 (1860) : *Maison nationale de Charenton pour le traitement des aliénés. Prospectus*. Texte imprimé. 4 pages. Daté 1860 au bas de la première page.

Il existe un prospectus coté Fol-TE 66-115 (1850), au texte peu différent, daté 1850.

Ministère de l'Intérieur

MAISON IMPÉRIALE DE SANTÉ DE CHARENTON
pour le traitement des aliénés

PROSPECTUS

La maison impériale de Charenton est destinée par l'État à servir de maison modèle pour toute la France.

Depuis sa récente reconstruction, à laquelle a été affectée une somme de plus de trois millions, tous les services y sont organisés sur la plus grande échelle.

Sa situation sur un plateau élevé, abrité au Nord par les bois du parc de Vincennes qui y est contigu, offre, sur le vaste bassin de la Marne et de la Seine, la perspective la plus riante et la plus étendue.

De nombreuses divisions, toutes pourvues de galeries, de cours, de préaux, permettent de traiter séparément les différents genres d'aliénation et de classer toujours les malades d'une manière méthodique et conforme à leur état mental.

Des fontaines, placées dans toutes les cours et aux divers étages des quartiers, y font circuler l'eau sans interruption et avec abondance. Les cours ou préaux, les salles, les dortoirs, etc., sont éclairés au gaz. D'immense calorifères à eau chaude chauffent tout l'Établissement et entretiennent pendant l'hiver dans toutes ses parties une chaleur douce et constante.

De nombreuses chambres, jouissant toutes d'une perspective riante et précédées de cabinets dans lesquels sont placés des domestiques, permettent de donner un logement particulier à tous les pensionnaires pour lesquels le médecin ne l'interdit pas.

Au quartier des hommes et au quartier des dames sont joints de vastes jardins et deux petits bois, dans lesquels les malades peuvent se livrer tous les jours à la promenade.

Les exercices du corps étant considérés comme un des plus puissants moyens de guérison, il est mis à la disposition des pensionnaires (hommes) des terrains

dans lesquels ils sont invités à se livrer, sous la direction du second Surveillant et d'un jardinier, à des travaux d'horticulture et de jardinage. Pour les dames, divers ateliers de travaux d'aiguille, de broderie, etc., sont dirigés et surveillés par les Sœurs Augustines.

Rien n'est négligé pour occuper sans cesse les moments des pensionnaires et leur faire paraître aussi court que léger le temps que dans la plupart des maisons de santé ils trouvent si pesant et si long.

Ainsi, une maîtresse de musique, attachée à l'Établissement, fait faire tous les jours de la musique aux malades qui ont cultivé cet art ; une bibliothèque, un salon de lecture où se trouvent plusieurs journaux, plusieurs billards, sont ouverts aux pensionnaires ; des promenades au dehors, dans les environs de l'Établissement, tantôt à pied, tantôt en voiture, sont organisés pour ceux qui sont en état d'y prendre part. Les dimanches et les jeudis ont lieu, le soir, au salon de l'Administration, des réunions où l'on cause, on joue, on fait de la musique, on danse, et où les malades retrouvent ainsi toutes les habitudes du monde. L'Administration s'efforce, en un mot de procurer, sans cesse aux pensionnaires des occupations, des jeux, des occasions de distraction et d'amusement.

Les pensionnaires guéris peuvent, sur leur demande, être conservés dans la Maison comme pensionnaires.

DE L'ADMINISTRATION

La Maison Impériale de Charenton est placée sous l'autorité immédiate du Ministre de l'Intérieur.

Elle est administrée par un Directeur nommé par le Ministre.

Il y a près de l'Établissement une Commission consultative dont les membres, pris dans le Conseil d'État, la Cour de Cassation, la Cour des Comptes, etc., sont également nommés par le Ministre, et dont les fonctions sont gratuites.

Le budget annuel de l'Établissement proposé par le Directeur, est, sur l'avis de la Commission consultative, approuvé par le Ministre.

Le Directeur rend au Ministre, chaque année, un compte moral et administratif de sa gestion.

La comptabilité de la Maison est, en outre, jugée par la Cour des Comptes.

Cette composition de l'Administration garantit suffisamment qu'elle ne peut avoir en vue que le bien-être des malades, le perfectionnement de l'Établissement, et qu'elle est complètement étrangère à toute idée de spéculation.

SERVICE MÉDICAL

Le service médical est dirigé par M. le docteur CALMEIL, Médecin en chef.
— M. le Médecin en chef réside dans l'Établissement ; il est secondé, et suppléé

si besoin, par M. le docteur ROUSSELIN, Médecin-adjoint, et par trois élèves internes également résidants.

Un Chirurgien, M. le docteur DEGUISE, ets, de plus, attaché à la Maison, et secondé par un interne résidant.

Un Pharmacien est également attaché à l'Établissement, dans lequel il réside comme les médecins.

Une visite générale de tous les malades est faite, chaque matin, par M. le Médecin en chef, accompagné du Médecin-adjoint, des internes et des surveillants.

Une seconde visite est, en outre, faite le soir, à l'heure du dîner des malades, par le Médecin-adjoint, accompagné de l'interne de garde.

Les soins médicaux sont les mêmes pour tous les pensionnaires, à quelque classe de pension qu'ils appartiennent.

SERVICE RELIGIEUX

L'Établissement renferme une chapelle, desservie par un Aumonier spécial.

La messe y est dite tous les jours de la semaine. Les jours de dimanches et de fêtes, tous les offices religieux y sont célébrés avec les pompes ordinaires de l'Église, et notamment avec accompagnement de l'orgue. Tous les pensionnaires en état d'y assister sont conduits le dimanche aux offices ; les jours ordinaires ils sont conduits à la messe toutes les fois qu'ils le demandent.

L'Aumonier réside dans la Maison, il est chargé des soins et secours religieux à donner aux malades.

PRIX ET CONDITIONS DES PENSIONS

Le prix des pensions est fixé ainsi qu'il suit :

Première classe	1 500 fr.
Deuxième classe	1 200 fr.
Troisième classe	900 fr.

La nourriture varie suivant les classes de pension, elle est suffisante et saine dans la troisième classe, plus variée dans la seconde, abondante et choisie dans la première.

Les pensionnaires de première classe dinent, sauf prescription contraire du Médecin, à la table de l'Administration, présidée par l'un des fonctionnaires supérieurs de l'Établissement.

Les pensionnaires de deuxième classe, admis à cette table, y dinent deux fois par semaine. Quelques pensionnaires de troisième classe y dinent également par faveur.

Les familles qui veulent que leur malades reçoivent, en outre du régime ordinaire, du café, du chocolat, du tabac, etc., peuvent faire de ces fournitures l'objet d'un abonnement annuel avec la Maison.

Quand on demande pour un malade un domestique particulier, la pension et les gages de ce domestique sont de 800 fr. pour un homme et de 750 fr. pour une dame. — Lorsqu'une famille désire avoir pour un mensionnaire plusieurs pièces, un appartement, ou des avantages analogues, ces avantages se payent en sus de la pension et sont l'objet d'une convention particulière avec le Directeur.

Le prix de la pension comprend la marque, l'entretien et le raccomodage du linge, le blanchissage, le chauffage, l'éclairage, les fournitures de papier, plumes, encre, crayon etc., à faire aux malades, les menues pertes et menus dégâts occasionnés par eux. Toutefois, l'Établissement ne devant aux pensionnaires que le chauffage et l'éclairage en commun, les pensionnaires pour lesquels on réclame une chambre particulière et à feu sont tenus de payer, en sus de leur pension, leur chauffage et leur éclairage, d'après leur consommation.

Toutes les lettres adressées à l'Administration ou aux pensionnaires doivent être affranchies.

Les pensions se payent d'avance, par mois ou par trimestre. Le mois de la sortie ou du décès est dû en totalité. Quand un malade entre dans le courant du mois, il est fait un décompte des journées à courir jusqu'à la fin de ce mois. Tous les mois subséquents commencent ensuite le 1^{er} et finissent le 30.

*Le chef de famille, tuteur ou parent, notoirement solvable, doit, en amenant un malade, souscrire entre les mains du Directeur l'engagement de payer sa pension. Le Directeur peut, dans le cas où les parents du malade ne lui sont pas connus, exiger l'engagement solidaire d'un tiers dont il connaisse la solvabilité. Les familles éloignées de Paris, doivent, autant que possible, indiquer un correspondant qui y réside. Celles qui n'en ont pas sont admises à payer les pensions de leurs malades en envois d'argent par les Messageries, en mandats de la poste sur le bureau des postes de Charenton, en mandats des Receveurs généraux sur la Caisse de service du Trésor, et enfin exceptionnellement, en effets sur Paris, **non susceptibles de frais.***

Le linge et les vêtements à l'usage des malades sont fournis par les familles et enregistrés à la lingerie de la Maison, qui en donne un reçu détaillé¹⁴. La lingerie

¹⁴Le trousseau pour un homme doit se composer comme il suit : 12 chemises, 12 mouchoirs de poche, 6 bonnets de coton, 6 cravates, 12 paires de bas, 4 caleçons (pour ceux qui en font usage), 12 serviettes, 2 habillements complets, 2 ou 3 paires de souliers, un chapeau et une casquette, un oreiller et 4 taies (pour ceux qui en font usage).

Le trousseau d'une femme doit de même comprendre : 2 peignoirs pour les bains, 12 chemises, 12 mouchoirs de poche, 12 serviettes, 12 petites serviettes, 6 bonnets ou fichus de tête pour la nuit, 4 fichus ou châles pour le jour, 12 paires de bas ; les objets garnis, etc. ; 1 oreiller et 4 taies, 1 sac ou ridicule, des souliers.

délivre de même des reçus de tous les effets qui y sont ensuite déposés pour entretenir et renouveler le trousseau. Tout ce qui reste du trousseau, à la sortie ou au décès du malade, est rendu à sa famille, de bonne foi et dans l'état où il se trouve.

Les familles qui sont éloignées de Paris et qui ne voudraient pas ou ne pourraient pas s'occuper du trousseau de leurs malades, peuvent le mettre à la charge de la Maison, moyennant un abonnement de 300 francs pour les pensionnaires de 1^{ère} classe, de 250 francs pour ceux de seconde et de 200 francs pour ceux de troisième ; mais sous la condition qu'un premier fonds de trousseau est préalablement fait, ou qu'une somme équivalente est versée à la caisse de l'Établissement pour cet objet.

Dans tous les cas, lorsque des effets de linge ou d'habillement nécessaires à un malade ne lui sont pas, sur la demande de l'Administration, envoyés par sa famille, ils sont fournis par la Maison au compte de la famille.

Le trousseau des abonnés appartient à la Maison, si le pensionnaire en sort après six mois révolus à compter de l'époque à laquelle l'abonnement a pris cours ; ce trousseau appartient toujours à la Maison, en cas de décès de l'abonné.

Le trousseau, les effets et objets de toute nature appartenant aux pensionnaires qui ne sont pas retirés dans les six mois de la sortie ou du décès des malades, abonnés ou non abonnés, sont acquis à l'Établissement.

VISITES ET ADMISSION DU PUBLIC

Les malades peuvent recevoir deux fois par semaine, le dimanche et le jeudi, **de midi à quatre heures**, les visites de leurs parents, tuteurs, ou correspondants, pourvu que les médecins ne les leur interdisent pas comme nuisibles ou dangereuses. Les étrangers qui veulent voir un malade doivent, en outre, rapporter l'autorisation de ses parents ou de son tuteur. Il ne peut être remis directement aux malades aucune espèce d'aliment ou boisson ; tout ce qui leur serait apporté doit être remis au Surveillant ou à la Supérieure des Sœurs.

Les parents ou amis qui viennent proposer ou amener un malade sont reçus dans la Maison tous les jours et à toute heure.

Ces cas exceptés, **le public n'est admis à parler au Directeur, aux Médecins, aux surveillants, aux Sœurs et aux malades, que les dimanches et jeudis, de onze heures à quatre heures.**

La caisse et la lingerie sont ouvertes au public tous les jours de la semaine depuis neuf heures jusqu'à quatre. Cependant, les dimanches et fêtes, on n'est point admis pendant l'office divin, depuis neuf heures jusqu'à dix, et le soir, depuis deux heures jusqu'à trois.

Le public et les parents même des malades ne sont jamais admis dans l'intérieur des bâtiments occupés par les aliénés.

FORMALITÉS À REMPLIR POUR L'ADMISSION DES MALADES

Le placement des malades dans l'établissement est volontaire ou d'office.

Pour faire admettre volontairement un aliéné dans l'Établissement, il faut :

1° Signer une demande d'admission, contenant les noms et prénoms, la profession, l'âge et le domicile tant de la personne qui la forme que de celle dont le placement est réclamé, et l'indication du degré de parenté, ou, à défaut, de la nature des relations existant entre elles.

2° Produire un certificat du médecin, légalisé, ayant moins de quinze jours de date, constatant l'état mental de la personne à placer, et la nécessité de la faire traiter dans un établissement spécial. Le médecin qui délivre ce certificat doit être étranger à l'Établissement, et n'être ni parent ni allié, au second degré inclusive-ment, du Directeur ou de la personne qui fera effectuer le placement.

Le Directeur peut, en cas d'urgence, dispenser de la production de ce certificat.

3° Justifier, autant que possible, d'un passe-port ou de toute autre pièce propre à constater l'individualité de la personne à placer.

Les placements d'office sont ordonnés par le Préfet de police et par les Commissaires de police de Paris, les Préfets des départements et les Maires des communes.

*

3.15 annexe G

PLAINTE D'UN HOSPITALISÉ ANONYME, 1812

Archives nationales
cote F¹⁵ 2608 (liasse 25)

Monseigneur,

Que direz-vous d'un hôpital où on donne des bals et des concerts deux ou trois fois par semaine, et de temps en temps des dîners splendides, tandis que les malheureux malades sont traités comme des criminels ! La plupart couchés sur de la paille comme des chiens avec un petit bout de couverture tout usé ; il faut cependant qu'avec cela ils se garantissent des injures du temps : jugez, Monseigneur, combien le froid doit en moissonner. Hélas ! Si les morts parlaient que de personnes viendraient signer ma petite pétition : mais je puis moi seul vous attester qu'au moment même où j'ai l'honneur de vous écrire deux personnes de mon corridor ont les jambes gelées, je puis moi-même vous les nommer ; un s'appelle Carlier et l'autre Prevalé. Il est encore d'autres monuments de la barbarie qui règne dans cette maison, ceux qui ont le corps meurtri et les mains couvertes de blessures que leur ont fait les infirmiers en les crossant à coups de clef. Si un se plaint aux surveillants un a toujours tort, et c'est une grande volée que nous donnent nos geôliers pour avoir eu l'audace de nous plaindre. Quand au chef, je n'ai eu l'avantage de le voir qu'une seule fois, il me fit venir dans sa chambre, à peine si je pus lui parler, car il était entouré de cinq ou six petites filles.

Que de choses affreuses nous pourrions vous dire, Monseigneur, mais non, nous voulons seulement demander à votre Excellence de vouloir bien nous faire donner le plus nécessaire, c'est un service bien grand que vous rendrez à l'Humanité, votre cœur en sera satisfait, je suis sûr, et le Tout-Puissant vous en tiendra un fidèle compte.

Surtout Monseigneur ne vous laissez jamais abuser par le récit des moines qui forment l'administration de l'Hôpital de Charenton, une visite n'est rien ; ils ne vous feront voir que ce qu'ils voudront bien.

C'est un des malheureux de l'Hôpital de Charenton qui vous écrit et qui paye cependant une bonne pension.

[pli adressé au Ministre de l'intérieur
réception datée du 29 janvier 1812]

3.16 annexe H

NOTE DE SERVICE
POUR LA TENUE DES LATRINES
DU SECOND ÉTAGE DU BÂTIMENT NEUF
le 30 juillet 1838

Archives nationales
cote AJ² 94

Messieurs les employés qui habitent le 2^e étage du bâtiment neuf feront nettoyer par leurs bonnes ou par tous autres à leurs frais, les latrines de cet étage dont la Trémie est encombrée de tessons, de paille, de détritrus de cuisine.

Cette opération faite, ils veilleront à ce que de nouveaux encombrements ne puissent se former. À cet effet, ils défendront d'une manière expresse à leurs domestiques de jeter dans la trémie des latrines aucun objet de la nature de ceux qu'on y a jusqu'ici déposés. Ces objets doivent être descendus pour être portés dans le trou de l'île. Ils leur recommanderont, en outre, de jeter toutes les fois qu'il en sera besoin, une quantité d'eau suffisante pour faire passer les matières à travers la grille.

Un vase et un ballet seront fournis à cet effet par l'économat. À la première contravention à cet ordre qui sera constatée, un cadenas sera placé à la porte des latrines.

PALLUY

3.17 annexe I

LETTRE DE PINEL, 1812

Archives nationales
cote F¹⁵ 2608

Monsieur,

il y a près de dix ans que je n'ai aucune relation avec M^r le Directeur des aliénés de Charenton et que je n'ai point visité son établissement. Je ne puis donc donner que de faibles éclaircissements sur sa tenue et sur les principes qu'on y suit. Un pareil objet serait sans doute mieux rempli par le médecin éclairé qui en est chargé. C'est M^r Royer-Collard, auteur de la Bibliothèque médicale, qui demeure dans l'isle S^t-Louis.

Si cependant, Monsieur, vous désirez vous entretenir avec moi sur cet établissement et que la matinée du mardi ou du mercredi de la semaine prochaine puisse vous convenir, vers les onze heures, je me ferai un vrai plaisir de vous communiquer avec franchise ce que j'en pense. Je remets cette entrevue à la semaine prochaine parce que je consacre le samedi et le dimanche à un séjour à ma campagne pour des motifs de délassement et de santé.

Agréez Monsieur l'assurance de toute la considération avec laquelle je suis votre dévoué serviteur

Paris, ce 11 juin 1812

PINEL
prof. en médecine
membre de l'Institut
et de la légion d'honneur

Bibliographie

- [1] AUDISIO Michel, *La psychiatrie de secteur – Une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Toulouse, Privat, 1980, collection « Domaines de la psychiatrie ».
- [2] BARUK Henri, et JONG Herman Holland de, *La catatonie expérimentale par la bulbo-capnine – Étude physiologique et clinique*, Paris, Masson, 1930.
- [3] BARUK Henri, et BACHET Maurice, *Le test Tsedek, le jugement moral et la délinquance*, Paris, P.U.F., 1950.
- [4] BARUK Henri, *Psychoses et névroses*, Paris, P.U.F., 1946, 1985 (14^e éd.), collection « Que sais-je ? ».
- [5] — *La psychiatrie et la science de l'Homme*, Paris, Éditions du Levain, s.d. (v. 1965), collection « Étincelles ».
- [6] — *La psychiatrie française de Pinel à nos jours*, Paris, P.U.F., 1967.
- [7] — « *Des Hommes comme nous* » *Mémoires d'un neuropsychiatre*, Paris, Robert Laffont, 1975, rééd. Paris, Téqui, 1990.
- [8] BASAGLIA Franco, *L'institution en négation*, trad. Louis Bonalumi, Paris, Éditions du Seuil, 1970, rééd. 1982.
Titre original : *L'istituzione negata : rapporto da un ospedale psichiatrico / a cura di Franco Basaglia*, Torino, Einaudi, 1968.
- [9] BAYET Robert, *Trente années de fonctionnement de la Maison Maternelle Nationale de Saint-Maurice (Seine) 1920–1950*, thèse de médecine, Faculté de Paris, 1952, n° 504.
- [10] BERCHERIE Paul, *Les fondements de la clinique – Histoire et structure du Savoir psychiatrique*, Paris, Analytica, n° 20–21, coll. « La Bibliothèque d'Ornicar ? », rééd. Paris, Navarin Éditeur, 1980.
- [11] BOLLOTTE Gabriel, « Les projets d'assistance aux malades mentaux sous la Restauration ». dans *Annales médico-psychologiques*, Paris, t. I, 124^e année, n° 3, mars 1966, p. 383-402.

RÉFÉRENCES

- [12] BOUQUEREL Jacques, *Les problèmes architecturaux de l'hôpital psychiatrique – Rapport d'assistance*, Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, 54^e session, Bordeaux 30 août – 4 septembre 1956, éd. Paris, Masson, 1956.
- [13] BOURDIEU Pierre, *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Genève – Paris, Librairie Droz, 1972, rééd. Éd. du Seuil, 2000, coll. « Points Seuil ».
- [14] — *Le sens pratique*, Paris, Éditions de Minuit, 1980, 1989, coll. « Le sens commun ».
- [15] BRISSET Charles, *L'avenir de la psychiatrie en France*, préface par Henri EY, Paris, Payot, 1972, coll. « Science de l'homme ».
- [16] CASTEL Robert, *Le psychanalyste – L'ordre psychanalytique et le pouvoir*, Paris, Librairie François Maspéro, 1973, rééd. Union générale d'édition, 1976, coll. « 10/18 », Flammarion, 1981, coll. « Champs ».
- [17] CASTEL Robert, *L'ordre psychiatrique – L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Éditions de Minuit, 1976, coll. « Le sens commun ».
- [18] CHANOIT Pierre-François, « Le travail en équipe » dans *l'Information Psychiatrique*, Paris, mai 1967, n° 5, p. 647–656.
- [19] CONSTANS Augustin, LUNIER Ludger et DUMESNIL Octave, *Rapport général à M. le Ministre de l'Intérieur sur le Service des aliénés en 1874 par les inspecteurs généraux du service MM. Les Drs Constans, Lunier et Dumesnil*, Paris, Imprimerie nationale, 1878.
Reprod. *fac sim.* : Paris, Laboratoires Théraplix, 1971, coll. « Analectes ».
- [20] DAUMÉZON Georges, « Problèmes de la psychiatrie de secteur en France », dans *l'Information Psychiatrique*, Paris, novembre 1964, n° 9, p. 653–662.
- [21] DEMAY (Commission, 1981–1982), « Rapport de la commission Demay : Une voie française pour une psychiatrie différente », dans *Vie sociale et traitements*, éd. CEMEA, n° 146, avril-mai 1983 (« Pour une nouvelle politique de la Santé »), p. 3-32, 37-42.
- [22] ESQUIROL Jean-Étienne-Dominique, *Des établissements d'aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés – Mémoire présenté à son Excellence le Ministre de l'Intérieur*, Paris, imprimerie de M^{me} Huzard, 1819.
- [23] — « Mémoire historique et statistique sur la maison royale de Charenton », dans *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, Paris, Jean-Baptiste Baillièrre, 1835, t. XIII, 1^{ère} partie, p. 1–192.
Même titre, ouvrage à part : Paris, Imprimerie de P. Renouard, 1835 ; également recueilli dans le titre suivant (1838), t. II, p. 539–706.

RÉFÉRENCES

- [24] — *Des Maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, deux tomes et un atlas de planches, Paris, J.-B. Baillière, 1838.
Reproduction *fac simile* : Paris, Frénésie Éditeurs, 1999, coll. « Insania – Les Introuvables de la psychiatrie ».
- [25] — *Examen du projet de loi sur les aliénés*, Paris, J.-B. Baillière, 1838, 39 p.
Extrait, dans *La loi de 1838 sur les aliénés – volume I : l'élaboration*, Ferrus, Falret, Esquirol, Faivre, présentation par Claude Quétel, Paris, Frénésie Éditions, 1988, coll. « Insania – Les Introuvables de la psychiatrie » (p. 21–24, 127–145).
- [26] FERRUS Guillaume-Marie-André, *Des Aliénés, considérations : 1^o sur l'état des maisons qui leur sont destinées tant en France qu'en Angleterre, sur la nécessité d'en créer de nouvelles en France... 2^o sur le régime hygiénique et moral... 3^o sur quelques questions de médecine légale*, Paris, imprimerie de M^{me} Huzard, 1834,
- [27] FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961, nouvelle éd. Gallimard, 1972, rééd. 1976, coll. « Tel ».
- [28] — *Naissance de la clinique – Une archéologie du regard médical*, Paris, Presses Universitaire de France, 1963, 2^{ème} éd. : 1972, 1988, 3^{ème} éd. 1993.
- [29] GAUSSENS Jean Philippe, *Histoire institutionnelle de la Maison de Charenton*, mémoire de fin d'assistanat de l'École Nationale de la Santé Publique, Rennes, septembre 1978.
- [30] GENTIS Roger, *Les murs de l'asile*, Paris, Librairie François Maspéro, 1970, rééd. 1975, « Petite collection Maspéro ».
- [31] — *Guérir la vie*, Paris, Librairie François Maspéro, 1971, rééd. 1978, « Petite collection Maspéro ».
- [32] GIRAUD Dominique, *La Maison de Charenton de Louis XIV à Louis XVIII : de la prison à l'hôpital*, mémoire de maîtrise de psychologie présenté en juin 1980 à l'Université Paris IV.
- [33] GOFFMAN Erving, *Asiles – Études sur la conditon sociale des malades mentaux*, traduit par Liliane et Claude Lainé, présentation Robert Castel, Paris, Éditions de Minuit. 1968, rééd. 1990, coll. « Le sens commun ».
Titre original : *Asylums : essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Chicago, Aldine Pub. Co. [1962, c1961]
- [34] HOCHMANN Jacques, *Pour une psychiatrie communautaire – thèses pour une psychiatrie des ensembles*, Paris, Éditions du Seuil, 1971.
- [35] IMBERT Jean (dir.), *Histoire des hôpitaux en France*, Toulouse, Privat, 1982.

RÉFÉRENCES

- [36] JAEGER Marcel, *Le Désordre psychiatrique – Des politiques de la santé mentale en France*, Paris, Payot, 1981, coll. « Médecine et société ».
- [37] KALFON Dominique, « Les impasses de la psychothérapie institutionnelle », dans *l'ANE : le magazine freudien*, Paris, Analyse Nouvelle Expérience, avril-mai 1981, n° 1, p. 20–21.
- [38] LAIGNEL-LAVASTINE Maxime, « Centenaire de la mort d'Esquirol – Hommage à Esquirol » dans *Annales médico-psychologiques*, Paris, XV^e série, 99^e année, t. II, n^{os} 3-4, oct.–nov. 1941, p. 162–173.
- [39] LANTÉRI-LAURA Georges, « Histoire et structure dans la connaissance de l'homme », dans *Annales / Économies Sociétés Civilisations*, Paris, EPHE, 22^e année, n°4, juillet–août 1967, p. 792–828.
- [40] — « La chronicité dans la psychiatrie française moderne », dans *Annales / Économies Sociétés Civilisations*, Paris, EPHE, 27^e année, n°3, mai–juin 1972, p. 548–568.
- [41] — « Savoirs et pouvoirs dans l'œuvre de Ph. Pinel », dans *Perspectives Psychiatriques*, 1978 – I – n° 65, 16^e année, p. 77–87.
- [42] — [sans titre] dans *Hommage à Georges Daumézon*, recueil des “allocutions prononcées à la chapelle Sainte-Anne le 6 juin 1979”, Toulouse, Privat, 1980, p. 21–24.
- [43] — « Contre l'institution psychiatrique » dans *Psychiatrie et Société – Textes réunis en hommage à Paul Sivadon*, Toulouse, éditions Érès, 1981, 45–55.
- [44] LANTÉRI-LAURA Georges et DEL PISTOIA Luciano, « Les principales théories dans la psychiatrie contemporaine », dans *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Psychiatrie, 37-006-A-10, 1981.
- [45] LEHALLE Albert, *Contribution à l'histoire de la médecine : la Maison de Charenton*, thèse de médecine, Université Paris VI, CHU Pitié-Salpêtrière, n° 88, 1972.
- [46] LEVERRIER Michel, *Demandes... et psychiatrie de secteur*, Paris, Épi, 1975 (Texte remanié d'une thèse de troisième cycle de psychologie, université Paris VII, 1974)
- [47] MANNONI Maud, *Le psychiatre, son « fou » et la psychanalyse*, Paris, Éditions du Seuil, 1970, rééd. 1979, coll. « Points », 1990, coll. « Le Champ freudien ».
- [48] MIGNOT Hubert, « Le secteur », dans *Encyclopédie Médico Chirurgicale*, Psychiatrie, 37-915-A-10, 1967.
- [49] OURY Jean, *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, Paris, Éditions Payot, 1976, coll. « Traces », éd. du Champ social, 2001, coll. « Psychothérapie institutionnelle ».

RÉFÉRENCES

- [50] PINEL Philippe, *Traité Médico philosophique sur l'aliénation mentale, ou : La Manie*, Paris, Richard, Caille et Ravier, an IX (1800), 318 p. ; *fac simile* Genève-Paris, Slatkine, 1980.
Traité Médico philosophique sur l'aliénation mentale – seconde édition, entièrement refondue et très-augmentée, Paris, J. Ant. Brosson, 1809 ; *fac simile* Laboratoires Clin-Comar-Byla, 1975, 496 p.
- [51] POSTEL Jacques, *Genèse de la psychiatrie – Les premiers écrits de Philippe Pinel*, Paris, Le Sycomore, 1981, rééd. Paris, Synthélabo, 1998, coll. « Les empêcheurs de penser en rond ».
- [52] QUÉTEL Claude et MOREL Pierre, *Les fous et leurs médecines : de la Renaissance au XX^e siècle*, Paris, Hachette Littérature, 1979.
- [53] RAPPARD Philippe, *La folie et l'État – L'aliénation mentale et aliénation sociale*, Toulouse, Privat, 1981, coll. « Domaines de la psychiatrie ».
- [54] RAYNIER Julien et BEAUDOIN Henri, *L'Aliéné et les asiles d'aliénés au point de vue administratif et juridique. Assistance. Législation. Médecine légale*, Paris, Librairie Le François, 1930, 2^e éd.
- [55] *Recherches – Revue du C.E.R.F.I.*, « Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible ? », n° 17, Paris, Centre d'Étude, de Recherche et de Formation Institutionnelles, mars 1975.
- [56] — « Histoires de La Borde – Dix ans de psychothérapie institutionnelle à la Clinique de Cour-Cheverny », n° 21, mars-avril 1976.
- [57] RICHARD Marie-Geneviève, *L'histoire oubliée de Charenton Saint-Maurice*, Charenton, édité par l'auteur, 1972.
- [58] ROUMIEUX André, *Je travaille à l'asile d'aliénés. ...*, Paris, éditions Champ Libre, 1974, 1981.
- [59] — *La tisane et la camisole – Trente ans de psychiatrie publique*, Paris, éd. Jean-Claude Lattès, 1981.
- [60] ROUY Hersilie, *Mémoires d'une aliénée*, publiés par É. Le Normant des Varnannes, avec une préface de Jules-Stanislas Doinel, Paris, Paul Ollendorff, 1883, XII, 540 p., ill.
Repris dans *Le Coq Héron*, « Mademoiselle Hersilie Rouy : mémoire d'une aliénée » n°152 (n° spécial), 1998, 112 p. ISSN :0335-7899
- [61] SEVESTRE Pierre, « Éloge de la Maison de Charenton », dans *l'Information psychiatrique*, Paris, mars 1976, vol. 52, n° 3, p. 361–363, 365–369.
- [62] SIVADON Paul et CHANOIT Pierre-François, « L'institution thérapeutique », dans *l'Information psychiatrique*, Paris, mai 1967, n° 5, p. 627–638.
- [63] STRAUSS Charles, *La Maison Nationale de Charenton*, Paris, Imprimerie Nationale, 1900.

RÉFÉRENCES

- [64] SWAIN Gladys, *Le sujet de la folie – naissance de la psychiatrie*, Toulouse, Privat, 1977, coll. « Rhadamanthe », rééd. Paris, Calmann-Lévy, 1997, coll. « Liberté de l'esprit ».
- [65] SWAIN Gladys et GAUCHET Marcel, *La pratique de l'esprit humain – l'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard, 1980, coll. « Bibliothèque des sciences humaines ».
- [66] SZASZ Thomas, *Le mythe de la maladie mentale*, trad. Denise Berger, Paris, Payot 1975, coll. « Bibliothèque scientifique ».
Titre original : *The myth of mental illness : foundations of a theory of personal conduct*, New York, Hoeber-Harper, 1961 (rééd. 1972, 1974).
- [67] TOSQUELLES François, *Le travail thérapeutique à l'hôpital psychiatrique*, Paris, Éditions du Scarabée, 1962, coll. « Bibliothèque de l'infirmier psychiatrique – Centre d'entraînement aux méthodes d'éducation active ».
- [68] TOULOUSE Edouard, *Les causes de la folie. Prophylaxie et assistance*, Paris, Sociétés d'éditions scientifiques, 1896.
- [69] WATZLAWICK Paul, WEAKLAND John et FISCH Richard, *Changements – Paradoxes et psychothérapie*, trad. Pierre FURLAN, Paris, Éd. du Seuil, 1975, rééd. 1981, coll. « Points ».
Titre original : *Change – principles of problem formation and problem resolution*, New York – London, W. W. Norton, 1974.

Outre les divers décrets, arrêtés et circulaires cités dans ce travail, rappelons deux textes administratifs fondamentaux concernant la psychiatrie française :

— Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés (*Bulletin des Lois*, IX^e série, bulletin n°581, loi n°7443)

— Circulaire du 15 mars 1960 « relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales », de la direction générale de la santé, 7^e bureau.

Non parue au *Journal officiel* cette circulaire figure dans le *Recueil des textes officiels intéressant la Santé publique et la Population*, fascicule spécial n° 60-12 bis « Lutte contre les maladies mentales : organisation départementale, Modernisation des hôpitaux psychiatriques anciens », mis à jour en décembre 1963, qui reprend en outre la « Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens » et la « Circulaire du 27 août 1963 relative aux mesures particulières à prendre, dans le cadre de la lutte contre les maladies mentales, en ce qui concerne les arriérés profonds et les déments séniles ».

Archives consultées

En 1906 un fonds « Maison Nationale de Charenton » a été remis aux archives nationales, pour y constituer une sous-série initialement cotée FF¹⁵. Par la suite ce fonds a été versé dans la série AJ « Fonds divers remis aux Archives nationales » et a occupé la sous-série AJ² « Maison Nationale de Charenton ».

Les inventaires de ces versements ont été revus et classés par Paul MARICHAL en 1934, couvrant les cotes AJ² 1 à 103. (Voir dans *État Général des Fonds*, Archives nationales, 1978, t. II, p. 496-497)

En 1989 cet ensemble du fonds de la Maison nationale de Charenton a été transféré aux archives départementales du Val-de-Marne où un microfilm en a été tiré pour consultation. D'autres pièces touchant l'établissement sont restées aux archives nationales, notamment dans la sous-série F¹⁵ « Hospices et secours ».

Aux archives du Val-de-Marne le fonds transféré des archives nationales est classé sous la rubrique VIII « Santé, action sociale », sous-rubrique 6 « Archives d'établissements et de syndicats hospitaliers » (tome VIII.6.1). Un nouvel inventaire des cotes AJ² 1-102, avec les microfilms correspondants, a été dressé en 1989 : « Maison nationale de Charenton, puis Hôpital Esquirol, Gestion de l'établissement, 1394-1873, AJ2 1-102 ». L'établissement a par la suite versé d'autres archives, datées de 1689 jusqu'à 1974, qui furent cotées 4X 1-1029. On peut également se reporter à la collection « Plans, Gravures et Photographies : Saint-Maurice, Hôpitaux ».

Aux archives départementales de la Seine, devenues celles de Paris, on peut trouver encore quelques documents sous l'index géographique « Charenton ».

Adressons enfin nos plus vifs remerciements

à tous les personnels de l'hôpital ESQUIROL de Saint-Maurice qui nous ont permis de consulter de nombreux documents concernant les archives administratives et syndicales de l'établissement, ainsi qu'aux bibliothécaires qui nous ont aidé dans notre recherche.
