



HAL
open science

Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après guerre aux années 1970

Nicolas Henckes

► **To cite this version:**

Nicolas Henckes. Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après guerre aux années 1970. Sociologie. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), 2007. Français. NNT : . tel-00769780

HAL Id: tel-00769780

<https://theses.hal.science/tel-00769780>

Submitted on 3 Jan 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SCIENCES SOCIALES

Doctorat Nouveau Régime

Discipline : Sociologie

Nicolas HENCKES

Le nouveau monde de la psychiatrie française

Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970

Premier volume

Directeur de thèse : Isabelle BASZANGER

Thèse soutenue publiquement le 13 décembre 2007

Jury

Mme Isabelle BASZANGER

Directrice de recherche CNRS, CERMES

M. Alain EHRENBURG

Directeur de recherche CNRS, CESAMES

M. Bruno LATOUR

Professeur, Institut d'études politiques de Paris, CSO

M. Philippe URFALINO

Directeur de recherche CNRS, Directeur d'études EHESS, CESTA

M. George WEISZ

Professeur, McGill University, Department of Social Studies of Medicine

Avenir déjà raturé ! Monde plaintif !
René Char

AVANT-PROPOS

Si les thèses sont souvent l'aboutissement d'histoires au long cours, celle-ci a peut-être connu une trajectoire particulièrement tortueuse. Je n'aurais pu la mener jusqu'à ce terme si de nombreux proches, amis, collègues, enseignants ou acteurs de la réforme de la psychiatrie n'avaient participé à la façonner, la faire avancer ou bifurquer, parfois ne l'avaient entièrement réorientée ou au contraire ne m'avaient aidé à certains moments-clefs à mieux saisir le chemin qu'elle m'avait fait parcourir. J'ai plaisir à les remercier ici.

Je voudrais tout particulièrement remercier Isabelle Baszanger pour avoir accepté de diriger cette recherche, m'avoir soutenu au long de ce long voyage et appris une grande partie de ce que je crois comprendre de la sociologie aujourd'hui, avoir surtout été souvent bien davantage qu'une directrice de thèse. J'espère qu'un peu de son enthousiasme se retrouve dans ces pages. Le CERMES a constitué un environnement de travail à la fois stimulant et accueillant. J'ai apprécié y trouver les portes ouvertes et les bibliothèques généreuses. Mes remerciements vont en particulier à Martine Bungener, Jean-Paul Gaudillière, Maurice Cassier et Daniel Benamouzig. Lion Murard m'a fait bénéficier de son immense connaissance de l'hygiénisme. J'ai également beaucoup profité de mes discussions et correspondance avec Catherine Fussinger, que je tiens à remercier pour sa lecture vigilante. Christiane Sinding et Jason Szabo ont lu l'ensemble de la thèse, parfois plusieurs versions successives de certains chapitres, et m'ont fait de nombreux commentaires, suggestions et conseils amicaux. J'ai peur de n'avoir pas toujours su en tirer le profit qu'ils auraient pu espérer. Ken Mouré m'a fait part de ses commentaires sur le premier chapitre.

Si l'histoire que l'on va lire est définitivement derrière nous, un certain nombre de ses acteurs ont pu néanmoins me communiquer directement la manière dont ils l'avaient vécue. Je voudrais remercier les médecins, soignants, administrateurs qui m'ont ouvert leur porte, parfois également leurs archives, et m'ont en tous les cas généreusement accordé leur temps. S'ils ne se retrouveront pas nécessairement dans ce travail, les entretiens qu'ils m'ont accordés ont joué un rôle important pour ma compréhension de nombreux aspects du récit que j'ai constitué. J'ai trouvé un accueil

hension de nombreux aspects du récit que j'ai constitué. J'ai trouvé un accueil particulièrement compréhensif auprès des responsables de l'Association de Santé Mentale et de Lutte contre l'Alcoolisme dans le XIII^e arrondissement de Paris, qui m'ont ouvert l'accès à l'ensemble de leurs archives. Je dois aussi remercier son personnel administratif ainsi que ses documentalistes pour m'avoir aidé à constituer une documentation que je n'aurais souvent pas espéré. Le personnel de la bibliothèque psychiatrique Henri Ey de l'hôpital Sainte Anne a par ailleurs toujours répondu avec compétence et enthousiasme à mes intarissables demandes.

Une partie des recherches sur lesquelles s'appuie cette thèse a bénéficié du soutien financier du programme Sciences biomédicales/Santé/Société de la MiRe, de l'INSERM et du CNRS. Marie Collet et Jean-Guy Gay, au CERMES, m'ont aidé dans les nombreuses démarches qui ont découlé de ce contrat.

Nombreux sont mes proches à avoir également été mis à contribution. Olivier Ceselli, Franck Lemonde, Mathilde Roussat et Judith Wolf, en particulier, ont eu l'ingrate tâche de traquer mes légèretés syntaxiques. Mais tout ce travail aurait surtout été beaucoup plus difficile à accomplir si je n'avais bénéficié de la profonde compréhension de ma famille. Mes parents m'ont soutenu et ont beaucoup contribué au confort dans lequel j'ai pu travailler durant ces années. Et Hildegard, évidemment, sait ce qui est à elle dans ce qui suit.

SOMMAIRE GÉNÉRAL

PREMIER VOLUME

ABRÉVIATIONS	9
---------------------------	----------

INTRODUCTION. L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE AU TEMPS DES RÉFORMES. 11

Quelle histoire des réformes de l'hôpital psychiatrique ?	12
Constituer la trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques	16
Questions de méthode	21
1. <i>De la désinstitutionnalisation à la question du mandat de la psychiatrie</i>	27
L'institution psychiatrique et le changement social	29
Quelle désinstitutionnalisation ?	33
L'enjeu de la chronicité des maladies mentales	45
Les professionnels et l'Etat dans les transformations de l'hôpital psychiatrique	50
2. <i>Processus réformateurs et changement social</i>	58
Les réformateurs et le problème du changement.....	62
Le problème du changement dans les groupes professionnels.....	66
Le travail d'une expérience critique	69
Les projets réformateurs	71
Les publics de la réforme	75
L'innovation entre l'objectivité et les valeurs	81
Les temps du processus réformateur	83

CHAPITRE 1. UN DROIT EN DÉBAT. LA RÉFORME DE L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE DES DÉBUTS DE LA TROISIÈME RÉPUBLIQUE À LA LIBÉRATION **87** |

1. Naissance d'un problème. La mise en question de l'internement dans les premières années de la Troisième République..... **90** |

1.1. <i>Le malade mental, l'aliéniste et le droit</i>	90
1.2. <i>Le contexte d'une mise en question. Réseaux réformateurs et transformations de la psychiatrie</i>	96
Le problème de l'assistance psychiatrique au sein de la « question sociale » .	96
Les transformations des représentations en médecine mentale : la chronicité au cœur de l'émergence d'une nouvelle temporalité de la maladie mentale	102
<i>La chronicité dans l'organisation des institutions de prise en charge. 104. L'essor des maladies mentales chroniques : diagnostic et nosologie 108. Les limites d'une représentation : le problème des guérisons tardives. 116</i>	
1.3. <i>Recomposer droit et médecine. Les premières propositions pour la réforme des procédures d'admission et de sortie de l'asile</i>	122

La convalescence des aliénés : redéfinir les limites de l'assistance psychiatrique	123
Le problème de l'admission : entre observation préalable et placement provisoire	129
2. Une nouvelle frontière pour l'asile. L'hygiène mentale et la question des services libres dans l'entre-deux-guerres	133
2.1. <i>Une nouvelle politique de la psychiatrie : le mouvement d'hygiène mentale</i>	134
2.2. <i>Le service libre : une invention providentielle ?</i>	140
2.3. <i>Le débat des années 1920 : hospitalisation libre ou placement spontané ?</i> .	147
3. La Libération de la psychiatrie. L'émergence les « jeunes psychiatres » et la « médicalisation » de l'assistance psychiatrique à la Libération	159
3.1. <i>1945, la mobilisation de la psychiatrie</i>	160
3.2. <i>Le projet de mars 1945</i>	170
L'internement comme « faisceau de mesures hétérogènes » : du service libre à la liberté du psychiatre	171
« L'unité de la psychiatrie » : l'organisation départementale des services psychiatriques et le holisme psychiatrique	183
3.3. <i>L'échec du projet</i>	189
Conclusion.....	192
 CHAPITRE 2. UN MONDE NOUVEAU. LA « PSYCHOTHÉRAPIE COLLECTIVE » COMME UTOPIE ET ACTION.....	193
1. Faire et dire ce que l'on fait. Le travail sur la psychothérapie collective des jeunes psychiatres.....	199
1.1. <i>Dessiner le monde : « Les fondements de la psychothérapie collective » de G. Daumézon</i>	199
Faire exister la psychothérapie collective. La psychothérapie collective entre l'administration, la biologie et les psychothérapies	203
Des théories pour construire le monde. L'héritage du XIXe siècle et le <i>bandwagon</i> des psychothérapies de groupe	210
Un premier modèle pour le monde. Les bases de la psychothérapie collective dans les hôpitaux psychiatriques	216
1.2. <i>L'expérience d'un engagement. La qualification des pratiques dans la psychothérapie collective</i>	221
L'authenticité d'une expérience. Saint Alban, « Mecque » de la psychothérapie collective	222
<i>Les circonstances. 223. L'émergence d'une expérience. 225. La mise à l'épreuve d'une vocation. 230. Une méthode pour créer « une vie collective utile aux patients ».</i>	233
Une technique à tout faire : la découverte des réunions	235
« Caricatures » de la psychothérapie collective et expériences déviantes	241
1.3. <i>Des guérisons individuelles et collectives. Le travail psychiatrique dans la psychothérapie collective</i>	249
Le choc comme technique	252
Une prise pour la guérison	255

Une motivation collective	261
1.4. <i>Les difficultés d'une approche commune. Le symposium sur la psychothérapie collective de 1951</i>	266
2. Le sens d'un engagement. Le problème de la norme et la question des modèles d'action en psychiatrie.....	274
2.1. <i>La remise en question du sens de l'hôpital psychiatrique</i>	275
La question du sens de l'hospitalisation en psychiatrie	275
L'expérience critique : épreuves de réalité, travail biographique et histoire ...	281
2.2. <i>L'isolement et sa critique : la distance à la norme</i>	289
L'isolement comme fondement du sens de l'asile	289
La critique de l'hôpital comme monde clos : l'inauthenticité de la vie asilaire	298
La science comme mystification	303
2.3. <i>L'intervention : la normativité de la relation</i>	308
Le soignant, un acteur dans une relation	308
L'objet de la psychiatrie : la psychiatrie comme acte	312
« Médecine quatrième pouvoir ». Les limites de l'intervention.....	319
Conclusion	328
CHAPITRE 3. UN GROUPE ENGAGÉ. LE CADRE DES MÉDECINS DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES DANS LE PROCESSUS RÉFORMATEUR.....	329
1. Faire corps. La constitution du « Cadre » des médecins des hôpitaux psychiatriques comme groupement spécialisé dans la première moitié du XXe siècle.....	333
1.1. <i>La création du Cadre des médecins des asiles. Modes d'accréditation et logiques d'identification</i>	333
Les limites d'un rassemblement	336
Un statut et un corps	346
1.2. <i>La constitution d'une filière. Le Cadre des médecins des hôpitaux psychiatriques comme espace de carrières</i>	353
2. Le travail d'une représentation. Rassembler les médecins des hôpitaux psychiatriques et donner forme à un problème	373
2.1. <i>L'enjeu de la représentation</i>	373
Le travail de représentation	373
La concurrence des représentations.....	376
2.2. <i>Se faire le porte-parole du Cadre. Stratégies d'intéressement et rhétorique de l'indignation</i>	382
2.3. <i>Siéger au nom du Cadre. Les médecins des hôpitaux psychiatriques dans l'administration consultative</i>	393
2.4. <i>Prendre position pour le Cadre. Les médecins des hôpitaux psychiatriques dans l'arène des problèmes de la psychiatrie de 1945 au début des années 1950</i>	401
Quel hôpital pour la psychiatrie: tous pour l'hôpital village.....	401
Le problème de la qualification et la défense de la spécialité de psychiatrie...	407
2.5. <i>La revendication professionnelle</i>	416
3. Les transformations d'un projet : la psychothérapie collective dans la seconde moitié des années 1950.....	433

3.1. <i>La déception à l'égard de la psychothérapie collective</i>	435
3.2. <i>L'émergence d'une psychanalyse des psychoses et la reformulation de la psychothérapie collective</i>	438

SECOND VOLUME

CHAPITRE 4. UN NOUVEAU MANDAT. L'EXTRAHOSPITALIER, LA PLANIFICATION ET L'ÉLABORATION DU « SECTEUR »..... 453

1. L'extrahospitalier et la reconfiguration de la question de l'assistance psychiatrique au début des années 1950 459

1.1. <i>L'assistance extrahospitalière en France jusqu'au début des années 1950 : initiatives, perspectives et alternatives</i>	459
L'encombrement des hôpitaux psychiatriques, leur rendement thérapeutique et ses limites.....	461
Un principe d'intervention, l' « assistance extrahospitalière ».....	476
<i>De la prévention à la post-cure et retour. 478. Assistance extrahospitalière et assistance tutélaire. 484. Le problème des limites de l'intervention extrahospitalière : psychiatrie sociale et psychiatrie militante. 492</i>	
Un contre-projet : la spécialité de neuropsychiatrie, cadre de la psychiatrie extrahospitalière.....	497
1.2. <i>Les rapports des Comités d'experts de l'OMS sur la santé mentale : un cadre mondial pour l'organisation des systèmes de santé mentale</i>	500

2. L'intervention de l'Etat. La psychiatrie au ministère de la santé dans le courant des années 1950, entre hygiène sociale et planification..... 517

2.1. <i>Le moment hygiéniste du ministère de la santé</i>	518
2.2. <i>La psychiatrie dans la planification de la santé</i>	523

3. Une dynamique collective. L'élaboration du secteur à la Commission des Maladies Mentales..... 535

3.1. <i>La dynamique de la coopération à la Commission des Maladies Mentales</i> .	537
Le choix des partenaires	537
La gestion de l'agenda	539
3.2. <i>Les étapes d'un apprentissage</i>	544
Ouvrir un cadre : Le « rapport préliminaire à la présentation de nouveaux textes propres à assurer un fonctionnement satisfaisant aux hôpitaux psychiatriques » de juin 1954	545
Négocier un mandat : Le « rapport sur l'équipement psychiatrique d'un territoire dépourvu de toute formation spécialisée » de novembre 1955.....	554
<i>Le projet d'implantation communautaire des jeunes psychiatres. 555 Le contre-projet de planification « par en haut » de Jean Dechaume. 560</i>	
Marquer un aboutissement : Les expériences du Groupe de Sèvres et la « note sur le service territorial unifié de protection de la santé mentale » d'octobre 1959	566
3.3. <i>La cristallisation : la circulaire de mars 1960</i>	573

**CHAPITRE 5. LE SECTEUR DANS LES ANNÉES 1960 ET 1970 : ENTRE
ROUTINISATION DE L'ENGAGEMENT RÉFORMATEUR ET NOUVELLES
LOGIQUES D'ACTION. 579**

**1. La naissance d'une spécialité. Le secteur dans la recomposition de la psychiatrie
..... 583**

- 1.1. La neuropsychiatrie dans la réforme hospitalière de 1958 : l'échec d'une tentative de conciliation 584*
- 1.2. La construction d'une nouvelle représentation de la psychiatrie : Les Journées du Livre Blanc de la psychiatrie française de 1965, 1966 et 1967..... 589*
- Le contexte 590
- Les conditions d'un travail commun 595
- Un état des lieux : les diverses facettes de la psychiatrie..... 598
- Travailler ce qui rassemble et ce qui divise 606
- Un consensus : la réforme de la loi de 1838. 606. L'objection du « libre choix » : le secteur, un projet pour la psychiatrie publique, le scepticisme des praticiens libéraux. 608. Un point de convergence : des besoins humains pour un repositionnement de la psychiatrie dans la médecine. 612*
- Une « charte » pour la psychiatrie : une nouvelle vision du secteur au cœur d'une nouvelle représentation de la psychiatrie 620
- 1.3. L'institutionnalisation de la spécialité : quelle place pour le secteur dans la définition de la psychiatrie ?..... 624*
- La création du Syndicat des psychiatres français et les réformes de 1968..... 624
- La question du secteur dans l'évolution de la représentation de la psychiatrie au début des années 1970..... 629

2. Les limites d'une régulation. Les évolutions du secteur dans l'expérience de planification..... 637

- 2.1. Les logiques d'action locales..... 640*
- Le point de départ : la nécessaire coordination du dispositif psychiatrique parisien. 642. L'initiative des psychiatres. 645. Les limites du POD. 647. La relance d'une volonté planificatrice. 649*
- 2.2. Les transformations de l'intervention du Ministère..... 653*
- Le mouvement et l'impuissance..... 656
- De la consultation à l'animation..... 663
- 2.3. Vers la déshospitalisation. L'évolution des normes d'équipement..... 668*

3. La psychiatrie de secteur à l'épreuve de la chronicité 677

- 3.1. Retour sur la chronicité : le rapport de Le Guillant, Bonnafé et Mignot au Congrès de Psychiatrie de 1964, ou la chronicité au cœur de la psychiatrie de secteur 679*
- Les nouveaux enjeux de la chronicité en psychiatrie 679
- Constituer la chronicité des maladies mentales en problème..... 686
- Les fondements : la chronicité et l'« acuité » comme polarités 691
- De la guérison à la gestion. Les nouveaux objectifs du travail psychiatrique.. 796
- Une nouvelle vision du secteur 700
- 3.2. L'intervention pharmaceutique : les psychoses chroniques à l'ère des chimiothérapies..... 702*

3.3. <i>Le traitement au long cours ou le nouveau régime de la psychiatrie de secteur</i>	713
Entre esprit critique et esprit d'équipe, la modestie de la psychiatrie de secteur	714
Le temps indéfini du travail psychiatrique	721
<i>Conclusion</i>	734
CONCLUSION GÉNÉRALE. LA RÉFORME DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES, JUSQU'OÙ ?	737
ANNEXE 1. DOCUMENTS	751
1. <i>Conclusions des Journées psychiatriques de mars 1945</i>	751
2. <i>Circulaire du 15 mars 1960 sur le secteur</i>	755
3. <i>Résolutions adoptées par la Société de l'Evolution psychiatrique en conclusion des Journées psychiatriques du Livre blanc de la psychiatrie française, 1965-1967</i>	768
ANNEXE 2. CHRONOLOGIE	775
SOURCES ET RÉFÉRENCES	781

ABRÉVIATIONS

AFPEP : Association française des psychiatres d'exercice privé
AMP : Annales Médico-Psychologiques
ASM13 : Association de santé mentale et de lutte contre l'alcoolisme du treizième arrondissement de Paris
CHU : centre hospitalo-universitaire
CMM : Commission des Maladies Mentales
CSAP : Conseil Supérieur de l'Assistance Publique
CSMF : Confédération des syndicats médicaux Français
DDS : directions départementales de la Santé
DGS : direction générale de la Santé
ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique
FMF : Fédération des médecins de France
OPHS : Office public d'hygiène sociale de la Seine
POD : Programmes d'équipement et d'organisation départementaux
SMP : Société Médico-Psychologique
SPF : Syndicat des psychiatres français
SMHP : Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques
SPH : Syndicat des psychiatres des hôpitaux
SMSSN : Syndicat des médecins français spécialistes du système nerveux
SNPP : Syndicat national des psychiatres d'exercice privés

Par ailleurs, « ministère de la Santé » renvoie de manière générale au ministère chargé de la santé, quelle que soit son appellation exacte. Pour les autres usages terminologiques, voir l'introduction.

Sigles utilisés pour les sources

CAC : Archives nationales, Centre des Archives Contemporaines, Fontainebleau
AP : Archives de Paris

Les références indiquées en note de bas de page donnent le numéro du versement, puis celui de l'article : CAC 19910084 art. 28 renvoie à l'article n° 28 du versement 19910084 du Centre des archives contemporaines.

INTRODUCTION. L'HÔPITAL PSYCHIATRIQUE AU TEMPS DES RÉFORMES

Mars 1945, la fête de la Libération bat son plein. Dans une atmosphère quasi-révolutionnaire, le gouvernement provisoire est en train de faire passer en quelques ordonnances une série de mesures qui vont transformer le paysage social de la France. La plupart des secteurs de la société sont touchés par cet esprit de réforme. La psychiatrie n'est pas en reste, qui organise à l'hôpital psychiatrique Sainte Anne, à Paris, un événement singulier, et unique jusque-là dans son histoire. Cinq Journées durant, tout ce que compte la discipline ou presque s'est réuni là, dans la chapelle de l'établissement, sous l'autorité bienveillante du ministre. L'enjeu de la réunion est de mettre sur pied un projet de réorganisation des dispositifs de la discipline que le gouvernement pourra reprendre à son compte. Un petit groupe de jeunes psychiatres, apparu quelques mois auparavant, anime les débats. La réunion se conclut sur l'adoption d'une déclaration en vingt-quatre points, manifeste d'une psychiatrie nouvelle, un « serment de jeu de paume » diront plus tard ses auteurs.

L'événement n'est pas seulement une péripétie dans une histoire de longue durée. Avoir été de ce rassemblement marquera durablement ses participants. Pour les trente années à venir, ces jeunes psychiatres seront des acteurs essentiels d'un mouvement de réforme de la psychiatrie. L'ensemble de leurs projets s'inscriront dans

ment de réforme de la psychiatrie. L'ensemble de leurs projets s'inscriront dans le prolongement des événements de la Libération. Ils imprimeront leur marque sur la plupart des initiatives des gouvernements. L'esprit des Journées soufflera pour longtemps sur la psychiatrie française. C'est l'histoire de ce mouvement que je cherche à comprendre dans cette thèse, sa signification dans le cadre d'une trajectoire de longue durée de la réforme des hôpitaux psychiatriques et son inscription dans les transformations de la psychiatrie au cours du XX^e siècle.

Quelle histoire des réformes de l'hôpital psychiatrique ?

Encore une histoire de la « Révolution psychiatrique » du lendemain de la Seconde Guerre mondiale, m'objectera-t-on peut-être. Celle-ci, en effet, a déjà suscité de nombreuses publications. Ses protagonistes mille fois en ont fait le récit. François Fourquet et Lion Murard l'ont recueilli dans un livre d'entretiens qui reste un document important sur la psychiatrie de l'après-guerre en France¹. Il est aujourd'hui peu d'acteurs de la psychiatrie qui ne le connaissent dans les détails et ne soient en mesure d'en rappeler les différentes péripéties, le caractère de ses héros, les résistances qu'ils ont rencontrées, les succès auxquels ils sont parvenus, les limites qu'ils ont dû concéder. Au-delà, il informe toute notre vision de ce qu'a été la psychiatrie ces dernières années, et dans une large mesure de ce qu'elle continue à être.

Ce récit, du reste, ne manque pas d'intérêt dramatique. Il s'ouvre sur le douloureux bilan de cinq années d'Occupation. La psychiatrie a été particulièrement touchée par les restrictions. 45 000 malades mentaux sont morts de faim dans les établissements qui étaient supposés les soigner. Les psychiatres, qui n'ont rien pu faire pour empêcher le drame, en sortent profondément marqués, frappés par les similitudes entre les établissements qu'ils dirigent et les camps de concentration allemands. Pour la profession, la Libération marque ainsi un réveil. Depuis plus d'un siècle, malgré les initiatives de quelques pionniers, rien n'avait pu faire vaciller l'institution psychiatrique et les certitudes qui la fondaient. D'un coup, c'est l'humanité du malade mental que la guerre a fait ressurgir – et c'est l'inhumanité du traitement qui leur est proposé qu'elle

¹ Fourquet, F. et L. Murard, "Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible?" *Recherches*, n° 17, 1975. Il a par la suite été réédité sous la forme d'un ouvrage autonome : Fourquet, F. et L. Murard, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, Paris, Encres, 1980 [1975]. C'est cette deuxième édition que je citerai.

va permettre de remettre en cause. Le petit groupe de jeunes médecins des hôpitaux psychiatriques qui émerge est le fer de lance du mouvement – appelons-les, dès maintenant, les « jeunes psychiatres ». Passés pour certains par le communisme et la résistance, pour d'autres par le catholicisme et le protestantisme sociaux, ils ont également été sensibilisés aux nouvelles approches psychopathologiques qui sont apparues dans l'entre-deux-guerres – phénoménologie, psychanalyse. Ils développent un ensemble de projets. Sous leur aiguillon, la profession s'engage dans une réflexion sur ses moyens, dont les Journées de mars 1945 marquent une étape. D'abord près de réussir, le mouvement est coupé dans son élan, lorsque survient la guerre froide, et avec elle le durcissement des idéologies. Au début des années 1950, le consensus qui animait la profession éclate. Tout paraît à reprendre.

S'achève ainsi le premier acte. Le second est celui de la conquête. Les années 1950 voient, avec la découverte des médicaments neuroleptiques, l'émergence de nouveaux moyens pour la psychiatrie. Elles permettent aussi de dépasser les oppositions de personnes. Après une période de latence, le mouvement se retrouve, à l'orée du gaullisme, pour repenser son projet. Dans le même temps, les autorités ont commencé à s'intéresser au problème. En quelques mois une réforme peut aboutir. Le 15 mars 1960 paraît ainsi une circulaire révolutionnaire, qui marque l'avènement d'une nouvelle politique pour la psychiatrie, la sectorisation psychiatrique. Nouvelle manière de penser le rôle des professionnels, le secteur réorganise la psychiatrie non plus à partir de l'institution, mais autour du travail d'une équipe engagée dans une diversité de dispositifs et de structures au plus près des populations. Dès lors les succès s'enchaînent. Après Mai 1968 les médecins des hôpitaux psychiatriques obtiennent l'amélioration de leur statut et la reconnaissance de leur fonction enseignante. Au début des années 1970, les autorités locales commencent à s'engager derrière eux. Sur le terrain les nouvelles structures se multiplient. La psychiatrie est en passe de réaliser sa mue. L'asile est définitivement refoulé.

On comprend facilement que l'on ne puisse se satisfaire de ce récit. Trop nombreuses sont les objections qu'il appelle d'emblée. Les contemporains ne s'y sont pas trompés, à commencer par le sociologue Robert Castel, dont les analyses, dès les

années 1970, ont largement contribué à une salutaire critique¹. Ces jeunes psychiatres ne s'inscrivaient-ils pas dans la suite de nombreuses critiques de l'asile et tentatives d'« en finir » avec lui depuis le troisième tiers du XIX^e siècle ? N'étaient-ils pas mus par des intérêts corporatifs autant si ce n'est davantage que par leur dévouement pour leurs malades ? Au demeurant, voulaient-ils réellement « en finir » avec l'hôpital psychiatrique ? Ces critiques, parmi de multiples autres, sont de bonne guerre. Elles ont conduit à de nombreuses recherches, qui ont cherché à contredire, discuter ou nuancer la légende dorée de la « Révolution psychiatrique »². Mais, au fond, peu d'entre elles ont remis en cause le socle même sur lequel reposait cette légende. Qu'ils soient critiques ou apologétiques, les commentateurs ont rarement questionné les hypothèses dont, me semble-t-il, dépendait la trame même du récit. Deux d'entre elles, en particulier, me paraissent pourtant devoir être discutées.

Selon la première, au milieu du XX^e siècle, il *fallait* réformer l'institution psychiatrique. En 1945, les hôpitaux psychiatriques étaient des organisations sclérosées, des institutions inhumaines, dont l'anachronisme depuis longtemps éclatait. Le principe qui les fondait, la ségrégation des malades mentaux, ne constituait plus une solution au problème de la folie. Cette réalité, le conservatisme des professionnels et des autorités interdisait pourtant d'en tirer les conséquences. La guerre, et la famine des malades mentaux, en faisant la preuve de la faillite du système, auraient permis au plus grand nombre d'ouvrir les yeux³. De cette première hypothèse découle directement la seconde. Si l'institution psychiatrique apparaissait ainsi dépassée, c'est qu'elle était encore celle que les fondateurs de la psychiatrie, Pinel et Esquirol, avaient créée dans le premier tiers du XIX^e siècle. Le siècle qui sépare 1838 de 1945 n'aurait été qu'un long sommeil, dont n'émergent que quelques éclairs de génie – le freudisme à Vienne, en France Charcot ou le mouvement d'hygiène mentale, à l'origine des premiers services de traitement libres des malades mentaux. En ce sens, pour comprendre l'hôpital psychiatrique, il suffirait de relire l'œuvre de ces grands auteurs, de comprendre les conditions dans lesquelles ils

¹ Les deux principaux ouvrages que Robert Castel a consacrés à la période sont : Castel, R., *Le psychanalyste*, Paris, François Maspéro, 1973 ; Idem, *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, Paris, Ed. de Minuit, 1982.

² Voir, par exemple, l'ouvrage souvent maladroit mais néanmoins utile de Marcel Jaeger : Jaeger, M., *Le désordre psychiatrique*, Paris, Payot, 1981. Et sur un épisode important de l'histoire, la famine des malades mentaux, voir le livre récent d'Isabelle von Bültzingsloewen : von Bültzingsloewen, I., *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier, 2007.

³ von Bültzingsloewen, *L'hécatombe des fous*.

ont été amenés à la constituer. De là, du reste, ces projets sociohistoriques s'attachant à saisir dans le détail ce moment fondateur¹.

Mais, précisément, comment juge-t-on d'une institution qu'elle est atteinte de sclérose ou qu'un dispositif comme celui des hôpitaux psychiatriques est entré en faillite ? Les difficultés qu'ont connues les hôpitaux psychiatriques pendant la guerre traduisent-elles véritablement l'essoufflement d'un modèle, ou bien ne sont-elles pas plutôt la marque d'un mode de fonctionnement général des institutions d'assistance publique, les mettant structurellement en situation de rationnement ? Par ailleurs, que faire des très nombreuses continuités qui lient le projet des jeunes médecins des hôpitaux psychiatriques au lendemain de la guerre à la vision que leurs aînés se faisaient de l'institution psychiatrique ? Pour ne prendre qu'un exemple, sur lequel on aura l'occasion de revenir, le projet qu'ils ont constitué dans les années d'après-guerre d'un « hôpital village », pavillonnaire, installé sur un large terrain d'assiette, ne ressemble-t-il pas fort à cette institution isolée, installée au milieu des champs et éloignée des centres urbains qu'est l'asile construit au cours du XIX^e siècle et dans la première moitié du XX^e siècle ? Mais surtout c'est l'antériorité de la question de la réforme des hôpitaux psychiatriques qui interroge. C'est en effet tout au long de la Troisième République que la réforme du dispositif d'assistance psychiatrique a posé problème. La mise en question du fonctionnement des institutions psychiatriques n'a pas été seulement l'apanage d'une poignée de francs-tireurs ou de contestataires. On ne peut traiter seulement comme des « précurseurs » les professionnels, les administrateurs ou les hommes politiques qui se sont engagés de 1870 à la Seconde Guerre mondiale sur le problème. Le problème de la réforme des asiles a été un problème social, posé au plus haut niveau de façon continue tout au long de la Troisième République, suscitant un débat approfondi et un grand nombre d'initiatives.

Car, plus généralement, un mouvement de réforme ne s'explique pas simplement à partir de ce qu'il propose de réformer. On ne peut se passer d'analyser la manière dont les protagonistes mettent en forme les problèmes. Un projet comme celui des jeunes psychiatres ne peut pas seulement être analysé dans sa dimension réactive. On pourrait

¹ Castel, R., *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Ed. de Minuit, 1976 ; Foucault, M., *Folie et déraison, histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961 ; Gauchet, M. et G. Swain, *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique.*, Paris, Gallimard, 1980. Robert Castel est à l'origine de l'analyse en termes d'aggiornamento.

en ce sens reprendre à propos de la « révolution psychiatrique » de 1945 la remarque de Gladys Swain sur le geste fondateur de Pinel libérant les fous de Bicêtre : le geste reste, mais le sens en est perdu¹. Ce sont les conditions dans lesquelles les jeunes psychiatres ont développé leur mouvement que je cherche à comprendre ici, en situant plus précisément la rupture qu'il a permis de construire. En même temps, l'histoire de la psychiatrie des cinquante dernières années ne se résume pas à ce moment. Je cherche ainsi également à comprendre comment les acteurs ont fait avancer, dans les années qui ont suivi la Libération, la réforme de l'hôpital psychiatrique.

Mes analyses ne sont pas dirigées pour ou contre les professionnels. Il ne me paraît plus possible, toutefois, de résumer l'histoire de la psychiatrie à celle d'une libération, d'une sortie de l'obscurantisme. Alors que, depuis quelques années, parmi les psychiatres, le scepticisme et le doute ont fait leur retour sur le sens de leur métier, les moyens dont ils disposent ou les progrès qu'ils peuvent espérer, il me semble que l'on a peut-être mal pris la mesure de ce qui s'était joué en psychiatrie au cours des soixante dernières années. Les formules ramenant les transformations des pratiques psychiatriques à une révolution des mentalités ou au progrès des techniques me paraissent trop générales. Pour clarifier nos idées, il nous faut accepter de restituer finement les projets, les conditions dans lesquels ils ont été portés, les alternatives qui leur ont été opposées. C'est ainsi une histoire plus complexe du problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques que je cherche à constituer, dont j'espère également qu'elle sera plus intéressante.

Constituer la trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques

Cette recherche porte sur le problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques. Je m'intéresse à la manière dont le sens et les conditions du travail médical dans les établissements psychiatriques ont été mis en question et transformés au cours du XX^e siècle. Il ne s'agit pas pour moi de faire une histoire des hôpitaux psychiatriques ou des secteurs psychiatriques en général. On ne trouvera pas ici de données originales sur la vie des patients et je dirai peu de choses des conditions de travail des soignants. Je m'intéresse spécifiquement au travail développé par les acteurs de la psychiatrie autour

¹ Swain, G., *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*, Paris, Calmann-Lévy, 1997 [1977].

du problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques. L'enjeu pour moi est de constituer la trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques.

En recourant au terme de trajectoire, je fais explicitement référence à la manière dont ce concept a été élaboré par la sociologie interactionniste pour caractériser l'ensemble du travail développé par des acteurs divers autour d'un phénomène évoluant au cours du temps¹. Appliqué à un problème comme la réforme des hôpitaux psychiatriques, ce concept permet d'insister sur le fait que le changement social est un enjeu pour les acteurs eux-mêmes, qui s'engagent pour l'orienter et lui donner forme. Les acteurs construisent des projections de trajectoire, des plans d'action, qui leur permettent de cartographier, prévoir et réviser les actions qu'ils doivent engager. Le concept de trajectoire insiste sur les contingences qui ne sont jamais entièrement maîtrisables par les acteurs. A un raisonnement déterministe et normatif qui cherche à évaluer la réussite des acteurs, il substitue un raisonnement en termes des moyens et des interactions que ceux-ci mettent en œuvre pour parvenir à certaines fins. A la question des causes, il oppose un raisonnement séquentiel qui pose que le phénomène se développe dans le temps². En ce sens, constituer la trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques, c'est pour moi comprendre la manière dont émerge et se transforme un ensemble de questions autour du dispositif des hôpitaux psychiatriques. C'est comprendre quels sont les acteurs qui concourent à travailler la formulation du problème, la manière dont à chaque moment ils découpent la réalité, qualifient la situation, prennent position de manière à contraindre les autres acteurs. C'est analyser les débats, les conflits et les rapports de force qui surgissent entre ces acteurs. La notion de trajectoire permet d'insister sur les tournants et les points de bifurcations, sur les moments où les choses auraient pu être autrement, ou encore sur les retours en arrière, les questions qui paraissent enfouies et qui sont susceptibles de ressurgir, voire les moments où, en fin de compte, le problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques semble toujours devoir être re-évalué. Une trajectoire peut être découpée en un certain nombre de phases, en fonction des redéfinitions de la situation, de l'évolution du travail qu'elle suscite et de celle des acteurs engagés dans le processus. Ce sont ces dernières qui organiseront le

¹ Baszanger, I., "Les chantiers d'un interactionniste américain", in A. Strauss (dir.), *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992, pp. 11-63 ; Strauss, A., *Continual permutations of action*, New York, Aldine de Gruyter, 1993.

² Sur ce point : Becker, H. S., *Outsiders*, Paris, Métailié, 1985 [1963], p. 45 sq.

plan de cette thèse et que je voudrais exposer ici rapidement¹. L'émergence du groupe des jeunes psychiatres réformateurs en 1945 marque en effet un moment, moment important sans doute, de la trajectoire du problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques au cours du XX^e siècle. La naissance du problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques remonte aux origines de la Troisième République². Profondément, il s'agit d'adapter l'assistance psychiatrique à une nouvelle conception de l'Etat social qui émerge au moment où la République finit par s'imposer, et singulièrement aux nouvelles manières de concevoir l'intervention de l'Etat dans le domaine de l'assistance publique. La première phase de la réforme de l'hôpital psychiatrique coïncide ainsi avec le processus législatif de réforme de la loi fondatrice du dispositif asilaire, la loi du 30 juin 1838, de 1870 au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Le problème qui se pose est d'abord celui du statut, indissociablement, des établissements, de leur clientèle et de leur personnel. Le débat est ainsi à la fois médical et juridique. Les propositions de réforme correspondent à des tentatives de ménager des espaces de transition à l'entrée et à la sortie de l'asile, permettant de suspendre le statut d'interné. C'est ainsi la possibilité pour la médecine de prendre en charge le problème de la folie en se passant de l'intervention du droit qui est en jeu.

L'émergence en 1945 du groupe des jeunes psychiatres réformateurs coïncide avec les derniers feux de ce débat. C'est sur la base d'un nouveau projet de réforme de la loi de 1838 que ceux-ci font irruption, marquant une nouvelle inflexion qui prolonge le mouvement entamé avant la guerre. L'échec de leur projet marque la fin d'une manière de poser le problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques. S'engage dès lors une deuxième phase pour la réforme de l'hôpital psychiatrique. Dans la deuxième moitié des années 1940, les jeunes psychiatres développent un nouveau projet, la psychothérapie collective, qui, littéralement, porte la réforme des hôpitaux psychiatriques à l'intérieur de leurs services. Le travail des jeunes psychiatres sur ce projet correspond à une tentative de constituer un nouveau monde social, s'insérant dans le monde plus vaste de la psychiatrie. La notion de monde social, entendue comme une communauté de pratiques et de discours, renvoie aux deux aspects de l'activité des psychiatres au cours de cette phase : il s'agit pour eux de faire émerger des pratiques

¹ On trouvera en annexe une chronologie des principaux événements qui ont constitué cette trajectoire.

² Topalov, C. (dir.), *Laboratoires du nouveau siècle. La nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France, 1800-1914*, Paris, Ed. de l'EHESS, 1999.

pouvant constituer de nouvelles manières de faire à l'hôpital psychiatrique, tout en constituant une communauté de collègues autour de ces pratiques.

En même temps qu'ils développent la psychothérapie collective, les jeunes psychiatres s'engagent dans un ensemble de tâches pour diffuser leurs idées auprès d'un public plus large. En se constituant en porte-parole d'un groupe, le groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques, dans un certain nombre d'arènes, ils s'efforcent de constituer une nouvelle représentation de la psychiatrie. Pour cela, ils se servent de la principale organisation corporatiste de la profession, le Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques. Il s'agit ainsi pour eux d'aligner derrière eux leurs collègues, sans pour autant trahir leur engagement réformateur. Il leur faut développer des prises de positions qui font consensus dans la profession tout en reflétant leurs projets. La représentation qu'ils constitueront repose sur une vision de la relation du médecin à ses malades ainsi que de son insertion dans le dispositif de santé publique du pays. Saisir la portée de cette représentation nécessitera de comprendre finement une histoire de longue durée de la constitution du corps des médecins des hôpitaux psychiatriques. Au milieu des années 1950, ce travail rencontre toutefois la réticence de composantes significatives du groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques, tandis que par ailleurs le projet de psychothérapie collective s'essouffle. Cette phase se clôt ainsi sur un constat de relatif échec, mais aussi sur la nécessité de constituer un nouveau projet.

L'élaboration de ce dernier, le secteur, constitue une nouvelle phase, qui commence dans le courant des années 1950 et s'achève au début des années 1960. Le secteur émerge d'un travail commun des psychiatres et des fonctionnaires du ministère de la Santé autour de la régulation du dispositif psychiatrique. Du côté des psychiatres, il repose sur la réflexion que certains médecins des hôpitaux psychiatriques engagent sur leurs moyens d'intervention en dehors de leurs services, au croisement de deux problématiques : d'une part un questionnement du rôle qu'un certain nombre de structures – dispensaires, dispositifs de post-cure, pour la plupart développés dès avant la guerre – peuvent jouer auprès de l'institution psychiatrique ; d'autre part le souci de coordonner le fonctionnement d'un dispositif qui, sinon, contribuerait en fait à aggraver la chronicité des troubles mentaux. Du côté de l'administration, le secteur traduit la volonté de mettre en place des outils qui permettent de réaliser une coordination du dispositif sanitaire du pays dans le cadre du dispositif de planification. Le secteur tel

qu'il est défini dans la circulaire du 15 mars 1960 sanctionne ainsi la mise en place d'un rapport spécifique entre médecins et pouvoirs publics, une vision du rôle des uns et des autres dans la production du dispositif psychiatrique.

Une dernière phase de la trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques s'ouvre alors pour se prolonger jusqu'au milieu des années 1970. Après la parution de la circulaire, en même temps que sur le terrain se développent les premières expériences concrètes, les médecins des hôpitaux psychiatriques cherchent à constituer le secteur en mode de régulation global de la psychiatrie. D'abord dans le cadre du débat sur la réforme des études médicales, puis tout au long des années 1960, ils s'efforcent d'y intéresser l'ensemble de leurs collègues psychiatres, au-delà des seuls hospitaliers, dans le cadre d'une nouvelle réflexion sur ce qu'est la psychiatrie. S'ils obtiennent un certain nombre de succès, rapidement, toutefois, et dès le début des années 1970, le secteur montre ses limites à réorganiser la discipline. Tant du côté de l'Etat que de celui des professionnels, le secteur apparaît comme un moyen faible pour structurer les initiatives. A partir du milieu des années 1970, une nouvelle routine s'installe ainsi, qui marque la fin du cycle engagé à la Libération.

Du lendemain de la Seconde Guerre mondiale au milieu des années 1970, le problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques s'est posé dans le façonnement direct des institutions psychiatriques. Il n'a plus concerné comme auparavant le statut des malades internés, mais les conditions d'effectuation du travail psychiatrique. Le moteur en a été la relation directe qu'ont nouée les professionnels et l'administration centrale du ministère de la Santé. Ces trente années correspondent ainsi à une transformation globale de la manière de poser le problème des hôpitaux psychiatriques, à son recadrage dans une configuration sociale nouvelle, le processus reposant sur l'action conjointe de deux parties : du côté des professionnels, le petit groupe des jeunes psychiatres constitue le problème de la réforme de l'hôpital psychiatrique en en faisant un enjeu du travail psychiatrique lui-même ; du côté de l'Etat, l'essor de l'administration de la santé permet de traiter le problème du dispositif psychiatrique en termes de l'organisation et de la planification de l'équipement psychiatrique du pays.

L'ampleur prise par le problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques dans les années 1950 et 1960 correspond ainsi à sa surdétermination à partir d'un *ethos* réformateur. A regarder de plus près les projets des acteurs, on ne peut qu'être frappé

par leur faiblesse, leur incapacité à produire des représentations globales de ce que doit être la psychiatrie, de ce que doit devenir l'hôpital psychiatrique. Au contraire d'autres politiques publiques de l'époque, dans le domaine de la culture ou du social, qui ont reposé sur la constitution d'idéologies, la définition d'objectifs ciblés, l'action de l'Etat en santé mentale n'a pas été une politique, au sens où elle ne s'est pas articulée à l'élaboration d'un projet politique, au développement d'institutions portées par les gouvernants. Tout au long de la période, la réforme des hôpitaux psychiatriques s'est avant tout inscrite dans les pratiques de gestion d'un dispositif institutionnel, traduisant la difficulté du politique à se saisir d'un ensemble de problèmes pourtant portés par une frange active de la société civile. C'est également ce qui explique que le problème de la réforme de l'hôpital psychiatrique a pu se trouver au cœur de plusieurs grandes questions, qui se sont chevauchées les unes les autres. L'une d'entre elles, qui dans la littérature secondaire a le plus souvent été analysée à travers le prisme de la « désinstitutionnalisation », correspond aux problèmes de la normalisation et des formes d'encadrement des populations. Une deuxième a été le problème de la nature du phénomène de chronicité des maladies mentales et des réponses à lui apporter. Une troisième question, enfin, a concerné l'évolution d'une spécialité médicale, la psychiatrie, et son rapport à l'Etat sur une période longue de près d'un siècle. La suite de cette introduction élucide la signification et la portée de ces différentes questions, en les inscrivant dans des transformations plus globales de la médecine au XX^e siècle. Avant cela, il me faut préciser quelques enjeux méthodologiques qui ont guidé ce travail.

Questions de méthode

J'ai voulu situer pleinement mon récit dans le cadre d'une histoire de la médecine. Les sciences sociales ont souvent eu tendance à traiter la psychiatrie comme un monde a priori à part. Sur un plan académique, la sociologie, l'histoire et l'anthropologie de la psychiatrie se sont jusqu'à un certain point développées comme des domaines de recherches autonomes, disposant de revues et de manuels¹,

¹ Il existe au moins une revue internationale d'histoire de la psychiatrie, *History of psychiatry*, et une revue en anthropologie, fondée par Arthur Kleinman à la fin des années 1970, *Culture and psychiatry*. Pour les manuels, cf. : Aneshensel, C. S. et J. C. Phelan (dir.), *Handbook of the sociology of mental health*, New York, Kluwer Academic / Plenum Publishers, 1999 ; Horwitz, A. V. et T. L. Scheid (dir.), A

développant leurs objets et leurs paradigmes. Pour une part cela tient à l'histoire de ces disciplines et aux relations particulières qu'elles ont noué avec leur objet : aux Etats-Unis l'engagement du *National Institute of Mental Health* a ainsi joué un rôle déterminant dans le développement d'une recherche en sciences sociales sur les questions de santé¹ ; un certain nombre de sociologues ont joué un rôle important pour alimenter la réflexion sur le devenir des hôpitaux psychiatriques². Pour autant, il m'est apparu important de ne pas faire trop rapidement l'hypothèse de la spécificité de la psychiatrie. Il m'a semblé qu'inscrire une analyse de la psychiatrie dans celles, plus large, de la médecine, permettait de saisir un certain nombre de rapprochements, de comparaisons. Les problèmes de la chronicité des maladies mentales, ceux du rapport des professionnels à l'Etat, de l'organisation des pratiques en réseaux sont autant de questions qui ont été élaborées aussi bien en psychiatrie que dans d'autres secteurs de la médecine. De nombreuses innovations ont transité, dans un sens ou un autre, entre la psychiatrie et le reste de la médecine, tout au long de leur histoire³.

La spécificité de la psychiatrie ne doit donc pas être prise pour point de départ de l'analyse, mais elle doit être démontrée. Ce n'est pas nier que la psychiatrie a été tout au long de son histoire un segment très particulier de la médecine. La loi de 1838, on le sait, a été la première et pendant plus de cinquante ans la seule loi de santé publique. Jusqu'au lendemain de la Première Guerre mondiale et la création du dispositif des sanatoriums antituberculeux, le statut des établissements psychiatriques et de leurs médecins, fonctionnaires de l'Etat, a été une singularité dans un univers marqué par le libéralisme. Cela a contribué à faire de la psychiatrie un domaine privilégié

handbook for the study of mental health, Cambridge, Cambridge University Press, 1999 ; Pilgrim, D. et A. Rogers, *A sociology of mental health and illness*, Buckingham, Open university press, 1999 ; Tausig, M. et al., *A sociology of mental illness*, Upper Saddle River, N.J., Prentice Hall, 1999. Cf. aussi "Rethinking the sociology of mental health", *Sociology of Health and Illness*, 22, n° 5, 2000. Et pour la France : Ehrenberg, A. et A. M. Lovell (dir.), *La maladie mentale en mutation*, Paris, Odile Jacob, 2001.

¹ Bloom, S. W., *The word as scalpel. A history of medical sociology*, New York, Oxford University Press, 2002.

² Que l'on pense aux travaux classiques de : Belknap, I., *Human problems of a state mental hospital*, New York, McGraw-Hill, 1956 ; Caudill, W., *The psychiatric hospital as a small society*, Cambridge, Ma., Harvard University Press, 1958 ; Goffman, E., *Asiles*, Paris, Ed. de Minuit, 1968 [1961] ; Stanton, A. et M. Schwartz, *The mental hospital*, New York, Basic books, 1954 ; Strauss, A. et al., *Psychiatric ideologies and institutions*, New York, Free Press of Glencoe, 1964. En France, on le verra, les sciences sociales n'ont pas eu l'occasion de jouer ce même rôle.

³ Voir par exemple : Schlesinger, M. et B. Gray, "Institutional change and its consequences for the delivery of mental health services", in A.V. Horwitz et T. Scheid (dir.), *Handbook for the study of mental health. Social contexts, theories, and systems*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999, pp. 427-448.

d'intervention de l'Etat, tandis que les psychiatres ont sans doute davantage que leurs collègues développé une vision politique de leur métier. Pour autant, de nombreux éléments auraient pu, et dans une certaine mesure ont contribué à partir des années 1950 à rapprocher les psychiatres de leurs collègues. La mise en place du plein temps médical dans l'ensemble des hôpitaux publics, la banalisation du statut des hôpitaux psychiatriques, l'essor des pratiques de cabinet en psychiatrie, ont constitué autant de points de convergence autour desquels d'une manière ou d'une autre a été mise en forme une relation au reste de la médecine. Dans cette perspective, la spécificité de leur spécialité a constamment été travaillée par les professionnels, tout au long de la période. C'est ce travail qu'il faut examiner.

Un deuxième point méthodologique concerne les opérations de recherche qui m'ont permis de constituer cette histoire. Outre les sources secondaires que j'ai pour certaines déjà citées ou qui apparaîtront dans le cours du travail, cette thèse repose sur la mobilisation d'un matériau varié. J'ai d'abord dépouillé systématiquement les revues professionnelles pour chercher à reconstituer précisément les différents débats qui animaient la psychiatrie sur la période qui m'intéressait – et plus particulièrement les *Annales Médico-psychologiques*, les comptes rendus annuels du *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes français et des pays de langue française* qui devient dans le courant des années 1950 le *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, *l'Informateur des aliénistes et des neurologistes*, *l'Aliéniste français*, *l'Information psychiatrique*, et *l'Evolution psychiatrique*. Je ne me suis pas contenté de consulter les articles, j'ai également cherché à exploiter les recoins, les pages informations, les annonces, voire les publicités, et l'ensemble du paratexte. Il s'agissait ainsi pour moi non seulement de reconstituer les positionnements, les idées, les innovations, mais aussi de comprendre le fonctionnement d'un certain nombre de groupes, leur culture propre, leurs manifestations, leurs valeurs. J'ai également consulté certaines revues du débat intellectuel qui ont pu à un moment ou un autre participer à ces débats, dont la revue *Esprit*.

Ma compréhension des logiques d'identification professionnelle au lendemain de la guerre s'est appuyée sur une analyse des carrières de médecin des hôpitaux psychiatriques qui doit beaucoup aux entretiens que j'ai eus avec certains psychiatres.

Pour les reconstituer plus précisément et comprendre leur évolution au cours du vingtième siècle, j'ai également dépouillé systématiquement une série d'annuaires, à partir desquels j'ai mené une étude quantitative qui constitue la première partie du chapitre 3. Mon analyse de l'intervention de l'Etat sur les questions de santé mentale repose, quant à elle, sur le témoignage des acteurs recueillis par Fourquet et Murard ou que j'ai interrogés directement. Elle s'appuie également sur le dépouillement des archives du bureau de la psychiatrie du ministère de la Santé versées aux Archives Nationales et conservées à ce jour au Centre des Archives Contemporaines de Fontainebleau. Ces archives m'ont permis de préciser dans une certaine mesure la vision de la psychiatrie et du rôle de l'Etat développée par les fonctionnaires de l'Administration centrale et surtout de mieux comprendre les outils d'intervention dont ils disposaient pour agir effectivement sur le terrain. J'ai complété ces sources par une étude de cas sur une expérience clef de psychiatrie de secteur des années 1960 et 1970, l'expérience du treizième arrondissement de Paris. Reposant sur un dépouillement des archives de l'Association de Santé Mentale du Treizième Arrondissement ainsi que sur celui des archives du département de la Seine, ce travail m'a permis de comprendre plus finement le système des interactions locales à l'origine des « expériences » de secteur¹. Une quarantaine d'entretiens menés avec des acteurs importants de cette histoire, dont une vingtaine avec des acteurs du treizième arrondissement, ont enfin joué un rôle important pour nourrir mon questionnement, et parfois m'apporter des informations précieuses, tout au long de ce travail.

Ces remarques seraient incomplètes sans une évocation des usages lexicaux que j'ai suivis dans ce travail. Dans la mesure où les termes utilisés par les acteurs reflètent des logiques d'identification personnelles et collectives, il m'a paru important de les suivre autant que possible dans leurs usages. En ce sens, l'explicitation du lexique est également une dimension de la recherche. Par souci de clarté, il faut toutefois dès maintenant donner quelques repères, quitte à y revenir plus tard pour les nuancer ou pour en analyser plus finement la portée.

¹ Ce travail a donné lieu à la rédaction d'un rapport dans le cadre d'une convention de recherche MiRe/CNRS/INSERM : Henckes, N., *Réformer la psychiatrie, organiser les pratiques de secteur. La construction de la psychiatrie de secteur dans "l'expérience du treizième arrondissement"*, Rapport pour le programme Sciences biomédicales, Santé, Société, MiRe/INSERM/CNRS, 2005.

Le problème du nom à donner à l'institution psychiatrique a en effet été un problème délicat sur toute la période. Les établissements placés sous le régime de la loi de 1838, accueillant des aliénés, pouvaient être publics ou privés. Les institutions privées et payantes, destinées à la bourgeoisie, utilisaient l'euphémisme de « maisons de santé ». Pour ce qui concerne les institutions participant au service public, le terme d'« asile » est le terme couramment employé jusqu'aux années 1930, mais l'asile est clairement, pour ses médecins, un « hôpital spécialisé ». A partir de la fin du XIX^e siècle, le terme d'asile pose de toute évidence problème, mais les acteurs du processus réformateur peinent à trouver une alternative. En particulier, celui d'« hôpital psychiatrique », qui paraît naturel à certains contemporains, a du mal à s'imposer. On a souvent fait des résistances d'une partie des médecins d'asile à ce terme un signe de leur conservatisme, mais ces résistances tiennent en réalité plutôt à des divergences sur la mission de l'institution psychiatrique : dans un contexte très conflictuel, le terme d'hôpital psychiatrique a été accaparé par un segment de la profession, tandis que certains médecins d'asiles insistaient sur le fait que l'asile ne pouvait être tout entier considéré comme un hôpital de traitement, mais devait comprendre une section « hospice ». Comme on le verra, le terme d'hôpital psychiatrique posera encore problème aux psychiatres de l'après-guerre, qui préféreront celui de « centre de traitement et de réadaptation social », d'autres propositions rencontrant également certain succès – ainsi de « centre psychothérapique », largement utilisée dans les années 1960, par exemple pour l'hôpital Sainte Anne à Paris. De manière générale toutefois, à partir de 1945 le terme d'hôpital psychiatrique est le plus couramment employé et c'est également celui que j'utiliserai.

La dénomination des médecins de ces établissements n'a pas été moins problématique. Tout au long du XIX^e siècle et jusqu'au milieu du XX^e siècle, les médecins affectés aux établissements psychiatriques sont les aliénistes. Progressivement, à partir du troisième tiers du XIX^e siècle, les progrès de la spécialisation médicale conduisent à faire de ceux-ci un groupe au sein de l'ensemble des médecins spécialistes des maladies mentales, ensemble qui, en particulier à Paris dans la première partie du siècle, et de plus en plus dans l'ensemble de la France à partir de 1945, comprend également des praticiens libéraux exerçant en cabinet et des médecins des hôpitaux généraux n'exerçant pas dans des services d'aliénés. Jusqu'au

lendemain de la Seconde Guerre mondiale, les identifications des praticiens aux spécialités sont toutefois très labiles, de sorte que dans l'entre-deux-guerres la revendication du titre de spécialiste des maladies mentales va souvent de pair avec celle de spécialiste des maladies nerveuses, et réciproquement¹. En dehors des médecins d'asile, de l'élite hospitalo-universitaire, parfois des membres des sociétés savantes, il est difficile d'identifier précisément qui sont ces spécialistes. Les deux spécialités de médecine mentale et de neurologie correspondent à des groupes qui communiquent fortement, partageant un certain nombre d'acteurs, et qui connaissent de nombreuses transformations sur la période.

L'apparition, puis la généralisation, des termes de psychiatrie et de psychiatre à partir de la fin du XIX^e siècle a apporté un élément de complexité supplémentaire. Cette innovation est en effet allée de pair avec un certain nombre de repositionnements qui, au milieu du siècle, rendent quelque peu confuse la situation. Après la Seconde Guerre mondiale, dans le cadre des discussions sur les spécialités qui devaient être reconnues officiellement, ce furent ainsi des médecins des hôpitaux psychiatriques qui furent aussi les plus ardents défenseurs de la création d'une spécialité de psychiatrie, tandis qu'un mouvement, animé notamment par les enseignants de la faculté de Médecine de Paris, plaidait pour la fusion de la neurologie et de la psychiatrie dans une spécialité de neuropsychiatrie. C'est cette option qui fut finalement adoptée en 1949, conduisant à la constitution d'un nouveau groupe de neuropsychiatres libéraux, pour certains très attachés à leur titre, mais qui ne s'organiseront pas. Ce débat a toutefois induit les commentateurs, et les médecins des hôpitaux psychiatriques eux-mêmes en premier lieu, à identifier jusqu'à un certain point psychiatrie et exercice en hôpital psychiatrique. Une partie de cette ambiguïté a tenu au fait que l'abandon progressif du terme d'aliéniste n'avait pas conduit à l'adoption d'un terme s'y substituant exactement : à partir de 1945, les médecins des hôpitaux psychiatriques se sentent tout simplement psychiatres. Ce repositionnement a par ailleurs été soudain : lorsque, en 1927, l'Amicale des médecins des asiles décide de se doter d'un organe de diffusion, c'est « l'Aliéniste français » qui est choisi pour titre ; moins de 20 ans plus tard, lorsque, en 1945, le périodique est relancé après la coupure de la guerre, sans changer véritablement de ligne

¹ Weisz, G., "Mapping Medical Specialization in Paris in the Nineteenth and Twentieth Centuries", *Social History of Medicine*, 7, n° 2, 1994, pp. 177-211 ; Idem, *Divide and conquer. A comparative history of medical specialization*, Oxford, Oxford University Press, 2005.

éditoriale dans un premier temps, c'est sous le nom d' « Information psychiatrique » qu'il paraît. C'est toutefois un peu plus tard, en 1956, que le Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de langue française devint le congrès de psychiatrie et de neurologie, reléguant définitivement au rang des archaïsmes le terme d'aliéniste – de sorte qu'à la session de 1959, le président du Congrès pouvait revendiquer dans son discours d'ouverture le titre de « dernier des aliénistes ». Sur ce point se joue bien un élément crucial de l'histoire dont il va être question dans ce travail. Le comprendre nécessitera toutefois un long parcours, dont il faut maintenant comprendre les enjeux, en revenant sur la signification globale que je donne au problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques.

1. De la désinstitutionnalisation à la question du mandat de la psychiatrie

A considérer rapidement l'ensemble de la trajectoire du problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques, celui-ci s'est joué pour l'essentiel entre deux acteurs, le corps médical et l'Etat, étant entendu que l'un et l'autre ont recouvert sur la période une diversité d'acteurs. Cela ne signifie pas que d'autres acteurs n'ont pas joué un rôle important dans les transformations de l'hôpital psychiatrique au XX^e siècle. Nous verrons ainsi rapidement quelle place les malades, et tout particulièrement les malades chroniques ont tenu dans cette histoire. Par ailleurs, les personnels paramédicaux, infirmiers, psychologues, ergothérapeutes, psychothérapeutes, sont devenus au cours du siècle des acteurs de plus en plus importants dans la vie des établissements psychiatriques, et ils ont su se manifester pour influencer les décisions qui les concernaient. Davantage encore, les caisses de Sécurité sociale, devenues au lendemain de la guerre les principaux financeurs de la psychiatrie, ont été pendant des années des aiguillons pour les acteurs locaux de la psychiatrie, constituant souvent une représentation importante et méconnue des patients au sein des conseils de surveillance des établissements. A partir des années 1960, par ailleurs, les familles de malades ont commencé à s'organiser dans une association, l'UNAFAM, pour jouer progressivement un rôle croissant dans les orientations de la politique de santé mentale autant que dans l'administration de certaines structures sur le terrain. Localement, le développement des

institutions psychiatriques a par ailleurs reposé sur des configurations d'acteurs complexes, au sein desquelles les élus locaux et des notabilités locales, voire des acteurs économiques, ont pu jouer un rôle important.

M'attachant toutefois à comprendre la manière dont le problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques a été posé à l'échelle du pays c'est bien dans l'interaction entre les professionnels et l'Etat que s'est joué le problème des hôpitaux psychiatriques. Dans ce cadre général, je voudrais développer un point de vue sensiblement décalé par rapport à un grand nombre d'approches qui ont analysé les transformations de l'hôpital psychiatrique au cours du XX^e siècle en termes d'une transformation des modes de contrôle social. Si les thématiques de la normalisation et du contrôle social ont de toute évidence été un enjeu important de la question de la réforme des hôpitaux psychiatriques, l'hypothèse que je développe est qu'elles ont été traitées avant tout par les psychiatres dans les années d'après-guerre comme un problème moral. Le problème des hôpitaux psychiatriques a été travaillé à partir d'une conception de l'intervention psychiatrique et d'une vision de la responsabilité fondées sur l'engagement des professionnels face à leurs malades. En ce sens, les analyses que l'on peut proposer de ce mouvement s'éclairent si on les situe dans le cadre des travaux qui se sont attachés à comprendre les évolutions au cours du XX^e siècle des modes de régulation experts ou professionnalisés de certains secteurs de la vie sociale. Le problème de l'hôpital psychiatrique apparaît en effet comme un des lieux clefs où s'est affirmée au milieu du siècle la capacité des professions à assumer pleinement la responsabilité de secteurs entiers de la vie sociale. Par rapport à d'autres travaux, j'insiste toutefois ici sur la part active qu'a prise l'Etat dans ces transformations, et sur la diversité des vecteurs qui ont permis de constituer la relation des professionnels à l'Etat. En somme, si les hôpitaux psychiatriques sont des dispositifs de normalisation des populations, ils ont également posé de nombreux problèmes qui correspondaient à plusieurs ensembles de régulation, concernant des questions proprement corporatives ou d'ordre technique. C'est ce mouvement d'ensemble que je voudrais examiner maintenant. Pour cela, il me faut d'abord revenir sur ce que l'on peut entendre par le problème de la réforme de l'institution psychiatrique.

L'institution psychiatrique et le changement social

Dans l'ensemble des manières de concevoir la notion d'institution dans la tradition sociologique, j'adopte dans ce travail une vision qui insiste sur le caractère contingent des arrangements qui permettent la permanence et la continuité de l'action collective¹. Une institution correspond ainsi à une forme d'« action collective stabilisée [*established*] », pour reprendre une expression d'Everett Hughes². Les institutions constituent des éléments durables et particulièrement solides de la vie sociale, mais ne se situent pas pour autant hors de prise des acteurs. Cette manière de considérer l'institution psychiatrique tranche avec d'autres approches qui la considèrent comme une structure qui, une fois constituée, ne pourrait changer qu'au prix de crises profondes amenant en quelque sorte son basculement global dans un nouveau régime ou paradigme. Au contraire, l'institution est prise dans un environnement au sein duquel sa continuité et son existence dépendent de sa capacité toujours remise en jeu à se constituer et à conserver une clientèle. Les institutions reposent sur de multiples arrangements impliquant de nombreux acteurs, et qui doivent toujours être constitués ou reconstitués. Elles sont soumises à la concurrence d'autres institutions qui leur disputent leurs clientèles et les mettent en péril. Cette conception insiste par ailleurs sur la diversité des contextes dans lesquels s'insèrent les institutions, qui s'étagent à différents niveaux depuis celui du travail des acteurs jusqu'à celui des mondes sociaux, en passant par la mise en place de l'organisation nécessaire à l'accomplissement du travail³.

Cette vision des institutions correspond également à une conception spécifique de l'ordre social et du changement. Dans des univers marqués par la fluidité, un ordre se dégage néanmoins pour les acteurs, qui conditionne leur capacité à accomplir leur travail sans heurt. On peut considérer cet ordre en terme d'ordre négocié, en ce qu'il repose sur un ensemble d'interactions permettant à chaque moment l'établissement par les acteurs d'un ensemble d'accords structurés⁴. Dans cette perspective, c'est dans et par

¹ Hughes, E. C., "The Ecological Aspects of Institutions", *American sociological review*, 1, n° 2, 1936, pp. 180-192 ; Idem, "Les institutions américaines comme *entreprises collectives*", *Le regard sociologique*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1996 [1962]

² Hughes, "The Ecological Aspects of Institutions", *Ibid.*

³ Fujimura, J. H., "Constructing 'do-able' problems in cancer research: articulating alignment", *Social studies of science*, 17, 1987, pp. 257-293.

⁴ Strauss, A. et al., "The hospital and its negotiated order", in E. Freidson (dir.), *The hospital in modern society*, New York, The Free Press, 1963, pp. 147-168 ; Strauss, A., *Negotiations: Varieties, Processes, Contexts, and Social Order*, San Francisco, Jossey-Bass, 1978.

l'action que l'ordre social est créé, maintenu et qu'il peut toujours être changé. Il dépend également de la perspective des acteurs : bon nombre d'événements qui constituent le quotidien et l'ordre des institutions psychiatriques seraient des éléments de désordre dans tout autre endroit, ou apparaîtraient comme tels pour toute personne extérieure au service, voire même pour ses nouveaux employés. Une dimension de la formation des acteurs à leur métier est par ailleurs d'apprendre à décrypter l'ordre de l'institution. Plus spécifiquement, un aspect important de l'ordre constitué autour de l'institution psychiatrique consiste en un discours sur son sens, qui indique à ses employés autant qu'à ses publics quels sont à la fois les buts de l'institution, ses moyens d'action et le bénéfice que la société est supposée en tirer. Je reviendrai plus précisément au cours de ce travail sur ces différents aspects.

Le problème de la réforme d'une institution comme l'hôpital psychiatrique se pose lorsqu'est mis en question l'un ou l'autre aspect de l'ordre dans lequel elle s'insère. Les problèmes qui surviennent à propos d'une institution comme l'hôpital psychiatrique proviennent de la friction, du frottement ou de la confrontation entre les perspectives des différents acteurs qui sont concernés ou se sentent concernés par elle. Un débat peut être lancé quant à la direction générale que prend l'institution ou bien à propos des moyens mis en œuvre à son profit. Ils peuvent concerner un aspect seulement de l'institution ou la remettre en cause en profondeur. Si dans ce travail je limiterai en général l'analyse au niveau des mondes sociaux, on peut également considérer qu'un problème soit soulevé à différents niveaux de la vie des institutions. Certains problèmes qui se posent à un niveau ne se posent pas nécessairement au même moment à un autre niveau ; par ailleurs, les acteurs peuvent être amenés à prendre des positions différentes voire antagonistes sur un problème donné aux différents niveaux où ils interviennent : pour prendre un exemple concret, les psychiatres qui s'engageaient dans le courant des années 1960 et 1970 pour que sur le plan national l'accent soit mis sur le développement du dispositif extrahospitalier plutôt que sur la construction d'établissements psychiatriques étaient néanmoins obligés de veiller au bon fonctionnement des services hospitaliers qu'ils dirigeaient. De façon générale, on peut ainsi considérer la dynamique des problèmes soulevés autour d'une institution en termes d'arène, au sens où la sociologie a élaboré cette notion pour caractériser la manière dont

certains enjeux cristallisent entre des acteurs participant à des mondes sociaux variés¹. Cette approche conduit à analyser le travail des acteurs engagés pour constituer et porter un problème, créer autour de ce problème des organisations, intéresser d'autres acteurs à leur problème. Elle permet de comprendre ce qui peut jouer sur sa formulation et sa reformulation au fil du temps. Il s'agit de reconstituer les processus par lesquels ces problèmes sont constitués en enjeu concentrant à un moment donné l'attention d'un vaste ensemble d'acteurs. La question clef qui se pose est de savoir qui un problème donné intéresse et en quoi il les intéresse.

Cette manière de considérer les problèmes sociaux tranche en particulier avec une approche de la problématisation développée dans la suite du projet d' « histoire du présent » développé par Michel Foucault à partir du milieu des années 1970², et reprise par la suite par un certain nombre d'auteurs comme Robert Castel dans le cadre de son étude du salariat³ ou Paul Rabinow à propos des modernisateurs sociaux⁴. L'enjeu de cette approche est de saisir des moments où des objets de pensée sont constitués dans des ensembles discursifs. Dans ce cadre, il s'agit pour l'historien, le sociologue ou le philosophe, à partir d'un problème se posant à l'heure où il écrit, de remonter l'histoire dans une démarche généalogique pour cerner les antécédents de ce problème, le moment où il s'est posé pour la première fois et les métamorphoses qu'il peut avoir subies. La problématisation concerne en ce sens la manière dont dans l'histoire des problèmes participent au façonnement du présent. Appliquée à la psychiatrie, cette démarche a contribué à un ensemble de travaux identifiant l'hôpital psychiatrique à un dispositif d'enfermement marqué par une transformation globale au milieu du XX^e siècle – je vais y revenir.

Une approche en termes d'arène permet toutefois, me semble-t-il, de développer davantage l'analyse des interactions, des conflits et des négociations, voire des rapports de pouvoir participant de la constitution des problèmes sociaux. Comme le souligne le modèle de la traduction de Michel Callon et Bruno Latour, en posant un problème les

¹ Clarke, A., "Social worlds/Arenas theory as organizational theory", in D. Maines (dir.), *Social Organization and social process. Essays in honor of Anselm Strauss*, New York, Aldine de Gruyter, 1991 ; Strauss, A., "Interorganizational negotiation", *Urban Life*, 11, n° 3, 1982, pp. 350-367.

² Castel, R., "Problematization: a way of reading history", in J. Goldstein (dir.), *Foucault and the writing of history*, Oxford, UK; Cambridge, Mass., USA, Blackwell, 1994.

³ Castel, R., *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard, 1995.

⁴ Rabinow, P., *Une France si moderne: naissance du social, 1800-1950*, Paris, Buchet Chastel, 2006 [1989]

acteurs s'engagent également dans un rapport de force¹. Ils s'efforcent de montrer qu'ils sont indispensables dans une situation donnée, tout en assignant aux autres une position. La problématisation est ainsi un acte politique ; avoir la mainmise sur un problème social peut constituer un enjeu clef pour certains entrepreneurs. Une dimension importante de la notion d'arène tient ainsi à ce que la manière dont les acteurs s'identifient ou non à un problème peut en retour avoir des conséquences importantes pour eux. On le verra, la profession psychiatrique a en particulier été considérablement transformée par la manière dont elle s'est saisie de l'hôpital psychiatrique pour en faire son problème. L'une des hypothèses que je soulèverai dans cette recherche est en effet que la manière dont certains psychiatres ont posé le problème de l'hôpital psychiatrique au lendemain de la guerre a été déterminante en retour pour le devenir de leur discipline. C'est parce qu'ils ont émergé en jouant un rôle central à un moment donné dans le travail sur les hôpitaux psychiatriques qu'un certain nombre d'acteurs de la psychiatrie ont été ensuite en mesure de dire ce qu'était la psychiatrie dans son ensemble comme spécialité médicale. De façon plus générale, faire d'un problème son problème correspond à une forme d'engagement spécifique qui a des conséquences importantes à la fois pour la manière dont ce problème sera traité et pour les identités personnelles et collectives. Je reviendrai sur l'ensemble de ces questions dans la dernière partie de cette introduction.

D'un autre côté, en insistant sur la dynamique de constitution des problèmes sociaux, il s'agit de souligner le fait que les problèmes émergent rarement seuls. La réforme des hôpitaux psychiatriques ne se ramène ainsi pas à un seul problème qui traverserait l'ensemble de la période, mais il est composé de différents problèmes qui se posent et donnent lieu à la constitution de plusieurs arènes à des moments différents de l'histoire. Plus spécifiquement, et de manière schématique, je l'ai évoqué plus haut, il me paraît possible d'identifier trois grands ensembles de questions dans la manière dont a été posé sur la période qui m'intéresse le problème des hôpitaux psychiatriques. Un premier ensemble concerne les transformations de la place qu'occupe l'institution psychiatrique dans les dispositifs de contrôle social. Un deuxième ensemble de questions concerne plus directement la qualification des clientèles de l'institution

¹ Callon, M., "Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint Brieuc", *Année sociologique*, n° 36, 1986, pp. 169-208 Latour, B., *La science en action*, Paris, Gallimard, 1995 [1989].

psychiatrique, et singulièrement d'une partie de ces clientèles, les malades chroniques. Le dernier ensemble enfin concerne le sens de l'engagement des professionnels dans l'institution psychiatrique, et la relation qu'ils nouent à l'Etat dans le contexte des transformations de l'Etat au milieu du XX^e siècle. Relier ces différentes questions n'est pas artificiel, mais est nécessaire pour restituer la dynamique de constitution du problème des hôpitaux psychiatriques dans le courant du XX^e siècle et expliquer l'évolution de son traitement par les acteurs dans des arènes données. Je veux revenir maintenant sur ces différents aspects du problème.

Quelle désinstitutionnalisation ?

Cette manière d'envisager le problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques me situe en effet en porte-à-faux par rapport à un ensemble de travaux développés surtout dans les pays anglo-saxons, qui ont cherché à caractériser les transformations de l'hôpital psychiatrique au cours de la seconde moitié du XX^e siècle dans le cadre d'un processus de « désinstitutionnalisation ». De façon générale, la problématique de la désinstitutionnalisation a été appliquée à l'ensemble du champ du handicap¹, ainsi qu'aux hôpitaux généraux², voire à la justice pénale³ mais elle a surtout trouvé un terrain d'élection à propos de la psychiatrie, où elle a suscité à partir des années 1970 une littérature abondante⁴. Due à des auteurs, historiens, sociologues, psychologues, psychiatres, souvent eux-mêmes fortement engagés dans le débat sur les hôpitaux psychiatriques, elle constitue un schéma global d'analyse des transformations des institutions sanitaires et sociales dans le courant du XX^e siècle qui repose sur une hypothèse de recomposition du contrôle social de la déviance autour de dispositifs non ségrégatifs et ouverts, rendant possible une surveillance plus fine des déviants. Les phénomènes auxquels renvoie la problématique de la désinstitutionnalisation sont

¹ Braddock, D. L. et S. Parish, "An Institutional History of Disability", in G.L. Albrecht et al. (dir.), *Handbook of Disability Studies*, Thousand Oaks, Sage Publication, 2001. Voir aussi : Ravaut, J.-F. et H.-J. Stiker, "Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap", *Handicap*, n° 86, pp. 1-18, et n° 87, pp. 1-17, 2000.

² Armstrong, D., "Decline of the hospital: reconstructing institutional dangers", *Sociology of Health and Illness*, 20, n° 4, 1998, p. 445.

³ Scull, A., *Decarceration: Community Treatment and the Deviant - A Radical View*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1977.

⁴ La bibliographie sur la désinstitutionnalisation est sans fin. Outre les références citées plus loin, voir : Bachrach, L. L., *Deinstitutionalization: An analytical review and sociological perspective*, Rockville, Maryland, National Institute of Mental Health, 1976 Barham, P., *Closing the asylum: the mental patient in modern society*, Harmondsworth, Penguin, 1992.

indéniables. Ils constituent probablement l'un des traits les plus marquants des transformations du paysage sanitaire et social des pays occidentaux au cours de la seconde moitié du XX^e siècle. Il n'est donc pas question pour moi de les contester sur le fond mais plutôt d'interroger ces analyses sur leur capacité à rendre compte de l'histoire qui m'intéresse, celle du problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques.

En psychiatrie, la désinstitutionnalisation correspond à un schéma d'analyse en deux temps. Le premier est la création du dispositif psychiatrique au début du XIX^e siècle. En France, la loi du 30 juin 1838 crée le système des asiles départementaux et en fait un dispositif d'assistance en rendant obligatoire la création d'établissement dans chaque département français et le remboursement des dépenses engagées au profit des aliénés indigents. Dans le même temps, elle crée un dispositif d'internement qui légalise les pratiques d'enfermement des malades mentaux : l'internement est un régime d'enfermement à l'initiative des médecins, mais sous la protection de l'autorité publique. Si le dispositif psychiatrique pérennise ainsi un rapport ancien à la maladie mentale fait d'exclusion et de rejet, il traduit néanmoins un tournant dans les modes de gouvernement de la société, en ce que la médecine est constituée en instance de contrôle social, jouant un rôle clef dans le dispositif en garantissant le bien fondé de l'hospitalisation. L'institution psychiatrique a ainsi été constituée au lendemain de la Révolution Française, elle a régné sur la psychiatrie durant plus d'un siècle. En France, spécifiquement, la construction des établissements psychiatriques a surtout été le fait du Second Empire, et plus encore des premières années de la Troisième République, jusqu'au déclenchement de la Première Guerre mondiale. En 1939, le pays compte ainsi près d'une centaine d'établissements, hospitalisant 110 000 malades internés. Dans un grand nombre de cas, les asiles ont été créés au sein d'institutions existantes, ce qui explique que certains d'entre eux soient aujourd'hui encore installés dans d'anciens châteaux forts ou d'anciens monastères. Bon nombre d'établissements ont aussi été créés par des congrégations religieuses, voire par des entrepreneurs privés. Malgré ces disparités, le dispositif des hôpitaux psychiatriques présente une forte homogénéité à l'échelle du territoire. Etablissements départementaux, ce sont des constructions importantes, situées le plus souvent à l'extérieur des centres urbains, dans les périphéries des capitales régionales, ou même parfois en pleine campagne. Financés sur les budgets des départements, ils sont dirigés par des médecins fonctionnaires nommés

par le pouvoir central. Si tout au long de la période ce dispositif suscite un certain nombre de critiques, issues de la profession, de leurs concurrences, des milieux politiques, ou encore de certains milieux artistiques, sa permanence et l'absence de réforme du dispositif législatif qui le fonde donnent toutefois une impression d'immuabilité.

Celle-ci prend fin au milieu du XX^e siècle. S'engagent alors les évolutions sur lesquelles repose le second temps de l'analyse. En quelques années les établissements psychiatriques ont été remis en cause dans l'ensemble des pays occidentaux. Le nombre de leurs pensionnaires chute, les durées d'hospitalisation de ceux qui restent sont drastiquement réduites, un grand nombre d'établissements sont fermés. En France, le nombre de lits psychiatriques est passé de près de 120 000 dans les années 1960 à 40 000 dans le courant des années 1980. Dans le même temps sont créés des dispositifs de prise en charge directement implantés dans les communautés : unités dans des hôpitaux généraux, hôpitaux de jours, centres d'accueil démedicalisés. Le malade mental fait ainsi son retour dans la communauté. Dans le même temps, toutefois, les travaux ont souligné l'émergence de dispositifs déployant de nouvelles formes de contrôle social. Les pratiques de psychiatrie communautaire constituent une manière de prolonger le contrôle social dans l'ensemble de la vie des patients. En France Robert Castel a par ailleurs analysé dans le courant des années 1970 l'apparition de techniques de surveillance reposant sur la constitution et la gestion informatisée de fichiers de population à risque¹. En Grande Bretagne, Nikolas Rose a analysé de façon plus générale l'ensemble des pratiques de « gouvernement psy » qui se sont épanouies dans la seconde moitié du XX^e siècle².

Une dimension clef de la problématique de la désinstitutionnalisation concerne l'explication des causes de ce phénomène spectaculaire. Les auteurs ont ainsi souligné la prise de conscience du caractère antithérapeutique du séjour prolongé des malades à l'hôpital psychiatrique. Si la désinstitutionnalisation a été l'aboutissement d'un siècle de mise en cause et de critiques du dispositif asilaire³, l'efficacité de ces critiques, au milieu du XX^e siècle, a toutefois reposé sur une série d'innovations médicamenteuses.

¹ Castel, *La gestion des risques*, op. cit.

² Rose, N. S., *Governing the soul: the shaping of the private self*, London; New York, Free Association Books, 1999.

³ Cook, J. V., "Goffman's Legacy: The Elimination of the chronic mental patient's community. A review of selected literature", *Research in the Sociology of Health Care*, JAI Press, 1988.

La découverte des neuroleptiques, premiers médicaments spécifiques des délires en 1952, puis celle des antidépresseurs et des tranquillisants majeurs dans le courant des années 1960 ont permis, sinon de traiter, du moins d'améliorer les malades mentaux et finalement de les faire sortir des hôpitaux psychiatriques pour les traiter en ambulatoire. D'autres analyses ont souligné le rôle des transformations de l'Etat. L'une des plus pénétrantes, due au sociologue américain Andrew Scull, souligne ainsi les transformations induites par l'avènement de l'Etat providence¹. Celui-ci aurait en effet rendu les dispositifs de contrôle social ségrégatifs plus coûteux et plus difficiles à justifier. Croissant plus vite que l'inflation – en raison notamment du fait que la productivité croît moins dans les secteurs contrôlés par l'État que dans ceux contrôlés par le privé –, le coût des services de l'État aurait conduit les établissements psychiatriques à des contractions budgétaires. L'un des éléments clefs du processus aurait été par ailleurs l'essor de la planification sociale, en conduisant à la prise de conscience de l'ampleur des dépenses engagées dans les établissements sanitaires. La désinstitutionnalisation aurait ainsi répondu à une logique de rationnement. En fin de compte, la critique progressiste de l'hôpital psychiatrique aurait constitué progressivement une justification et un alibi à des politiques libérales de réduction des dépenses sociales².

De façon plus générale, la désinstitutionnalisation constitue un cadre général d'analyse et d'interprétation de l'histoire et de la sociologie de la psychiatrie. Sur un plan historique, elle correspond à une historiographie qui considère l'hôpital psychiatrique comme un univers clos développant sa propre culture³. Elle a en particulier donné lieu à une abondante littérature s'intéressant à la manière dont les patients vivaient dans l'institution psychiatrique⁴, donnant lieu à la publication de

¹ Scull, *Decarceration*, *op.cit.*

² Sedgwick, P., *Psycho Politics. Laing, Foucault, Goffman, Szasz and the future of mass psychiatry*, Cambridge, Harper and Row, 1982.

³ Dans la suite notamment des études paradigmatiques de Foucault et Goffman : Foucault, *Folie et déraison*, *op. cit.* ; Goffman, *Asiles*, *op. cit.* Plus récemment, voir Porter, R. et D. Wright, *The confinement of the insane: international perspectives, 1800-1965*, Cambridge, UK; New York, Cambridge University Press, 2003. Scull, A., *Museums of madness*, Harmondsworth, Penguin, 1979. Pour la France c'est également le point de vue de : von Bueltzingsloewen, *L'hécatombe des fous*, *op. cit.*

⁴ Fauvel, A., *Témoins aliénés et "nouvelles Bastille". Une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800-1914)*, Thèse d'histoire, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2005 ; Porter, R., *A social history of madness: stories of the insane*, London, Weidenfeld and Nicolson, 1987. Pour un point de vue décalé analysant le regard des médecins sur l'écriture des malades, voir aussi : Artières, P., *Clinique de l'écriture: une histoire du regard médical sur l'écriture*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1998.

documents particulièrement riches¹, rejoignant parfois les approches en termes d'expérience de la maladie². Sur un plan sociologique, un certain nombre de travaux ont documenté les nouvelles carrières des malades hors de l'hôpital psychiatrique, dans des réseaux d'acteurs comprenant des ensembles diversifiés. Ils ont décrit les conditions de vie des malades dans les nouveaux dispositifs désinstitutionnalisés³, les contraintes pesant sur les professionnels devant travailler avec des moyens d'hébergement réduits pour leurs patients⁴ et ont pointé l'émergence de nouvelles formes de pathologies sociales en marge du dispositif psychiatrique, en particulier parmi les sans domicile fixe⁵. Enfin, la désinstitutionnalisation a bien entendu constitué un cadre d'analyse des politiques de santé mentale⁶, suscitant en particulier une abondante production critique pointant ses limites⁷.

Je l'ai souligné, ces analyses puissantes organisent d'une manière ou d'une autre une bonne part de notre compréhension de l'histoire et des problèmes des institutions psychiatriques et il n'est pas question pour moi de les remettre en question. Il me paraît toutefois important de revenir sur cette interprétation pour comprendre la place à lui donner dans le cadre d'un modèle de changement. Et dans cette perspective, la désinstitutionnalisation appelle plusieurs commentaires.

¹ Perceval, J. T., *Perceval le fou. Autobiographie d'un schizophrène, 1830-1832*, Paris, Payot, 1975 [1961]. Voir aussi les cas exhumés par Michel Foucault, même s'ils ne concernent pas directement des patients internés : Foucault, M. (dir.), *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma soeur, mon frère: un cas de parricide au XIXe siècle*, Paris, Gallimard, 1973 ; Idem (dir.), *Herculine Barbin, dite Alexina B.*, Paris, Gallimard, 1978.

² Davies, K., "'Silent and Censored Travellers?' Patients' Narratives an Patients' Voices: Perspectives on the History of Mental Illness since 1948." *Social History of Medicine*, 14, n° 2, 2001, pp. 267-292.

³ Estroff, S., *Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, Le Plessis-Robinson, Institut synthélabo, 1998 [1981] ; Velpry, L., *L'expérience sociale de la maladie mentale. Etre un patient à long terme en psychiatrie publique*, Thèse pour le doctorat en sociologie, Paris, Université Paris V, 2006.

⁴ Rhodes, L. A., *Emptying beds: the work of an emergency psychiatric unit*, Berkeley, University of California Press, 1991.

⁵ Dear, M. J. et J. R. Wolch, *Landscapes of despair: from deinstitutionalization to homelessness*, Princeton, N.J., Princeton University Press, 1987 ; Lovell, A. M., "Recherches sur les sans domiciles fixes et la maladie mentale au Etats-Unis", in I. Joseph (dir.), *Les urgences et l'espace public*, Paris, Le Plan Urbain/RATP, 1992 ; Idem, "Mobilité des cadres et psychiatrie hors les murs", *Raisons pratiques*, n° 7, 1996, p. 1996.

⁶ Carpenter, M., "'It's a small world': mental health policy under welfare capitalism since 1945", *Sociology of Health and Illness*, 22, n° 5, 2000, pp. 602-620 ; Goodwin, S., *Community care and the future of mental health service provision*, Aldershot, Hants, England; Brookfield, Vt., USA, Avebury; Gower Pub. Co., 1990 ; Lerman, P., *Deinstitutionalization and the Welfare State*, New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 1982.

⁷ Cook, "Goffman's Legacy" ; Scull, A., "Deinstitutionalization and public policy", *Social Science & Medicine*, 20, n° 5, 1985, p. 545

Le premier concerne la chronologie. La désinstitutionnalisation repose sur l'hypothèse d'une rupture dans la gestion du problème des maladies mentales au milieu du XX^e siècle. Aux Etats-Unis, les commentateurs ont de fait pu repérer un tournant à la fin des années 1950. Il se traduit, sur le terrain, par le début de la diminution de la population des hôpitaux psychiatriques d'Etat et, sur le plan politique, par la promulgation par l'Etat fédéral du *Community Mental Health Act*, qui lance une première politique d'alternatives à l'hôpital psychiatrique¹. En France, l'émergence en 1960 du secteur ne correspond toutefois pas à une rupture du même ordre. Peu de choses à la fin des années 1950 laissaient prévoir que la population des établissements allait chuter, même si les premières études commençaient à signaler l'importance croissante que prenaient dans la population hospitalisée les réhospitalisations. La population hospitalisée est restée à des niveaux élevés et a même continué de croître jusqu'à la fin des années 1960, marquant un pic en 1969, avec 120 000 malades hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques au 31 décembre de cette année-là. La mise en place du secteur à partir de 1960 est ainsi allée de pair avec la poursuite de la planification et de la construction d'établissements pour endiguer cet afflux de malades. Ces lits correspondaient à des établissements pavillonnaires, nécessairement en périphérie des centres urbains, à distance des communautés, dans la continuité des conceptions architecturales portées par les psychiatres depuis la fin du XIX^e siècle. C'est seulement dans le courant des années 1970 que ce parti architectural sera abandonné. A contrario, l'analyse tend à négliger les transformations qu'ont connues les établissements psychiatriques entre la fin du XIX^e siècle et le milieu du XX^e siècle. Loin d'avoir été des institutions statiques, les asiles ont en effet été soumis à de profondes remises à jour sur la période pour les adapter à l'évolution des techniques médicales autant qu'aux sensibilités culturelles. Pour ne considérer que l'architecture, les établissements construits dans l'entre-deux-guerres, dont les pavillons étaient dispersés sur le terrain d'assiette, différaient profondément de ceux construits au moment du Second Empire, qui répondaient à une organisation en « caserne », les pavillons étant rassemblés autour d'un axe central. Le statut des personnels, et en particulier celui de son personnel médical, a également profondément évolué sur la période, comme on le verra. Le phénomène de désinstitutionnalisation ne correspond

¹ Grob, G. N., *From Asylum to Community. Mental Health Policy in Modern America.*, Princeton, Princeton University Press, 1991.

donc pas à un tournant simple dans l'histoire des dispositifs psychiatriques, mais plutôt à une série d'évolutions partielles s'inscrivant dans la durée.

Dans cette perspective, un second élément concerne la nature même du phénomène. Les analyses de la désinstitutionnalisation ont souvent fait comme si l'on avait simplement sorti les malades des hôpitaux pour les remettre à l'extérieur. On se serait rendu compte subitement que ces patients pouvaient être maintenus sans difficulté hors des murs des hôpitaux psychiatriques, qu'ils pouvaient mener une vie relativement autonome pourvu qu'on leur fournisse un certain nombre de services rudimentaires – une pension d'invalidité, un soutien sous la forme d'institutions de jour ou d'infirmières à domicile. La désinstitutionnalisation correspondrait ainsi à un processus d'externement ou en tous les cas de déplacement des malades, ou encore à un « transfert des prises en charge » vers de nouvelles structures non hospitalières¹. Cela a pu être parfois le cas aux Etats-Unis. Dans le courant des années 1970, la désinstitutionnalisation a ainsi été un mode d'action pour des professionnels et des activistes sociaux – avocats militants, travailleurs sociaux – qui ont cherché à obtenir par des moyens juridiques la fermeture d'institutions particulièrement vétustes, selon des logiques empruntées aux luttes pour les droits civiques².

Ces processus de transferts de populations entières de patients institutionnalisés rendent peut-être compte d'une partie de ce qui a été en jeu dans les fermetures de lits d'hôpitaux psychiatriques, mais certainement pas de l'ensemble. En France, comme on le verra, deux populations ont réellement posé problème dans les hôpitaux psychiatriques des années 1950 aux années 1970 : les « déficients », les patients souffrant d'un handicap mental lourd, idiotie ou autre, et les personnes âgées. Et encore de manière ambiguë. En 1963, après une décennie d'hésitations, une circulaire ministérielle demandait ainsi que les déficients soient pris en charge dans des structures qui leur seraient spécialement dédiées, mais à l'intérieur des hôpitaux psychiatriques. Pour le reste, l'extrahospitalier n'a guère été pensé comme une alternative à l'hôpital psychiatrique, si ce n'est en terme de prévention ou de convalescence. Plus

¹ Brown, P., *The transfer of care: Psychiatric Deinstitutionalization and its Aftermath*, London, Boston, Routledge and Kegan Paul, 1985.

² Voir en particulier le cas étudié par David et Sheila Rothman à la fin des années 1970 de la fermeture d'une institution pour retardés mentaux au prix d'une longue procédure judiciaire : Rothman, D. J. et S. M. Rothman, *The Willowbrook wars: bringing the mentally disabled into the community*, New Brunswick, NJ, Aldine Transaction, 2005 [1984].

profondément, les pratiques de prise en charge extrahospitalière ont en fait concerné des malades *différents* des populations traditionnelles de l'hôpital psychiatrique. Elles ont traduit une construction nouvelle des malades par les professionnels. Elles se sont adressées à des malades passés par des épreuves différentes, engagés dans des carrières différentes de celles des malades des hôpitaux psychiatriques. Dans le courant des années 1960, l'ensemble des professionnels soulignaient que les malades qu'ils devaient désormais prendre en charge n'étaient pas les mêmes que ceux qu'ils avaient eu l'habitude de soigner. En ce sens la comparaison entre un avant et un après la désinstitutionnalisation n'a pas énormément de sens au niveau des populations prises en charge.

Plus généralement, on a souvent tendu à supposer que la désinstitutionnalisation reposait sur une intention unique, au principe de l'ensemble des transformations des hôpitaux psychiatriques au milieu du XX^e siècle. Explicitement ou implicitement, le modèle sous-tendant un grand nombre d'études a été celui d'une politique élaborée au centre et appliquée en périphérie, ou encore celui d'un changement de mentalité affectant d'un coup les acteurs. A la limite, cela a conduit à hypostasier le phénomène sous la forme d'un concept massif et irréductible. Mais, précisément, je l'ai évoqué, cette volonté du centre a été des plus ambiguë. Elle n'explique guère ce qui a pu se passer sur le terrain. Les processus qui ont pu conduire à fermer des services d'hôpitaux psychiatriques doivent en effet d'abord être analysés dans le cadre des systèmes locaux, en tenant compte des régulations du centre, mais en restituant la complexité de leur aménagement local. Le problème même de la sortie des malades doit être considéré de manière pragmatique. Quitte à enfoncer une porte ouverte, les médecins des asiles ont toujours cherché à faire sortir leurs patients. L'idée que les aliénistes ont fondé leur pratique sur le maintien à demeure de leurs malades à l'asile n'a pas beaucoup de sens, surtout dans le contexte d'encombrement qui marque chroniquement les établissements français dès la fin du XIX^e siècle. Le fait que les malades ont souvent passé des vies entières à l'asile ne signifie pas que les médecins l'aient voulu. Il faut ainsi analyser les décisions qui ont pu conduire à réduire les durées d'hospitalisation ou à vider des unités de soin en les resituant dans l'ensemble des contraintes qui pèsent sur les médecins à un moment donné. Davantage qu'une vision des malades mentaux ou d'une politique de santé mentale, c'est le contexte de ces décisions qui a évolué au cours du temps. On

peut ainsi imaginer de nombreux processus qui ont participé au phénomène global de la désinstitutionnalisation : la décision en amont de ne pas ouvrir des unités, d'y affecter plus ou moins de personnels, la décision prise à propos d'un malade de ne pas l'hospitaliser, de l'autoriser à sortir à tel ou tel moment. En d'autres termes, la désinstitutionnalisation n'est pas un phénomène unique et générique, mais correspond à *des* phénomènes multiples et hétérogènes.

L'asile lui-même a recouvert des dispositifs variés. Pour prendre un exemple simple, certains hôpitaux étaient effectivement très reculés et correspondaient à l'image que l'on peut se faire d'une forteresse psychiatrique – et certains d'entre eux, créés dans les locaux dont disposaient les conseils généraux, étaient vraiment des forteresses, comme celui de Saint Alban en Lozère. Mais d'autres – ceux de Niort, de Quimper, à Paris l'asile Sainte Anne, par exemple – étaient situés en centre ville et ont pu développer dans certains cas des pratiques ouvertes tout au long de leur histoire : les médecins de l'asile Sainte Anne ont proposé des suivis de post-cure bien avant la Seconde Guerre mondiale. L'enfermement des malades a ainsi recouvert des pratiques variées – de même que l'ouverture des établissements. En insistant sur la fluidité des modèles, il ne s'agit pas seulement de signaler les écarts possibles entre une problématique théorique et la réalité ; il s'agit plutôt de souligner, dans une perspective pragmatique, le fait que les dispositifs présentent de multiples prises aux acteurs. A réduire l'hôpital psychiatrique à un lieu de réclusion, on s'empêche de comprendre ce qui a pu donner lieu à la reconsidération de son rôle, à sa ressaisie par certains acteurs. En objectivant sa dimension carcérale, on s'empêche de voir que la conception de l'hôpital psychiatrique en termes de dispositif de contrôle est également un construit discursif¹. On s'interdit enfin de penser les multiples manières d'ouvrir l'hôpital psychiatrique et la diversité des pratiques qui ont pu conduire dans la seconde moitié du XX^e siècle à sa transformation. Ces auteurs ne tentent de revenir sur les formes qu'a prises la remise en cause de l'institution psychiatrique à partir de la fin du XIX^e siècle et tout au long du XX^e siècle. Si l'on parcourt rapidement la période, il n'est pas difficile en effet d'identifier plusieurs courants de critiques de l'asile puis de l'hôpital psychiatrique, qui ont posé de manière différente le problème de son ouverture voire de sa suppression. Un

¹ Pour un argument allant dans ce sens, bien que pas toujours convaincant, voir : Prior, L., "Community versus hospital care: the crisis in psychiatric provision", *Social Science and Medicine*, n° 32, 1991, pp. 483-9 ; Idem, *The social organization of mental illness*, London, Sage, 1993.

certain nombre d'entre elles ont été portées dans la première partie du XIX^e siècle par des personnalités, religieux ou entrepreneurs, cherchant à concurrencer les aliénistes et à imposer des modes de traitement non médicaux de la folie. D'autres critiques ont pris pour cibles les conditions de vie des malades mentaux dans les établissements, pointant parfois bien avant les années 1960 les effets délétères de l'environnement asilaire sur les patients. A partir des années 1860, ce type de critiques prend notamment la forme de campagnes de presses, à l'occasion d'affaires de mauvais traitement de malades internés. Un autre type d'affaires dont se nourrit la presse sur cette période concerne par ailleurs des cas d'internements arbitraires, qui amènent à interroger les garanties sur lesquelles reposent les libertés individuelles. Dans ces différents cas, ces critiques ont effectivement pu conduire à mettre en question le rôle de l'institution psychiatrique dans la gestion du problème de la folie, et on peut de fait les saisir dans une logique de désinstitutionnalisation, telle que je l'ai décrite jusqu'ici.

A partir de la fin du XIX^e siècle, le problème de la légalité de la procédure de l'internement a cependant également été articulé à un questionnement d'un autre ordre, concernant l'efficacité médicale de la procédure. Jusqu'à quel point la procédure lourde de l'internement ne gêne-t-elle pas le travail médical ? C'est en fait l'interaction entre ces questions, on le verra, qui structurera le débat sur le problème des hôpitaux psychiatriques tout au long de la Troisième République. Ce qui est en jeu, profondément, dans cette mise en question de l'asile, c'est le rapport qui doit exister entre l'autorité médicale et l'autorité publique dans l'attribution du statut d'aliéné, interné sous la protection de l'autorité publique. En ce sens, un certain nombre de dispositifs visant à « ouvrir » l'asile traduisent moins la volonté de desserrer l'étau d'un contrôle sur les malades qu'ils ne visent pour les médecins à constituer des espaces transitoires, intermédiaires entre l'espace extérieur à l'asile et l'espace de l'asile soumis à la loi de 1838, espaces travaillés par la médecine et où pourra être suspendue l'intervention de l'autorité publique. Ce débat est rendu possible, on le verra, par l'émergence d'une nouvelle conception de l'Etat et celle de nouvelles conceptions de la maladie mentale portées par les aliénistes. Il aboutit au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, avec l'émergence des « jeunes psychiatres », à la revendication forte de déterminer le mode de fonctionnement de l'ensemble du dispositif psychiatrique, qui parachève ainsi une évolution de près de soixante-dix ans.

On peut alors penser à un certain nombre de travaux qui ont cherché à analyser l'évolution sur la longue durée des modèles médicaux. Dans un article s'inspirant des travaux de Michel Foucault, Arney et Bergen ont ainsi cherché à caractériser au milieu du XX^e siècle une nouvelle étape du développement de la médecine en termes d'une transformation de son rapport à ce qu'ils appellent le « discours compassionnel », soit l'ensemble des pratiques discursives d'ordre social ou moral permettant d'inscrire un individu infirme dans l'ordre social¹. En amont, les pratiques du XIX^e siècle en direction des « anomalies » reposent ainsi sur une complémentarité entre deux discours, qui sont disjoints mais nécessaires l'un à l'autre pour leur efficacité respective : le discours médical évalue la part du corps dans l'infirmité, tandis qu'une pratique de compassion parallèle, mais séparée, apporte une réponse aux personnes dans l'infortune ; la compassion redouble ainsi l'intervention médicale sans se confondre avec elle, même si elle peut être également le fait du médecin. Arney et Bergen citent en exemple le cas, exhumé par Foucault, de l'hermaphrodite Herculine Barbin², dont le statut social ne put être véritablement élucidé que par l'intervention conjointe de l'évêque de La Rochelle et de son médecin. C'est cet arrangement qui est réévalué au milieu du XX^e siècle, avec l'émergence des figures du malade chronique et du handicapé. L'une et l'autre traduisent en effet une prétention nouvelle de la médecine à prendre en charge l'ensemble de l'existence de ses malades. Arney et Bergen analysent ainsi ce tournant comme une fusion dans la médecine de deux définitions normatives de la vie, médicale et morale.

Si l'on peut être réservé sur leur interprétation de l'émergence des maladies chroniques, et j'y reviendrai dans la prochaine section³, ces analyses aident néanmoins à saisir une dimension clef du problème des asiles tel qu'il est posé à partir du début de la Troisième République. Au cœur du débat sur l'internement, c'est bien un rapport entre intervention médicale et intervention sociale qui est en jeu. Il faut toutefois revenir sur deux aspects importants de l'argument. D'une part, davantage qu'en termes d'un tournant ou d'un changement de régime, il convient d'appréhender les évolutions de ce

¹ Arney, W. R. et B. J. Bergen, "The anomaly, the chronic patient and the play of medical power", *Sociology of Health and Illness*, 5, n° 1, 1983, pp. 1-24.

² Foucault (dir.), *Herculine Barbin, dite Alexina B*, op. cit.

³ Elles s'inscrivent du reste dans le cadre plus général d'un ensemble de travaux pointant l'émergence au milieu du vingtième siècle d'une médecine de la personne : Armstrong, D., "The patient's view", *Social sciences and Medicine*, 18, n° 9, 1984, pp. 737-744 ; Arney, W. R. et B. J. Bergen, *Medicine and the management of living. Taming the last great beast*, Chicago, The University of Chicago Press, 1984.

rapport selon un mouvement continu, comme le déplacement d'une ligne de front pour épouser en permanence l'état d'un rapport de force, de nombreuses saillies brisant la courbe uniforme de son dessin. C'est en termes d'une série de déplacements progressifs sur les différents constituants du problème qu'il faut analyser les progrès du problème de la réforme des asiles tout au long de la Troisième République, plutôt qu'à travers l'image d'un basculement univoque à un moment donné de l'histoire¹. D'autre part, je serai également amené à revenir sur l'interprétation qu'Arney et Bergen donnent des mécanismes des changements qu'ils décrivent en termes d'une transformation des régimes de savoir. Plus précisément, on le verra, autant que sur le plan des savoirs, c'est au niveau éthique des conditions de l'engagement dans le travail psychiatrique que se situe la problématisation que développent les jeunes psychiatres au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. Au fondement de leur projet se situe une conception de la normalisation, posant que la norme émerge dans l'accomplissement du travail médical de la relation nouée par le psychiatre avec son patient, et qu'elle ne saurait être édictée par une autorité lointaine. Découlant spécifiquement de deux débats sur la nature des savoirs psychiatriques et sur les limites à donner à l'intervention psychiatrique, ce travail sur le sens de l'action psychiatrique s'inscrit ainsi plus profondément dans le cadre d'une philosophie insistant sur la normativité propre à la vie sociale, qui touche au lendemain de la guerre la sociologie, la psychanalyse ou encore la philosophie.

Ces analyses permettent de redonner un sens à la notion de désinstitutionnalisation, mais différent de celui que l'on a généralement en vue. Si le projet des jeunes psychiatres au lendemain de la Seconde Guerre mondiale apparaît anti-institutionnel, c'est au sens où ils remettent en cause le fondement de leur action dans une norme ou des valeurs extérieures à l'action. On retrouve ainsi une analyse développée dans un ouvrage récent par François Dubet à propos des transformations récentes des métiers du social². Prolongeant et développant un certain nombre d'analyses soulignant le déclin des valeurs dans les sociétés contemporaines, Dubet caractérise en termes de l'épuisement de ce qu'il appelle un « programme institutionnel » une certaine forme de démoralisation de ces professionnels survenue depuis une trentaine d'années, renvoyant à une interrogation plus générale sur leur place

¹ Sur ce point, voir aussi la critique d'Isabelle Baszanger : Baszanger, I., *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Le Seuil, 1995, pp. 23-25.

² Dubet, F., *Le déclin de l'institution*, Paris, Le Seuil, 2002.

dans l'ordre social. Alors que le programme institutionnel constituait les métiers du « travail sur autrui » comme une médiation entre des valeurs universelles et les individus, ne pouvant s'effectuer que dans le cadre d'une vocation, développant une vision de la socialisation fondée sur l'intériorisation de la norme, ceux-ci n'apparaissent plus désormais que comme le support d'une « expérience composite », renvoyant « à l'expérience, elle aussi composite, des « objets » du travail »¹. Davantage toutefois qu'en termes d'une perte de sens, l'histoire de la psychiatrie montre que l'évolution de ces modèles professionnels correspond bien à une conception de l'action construite par les professionnels eux-mêmes. Elle a été un modèle réfléchi et pensé, appuyé sur une philosophie de l'action, dont on verra qu'il s'est incarné dans une série de dispositifs. En ce sens c'est bien un nouveau genre d'institution psychiatrique que ces psychiatres ont cherché à constituer.

L'enjeu de la chronicité des maladies mentales

Pour prolonger ces perspectives, on peut revenir sur un élément clef du problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques tout au long de cette histoire, la chronicité des maladies mentales. Si en effet une catégorie de malades mentaux a posé problème aux médecins, administrateurs ou hommes politiques qui s'intéressaient à la question des hôpitaux psychiatriques sur toute la période, c'est bien celle des malades chroniques. Ceux-ci forment une population d'acteurs « impliqués », au sens où l'entend Adele Clarke d'un groupe de personnes fortement présents dans l'arène de la réforme des hôpitaux psychiatriques, mais qui ne sont pas en mesure de prendre la parole en leur nom propre, et sont donc « construits » discursivement par les autres acteurs². En soulignant l'importance pour la psychiatrie du problème de la chronicité, je ne veux pas dire que celle-ci a constitué l'unique problème auquel les hôpitaux psychiatriques ont été chargés d'apporter une réponse. Les hôpitaux psychiatriques ont de toute évidence accueilli tout au long de leur histoire des patients souffrant de pathologies diverses. Un certain nombre d'affections mentales étaient des affections aiguës, guérissant en une période de temps parfois longue, mais néanmoins limitée. Longtemps, les psychiatres ont par ailleurs eu affaire à tout un ensemble de pathologies d'origine manifestement

¹ *Ibid.*, p. 14.

² Clarke, A., *Situational analysis: Grounded theory after the postmodern turn*, Thousand Oaks, Calif., Sage Publications, 2005.

somatique, traitées en psychiatrie en raison de leur symptomatologie psychique : délires aigus, paralysie générale, dont l'étiologie est mise en évidence dès 1822, intoxication, dont l'alcoolisme ou les toxicomanies – et c'est autour de ces problèmes que certains psychiatres ont construit toute leur carrière. Les hôpitaux psychiatriques ont également de toute évidence eu à se charger d'un ensemble de problèmes sociaux, comme le vagabondage ou simplement les problèmes des personnes âgées. Le « chronique » correspond toutefois à une figure sociale et morale clef pour la psychiatrie.

La formation et les transformations de la notion de chronicité en psychiatrie peuvent être situées pour une part dans le cadre plus général de l'émergence du problème des maladies chroniques dans la médecine dans le courant du XX^e siècle. C'est dans l'entre-deux-guerres, que celles-ci ont commencé à acquérir une visibilité accrue et à être constitué en problème social aux Etats-Unis. La chronicité renvoie d'une part à la durée longue de la maladie, qui la fait sortir d'un schéma symptôme diagnostic-traitement-guérison, et d'autre part à l'ensemble des problèmes que pose la gestion de la maladie dans l'ensemble des dimensions de la vie sociale des malades¹. Les travaux d'Arney et Bergen que j'ai cités plus haut ainsi que ceux de David Armstrong ont insisté sur le fait que l'émergence de ces nouvelles formes de pathologies était liée au développement d'un certain nombre de techniques d'investigation par sondage telles que le questionnaire de morbidité². Dans un second temps, les enquêtes qualitatives menées par les sociologues à partir des années 1960 auraient apporté une dimension expérientielle au concept. La chronicité reposerait ainsi sur un brouillage des catégories du normal et du pathologique et sur une inscription de la pathologie dans une écologie dont elle est indissociable³.

Le mouvement a eu davantage d'ampleur dans les pays anglo-saxons, où les maladies chroniques ont été déclarées priorité de santé publique au lendemain de la Seconde Guerre mondiale et ont rapidement constitué un domaine d'intervention

¹ Cf. Baszanger, I., "Les maladies chroniques et leur ordre négocié", *Revue Française de Sociologie*, 27, 1986, pp. 3-27 ; Strauss, A. et B. Glaser, *Chronic illness and the quality of life*, Saint Louis, C. V. Mosby Publishing Co., 1975.

² Armstrong, D., "Use of the genealogical method in the exploration of chronic illness: a research note", *Social Science and Medicine*, 30, n° 11, 1990, pp. 1225-1227. Armstrong cite ainsi l'enquête de l'annual British General Household Survey, menée sur 10 000 familles.

³ Rosenberg, C. E., "Holism in Twentieth-Century Medicine", in C. Lawrence et G. Weisz (dir.), *Greater than the parts*, New York, Oxford, Oxford University Press, 1997, pp. 335-355.

médical à part entière¹. En France, à l'inverse, la catégorie n'a que peu percé jusqu'à très récemment². Pour une part toutefois, la notion de chronicité en psychiatrie peut de fait s'analyser dans le cadre de ces analyses. Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, prolongeant un travail engagé au sein du mouvement d'hygiène sociale dans l'entre-deux-guerres, les psychiatres se proposent littéralement d'investir la vie de leurs patients. Ils s'appuient pour cela sur des technologies comme le dispensaire et les consultations de post-cure, qui constituent un moyen de prolonger l'intervention médicale jusqu'au plus près de la vie des malades, mais aussi sur l'appropriation de modes de pensée issus de la médecine fonctionnelle et du secteur naissant du handicap. Le mouvement coïncide avec l'émergence d'une vision écologique de la maladie mentale qui en fait la conséquence d'un défaut d'adaptation de la personne à son environnement. De façon générale, les maladies mentales dans leur ensemble apparaissent ainsi comme des pathologies au long cours aux conséquences affectant la personne pour le restant de sa vie.

Pour autant, ces analyses ne rendent pas entièrement compte du rôle que joue la question de la chronicité dans le problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques. La notion de chronicité apparaît en effet véritablement comme une caractéristique des maladies mentales à la fin du XIX^e siècle au croisement des transformations des modèles de connaissance de la maladie mentale et de celles des modes de gestion des problèmes posés par les maladies mentales. Notion ambiguë, la chronicité caractérise à la fois des individus et des pathologies. Surtout, elle ne vaut que dans une polarité aigu-chronique³. Son émergence repose en effet sur un double mouvement. D'un côté, apparaissent un certain nombre de propositions de créer des services différenciés pour traiter séparément malades aigus et malades chroniques : en réservant aux premiers des moyens qui ne profiteraient de toute façon pas aux seconds, ces propositions visent tout à la fois à optimiser l'allocation des moyens et à constituer de nouveaux types d'institutions psychiatriques plus en phase avec les progrès de la discipline. Mais, d'un

¹ Avec notamment la création en 1955 d'un *Journal of Chronic Disease*.

² Bien que la question paraisse avoir reçu ces dernières années une actualité nouvelle : ainsi, la Direction Générale de la Santé, au sein de laquelle existait depuis 1992 un bureau chargé des maladies chroniques, s'est dotée lors de sa dernière réorganisation en mai 2007 d'une sous-direction de la « promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques », tandis qu'un plan pour la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques a été adopté en mars 2007 par le ministre.

³ Les aliénistes puis les médecins des hôpitaux psychiatriques utilisent du reste le terme d'« acuité » pour caractériser le pôle opposé de la chronicité.

autre côté, la chronicité fait également son entrée dans les nosographies, en caractérisant spécifiquement un certain nombre de pathologies dont la symptomatologie est lié à leur caractère chronique : délires chroniques, psychose hallucinatoire chronique, démence précoce, puis schizophrénie. La notion de chronicité est ainsi constituée en outil de déchiffrement de la maladie mentale. Elle correspond à la fois à la caractérisation d'un état et d'un devenir, elle est à la fois un diagnostic et un pronostic. L'émergence de la chronicité traduit ainsi l'apparition d'une manière de penser la maladie mentale comme un phénomène évolutif au long cours.

A la fin du XIX^e siècle et tout au long du XX^e siècle jusqu'aux années 1970, le malade chronique est le malade d'asile par excellence, et c'est largement en fonction de son comportement, de ce dont on le croit capable ou incapable, que sont pensés les problèmes de l'institution psychiatrique. D'une certaine manière le chronique se substitue à l'aliéné, autour duquel l'asile avait été constitué dans la première partie du XIX^e siècle. La catégorie de malade chronique a par ailleurs toujours été en mesure d'intégrer une vaste gamme de problèmes, des déficiences mentales aux psychoses chroniques proprement dites, en passant par les cas sociaux. Au contraire de la chronicité des maladies somatiques, en psychiatrie la chronicité n'est pas ou n'est que peu liée à la difficulté de vivre avec une maladie en raison de son poids dans l'ensemble des dimensions de la vie. Elle correspond plutôt à une dégradation massive des conditions de vie même de la personne. Le malade chronique pose le problème de sa place dans la société, ainsi que de son devenir à terme. Il nécessite des protections spécifiques, en même temps qu'il faut lui inventer un régime de vie qui lui assurera une place dans le système économique. Parfois dangereux et en tous les cas imprévisible, il nécessite que l'on lui impose des limites. Faible, incapable de survenir à ses besoins, il a besoin d'une surveillance continue et d'aménagements spécifiques, sous la forme d'une tutelle juridique et morale. Il encombre, dans la mesure où il est incapable de trouver lui-même une place dans le système social. Il n'est pas en mesure de participer activement à la production économique. Le chronique a ainsi une valeur sociale minorée, ce qui explique aussi qu'il soit le premier à souffrir en temps de crise. D'une certaine manière le chronique apparaît comme l'envers absolu de l'individu productif et conquérant de l'ère industrielle. Dans le cadre des hôpitaux psychiatriques, la chronicité s'inscrit dans le cadre d'une économie de l'espoir. La psychiatrie ne dispose d'aucune étiologie

des troubles mentaux chroniques, et de nombreux éléments peuvent expliquer la symptomatologie de la chronicité. Tout au long de la période, de nombreuses entreprises scientifiques chercheront à élucider la signification et le traitement des maladies chroniques. Dans ce contexte d'incertitudes, pour les psychiatres, le diagnostic de chronicité ne doit pas être assimilé à une condamnation de la personne. Ils insistent sur la possibilité de « guérisons tardives », survenant après des années de maladie et alors qu'on ne les attend plus. Le chronique est par ailleurs toujours loisible d'une intervention. Il peut toujours passer par une phase d'agitation, une aggravation momentanée de ses troubles, qui nécessiteront une intervention médicale, le transfert vers une structure mieux adaptée ou la mise en place d'un régime spécial. La chronicité ne correspond donc pas à un abandon, mais repose en principe pour les psychiatres sur une veille, une attention continue portée au malade dans l'espoir que quelque chose bouge.

Ces différents éléments expliquent la manière dont a été travaillée la notion de chronicité dans l'histoire de la psychiatrie. Ils permettent également de comprendre comment elle a permis de travailler le problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques. Dans un premier temps la chronicité apparaît en effet comme un au-delà de l'intervention médicale. Durant toute la Troisième République, l'effort des professionnels porte sur les moyens d'éviter l'entrée des individus dans la chronicité. Les réformateurs cherchent à développer des aménagements qui permettront de répondre de manière plus efficace aux problèmes des malades aigus, que ce soit en transformant l'accès au soin ou en aménageant les conditions de sortie. Le lendemain de la guerre marque une rupture à cet égard. Prenant le contre-pied des projets de leurs aînés, les jeunes psychiatres font de la prise en charge de la chronicité en tant que telle l'enjeu principal du problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques. Le malade chronique, avec ses problèmes spécifiques, devient directement l'enjeu du travail psychiatrique, les psychiatres affirmant pouvoir traiter la chronicité et l'améliorer suffisamment pour faire reprendre aux malades une place dans la société. Si, dans un premier temps, ces conceptions s'inscrivent dans un schéma classique de guérison, dans le courant des années 1960, les psychiatres tentent de faire de la chronicité l'enjeu d'une intervention spécifique, et la justification de l'organisation de la psychiatrie dans le cadre du « secteur ». On entre alors dans une vision en termes de gestion au long cours

des maladies chroniques. Ce mouvement marque la volonté de la part des psychiatres de mieux prendre en compte l'évolution de leurs outils thérapeutiques. Il trouvera un écho à la fin des années 1960 dans les lieux contestataires de la psychiatrie, avec le thème du droit à la folie, traduisant à la fois une contestation des stratégies de normalisation du malade mental et d'une certaine manière la reconnaissance de l'irréductibilité du problème de la chronicité et une volonté romantique de laisser la maladie suivre son cours naturel, dans une acceptation paradoxale des limites de la psychiatrie.

Tout au long de l'histoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques, la notion de maladie chronique renvoie ainsi aux questions de l'échec et du succès de l'intervention médicale, à celle du sens même de cette intervention. Elle constitue une limite à l'exercice de la psychiatrie. Revendiquer la prise en charge de la chronicité traduit en ce sens non seulement une démarche humanitaire, mais peut-être surtout une appréciation par les psychiatres de leur capacité à affronter les problèmes de la maladie mentale en général.

Les professionnels et l'Etat dans les transformations de l'hôpital psychiatrique

Ces analyses permettent de comprendre le rôle des professionnels dans les transformations du problème des hôpitaux psychiatriques. L'affirmation par les professionnels d'un pouvoir et d'une responsabilité à l'égard des malades chroniques traduit en effet la revendication d'un mandat, une conception de leur rôle social en même temps que de leur organisation interne. Le problème des hôpitaux psychiatriques ouvre ainsi sur un questionnement plus général sur les transformations des groupes professionnels dans le courant du XX^e siècle.

La sociologie des groupes professionnels et, spécifiquement, de la profession médicale constitue certainement l'un des apports les plus importants de la sociologie à la compréhension des processus de rationalisation et de division du travail dans les sociétés contemporaines, que sa contribution soit positive en pointant les bénéfices de modes d'organisation non marchands des activités humaines ou critique dans un certain nombre d'approches qui ont souligné la manière dont l'expansion des pouvoirs professionnels allait de pair avec le renforcement du contrôle social. De façon générale, les professions sont caractérisées comme des univers de pratiques en interaction les uns

avec les autres et développant chacun une capacité d'autocontrôle. Si cette définition ouvre d'emblée sur une insertion possible des groupes professionnels dans une écologie, la sociologie des professions s'est pourtant souvent concentrée de manière exclusive sur l'analyse des groupes professionnels eux-mêmes. Elle s'est ainsi attachée à restituer les formes de leur régulation interne¹, leurs projets de conquête de marchés fermés², la compétition entre des groupes concurrents pour la délimitation de juridictions³, leurs transformations pour s'adapter à des environnements de travail changeant⁴. Ces analyses riches ont permis de documenter de manière fine la régulation de secteurs importants de la vie sociale, en soulignant en particulier la diversité des pouvoirs professionnels⁵. Mais, parce qu'elles documentent rarement la manière dont les transformations des groupes professionnels interagissent avec des transformations plus générales de l'environnement dans lequel elles s'inscrivent, elles parviennent difficilement à saisir les ressorts ultimes de ces évolutions – et, comme le note par exemple Donald Light, elles rendent difficilement compte des phases de déclin de groupes devant composer avec l'intervention de contre-pouvoirs divers⁶.

Ainsi, plus rares ont été les tentatives de comprendre les transformations des groupes professionnels dans leurs relations aux évolutions du public, de l'Etat, et de l'industrie. Si la science politique a développé, dans le cadre du paradigme corporatiste, une série d'analyses des relations des professionnels à l'Etat, la plupart d'entre elles insistent sur leurs déterminants économiques, et, pour ce qui concerne spécifiquement la médecine, sur le problème du financement de la santé⁷. Ainsi, dans cette perspective, deux problèmes apparaissent centraux pour comprendre le rapport des médecins à l'Etat, le mode de rémunération des praticiens, et celui du contrôle des dépenses

¹ Freidson, E., *La Profession médicale*, Paris, Payot, 1984 [1970].

² Larson, M. S., *The rise of professionalism: a sociological analysis*, Berkeley, University of California Press, 1977.

³ Abbott, A., *The system of Professions*, Chicago, University of Chicago Press, 1988 ; Halpern, S. A., "Dynamics of Professional Control: Internal Coalitions and Crossprofessional Boundaries", *American journal of sociology*, 97, 1992, pp. 994-1021.

⁴ Halpern, S. A., *American pediatrics. The social dynamics of professionalism. 1880-1980*, Berkeley, University of California Press, 1988.

⁵ Freidson, E., *Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.

⁶ Light, D., "The medical profession and organizational change: from professional dominance to countervailing power", in C.E. Bird et al. (dir.), *Handbook of medical sociology*, Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall, 2000, pp. 201-215. Cf. en particulier les débats contradictoires soulevés par les notions de déprofessionalisation ou de prolétarianisation de la médecine.

⁷ Hassenteufel, P., *Les médecins face à l'Etat*, Paris, Presses de Sciences Po, 1999.

médicales dans un contexte de coût croissant des dépenses hospitalières du fait de l'évolution technique de la médecine. L'économie de la santé a de toute évidence constitué depuis le lendemain de la guerre l'un des éléments clefs des problèmes de gouvernement du secteur sanitaire et l'une des principales justifications à l'ingérence de l'Etat dans le travail des professionnels de santé. Mais elle est loin d'être le seul et, pour prendre un exemple spectaculaire, les crises sanitaires constituent aujourd'hui une dimension clef de l'intervention des Etats dans un certain nombre de problèmes de santé qui sont loin d'être réductibles à leurs enjeux économiques. Mais, plus généralement, les professionnels de santé doivent depuis longtemps composer avec de nombreuses réglementations d'origine diverse qui jouent un rôle important dans la manière dont ils doivent accomplir leur travail. L'histoire de la spécialisation médicale souligne en particulier la diversité des vecteurs de la relation des professionnels de la santé à l'Etat et au marché des soins. La synthèse proposée récemment par George Weisz montre ainsi la multiplicité des modes d'inscription des spécialités dans des environnements de pratiques qui comprennent l'université, l'hôpital, les techniques, le marché des soins de ville¹. Elle permet de saisir que les différentes spécialités, au cours de l'histoire de la médecine, constituent des rapports particuliers à leur environnement qui ne sont pas réductibles simplement à des déterminants économiques.

Le cas de la psychiatrie illustre ce point. A l'égard d'autres secteurs de la médecine hospitalière, la psychiatrie est marquée par le faible recours aux techniques, et en tous les cas par le recours à des techniques peu coûteuses. Dans la période de l'après-guerre, les psychiatres développent une conception de la psychiatrie reposant essentiellement sur une pratique de la relation, pouvant se passer des moyens d'investigation de laboratoires et a fortiori de la chirurgie lourde. Même les lobotomies, pratiquées de manière peut-être moins massive qu'aux Etats-Unis mais néanmoins avec intérêt par les chefs de service français au lendemain de la guerre, sont une opération en fin de compte légère. L'enjeu économique apparaît ainsi moins prégnant que dans d'autres secteurs de la médecine. A contrario, la psychiatrie permet aussi de souligner la diversité des contrôles de l'Etat sur les professionnels. On a commencé à le voir, la loi de 1838 instituant l'internement est également un dispositif de contrôle des médecins des asiles. L'autorité administrative a en effet le pouvoir de demander le placement

¹ Weisz, *Divide and conquer*, *op. cit.*

d'une personne à l'asile, et de remettre en question certaines décisions des médecins-chefs. Elle peut aussi réaliser des inspections à l'intérieur des établissements et éventuellement demander des changements dans le régime des malades. En principe, par ailleurs, ce contrôle s'étend à l'ensemble des établissements, soit non seulement aux asiles publics, mais également aux maisons de santé privées, accueillant des malades payants issus des couches aisées. Progressivement, l'autorité publique renforcera ses contrôles sur les établissements publics en développant une série de normes techniques – architecture, normes d'équipement en personnel – et, dans la deuxième moitié du XX^e siècle, en mettant en place une planification des équipements sanitaires, reposant en particulier sur l'utilisation d'outils statistiques et comptables. Par contraste le contrôle se relâchera sur les maisons de santé ou les cliniques privées. Une partie de ce qui est en jeu se situe ainsi dans la transformation du sens et des vecteurs du contrôle de la profession par l'Etat.

Si l'on s'intéresse de façon très générale à la médecine dans son ensemble, un certain nombre de travaux permettent de se faire une idée de ces transformations au cours du XX^e siècle¹. Ils ont insisté sur la mise en place d'un compromis entre les professionnels et l'Etat, accordant aux médecins une position privilégiée dans la régulation du vaste domaine des questions médicales. Le mouvement s'est opéré en deux étapes. Dans un premier temps, le tournant du XX^e siècle est marqué à la fois par la constitution d'un Etat social² et par une extension du périmètre de la vie sociale placée sous la juridiction de groupes professionnels. Ces deux aspects sont liés. La revendication par les corps intermédiaires d'une expertise a constitué le socle sur lequel l'Etat s'est appuyé pour promouvoir un nouveau droit à l'assistance, fondé non pas sur le contrôle des populations mais sur un droit positif. La dynamique globale de la période repose ainsi sur un certain nombre d'entreprises développées par des professionnels ou des notables, reposant sur des innovations institutionnelles ou techniques en même

¹ On dispose d'une abondante littérature nord américaine sur la question : Starr, P., *The social transformation of american medicine*, New York, Basic Books, 1982, et voir également : Light, "The medical profession and organizational change", *op. cit.* On manque de travaux comparables pour la France. Pour le début de la période il faut consulter : Faure, O., *Histoire sociale de la médecine*, Paris, Anthropos, 1994 ; Guillaume, P., *Le rôle social du médecin depuis deux siècles, 1800-1945*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, 1996. Pour la suite de l'histoire, voir les travaux classiques de Haroun Jamous et Henri Hatzfeld cités plus loin. On trouvera une synthèse dans : Herzlich, C., "The evolution of relations between french physicians and the state between 1880 and 1980", *Sociology of Health and Illness*, 4, n° 3, 1982, pp. 241-252.

² Castel, *Les métamorphoses de la question sociale*, *op. cit.*

temps que sur la formulation d'un certain nombre de droits nouveaux, l'ensemble trouvant un débouché dans un important travail parlementaire. Ce mouvement s'est par ailleurs appuyé sur une philosophie sociale, portée par la sociologie naissante, qui consacre la possibilité de penser le changement social autrement que sous la forme de crises, de révolution ou comme le résultat de la lutte des classes. Une dimension clef de la période a ainsi été la construction d'outils de représentation objective de la société, nomenclatures, statistiques, qui seront mis à profit en médecine par l'hygiène sociale au lendemain de la guerre.

Les années 1950 et 1960 correspondent à une nouvelle configuration, celle de la modernisation d'une société sectorielle sous l'impulsion forte de l'Etat. La consolidation de l'État social conduit à développer les moyens d'intervention du centre, animé à la fois par la volonté de parvenir à l'autosuffisance et, dans un horizon de compétition économique et technologique internationale, par le souci de l'affirmation de l'identité nationale. Cette conjoncture nouvelle correspond au développement et à la professionnalisation des sciences de la prévision, ainsi que, comme l'ont noté les travaux du Centre de Sociologie des Organisations, à une nouvelle conception de la norme développée par l'Etat, reposant sur une négociation entre le centre et la périphérie¹. Le Commissariat général au plan a constitué le dispositif concret qui a permis de mettre en forme, de porter et de faire aboutir ce projet de réforme. Dans le domaine médical, le tournant est pris dans le courant des années 1950, avec deux grandes réformes importantes qui marquent l'établissement d'un compromis durable entre le corps médical et l'Etat : d'une part, le conventionnement des praticiens libéraux avec la sécurité sociale, acquise par décret du 12 mai 1960 au terme d'une négociation engagée depuis 1945² ; d'autre part, la réforme du dispositif hospitalo-universitaire, qui renforce la médecine hospitalière et surtout crée le plein-temps médical. Celui-ci attache les praticiens à l'hôpital et marque l'ancrage de la médecine dans le développement des sciences biomédicales au sens large³. Dans les deux cas, c'est un certain arrangement entre les professionnels et l'Etat qui se met en place, traduisant une réévaluation du sens

¹ Crozier, M. et al., *Où va l'administration française?* Paris, Éditions d'organisation, 1974.

² Décret n°60-451 du 12 mai 1960 relatif aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux, *Journal officiel*, 13 mai 1960. Sur ce point : Hatzfeld, H., *Le grand tournant de la médecine libérale*, Paris, Les Éditions ouvrières, 1963.

³ Jamous, H., *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, CNRS, 1969.

du mandat de la médecine dans le contexte d'une évolution globale du contrôle de l'Etat sur le secteur de la santé.

Dans cette dynamique globale, le rapport des professionnels à l'Etat est ainsi marqué par l'interdépendance. L'Etat et les professionnels se façonnent l'un l'autre par des interactions nombreuses se situant sur de nombreuses lignes¹. D'un côté, les transformations de l'Etat jouent influent la constitution des groupes professionnels et la manière dont ceux-ci accomplissent leur travail². De l'autre, les professionnels apparaissent comme des acteurs décisifs de l'intervention de l'Etat, lui donnant à la fois un sens et un périmètre. Ce qu'il s'agit de saisir, c'est donc une dynamique complexe, qui ne peut être analysée qu'en examinant simultanément les deux côtés de la relation. Du côté de l'Etat, cette approche nécessite de prendre en compte le fait que l'Etat lui-même n'est pas une entité monolithique, mais est composé d'une multiplicité d'acteurs, administrations ou hommes politiques, disposant chacun d'intérêts, d'un agenda et de moyens d'intervention distincts. Si l'on examine plus spécifiquement le problème des hôpitaux psychiatriques, dans un premier temps, au cours de la Troisième République, l'Etat est ainsi amené à jouer un rôle clef dans la constitution du groupe des médecins des asiles en créant un statut de médecin-chef qui sera la base de leur rassemblement en un acteur collectif. Il joue alors pour eux un rôle d'employeur. Dans un second temps, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, l'intervention de l'Etat se tourne plus directement vers la gestion et le financement des établissements psychiatriques. La croissance de la régulation des hôpitaux psychiatriques se double d'une intervention grandissante du ministère de la Santé dans la constitution des programmes locaux de santé, mais qui ne peut se passer de l'expertise des professionnels. C'est dans le cadre de cette nouvelle conception de l'Etat que peut dès lors s'élaborer une nouvelle vision du mandat des professionnels, appelés à jouer un rôle de planificateurs sociaux en même temps que de cliniciens.

Pour cela, il faut toutefois un engagement des professionnels. Ceux-ci forment des groupements constitués de segments variés engageant des visions spécifiques de la manière d'accomplir leur métier. En ce sens, l'engagement des professionnels dans une dynamique de collaboration avec l'Etat n'est pas seulement le reflet d'une vision à court

¹ Johnson, T., "Governmentality and the institutionalization of expertise", in T. Johnson et al. (dir.), *Health professions and the state in Europe*, London and New York, Routledge, 1995.

² Dubar, C. et P. Tripier, *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin, 2005, pp. 145-149..

terme de leur intérêt. Spécifiquement, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, les psychiatres ont développé deux modèles pour rendre compte de leur conception du travail psychiatrique et de leur relation avec l'Etat. Le premier, porté par le groupe des jeunes psychiatres, envisage le psychiatre comme un professionnel devant nécessairement développer une responsabilité sociale, liée à une caractérisation de la pathologie mentale comme pathologie de la vie en société. Cette vision du travail psychiatrique suppose qu'il s'engage lui-même dans l'organisation des institutions psychiatriques, et qu'il développe pour cela une collaboration étroite avec l'administration de la santé. A côté de ce premier modèle, le second, porté par un Syndicat des médecins spécialistes du système nerveux, traduit une conception plus strictement libérale du travail psychiatrique. Selon celui-ci, le psychiatre est avant tout un prescripteur d'actes, dont la responsabilité ne dépasse pas le cadre de la relation avec son patient. Ces deux modèles ont été à la base de deux conceptions contradictoires de la spécialité, qui se sont opposées tout au long des années 1950 et 1960 à la fois sur le terrain de l'organisation des soins et sur celui de la régulation de la profession et de sa formation.

C'est donc à un redécoupage du périmètre de la psychiatrie, dans un jeu complexe de négociation dans des ensembles pluralistes, que l'on a affaire. En définitive, le développement du mouvement de réforme de l'hôpital psychiatrique au lendemain de la Seconde Guerre mondiale résulte de la convergence de deux mouvements. Il a traduit l'essor d'une vision de l'intervention psychiatrique fondée sur une appréciation nouvelle de la production de la norme, partagée entre un segment de la psychiatrie et un segment de l'Etat. La conception du mandat de la psychiatrie qui en découle explique en particulier la manière dont les projets de transformation de la psychiatrie seront menés par la suite. Dans un second temps, en effet, à partir des années 1960, cette position permettra au groupe des jeunes psychiatres d'affirmer une vision globale de la psychiatrie comme spécialité autonome enracinée dans la pratique, à distance de l'université, et s'appuyant en dernier ressort sur la technique psychothérapique. La spécificité de la psychiatrie dans la société française des années 1950 et 1960 a ainsi résulté de la rencontre d'un projet professionnel et d'une conception de l'Etat, qui permettront finalement de comprendre la signification et les raisons d'un délitement à partir des années 1970. Dans un second temps en effet, les outils mis

en place avec l'Etat pour réformer l'hôpital psychiatrique se sont retournés contre les psychiatres en constituant des moyens au service d'un contrôle plus étroit de leur activité, les professionnels perdant leur capacité à s'en saisir à leur compte. C'est l'une des « ironies » de cette histoire, pour reprendre l'expression de Donald Light¹. Si ce décrochage a été lié à la faiblesse de ces outils et aux évolutions internes à l'administration de la santé, il a également marqué un essoufflement chez les psychiatres d'une manière de penser la dimension politique du travail psychiatrique. Partie prenante au lendemain de la guerre du projet de modernisation de la société, la psychiatrie a été dans un second temps l'un des lieux où la résistance à ce projet a été le plus vif, se révélant sans doute l'un des creusets les plus fertiles de la pensée contestataire des années 1970. Les hôpitaux psychiatriques ont ainsi été l'un des lieux où le romantisme révolutionnaire a trouvé son débouché le plus fort, le malade mental apparaissant comme une figure limite de l'individu broyé par la société moderne. Ce passage de l'engagement réformateur à l'engagement contre la modernité est une dimension importante du processus réformateur tel que je l'aborde ici. Il montre combien le changement est problématique et est toujours susceptible d'être remis en cause par ceux-là même qui s'étaient pourtant engagés pour le faire advenir.

De la désinstitutionnalisation à l'organisation de la psychiatrie, c'est donc un rapport des professionnels à l'Etat qui est en jeu dans le problème de la réforme de l'hôpital psychiatrique tout au long du XX^e siècle. L'importance de ce dernier pour la psychiatrie dans la seconde moitié du siècle a tenu à ce qu'il a constitué un vecteur privilégié de cette relation. Ces analyses ont également permis d'envisager le rôle de certains professionnels dans le travail de ce problème. Relais privilégié entre la profession et l'Etat, les jeunes psychiatres ont ainsi constitué une expérience réformatrice originale. Dans la dernière partie de cette introduction, il nous faut encore examiner les outils qui nous permettront d'analyser cette expérience.

¹ Light, D., "Introduction: Ironies of Success: A New History of the American Health Care "System"", *Journal of Health and Social Behavior*, 45, n° Extra Issue: Health and Health Care in the United States: Origins and Dynamics, 2004, pp. 1-24.

2. Processus réformateurs et changement social

Si, dans ce travail, j'inscris le problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques dans une moyenne durée, des années 1870 aux années 1970, c'est, on le verra, la démarche du petit groupe des jeunes psychiatres que je me suis plus particulièrement attaché à reconstituer. Au-delà de l'intérêt que l'on peut porter à un ensemble de figures historiques particulièrement dynamiques ou pittoresques, ce groupe a en effet été à l'origine d'une expérience réformatrice originale, dont, profondément, je voudrais suggérer qu'elle a eu *pour elle-même* des conséquences sur le contenu des changements que les établissements psychiatriques ont connus en France sur la période. L'une des clefs de l'histoire de la psychiatrie et des hôpitaux psychiatriques entre 1945 et la fin des années 1970 réside en effet probablement dans l'articulation que ces psychiatres ont noué entre le mandat qu'ils revendiquaient, le travail psychiatrique, le changement social et l'action publique, et qui a trouvé son expression la plus ramassée dans l'idée que la psychiatrie de secteur était une « psychiatrie militante »¹. De façon générale, la sociologie et l'histoire ont souvent mis en évidence le rôle des réformateurs dans des sphères aussi différentes que l'organisation de la médecine² et des pratiques cliniques³, la construction de l'Etat social⁴, l'agriculture⁵, ou les transformations des organisations⁶, même si elles ne l'ont pas souvent élaboré pour lui-même. Peu de travaux se sont ainsi attachés à comprendre précisément la manière dont les changements sociaux pouvaient se nourrir de l'engagement réformateur. J'envisage dans ce travail les processus réformateurs comme des processus de changement spécifiques, reposant sur un engagement singulier d'acteurs qui développent des visions du monde dont ils sont issus, s'attachent à la construction d'entreprises, s'efforcent de rassembler derrière eux des majorités, font aboutir des textes législatifs. En accomplissant ce travail, les réformateurs ne sont pas à eux tout seul à l'origine du

¹ cf. Audisio, M., *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Toulouse, Privat, 1980.

² Jamous, *Sociologie de la décision*, *op. cit.*

³ Marks, H., *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1999 [1997]

⁴ Topalov, C., *Naissance du chômeur. 1880-1910*, Paris, Albin Michel, 1994 ; Topalov (dir.), *Laboratoires du nouveau siècle*, *op. cit.*

⁵ Keeler, J. T. S., *The politics of neocorporatism in France: farmers, the state, and agricultural policy-making in the Fifth Republic*, New York, Oxford University Press, 1987 ; Mendras, H., *La fin des paysans: suivi d'une réflexion sur La fin des paysans, vingt ans après*, Paris, Actes sud, 1993 [1967].

⁶ Crozier, M. et E. Friedberg, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977.

changement, mais ils parviennent à lui une forme. En ce sens, il s'agit d'appréhender *conjointement* les changements sociaux et la manière dont les acteurs se saisissent de ces changements.

De façon plus générale, cette manière de considérer les processus réformateurs s'inscrit dans une tentative de restituer les régulations à l'œuvre dans des mondes sociaux complexes tout en se donnant les moyens de restituer finement les engagements des acteurs face aux problèmes que posent ces régulations. Pour cela je m'appuierai sur la vision générale du changement développée par la sociologie interactionniste¹. L'intérêt de cette approche est en effet pour moi la manière dont elle appréhende ensemble le niveau de l'action et celui des structures sociales, en inscrivant leur interaction dans le cadre d'une dynamique temporelle. Pour reprendre une formulation classique, les conséquences de l'action sont les conditions des actions ultérieures. L'action des acteurs se déploie dans un contexte structurel, mais elle est susceptible de modifier ce contexte et par là d'influer sur les actions futures. Dans cette approche, l'analyse se situe ainsi au niveau de l'action ou du travail des acteurs et non pas à celui des acteurs eux-mêmes. L'action est saisie à partir de la manière dont elle se réalise et se déploie dans une situation donnée, et non pas comme le produit d'acteurs dont les conduites traduisent des choix réfléchis en fonction d'un calcul rationnel et sont construites à partir d'analyses de type moyens-fins. Le contexte est ainsi analysé *dans* l'action, en tant qu'il est défini par celle-ci, et non pas comme un élément la déterminant *a priori* de manière lointaine. Cette approche met enfin l'accent sur le conflit et la processualité plutôt que sur la stabilité et la structure.

L'un des enjeux de cette analyse est de se donner les moyens de comprendre l'articulation, l'intrication entre les trajectoires individuelles des réformateurs et la destinée collective d'un monde social comme la psychiatrie. Développer une entreprise réformatrice suppose des acteurs qu'ils passent par une série d'expériences ou d'épreuves qui influencent la manière dont ils s'engageront dans des expériences futures. L'engagement des acteurs dans le processus réformateur peut ainsi être restitué en terme d'une carrière morale. Il repose sur des transformations intimes de soi qui

¹ Baszanger, "Les chantiers d'un interactionniste américain", *op. cit.* ; Fisher, B. et A. Strauss, "Interactionism", in T.B. Bottomore et R. Nisbet (dir.), *A history of sociological analysis*, New York, Basic Books, 1978, pp. 457-498 ; Joas, H., "Symbolic interactionism", in A. Giddens et J. Turner (dir.), *Social theory today*, Stanford, Stanford University Press, 1987, pp. 82-115 ; Strauss, A., *Continual permutations of action*, *op. cit.*

surviennent en même temps que les acteurs développent leur entreprise. Dans le même temps, leur succès suppose qu'ils accomplissent un certain nombre de tâches. Il leur faut faire vivre leur entreprise, lui obtenir une légitimité. Il leur faut travailler à convaincre leurs collègues et les acteurs susceptibles d'être intéressés par le problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques. Il leur faut également travailler à se constituer des publics. Pour accomplir ces différentes tâches, les réformateurs développent des projets et s'engagent dans des expériences ou des expérimentations. En ce sens il s'agit pour moi de développer une vision des processus réformateurs en termes du travail continu que fournissent les acteurs pour faire advenir les changements.

Les processus réformateurs correspondent à un réenchâtement du monde. Les réformateurs apparaissent comme animés par une vocation renouvelée. Ils mettent en cause les modes de légitimation en cours dans le monde mais ils apportent également avec eux une légitimité nouvelle. Leur autorité dans un monde social donné ne repose pas seulement sur le fait qu'ils sont passés par les épreuves qui structurent ce monde, mais elle comporte également une dimension plus personnelle, attachée aux qualités dont ils ont su faire la preuve. Ils empruntent en cela au réformateur de religion décrit par Max Weber¹. En ce sens, l'approche en termes de réformateur participe de tentatives de restituer les processus de création de valeur dans l'accomplissement du travail professionnel².

Ces remarques ont également une portée méthodologique. Pour analyser le processus réformateur, il nous faudra suivre les réformateurs dans les différents moments de leur travail ; il faudra nous efforcer de reconstituer les expériences qu'ils traversent, la signification qu'ils leur attachent et la portée qu'elles ont pour eux. Cette démarche ne visera pas à constituer pour elle-même la biographie des acteurs comme celles de grands hommes. Il ne s'agira pas seulement d'éclairer un moment du récit en apportant des éléments de contexte, ni même de se servir de la biographie des acteurs pour analyser de manière pragmatique la manière dont ceux-ci s'engagent dans des mondes sociaux divers entre lesquels ils parviennent à tisser un réseau de relations. La biographie des réformateurs importe dans la mesure où ceux-ci construisent leurs entreprises à partir d'expériences subjectives personnelles qu'ils travaillent

¹ Weber, M., *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme, suivi d'autres essais*, Paris, Gallimard, 2003.

² Kutu, O., "La problématique de la création de valeurs dans la sociologie contemporaine des professions. Le cas des professionnels de première ligne", *Sciences sociales et santé*, IX, n° 2, 1991, pp. 5-30.

collectivement. Cela ne signifie pas pour autant qu'il faille supposer que ces expériences aient une qualité particulière, d'ordre pathologique ou historique. Il ne sera pas nécessaire de caractériser les entreprises réformatrices à partir des névroses de leurs initiateurs¹. Au contraire, c'est pour moi le travail réalisé par les acteurs sur les expériences qu'ils ont rencontrées au cours de leur carrière qui fait de ces expériences une dimension importante de leur entreprise. A l'issue de ce travail, les entreprises réformatrices finissent par incorporer une partie de ces biographies, qui acquièrent ainsi une portée plus générale pour le monde.

Les analyses que je propose se situent ainsi au croisement de deux problématiques : la première recouvre les questions de l'identification personnelle et collective ; la seconde, les processus de définition et de légitimation dans les mondes sociaux. Dans ce qui suit je ne cherche pas à constituer une théorie achevée des processus réformateurs, mais plutôt à indiquer quels seront les outils sur lesquels je m'appuierai dans la suite de se travail. Il s'agit ainsi de se donner des moyens pour donner à voir, ou, selon l'expression de Herbert Blumer, pour « rendre sensible » les phénomènes que l'on cherche à analyser².

Les réformateurs et le problème du changement

L'une des tentatives les plus abouties de penser dans sa complexité l'action réformatrice est l'analyse que Michel Crozier a proposée du problème du changement dans les systèmes bureaucratiques. A travers une série d'analyses très enracinées dans le contexte des années 1960 et 1970, marquées d'un point de vue social par le triomphe de la grande organisation, et d'un point de vue intellectuel par les perspectives structuro-fonctionnalistes, Crozier a probablement été, en même temps qu'un acteur important, l'un des observateurs les plus perspicaces des transformations qu'ont connu les

¹ En ce sens mon approche se distingue par exemple de celle mise en œuvre par Laurent Mucchielli pour expliquer les origines de la sociologie des religions de Durkheim, en la ramenant à une « névrose créatrice », qu'il analyse en particulier en ayant recours aux « connaissances psychiatriques modernes ». Cf. Mucchielli, L., "Autour de la "révélation" d'Emile Durkheim. De l'inscription biographique des découvertes savantes à la notion de "névrose créatrice"." in J. Carroy et N. Richard (dir.), *La découverte et ses récits en sciences humaines: Champollion, Freud et les autres*, Paris, L'Harmattan, 1998, pp. 57-96. Pour un schéma d'analyse proche appliqué à Luther, cf. Febvre, L., *Martin Luther, un destin*, Paris, PUF, 1995.

² Blumer, H., "What is wrong with social theory?" *Symbolic interactionism. Perspective and method*, Berkeley, University of California Press, 1969 [1954], pp. 140-152..

structures du pouvoir dans la France de l'après-guerre¹. Le modèle développé par Crozier dans le *Phénomène bureaucratique* est bien connu². A partir d'une étude empirique conduite dans deux organisations, dont il souligne à la fois la simplicité de l'organigramme et la banalité, il développe une analyse générale des systèmes bureaucratiques, qu'il caractérise comme des systèmes rigides, incapables de se transformer et de s'adapter, alors qu'ils sont soumis à des environnements changeant de plus en plus rapidement³. Pour de tels systèmes, le changement ne peut survenir que sous la forme de crises mettant en jeu leur survie et obligeant les acteurs à adopter d'un coup de nouvelles règles du jeu. La vie ces organisations fait ainsi alterner périodes de stabilité et de routine et périodes de crise, où le cours normal des choses est mis en suspens. Aussi brutaux et douloureux soient-ils, ces moments de crise sont acceptés de tous dans la mesure où ils sont indispensables à la résolution des dysfonctionnements qui affectent le système.

Ces crises sont des moments où peuvent surgir des individus qui sont en mesure d'imposer leur volonté et leur arbitraire à l'ensemble des acteurs du système. Ce faisant ils peuvent parvenir à les transformer. Les réformateurs apparaissent ainsi littéralement comme des acteurs du changement, des sortes de héros suscités par les événements. Pour s'imposer, ils doivent toutefois à la fois être extérieurs au système et avoir une réputation de neutralité et d'impartialité. Cette figure du réformateur est en fait modelée sur les agents des grands corps de l'Etat de l'administration publique française, dont le prestige autant que la liberté dont ils se prévalent à l'égard de toute bureaucratie, garantit la capacité à développer des réformes dans l'ensemble de l'administration. A d'autres moments, toutefois, Crozier insiste également sur le fait que les blocages du système et la perspective de ses crises sont à l'origine de courants de vocations réformatrices et autoritaires parmi les acteurs même du système. Reprenant les analyses de Tocqueville de l'essor des intellectuels à la veille de la Révolution Française⁴, il pointe la manière dont ces acteurs, limités dans leur capacité d'expression par le système, en viennent à s'engager dans la production d'utopies qui apparaissent ainsi

¹ Cf. aussi pour ce dernier point : Hoffmann, S. et al., *A la recherche de la France*, Paris, Le Seuil, 1963, *op. cit.*

² Crozier, M., *Le phénomène bureaucratique*, Paris, Le Seuil, 1993 [1963]

³ *Ibid.*, p. 243.

⁴ Tocqueville, A. d., *L'ancien régime et la révolution*, Paris, Garnier Flammarion, 1988 [1856], Livre III ch. 1.

comme des moyens de dérivation mais, dans les moments de crise, sont susceptibles de les imposer. Dans tous les cas, le réformateur apparaît comme le produit d'une conjoncture pour transformer un système dysfonctionnel. Il est appelé par les événements. Dans la mesure où les projets réformateurs constituent la base sur laquelle pourra s'enclencher le changement, ils jouent bien un rôle clef pour l'évolution du système, mais Crozier ne s'intéresse guère au travail déployé pour constituer ces projets, les faire vivre et éventuellement leur rallier l'assentiment du grand nombre. Crozier oscille en réalité entre deux visions des projets réformateurs : d'un côté, ils seraient de fait le reflet des difficultés du système et des solutions à apporter à ces difficultés, qui s'imposeraient d'elles-mêmes au réformateur ; d'un autre côté ils apparaissent comme des systèmes arbitraires et fantasmatiques, tout droit sorties de l'imagination des acteurs.

Les analyses de Crozier ont connu plusieurs développements importants dans le courant des années 1960 et 1970 qui ont tendu à aplanir le caractère quelque peu mécanique du modèle. L'un d'entre eux est lié au travail de Haroun Jamous sur la réforme du système hospitalo-universitaire¹. Critiquant la vision objectiviste de Crozier des dysfonctions systémiques, Jamous insiste sur l'instrumentation des dysfonctions par certains groupes, qui explique qu'elles finissent par devenir intolérables. Il ouvre ainsi sur une perspective à la fois plus pragmatique et plus politique, qui lui permet d'analyser la réforme des études médicales comme un conflit entre deux segments de l'élite médicale, identifiés en dernière analyse à deux types de bourgeoisies. L'enjeu du processus réformateur apparaît ainsi « de faire triompher et d'imposer des valeurs autres, en s'attaquant délibérément et volontairement à celles qui fondent les dysfonctions et les cercles vicieux du système et qui ne peuvent que se perpétuer ». La légitimité du réformateur tient pour Jamous à la manière dont il parvient à constituer autour de lui une majorité virtuelle. Pour autant le processus réformateur ne peut aboutir que dans un contexte de réenchantement du monde qui permet un règlement charismatique de la crise, en l'occurrence la crise de 1958 et l'avènement du gaullisme. En ce sens, on retrouve l'importance du schéma croziériste de la crise.

¹ On peut aussi penser sur ce point aux commentaires de Michel Dobry sur les crises politiques : Dobry, M., *Sociologie des crises politiques: la dynamique des mobilisations multisectorielles*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1986.

Dans des travaux publiés dans les années 1970 en collaboration avec Erhard Friedberg, Crozier a lui aussi proposé une série d'adaptation à son modèle initial, tout en développant de façon plus générale sa théorie de l'action collective¹. Faisant preuve d'une réflexivité accrue et d'un pessimisme plus prononcé, alors que l'idéologie du progrès qui marquait le contexte de rédaction du *Phénomène bureaucratique* paraît vaciller, les auteurs soulignent ainsi que le changement « signifie toujours rupture et crise, [mais que] la crise à elle seule n'est pas une solution ni même l'évènement clef d'où sortirait quasi magiquement le changement ». Il s'agit dès lors de « comprendre comment et à quelles conditions une crise peut être au départ de mécanismes d'innovation et non pas de mécanismes régressifs »². Le changement est caractérisé comme une forme d'apprentissage collectif, se déployant sur un temps long, impliquant une sorte de bonne volonté des protagonistes. Dans ce nouveau contexte, le réformateur est un acteur qui par sa pénétration de jugement est en mesure de forger un diagnostic sur lequel pourra être construit un nouvel agencement des choses. C'est ainsi une figure savante, qui dispose des moyens de développer une connaissance objective du système. Si son diagnostic n'est pas toujours immédiatement correct, il doit néanmoins pouvoir, en engageant un cycle de négociations avec les acteurs du système, aboutir à corriger son modèle et finalement parvenir à des propositions mieux ajustées aux enjeux du changement. Dans ce modèle, le réformateur correspond en fait au sociologue en tant que spécialiste des systèmes. Pour autant, l'analyse ne remet pas en cause le postulat fondamental d'une extériorité du réformateur au changement. Si l'action du réformateur joue un rôle sur la manière dont le changement pourra advenir, elle n'influe pas le contenu même du changement, qui découle des propriétés du système. En somme, l'action réformatrice apparaît comme une dimension purement contingente du changement social.

On trouve dans des travaux plus récents de Christian Topalov une tentative de saisir plus directement les conditions propres de l'action réformatrice³. S'intéressant à un contexte différent, celui de la constitution de l'Etat social au tournant du XX^e siècle, et s'inscrivant dans une démarche à certains égards moins engagée que Crozier, Topalov a développé la notion de champ réformateur, en s'inspirant de la sociologie de

¹ Crozier et Friedberg, *L'acteur et le système*, op. cit., p. 375 sq.

² *Ibid.*, p. 382.

³ Topalov (dir.), *Laboratoires du nouveau siècle*, op. cit.

Pierre Bourdieu, pour caractériser la « nébuleuse » des réformateurs sociaux du début de la Troisième République comme un espace autonome de positions, d'acteurs et d'institutions traversé par des luttes spécifiques. Le champ réformateur est analysé à partir de l'existence à la fois d'un langage commun et d'« un foisonnement d'institutions proches par les modes d'action et d'organisation et liées entre elles par des réseaux ». L'analyse permet ainsi de caractériser un moment spécifique où s'imposent une série de « formes » qui deviennent « un contenu obligé de toute proposition de réforme et la limite à l'intérieur de laquelle devront s'inscrire les solutions concrètes en conflit ». Les études rassemblées par Topalov pour nourrir son projet restituent de nombreuses carrières réformatrices et tracent un tableau riche d'un ensemble d'acteurs et d'entreprises s'inscrivant dans des secteurs variés de la vie sociale, tout en caractérisant finement les conditions d'émergence de ce milieu dans le cadre des mutations sociales et politique des débuts de la Troisième République. Le champ réformateur apparaît ainsi comme un ensemble de conditions sociales et institutionnelles à un moment de cristallisation. Les réformateurs sont des acteurs dotés des dispositions qui lui permettent de jouer ce rôle dans un contexte de transformations d'ensemble des rapports sociaux. A l'intérieur du champ réformateur, ils disposent toutefois de peu de marge pour constituer leurs projets, qui sont en dernière analyse largement déterminés par les propriétés du champ pris comme structure formelle. Les travaux empiriques aboutissent à une série d'analyses particulièrement riches des trajectoires sociales des acteurs, mais ils disent peu de choses en fin de compte de leur intrication dans la constitution des problèmes.

Les analyses de Topalov comme avant elles celles de Crozier nous laissent au seuil de ce qui nous intéresse, d'une certaine manière chacun à une porte. Les unes permettent de comprendre la manière dont les réformateurs s'insèrent dans un contexte de changement social, les autres de saisir comment des trajectoires individuelles peuvent être affectées dans ce contexte. Ni l'une ni l'autre toutefois ne va jusqu'à saisir le lien, le tissu qui se constitue entre des carrières individuelles de réformateurs et le changement global qu'elles contribuent à faire advenir. Elles ne permettent pas de saisir la manière dont le processus réformateur donne forme au changement. Les réformateurs sont caractérisés par des propriétés sociales et fonctionnelles qui apparaissent sans effet

sur le contenu même des changements. C'est donc une analyse nouvelle qu'il s'agit pour nous de développer.

Le problème du changement dans les groupes professionnels

Pour constituer les outils de cette analyse, on peut d'abord revenir sur des travaux qui ont cherché à cerner la capacité des acteurs à élaborer des diagnostics sur les mondes sociaux auxquels ils participent et, en portant ces diagnostics, à influencer les transformations de ces mondes. Une tradition de recherche en particulier s'est attachée à ce problème, la sociologie des professions. A première vue, la vision que donne la sociologie du rapport des professionnels au changement est ambiguë. Les groupes professionnels cherchent à obtenir une « niche » à l'intérieur de laquelle ils pourront accomplir leur métier, et, lorsqu'ils l'ont obtenue, n'ont de cesse de la maintenir. Mais dans des sociétés en perpétuel changement, le maintien de ce mandat nécessite qu'il soit en permanence ajusté aux besoins de la société. Deux visions dès lors s'imposent¹. D'un côté les groupes professionnels apparaissent comme des garants d'un ordre social sur lequel repose leur pérennité. Les corporations de l'Ancien Régime constituent l'archétype de ces groupes arc-boutés à la tradition et opposés au changement. La critique dont les corporatismes continuent de faire l'objet en tant qu'obstacles aux progrès de la modernité témoigne de la vivacité de ces représentations. D'un autre côté, une vision concurrente fait des professionnels des acteurs perpétuellement à la recherche d'un ajustement qui leur échappe en permanence pour rester au contact des besoins de la société, que ce soit par le moyen d'innovations techniques ou organisationnelles, ou de la mise à jour de leur idéologie, et sont ainsi des moteurs essentiels du changement social dans les sociétés contemporaines.

Ces visions sont moins contradictoires qu'il n'y paraît. Qu'ils jouent un rôle positif ou non, la sociologie des professions pose que les professionnels sont pris dans l'évolution des mondes auxquels ils participent. On le comprend facilement : dans la mesure où ils détiennent un mandat, les groupes professionnels dispensent un discours sur ce qui irait mieux dans le monde si on les laissait faire leur travail. Ils sont ainsi porteurs d'une conception du changement social et du rôle qu'ils pourraient jouer dans ce changement. Au minimum, en se concevant comme des garants de l'ordre social, ils

¹ Sur ce point, cf. Johnson, T. J., *Professions and power*, London, Macmillan, 1972.

se situent dans un horizon de permanence et de maintien de la société qui est également une manière de penser ses évolutions et son devenir. L'adhésion à l'ordre est malgré tout une manière de s'adapter aux transformations des sociétés. Le conservatisme est également un projet de société – ce dont témoigne au demeurant l'expression de révolution conservatrice. Ce genre de position n'empêche pas les professionnels de s'adapter continuellement au changement¹. Mais les professionnels sont également souvent explicitement porteur d'un projet de progrès ou de transformation sociale. Jusqu'à un certain point même les médecins les plus attachés à une vision libérale de leur métier se sont attachés à transformer le pays en participant à l'amélioration des conditions de santé du pays.

Le fondement de ce point de vue se trouve dans l'analyse que Durkheim a proposée de la morale professionnelle². Les communautés professionnelles reposent sur le contrat, lequel suppose que les acteurs disposent d'une conscience morale leur permettant d'adhérer à la règle. En cela elles se distinguent des communautés traditionnelles qui, elles, sont marquées par la fusion des individus dans le collectif. C'est au moment de la socialisation, par l'incorporation des normes professionnelles, que les acteurs développent une conscience autonome qui leur permettra de contracter librement un mandat³. Ce point de vue a été repris par Talcott Parsons dans son analyse du rôle des professionnels dans les sociétés contemporaines⁴. On a eu tendance à décrire le fonctionnalisme de Parsons comme une sociologie de la fixité et du conservatisme. Si de fait Parsons insiste sur l'attachement des professionnels à la cohésion de leur groupe, il caractérise également les professions modernes par leur adhésion à la rationalisation et au changement. Parsons pointe en particulier l'importance de la légitimité scientifique au sein de ces groupements. Il souligne ainsi que la situation et le système de valeurs des médecins les conduit à adhérer aux innovations et à se saisir de tout nouveau médicament ou nouvelle technique apparaissant sur le marché⁵.

C'est toutefois les approches s'inscrivant dans le cadre interactionniste qui ont poussé le plus loin cette vision, en soulignant que les groupes professionnels sont en

¹ Segrestin, D., *Le phénomène corporatiste*, Paris, Fayard, 1985.

² Durkheim, E., "La morale professionnelle", in *Leçons de sociologie*, Paris, PUF, 1950.

³ Voir aussi le résumé que donne Dubet dans l'analyse de son « programme institutionnel ». Dubet, *Le déclin de l'institution*, op. cit.

⁴ Parsons, T., "The professions and social structure", *Social forces*, 17, n° 4, 1939, pp. 457-467.

⁵ Parsons, T., "Chapitre X. Structure sociale et processus dynamique: le cas de la pratique médicale moderne", *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, 1955 [1951].

permanence traversés par des courants contradictoires susceptibles de déboucher sur des transformations plus ou moins profondes. De petits groupes se forment ainsi autour de manières spécifiques de mener les activités de la profession. Ils peuvent être liés à des techniques particulières, ou bien à la manière dont s'organise le travail. En développant et en élaborant leurs manières de faire, ils aboutissent à une nouvelle vision de la profession qui peut finalement déboucher sur l'émergence de nouveaux groupes¹. Ces processus de segmentation correspondent ainsi à une dynamique de définition et de redéfinition perpétuelle des identités professionnelles, qui se traduisent dans des débats ou des conflits sur le sens des activités et des institutions, sur l'idéologie, ou encore sur la clientèle. Cette citation de Bucher et Strauss explicite bien cette dynamique :

Les segments ne sont pas des parties absolument stables, définies pour l'éternité, du corps professionnel. Ils sont soumis plus ou moins continuellement à des changements. Ces changements sont imposés par des transformations de leur appareil conceptuel et technique, de leurs conditions institutionnelles de travail et par des transformations de leurs relations avec d'autres métiers. Chaque génération entreprend de déchiffrer à nouveau sa raison d'être et son avenir. Au cours de ce processus les limites se brouillent avec le chevauchement des générations et la diversité des lieux d'activité professionnelle implique des définitions quelque peu différentes de la situation de travail. Cette fluidité est susceptible d'entraîner l'émergence de nouveaux groupements.²

Si les professions apparaissent comme des univers fluides, ces processus sont néanmoins structurés. Il existe ainsi au sein des mondes professionnels des lieux où se fait la profession, telles que les structures d'enseignement, les organisations corporatives, telles que les syndicats ou les associations savantes, ou encore les institutions du travail, hôpitaux, instituts. Par ailleurs, certaines personnes sont plus légitimes que les autres pour dire ce qu'est la profession, tels les leaders syndicaux, enseignants ou personnalités distinguées d'une manière ou d'une autre. En dernière analyse, les professions apparaissent comme des univers caractérisés par leur capacité à prendre en charge leur propre changement. Ces perspectives permettent ainsi de situer les processus réformateurs.

¹ Bucher, R. et A. Strauss, "Professions in Process", *The American Journal of Sociology*, 66, n° 4, 1961, p. 325 ; Bucher, R., "Pathology: a study of social movements in a profession", *Social problems*, n° 10, 1962, pp. 40-51. Cf. aussi : Strauss, A., "Social world and their segmentation processes", in N. Denzin (dir.), *Studies in symbolic interaction*, Greenwich, CT, Jai Press, 1984, pp. 123-139.

² Bucher et Strauss, "Professions in Process", *Ibid.*.

Le travail d'une expérience critique

Si, comme dans le cas des processus de segmentation, à l'origine d'une entreprise réformatrice se trouve un petit groupe de professionnels, c'est dans ce cas autour d'une volonté commune de changement que ce noyau réformateur se constitue. Une dimension clef du processus réformateur est la manière dont les réformateurs se reconnaissent dans une expérience critique qui constitue pour eux le point de départ de leur engagement¹. Cette expérience critique, qui peut découler d'un « choc moral »², permet aux acteurs de se dégager de l'ordre du monde. Elle débouche sur une attitude personnelle reposant sur une mise en suspens du rapport normal au monde. Elle suscite la réflexion et en ce sens elle est une expérience créatrice. Toutefois, pour que cette expérience puissent conduire à une entreprise de grande envergure, il faut qu'elle soit travaillée par les acteurs individuellement et collectivement. L'engagement dans un processus réformateur ne s'explique ainsi pas par la conjoncture qui pousserait les acteurs à proposer des solutions de rechange à un état dégradé des choses, mais il suppose véritablement un travail sur eux-mêmes des réformateurs qui acquièrent par là un point de vue singulier sur le monde. Ce travail, que l'on peut concevoir en termes d'un travail biographique³, permet aux acteurs de proposer une nouvelle construction de leurs expériences passées. Il repose sur l'identification par les acteurs dans leur propre biographie d'une série d'événements qui les ont déterminés à agir. Ils parviennent ainsi à mettre en scène une rupture dans leur vie à l'origine de leur engagement. En même temps, sur un plan collectif, ce travail effectué en commun leur permet de contextualiser leur expérience personnelle pour en faire une expérience partageable, signifiante pour l'ensemble des acteurs du monde et décisive pour s'engager. Il marque ainsi le lien entre des expériences personnelles éminemment subjectives et un état du monde. Il conduit à l'adoption de nouveaux répertoires d'argumentation et de motivation, à une transformation des investissements affectifs des acteurs et à une reformulation en profondeur des croyances des acteurs.

¹ Sur les « moments critiques », dans la vie ou la carrière des individus, voir : Strauss, A., *Miroirs et masques*, Paris, Métailié, 1992 [1959].

² Jasper, J. M. et J. D. Poulsen, "Recruiting Strangers and Friends: Moral Shocks and Social Networks in Animal Rights and Anti-Nuclear Protests", *Social Problems*, 42, n° 4, 1995, p. 493-512.

³ Corbin, J. M. et A. L. Strauss, *Unending work and care: managing chronic illness at home*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1988.

On le verra, dans le cas des jeunes psychiatres réformateurs au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, c'est l'expérience de l'isolement vécu durant la guerre alors que, jeunes médecins-chefs, ils étaient affectés dans des établissements reculés et coupé du monde par les restrictions, qui a constitué pour eux le point de départ de leur engagement. Le travail qu'ils engagent au lendemain de la guerre sur cette expérience leur permet de dépasser son caractère singulier, contingent, lié à des circonstances exceptionnelles, pour constituer une critique de portée générale de l'isolement asilaire, conçu comme un rapport global des soignants et au-delà de la société à la maladie mentale, enraciné dans l'histoire de longue durée de la psychiatrie. Ils en feront découler une manière de poser le problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques en termes d'un engagement nouveau des soignants dans la relation avec leurs patients. Le travail de cette expérience critique aura ainsi permis aux réformateurs de constituer un discours de justification sur eux-mêmes, sur le sens de leur mission, en l'enracinant dans leur trajectoire biographique. Il constituera pour eux une philosophie générale de l'action, qui de fait s'avérera particulièrement opératoire tout au long de la période.

Les projets réformateurs

Pour faire avancer leur entreprise, les réformateurs doivent toutefois développer des outils qui leur donneront une visibilité et leur permettront de diffuser leurs idées. Pour cela ils s'engagent dans la rédaction et la publication de projets, ils développent également des expérimentations, expériences pilotes ou structures innovantes qui leur servent de vitrine, et ils peuvent créer des organisations qui leur permettent d'institutionnaliser leur mouvement.

Les projets réformateurs s'incarnent dans des écrits programmatiques, article princeps ou ouvrage fondateur, interpellation ou allocution présidentielle. Les projets permettent de définir les enjeux et la nature de l'entreprise réformatrice, d'indiquer la direction qu'elle emprunte. Les projets réformateurs ont ainsi une double fonction d'identification et de légitimation¹. Ils permettent aux réformateurs de situer leur entreprise dans le monde, en même temps qu'aux autres acteurs de saisir la nature du mouvement. Un bon projet de réforme contient ainsi une analyse de la situation et de ce

¹ Strauss, A., "Social worlds and legitimation processes", in N. Denzin (dir.), *Studies in Symbolic Interaction*, Greenwich, CT, Jai Press, 1982, pp. 171-190.

qui ne va pas dans le monde, ainsi qu'un ensemble de réponses à ces problèmes. Il développe une nouvelle interprétation de ce qu'est le monde, en même temps qu'il propose des pistes pour faire évoluer ses activités et ses institutions. Il permet également de caractériser l'entreprise réformatrice, en marquant en quoi elle se distingue d'autres manières de concevoir l'ordre des choses. Les projets réformateurs peuvent pour cela emprunter à des différents registres de justification : il s'agit de rendre les activités du monde plus efficaces ou plus humaines vis-à-vis des clientèles auxquelles elles sont destinées, ou encore de moraliser ou de rationaliser la manière même dont elles sont accomplies sans nécessairement que soit en cause le produit final. Cette problématisation repose aussi sur des procédés rhétoriques et dramaturgiques. Le projet peut reposer sur l'élaboration d'histoires édifiantes, de cas qui rendront sensible tel ou tel aspect du problème et souligneront la nécessité d'y apporter une réponse. Il peut également se déployer sous la forme d'un récit de formation, qui reprendra l'histoire du mouvement en marquant les étapes, les expériences traversées par les réformateurs, et justifiera ainsi les choix accomplis.

Une interprétation interactionniste de projet conduit à insister sur son caractère situé, plongé dans des configurations de sens et d'action, qui interdit d'en faire un objet qui dicte une conduite aux acteurs. Cette position permet en particulier d'éviter deux écueils d'une analyse structuraliste qui relierait les projets à des conditions objectives du monde : d'une part le projet serait le reflet des états du monde qu'ils visent à corriger, dont ils proposeraient une représentation fidèle ; d'autre part le projet constituerait un programme d'action, qu'il suffirait d'appliquer pour transformer effectivement le monde et qui commanderait ainsi précisément le comportement des acteurs. J'insiste au contraire sur le fait que les projets sont construits par les réformateurs comme des outils mobilisables dans des ensembles de discours et de pratiques susceptibles d'évoluer en permanence. Ils déploient des enjeux symboliques et identitaires en même temps qu'ils sont des objets pratiques dans l'action. A l'égard des approches en termes de rationalité limitée, le problème n'est pas seulement que les acteurs ne disposent pas de tous les moyens d'un diagnostic objectif de la situation qui leur permettrait de proposer les solutions les mieux adaptées, ou qu'ils sont limités dans leur appréhension du monde par leur engagement dans une perspective donnée, de sorte que leur projet ne peut être qu'une solution partielle, qu'à la limite le sociologue serait

seul en mesure de pouvoir corriger, a posteriori, parce qu'il dispose d'une vision plus objective de la situation et de l'engagement des acteurs. Il s'agit plus profondément d'éviter une analyse en terme d'un schéma moyen-fins, et d'insister sur le travail continu des acteurs sur leur projet¹.

Les réformateurs peuvent débiter avec des objectifs plus ou moins clairs et plus ou moins nombreux. Les projets peuvent être plus ou moins précis, ils peuvent être généraux ou spécifiques. Ils sont aussi fortement évolutifs en fonction des interactions des acteurs. Ils peuvent être adaptés, amendés, précisés, transformés, changés du tout au tout ou même complètement abandonnés. Les projets renferment du reste de nombreux aspects contingents. Les réformateurs s'appuient sur les moyens du moment, même s'ils doivent en même temps s'efforcer de justifier la manière dont ils les mobilisent en développant un travail théorique qui permettra de rendre leur projet plus robuste. Ce travail est l'un des éléments moteurs de l'évolution des projets. Les acteurs peuvent constater que certaines parties du projet présentent davantage d'intérêt que les autres, qu'avec les nouveaux moyens dont ils disposent ils peuvent faire avancer globalement leur projet dans une direction ou dans une autre, ou constater à l'inverse qu'ils ont épuisé ses possibilités et proposer d'en changer. Je l'ai évoqué, ce sont ainsi deux projets distincts que les jeunes psychiatres élaboreront entre la fin des années 1940 et les années 1960. Leur premier projet, au lendemain de la guerre, la psychothérapie collective, s'est proposé de développer leur entreprise réformatrice à l'intérieur même des établissements psychiatriques, en l'enracinant dans de nouvelles manières de travailler auprès des malades. Ce projet s'adressait spécifiquement aux psychiatres et aux soignants et reposait à la fois sur une vision globale du traitement des maladies mentales et sur une série d'innovations thérapeutiques acquises au lendemain de la guerre. C'est la dynamique propre à ce projet, les difficultés qu'il suscitera, qui sera à l'origine de la réorientation d'ensemble de l'entreprise des jeunes psychiatres dans la seconde moitié des années 1950, et qui les conduira à engager un nouveau projet, le secteur. Un autre élément important des entreprises réformatrice correspond aux « expériences » ou aux « expérimentations » que les réformateurs développent et sur lesquelles ils peuvent s'appuyer pour donner corps à leur projet. Ce sont des lieux qui incarnent leur projet, où les réformateurs mettent en scène leur projet de réforme et qui

¹ Je suis ici : Strauss, *Continual permutations of action*, op. cit., p. 33 sq.

deviennent ainsi des vitrines du mouvement. Plusieurs expériences joueront un rôle important à des moments différents de la trajectoire du projet de réforme de l'hôpital psychiatrique : l'hôpital psychiatrique de Saint Alban, au sortir de la guerre qui sera constitué en berceau de la psychothérapie collective, les Centres de Traitement et de Réadaptation Sociale, créés à la fin des années 1940 grâce à une subvention de la Sécurité Sociale, ou plus tard l'expérience de psychiatrie de secteur du Treizième arrondissement de Paris développées avec l'appui du ministère de la Santé. Ces expériences sont à chaque fois des chantiers où s'inventent de nouvelles manières de faire, où sont développés des dispositifs, où peuvent être testées des innovations. Ils sont constitués comme des « endroits où il se passe des choses », en points de convergence à l'intérieur du monde, modèles qui pourront être suivis par l'ensemble du monde ou lieux de pèlerinage qu'il faut avoir vu et où il faut avoir séjourné pour être dans le coup et participer vraiment au mouvement.

Vers l'extérieur du petit groupe réformateur, les projets et expériences peuvent s'adresser à une vaste gamme d'acteurs, qui peuvent jouer un rôle plus ou moins central dans le monde. Une dimension importante des projets est du reste la manière dont ils qualifient ces acteurs en leur imputant un rôle donné dans l'accomplissement des activités du monde. On le verra, le projet des jeunes psychiatres au lendemain de la guerre a en particulier concerné les infirmiers psychiatriques, dont ils s'efforçaient de réinventer la fonction à l'hôpital psychiatrique. Ce faisant les projets contiennent également une invitation à se saisir de leurs propositions. De ce point de vue, si une condition du succès d'un mouvement réformateur est sa capacité à agréger autour de lui les énergies de manière à constituer un mouvement, le projet joue un rôle clef dans la réussite ou non de l'entreprise réformatrice. Il constitue un élément essentiel pour rallier autour du noyau réformateur d'autres acteurs, pour les intéresser à leur projet et obtenir qu'ils s'engagent derrière eux. Mais à la différence d'approches qui lient l'adhésion à un projet à l'anticipation d'un profit ou à la satisfaction d'un intérêt, le projet dispose ici d'une force de mobilisation de l'action, que l'on peut concevoir en termes de cadrage de l'action collective¹. Les projets réformateurs comportent en ce sens une dimension idéologique ou utopique qui reflète et suscite l'imagination sociale des acteurs. Ils sont un moyen terme entre la réponse pratique immédiate aux problèmes qui se posent aux

¹ Cefai, D., "Les cadres de l'action collective. Définitions et problèmes", in D. Cefai et D. Trom (dir.), *Les formes de l'action collective*, Paris, Ed. de l'EHESS, 2001.

professionnels dans la vie de tous les jours, et les projets lointains et irréalistes des révolutionnaires qui n'ont aucune chance de voir le jour. Ils donnent ainsi une direction au monde et ils suscitent l'engagement.

Dans la mesure où ils sont toujours d'une certaine manière ouverts, les projets font émerger des pratiques nouvelles en incitant les acteurs à les mettre en œuvre, à explorer leurs potentialités, les variations qu'ils contiennent. Les projets laissent pour cela une certaine marge de manœuvre aux acteurs. Ils peuvent susciter des degrés divers d'adhésion. L'engagement des acteurs peut aller du militant farouche, défenseur de la version originelle du projet qui ne tolère aucune déviation par rapport à l'orthodoxie, à l'enfant terrible, engagé de la première heure devenu dissident, en passant par l'intérêt mesuré du professionnel qui s'engage avec réserve derrière une entreprise dont il sait qu'il ne doit pas trop attendre. Les réformateurs doivent par ailleurs également réunir autour d'eux des acteurs qui adoptent leur projet de réforme sans pour autant adopter également l'ensemble de ses propositions. On le verra dans le cas de la psychothérapie collective, certains psychiatres ont pu suivre les jeunes psychiatres sans pour autant s'engager véritablement dans les pratiques. Dans la mesure où ils sont des objets publics, les projets peuvent du reste également être repris par des groupes plus éloignés. Ils peuvent être ainsi détournés au profit d'entreprises qui peuvent n'avoir aucun rapport ou développer des objectifs antagonistes de ceux du noyau réformateur. C'est en partie, on l'a vu, le destin qu'a connu la critique de l'hôpital psychiatrique, développée d'abord par les psychiatres, puis reprise à leur compte par les mouvements néo-libéraux de la fin des années 1970.

Les publics de la réforme

L'une des caractéristiques de l'engagement réformateur est son orientation vers le public. Les réformateurs développent une préoccupation pour les affaires publiques et le gouvernement du monde. Ils développent également une revendication d'utilité vers l'extérieur du monde. Ils cherchent à peser sur la marche de la société. Pour cela ils s'engagent dans la constitution de groupes de pression, ils s'impliquent dans des collaborations avec l'Etat ou les collectivités publiques, tissent des liens avec des organismes de droit privé, caisses de sécurité sociale, ou encore fondations. Je l'ai signalé dans le cas de la psychiatrie, les psychiatres ont développé au lendemain de la

guerre une vision d'ensemble de l'insertion de leur spécialité dans la société et singulièrement dans les structures administrativo-politiques du pays. D'une manière ou d'une autre les réformateurs sont ainsi des acteurs politiques, qui n'hésitent pas à prendre et assumer des responsabilités qui dépassent celles qui sont liées à l'exercice de leur métier. De ce point de vue, on peut contraster l'engagement réformateur avec d'autres manières d'œuvrer à la transformation du monde qui ne passent pas aussi directement par l'engagement dans la vie publique, telles que le travail de recherche qui conduit à faire évoluer les moyens disponibles sans forcément se soucier véritablement des changements en profondeur qu'ils risquent d'apporter. Les réformateurs peuvent par ailleurs également être opposés aux libéraux qui estiment qu'il faut laisser jouer le marché et le laisser s'adapter naturellement sans intervention extérieure à l'état de la demande. Le retrait de la vie publique est du reste l'une des terminaisons possibles d'un mouvement réformateur, à la suite de déceptions accumulées au cours du processus, découlant par exemple de la conscience du décalage entre l'investissement fourni et la faiblesse des résultats obtenus¹.

La notion de public correspond à l'idée qu'un monde social n'est jamais isolé, qu'il s'insère dans un univers plus vaste comprenant des mondes et des organisations disposant chacune de leur perspective, auxquels il est susceptible de confronter ses propres perspectives dans des arènes². Ces mondes sont autant de publics possibles qui peuvent participer aux débats qui s'organisent autour d'une entreprise réformatrice. Cette vision des publics insiste sur le fait que ceux-ci se forment ou sont créés autour de certains enjeux, que les publics d'un monde social développent des relations variées avec ce monde et participent de façons diverses à ses activités. Si certains publics émergent de manière indépendante de la volonté des acteurs du monde, ceux-ci peuvent également œuvrer directement à la constitution des publics en développant une représentation. Ce travail de représentation correspond à la fois à l'élaboration d'une image publique du monde qu'il s'agit de réformer en même temps qu'à une manière de s'introduire dans certaines instances pour s'y imposer comme le porte-parole d'un

¹ Hirschman, A. O., *Bonheur privé, action publique*, Paris, Fayard, 1983 [1982].

² A l'origine de cette notion de public se trouve la philosophie de l'Etat de John Dewey : Dewey, J., *Le public et ses problèmes*, Pau, Publications de l'Université de Pau, 2003 [1927]. Pour ce qui concerne spécifiquement la psychiatrie, voir les pistes développées par Schatzman et Strauss : Schatzman, L. et A. Strauss, "A sociology of psychiatry: A perspective and some organizing foci", *Social problems*, 14, n° 1, 1966, pp. 3-16, ici p. 8 sq.

intérêt plus général. La constitution de cette représentation est une dimension clef du succès ou de l'échec d'une entreprise réformatrice. Certains mouvements de réforme rencontrent leurs publics, d'autres y échouent. Le travail de représentation peut par ailleurs conduire à une division du travail au sein du petit groupe réformateur entre ceux qui joueront plutôt le rôle des idéologues qui alimenteront directement les projets du groupe et ceux qui s'engageront davantage sur le terrain de l'organisation et de la représentation.

L'un de ces publics, et, pour ce qui concerne la réforme des hôpitaux psychiatriques le principal, est l'Etat en tant qu'ensemble d'institutions et d'acteurs comprenant les gouvernants et les détenteurs du pouvoir judiciaire mais également les administrations centrales des différents ministères et leurs services décentralisés. Localement une autre dimension du public est constitué des collectivités territoriales, soit pour la psychiatrie essentiellement les départements. L'engagement de ces collectivités publiques vis-à-vis d'une entreprise réformatrice peut prendre la forme de la consultation de ses entrepreneurs, ou leur nomination à une commission, voire même la création autour des problèmes soulevés par les réformateurs de postes de conseillers techniques ou de commissions chargées d'examiner ce qui peut être fait pour leur apporter des réponses. L'Etat ou les collectivités locales peuvent également participer à la mise en œuvre de certaines expériences en les finançant ou en leur fournissant des moyens. A la limite la présence symbolique du ministre ou d'un représentant de son administration à l'inauguration d'une structure ou à une réunion constituent également une marque d'intérêt pour ces entreprises. A certaines phases du processus, les réformateurs peuvent également chercher à obtenir un texte réglementaire ou législatif qui sanctionnera leur vision du monde et l'inscrira plus durablement dans le droit.

Un autre public important est constitué de l'opinion au sens large. Si dans l'immédiate après-guerre les problèmes de la médecine en général et de la psychiatrie en particulier n'intéressent guère l'opinion, les psychiatres réformateurs ont néanmoins cherché à sensibiliser le grand public aux problèmes que traversaient leur discipline, en s'engageant activement dans une action de « propagande ». Par la suite, dans le courant des années 1960 et 1970, le problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques sera devenu un véritable problème public et bénéficiera d'une couverture médiatique importante. L'action en direction du grand public peut reposer sur l'organisation de

campagnes, la publication de communiqués, l'organisation d'actions spectaculaires, telles que grèves, journées d'action, manifestations, portes ouvertes, etc. Certains acteurs peuvent également entamer une collaboration plus suivie avec certains médias, en jouant un rôle de consultant régulier ou en publiant des articles ou des tribunes qui leur permettent de diffuser leurs idées. Les réformateurs peuvent simplement viser à développer une information sur leurs activités, ou bien chercher à faire évoluer les besoins de leurs clientèles. Ils peuvent également chercher à atteindre certains segments restreints de l'opinion. Dans l'entre-deux-guerres, une partie importante du travail des réformateurs s'adressera aux élites philanthropiques, à travers la constitution d'associations ou de ligue charitable. Dans l'après-guerre, c'est un autre public que les jeunes psychiatres chercheront à atteindre, l'élite intellectuelle. L'organisation au lendemain de la guerre de cycles de conférence à l'Ecole Normale Supérieure et d'un échange avec son département de philosophie jouera ainsi un rôle important dans la diffusion d'un intérêt pour la psychiatrie et certaines des idées de ses acteurs au sein de l'université, dont l'un des éléments sera évidemment l'œuvre de Michel Foucault. Un autre segment de l'opinion qui jouera un rôle important pour la psychiatrie dans les années 1950 et 1960 correspond au mouvement réuni autour de la revue *Esprit*.

Ce travail sur les publics constitue également un moyen pour les réformateurs de se grandir et d'obtenir une légitimité qu'ils pourront faire valoir à l'intérieur du monde. Certains psychiatres obtiendront de fait une véritable notoriété en dehors de la psychiatrie qui pourra contraster avec leur statut plus marginal à l'intérieur de la profession. Cet engagement public pourra permettre à certains d'entre eux de contourner les hiérarchies en vigueur dans le monde de la psychiatrie. De façon plus générale, j'ai souligné dans les pages précédentes comment l'engagement des jeunes psychiatres réformateurs leur avait largement permis de contourner la hiérarchie hospitalo-universitaire pour s'imposer comme des leaders de la psychiatrie en général, certains d'entre eux obtenant même après 1968 la création à leur profit de chaires universitaires sans avoir eu à passer le concours de l'agrégation.

Le travail sur les publics joue ainsi un rôle clef dans l'évolution des entreprises réformatrices. Il faut aux réformateurs parvenir à maintenir en phase les publics et leurs entreprises. Les différents mondes auxquels ils s'adressent imposent des contraintes de formes aux messages qu'ils envoient. Chaque monde dispose de son propre agenda. La

vie politique suit son rythme, marqué par le renouvellement des instances de délibération, la navette des textes dans les circuits de l'administration ou des assemblées législatives. L'administration ne peut se saisir que des dossiers qui entrent effectivement dans ses logiques d'action. Participer à une commission ou être nommé conseiller technique oblige à changer la teneur de son message. Les médias, par ailleurs, ne peuvent pas consacrer la même couverture à l'ensemble des secteurs de la vie sociale¹. L'écriture d'un communiqué suit certaines règles. Les réformateurs doivent faire avec ces contraintes, en jouant des fenêtres d'opportunité qui se présentent pour passer leur message, en profitant des affaires qui peuvent éventuellement jeter subitement un coup de projecteur sur leur monde pour développer leur message².

Mon intérêt pour la dimension politique des processus réformateurs rencontre un questionnement plus général sur le sens de l'action publique porté par la sociologie des politiques publiques, et en particulier par un certain nombre d'approches développées depuis une vingtaine d'années qui insistent sur sa dimension construite et plongée dans des réseaux complexes d'acteurs et d'institutions. Contribuant à renouveler la sociologie empirique de l'Etat, ces approches ont en particulier cherché à évacuer la question « qui gouverne ? », en termes de l'origine des décisions publiques, pour y substituer une problématique qui pose que la « gouvernance » est travaillée par les acteurs, et qu'elle l'est à travers des processus de négociation entre l'État et des groupes issus de la société civile. Deux courants importants en particulier se sont imposés³. Les approches cognitives, d'un côté, caractérisent les politiques publiques comme des systèmes de représentations ou de croyances construits collectivement qui guident les stratégies des acteurs⁴. Elles décrivent ces ensembles discursifs comme des « référentiels » ou des « paradigmes » qui, en constituant des schèmes d'interprétation globaux et cohérents de secteurs de la vie sociale, permettent de gérer leur ajustement au reste de la société. Complémentaires de ces approches, d'un autre côté, les approches néo-institutionnelles insistent quant à elles davantage sur la structuration de l'action publique par des

¹ Hilgartner, S. et C. Bosk, "The rise and fall of social problems", *American journal of sociology*, 94, 1988, pp. 53-78.

² Padioleau, J. G., *L'Etat au concret*, Paris, Pressus Universitaires de France, 1982.

³ Muller, P. et Y. Surel, *L'analyse des politiques publiques*, Paris, Montchrestien, 1998.

⁴ "Les approches cognitives des politiques publiques", *Revue Française de Science Politique*, n° 2, 2000.

environnements institutionnels relativement stables¹. Dans les deux cas, ces approches sont caractérisées par une attention aux espaces intermédiaires de la décision, commissions du plan, instances consultatives, voire aujourd'hui agences diverses. Elles insistent en particulier sur le rôle-clef que jouent certains acteurs, les médiateurs, pour transformer des réalités professionnelles, sociales, techniques ou économiques relativement opaques en des programmes d'action politique cohérents².

Une difficulté de ces approches me semble néanmoins être leur attachement au présupposé de la cohérence et de la consistance d'un centre de l'action publique, conduisant à devoir proposer des évaluations des conduites des acteurs en termes de conformité ou d'écart par rapport à une norme reflétée par un paradigme ou une institution. L'image du « deep core » développée par certaines théories, visant à caractériser des ensembles de valeurs constituant le cœur de l'intervention politique sur un sujet donné, me paraît ainsi marquer une difficulté à penser la complexité des modes de structuration de l'action collective³. Ces approches ont ainsi débouché sur des recherches qui se limitent à la description d'une succession de référentiels, sans se donner les moyens de saisir de façon pragmatique la manière dont la mobilisation de ces référentiels par les acteurs pouvait conduire à leur transformation. De façon plus générale, l'analyse des politiques publiques est resté marquée par un questionnement sur la rationalité de l'action publique dans des univers où les acteurs sont en permanence soumis à la pression de groupes d'intérêts concurrents. Elle traduit ainsi une difficulté à penser la décision en dehors d'une alternative entre rationalité et expression d'une condition sociale. Les acteurs collectifs sont construits dans le cadre de schèmes de pensée issus soit de l'individualisme méthodologique soit de cadres structurel-fonctionnaliste, perspective qui prête attention à la spécificité des engagements découlant de l'appartenance à tel ou tel monde social conduit à insister sur la continuité de l'action publique, qui ne repose pas seulement sur des représentations, mais également sur une dimension matérielle. L'action des représentants de l'Etat consiste

¹ Hall, P. A. et R. C. R. Taylor, "La science politique et les trois néo-institutionnalismes", *Revue Française de Science Politique*, 47, n° 3-4, 1997, pp. 469-495 ; Powell, W. W. et P. J. DiMaggio (dir.), *The new institutionalism in organizational analysis*, Chicago, Chicago University Press, 1991 ; Stone, A., "Le "néo-institutionnalisme". Défis conceptuels et méthodologiques", *Politix*, n° 20, 1992, pp. 156-168.

² Jobert, B. et P. Muller, *L'Etat en action. Politiques publiques et corporatismes*, Paris, Presses Universitaires de France, 1987.

³ Sabatier, P. A., "Knowledge, Policy-oriented learning, and policy change. An advocacy coalition framework", *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 8, n° 4, 1987.

également en la mise en place de procédures et d'outils, par exemple comptables ou réglementaires, qui sont susceptibles d'être mobilisés de manière variées par les acteurs des différents mondes sociaux qu'ils peuvent concerner¹. Au contraire de l'idée de paradigme, on est ainsi amené à souligner la manière dont des acteurs issus de mondes différents peuvent collaborer malgré leurs différences d'appréciation sur un problème donné en s'appuyant sur des objets frontières à la fois suffisamment robustes pour conserver une identité dans ses différents mondes et suffisamment souples pour s'y adapter². On se rapproche en ce sens davantage de l'idée de John Dewey que la politique est expérimentation, qu'elle repose sur l'élaboration continue de l'intervention publique en fonction de ses publics et de ses intérêts variés³.

L'innovation entre l'objectivité et les valeurs

Les réformateurs voisinent avec deux figures dans l'univers des acteurs du changement social. La première est celle de l'entrepreneur de morale décrit par Howard Becker, fortement engagé dans une cause et qui vise à transformer le monde en imposant un style de vie⁴. Réaction à des tendances délétères de la société, son entreprise vise à restaurer l'ordre moral en faisant aboutir des lois nouvelles susceptibles d'encadrer les déviants⁵. Mais le réformateur est également proche d'une seconde figure, celle de l'inventeur ou de l'entrepreneur qui développe et commercialise de nombreuses innovations et par là transforme le monde, dont Thomas Edison ou Louis Pasteur sont probablement des figures paradigmatiques⁶. Il est à l'origine ou se saisit d'une innovation et se lance dans sa promotion en constituant autour d'elle une entreprise commerciale. Il s'efforce d'en imposer l'usage et œuvre pour sa diffusion. Il finit par inscrire cette technique comme une nécessité pour la société. Pour lui comme pour le réformateur, l'un des enjeux clefs est de créer une demande pour ses produits.

¹ Lascoumes, P. et P. Le Galès (dir.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004.

² Star, S. L. et J. R. Griesemer, "Institutional Ecology, "Translations" and Boundary Objects. Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-1939", *Social studies of science*, n° 19, 1989, pp. 387-420.

³ Dewey, *Le public et ses problèmes*, op. cit.

⁴ Becker, *Outsiders*, op. cit.

⁵ On peut également penser aux militants moraux décrits par Emmanuèle Reynaud : Reynaud, E., "Le militantisme moral", in H. Mendras (dir.), *La sagesse et le désordre*, Paris, Gallimard, 1980, pp. 271-286.

⁶ Hughes, T. P., *Networks of power: electrification in Western society, 1880-1930*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1983 Latour, B., *Les Microbes: guerre et paix*, Paris, A.-M. Métailié, 1984.

L'innovation est au cœur des entreprises réformatrices. Les réformateurs s'appuient sur des innovations pour construire leur entreprise, ou bien celle-ci les conduit à en proposer à leur tour certaines. Dans le cas de la psychiatrie, les innovations qui ont marqué le travail des réformateurs ont été très nombreuses entre la fin des années 1940 et les années 1970. Elles vont des techniques de choc aux chimiothérapies, des psychothérapies et des techniques de relaxation aux diverses méthodes de rééducation. Ce sont aussi des innovations organisationnelles, des hôpitaux de jour aux dispositifs de travail en réseau. L'analyse des entreprises réformatrices oblige toutefois à resituer le travail sur les innovations dans une dynamique plus complexe que ne l'a souvent fait la sociologie des techniques et des innovations. Celle-ci a insisté sur le fait que les techniques étaient chargées de valeurs, qu'elles pouvaient incarner des identités collectives, être porteuse de projets de société et contribuer à construire des politiques¹. A l'inverse, les évolutions globales de la société s'incarnent également dans l'émergence de nouvelles techniques ou de nouveaux dispositifs. Le cas des essais contrôlés analysé par Marks en est un bon exemple². Ils correspondent en effet à un dispositif technique, le double aveugle, en même temps qu'à une vision de la médecine fondée sur la science et l'expérimentation scientifique, et non pas sur l'expérience personnelle acquise à travers la clinique. De même proposer une réorganisation de l'hôpital psychiatrique engage à des titres divers la conception que l'on se fait de son rôle et de sa fonction dans la société, ainsi qu'une série de considération d'ordre pratique et technique. L'innovation peut prendre la forme de normes, de dispositifs ou de techniques, qui peuvent être à la limite les techniques de soi analysées par Foucault³.

Toutes les innovations ne correspondent pas nécessairement à des objets nouveaux. Un certain nombre d'innovations sont des redécouvertes. L'émergence du mouvement réformateur en psychiatrie en 1945 est ainsi allée de pair avec la volonté de retrouver le sens originel de la psychiatrie, de relire les fondateurs de la psychiatrie, Pinel et Esquirol, et de s'inspirer de leur conception de l'institution psychiatrique pour développer une « psychothérapie collective ». Celle-ci aurait paru terriblement

¹ Cf. en particulier le travail de Gabrielle Hecht sur la manière dont le nucléaire a incorporé, d'une certaine manière, l'identité de la France dans les années 1960 : Hecht, G., *Le rayonnement de la France. Energie nucléaire et identité nationale après la Seconde Guerre mondiale*, Paris, La découverte, 2004 [1998].

² Marks, *La médecine des preuves*, op. cit.

³ Foucault, M., *Le souci de soi. Histoire de la sexualité. 3*, Paris, Gallimard, 1984.

rétrograde à la génération immédiatement précédente. L'élément clef est alors la capacité des réformateurs à redonner un sens à ces objets ou ces techniques, parvenant à en montrer l'intérêt ou le potentiel pour la psychiatrie tel qu'ils la conçoivent.

De façon plus générale, ces remarques permettent de souligner l'importance des savoirs, et plus largement de la dimension matérielle de la psychiatrie pour comprendre ses transformations¹. Il faut analyser les discours produits sur la maladie mentale et ses traitements pour comprendre la manière dont les psychiatres interviennent sur la scène publique et les choix politiques qu'ils peuvent être amenés à faire. Il faut analyser les dispositifs pour saisir la manière dont les acteurs ont pu s'en saisir pour les transformer. Cette idée qui peut paraître banale dans d'autres mondes sociaux apparaît moins évident à propos d'une « médecine de l'esprit », dont on oublie trop souvent qu'elle passe avant tout par un maniement des corps. Les psychiatres ont du reste toujours dû prendre en charge la santé physique de leurs patients. Plus largement, les hôpitaux psychiatriques reposent sur un travail de l'espace, qui ne se limite pas à sa dimension de contrainte. Il faut aménager des salles pour développer certaines techniques, mettre en œuvre des dispositifs, isoler certaines populations.

Les temps du processus réformateur

Le problème du temps est une dimension importante du processus réformateur. L'engagement réformateur entraîne un rapport nouveau au temps. Les entreprises réformatrices introduisent une rupture dans l'ordre des choses. Elles remettent en cause un certain nombre de routines du monde. En s'attaquant aux institutions, elles s'attaquent également aux attentes qui leur sont attachées. D'une certaine manière, ce rapport modifié au temps peut se lire dans les carrières mêmes des réformateurs. Un certain nombre des psychiatres réformateurs ont ainsi eu des carrières atypiques, qu'elles aient été l'un des éléments à l'origine de leur engagement par l'expérience atypique qu'elle leur ont permis de constituer, ou à l'inverse qu'ils les aient recherchées pour mener à bien leur entreprise. Un certain nombre des jeunes psychiatres ou de leurs élèves sont ainsi passés par des détachements auprès d'administrations locales où ils ont pu s'engager pour réorganiser le dispositif psychiatrique, d'autres ont quitté le service

¹ Pickstone, J. V., "Objects and objectives: Notes on the material cultures of medicine", in G. Lawrence (dir.), *Technologies of modern medicine*, London, Science Museum, 1994, pp. 13-24.

public pour mettre en place des structures privées, sous la forme d'associations qui leur ont permis de développer des dispositifs innovants, comme dans le cas des premières expériences de psychiatrie de secteur dans le courant des années 1960.

Les réformateurs vivent une expérience plus intense du présent. Leurs services sont des endroits exceptionnels marqués par l'intensification des rapports sociaux, un surengagement des réformateurs eux-mêmes et des professionnels qui les assistent. Ces entreprises proposent à leurs employés, et éventuellement à leurs clients, un mode de vie excitant. Elles paraissent correspondre à une accélération de l'histoire. Elles sont également marquées par une forme d'incertitude dans un contexte de nouveauté radicale. Elles imposent ainsi que l'on s'y engage totalement, sous peine de les faire échouer. A terme, avoir participé à cette expérience marque de manière irréversible les carrières des acteurs. A l'inverse, les réformateurs développent également un rapport particulier à l'histoire. Je l'ai souligné, le développement des entreprises réformatrices repose sur un travail d'inscription de l'entreprise dans une histoire qu'ils font leur. Les réformateurs se découvrent des précurseurs, ils réévaluent l'apport de certaines figures méconnues de l'histoire, ils en dévaluent d'autres qui apparaissaient plus centrales avant leur arrivée. Si ce travail de réécriture de l'histoire correspond à une manière d'identifier et de légitimer leur entreprise, il permet également de donner un sens à ce qui arrive en constituant des schèmes d'interprétation du présent. Il permet aux acteurs d'assurer la continuité de leur entreprise par delà les éventuels inflexions qu'ils peuvent être amenés à leur donner¹.

Les processus réformateurs sont des processus long, souvent tortueux. Je l'ai souligné, une dimension du travail d'analyse consiste à identifier les pauses, les moments d'ouverture, les tournants. Un mouvement de réforme peut être pris immédiatement au sérieux par un grand nombre d'acteurs qui décident de s'engager derrière lui, ou bien il peut se passer un temps plus ou moins long avant que les choses ne se décident à bouger. On le verra, après une première phase de lancement de leur entreprise à la Libération les jeunes psychiatres devront ensuite traverser une période où ils auront l'impression de ne pas avancer, voire même de voir la situation de la psychiatrie reculer dans le courant des années 1950. D'un autre côté certains engagements pris à des moments clefs contraignent à long terme l'action réformatrice.

¹ Maines, D. et al., "The sociological import of G.H.Mead's theory of the past", *American sociological review*, 48, n° 2, 1983, pp. 161-173.

Le choix de développer certains instruments ou dispositifs, d'organiser de telle ou telle manière une administration ou une structure créent des conventions qui s'imposent ensuite aux acteurs. Les transformations de l'administration centrale de la santé dans le courant des années 1950 et 1960 ont joué un rôle clef dans l'évolution du secteur psychiatrique à partir des années 1970 en imposant des manières de poser le problème. Cette manière de poser le problème de la temporalité fait ainsi entrer le raisonnement dans des logiques cumulatives et incrémentales. Le changement vient le plus souvent de l'addition de petits engagements plutôt que de remises en cause soudaines et profondes ou de révolutions. A l'inverse les décisions participent de la constitution de situation nouvelle, ouvrant sur des choix qui ne se posaient pas auparavant. Un certain nombre des engagements pris peuvent être contingents dans un premier temps, avant de révéler leur potentiel dans un second temps. Les entrepreneurs de réforme doivent constituer leur projet avec ce qui est disponible au moment où ils sont actifs. Ils doivent donner un sens à ce qui arrive pour pouvoir l'intégrer à leur programme. Les choix sont en fin de compte déterminés par les contraintes du travail d'agrégation des acteurs et des nécessités de ce travail de rassemblement.

Une des difficultés des entreprises réformatrices tient par ailleurs aux temporalités différentes des différents mondes que les réformateurs font se croiser. Chaque partenaire apporte son propre rapport au temps, qui contraint leur action, et par là l'ensemble du traitement du problème. Dans le cas d'une structure comme l'hôpital psychiatrique, la longueur des procédures administratives et techniques est une dimension à prendre en compte pour tout projet de construction d'un nouvel établissement. Construire ou simplement rénover un hôpital nécessite de mettre d'accord de nombreux partenaires. Les programmes de construction décidés au lendemain de la guerre n'ont réellement abouti que deux décennies plus tard, à un moment où les conceptions qui guidaient leurs initiatives commençaient à être abandonnées par les acteurs de la psychiatrie. De façon plus générale, cela explique que l'analyse nécessitera de fréquents retours en arrière, pour reconstituer pratiquement des trajectoires parallèles qui se croisent dans le décours de la trajectoire globale de la réforme. Cette approche des événements réformateurs conduit à développer une chronologie sans doute différente de celle qu'adopte généralement l'analyse des processus de réforme. Ce type d'analyse s'arrête en effet souvent au moment où une

réforme est sanctionnée par la promulgation d'un texte législatif ou éventuellement réglementaire, marquant ainsi le succès du mouvement. Lorsqu'elle poursuit l'analyse, c'est pour se demander quel sera le destin du texte, s'il aboutira à l'effet escompté par les réformateurs ou si au contraire la réforme sera noyée au moment de son application en raison des intérêts contradictoires. Au contraire, il faut éviter de se laisser guider par l'agenda d'un acteur, celui-ci fût-il l'Etat. Il s'agit de constituer la trajectoire du mouvement réformateur dans ses aléas, s'efforcer de comprendre ce qu'il devient à chaque instant, comprendre comment il peut être relancé, réorienté par la survenue de l'événement.

Les entreprises réformatrices sont de lourdes machineries qui risquent toujours de retomber dans la routine. Les acquis des réformateurs ne sont plus remis en question. La période d'enchantement cesse, la déception pointe. Une forme de retrait pour les psychiatres dans les années 1970 a été de se détourner de la pratique de secteur pour se contenter d'une pratique de cabinet. Une seconde modalité possible d'épuisement des entreprises réformatrices est par ailleurs la perte de vue des objectifs initiaux. Les acteurs désespèrent de changer les choses. L'entreprise se referme sur elle-même et perd sa signification pour les personnes extérieures. Le mouvement s'éteint de lui-même.

On le voit, au-delà de l'histoire de l'hôpital psychiatrique, j'ai cherché à situer ce travail dans le cadre d'une interrogation plus générale sur les transformations de la médecine dans le courant du vingtième siècle, en restituant à la fois leur significations et les processus sur lesquels elles reposaient. En m'attachant à décrire les manières dont a émergé et a été posé le problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques je cherche également à comprendre les enjeux politiques, sociaux et moraux qui ont rendu possible les différents cadrages du problème jusqu'à faire de l'hôpital psychiatrique un enjeu central pour la psychiatrie française dans le courant des années 1960. Les principaux outils de la recherche ainsi définis, on peut maintenant entreprendre l'analyse de l'émergence et des transformations du problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques à partir des débuts de la Troisième République.

CHAPITRE 1. UN DROIT EN DÉBAT. LA RÉFORME DE L'ASSISTANCE PSYCHIATRIQUE DES DÉBUTS DE LA TROISIÈME RÉPUBLIQUE À LA LIBÉRATION

Le débat sur la réforme de l'hôpital psychiatrique coïncide à son origine avec les débuts de la Troisième République. Il correspond à une remise en cause de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, et, spécifiquement, à une réévaluation de l'internement en tant que mode de prise en charge de l'aliénation mentale. Le premier projet discuté au Parlement est déposé dès 1872 à la jeune Chambre des députés. Le dernier sera voté par la Chambre et transmis au Sénat à la veille du déclenchement de la Seconde Guerre mondiale, en mars 1939. Entre-temps, la loi de 1838 aura suscité un débat de longue haleine, marqué par une série de projets et de nombreuses déclarations d'intention, par des avancées et des atermoiements. Au-delà du débat parlementaire, toutefois, la discussion sur la réforme de la loi de 1838 s'est également nourrie du travail réalisé au sein d'un vaste ensemble d'instances professionnelles, politiques ou administratives. Tout au long de la période, les problèmes que pose la loi de 1838 ont ainsi passionné le personnel politique, l'opinion publique et les spécialistes de médecine mentale. Les affaires d'internements arbitraires de la fin du Second Empire et du début de la République, la propagande réalisée par les entrepreneurs du mouvement d'hygiène mentale dans la seconde partie du régime ont chacune en leur temps rempli les

seconde partie du régime ont chacune en leur temps rempli les journaux. Les professionnels ont été à l'origine de nombreuses initiatives qui ont joué un rôle clef pour la formulation d'un certain nombre de questions. Un grand nombre de notables se sont engagés à leur côté pour faire aboutir leurs projets.

Si ces débats n'ont pas abouti sous la forme d'un nouveau texte législatif, il ne faut pas en conclure qu'ils aient été vains. Au contraire, je voudrais souligner dans ce chapitre le rôle clef qu'ils ont pu jouer pour constituer un problème, dont la trajectoire se poursuivra après la Seconde Guerre mondiale. L'historiographie des réformes de la loi de 1838¹ est restée jusqu'à aujourd'hui marquée à la fois par l'historiographie professionnelle et par les courants critiques d'histoire de la psychiatrie développés depuis les années 1970 – les deux approches se rejoignant du reste le plus souvent pour faire du problème du statut juridique des aliénés l'enjeu de la réforme². Selon celles-ci, les projets défendus tout au long de la Troisième République auraient ainsi eu pour objectif essentiel – et jamais atteint – de limiter le rôle des médecins dans la procédure de l'internement, en augmentant leur contrôle : en complétant le contrôle administratif par un contrôle judiciaire, en renforçant de manière générale l'intensité des contrôles. Si ce souci est effectivement présent dans la plupart des discussions autour de la réforme de l'assistance psychiatrique, il me semble que c'est occulter une partie essentielle des débats et des motivations des réformateurs que de les y réduire. On le verra, une dimension importante du débat sur la réforme de la loi de 1838 ne prend sens que si on situe celui-ci dans le contexte des discussions sur l'assistance publique, et, plus

¹ La question de la réforme de la loi de 1838 n'a à ma connaissance suscité jusqu'à présent aucun travail d'ensemble. On trouvera des analyses partielles dans Castel, R., *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Ed. de Minuit, 1976 ; Dowbiggin, I., *La folie héréditaire. Ou comment la psychiatrie française s'est constituée en un corps de savoir et de pouvoir dans la seconde moitié du XIX^e siècle*, Paris, EPEL, 1993 ; Fauvel, A., *Témoins aliénés et "nouvelles Bastille". Une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800-1914)*, Thèse d'histoire, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2005 ; Goldstein, J., *Consoler et classifier. L'essor de la psychiatrie française*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1997 [1987] ; Nye, R. A., *Crime, madness, & politics in modern France: the medical concept of national decline*, Princeton, N.J., Princeton University Press, 1984 ; Thomas, G. M., "Open psychiatric services in interwar France", *History of Psychiatry*, 15, n° 2, 2004, pp. 131-153 ; Wojciechowski, J.-B., *Hygiène mentale et hygiène sociale: contribution à l'histoire de l'hygiénisme. Tome II. La ligue d'hygiène et de prophylaxie mentales et l'action du docteur Edouard Toulouse (1865-1947) au cours de l'entre-deux-guerres*, Paris, L'Harmattan, 1997.

² Ainsi de Robert Castel, par exemple, lorsqu'il caractérise par leur « juridisme » l'ensemble des projets de réforme de la loi élaborés au cours de la Troisième République, projets qu'il juge au demeurant inutile de regarder de près : « il s'agit, écrit-il, à travers des variantes techniques de refaire du pouvoir judiciaire un partenaire actif dans le processus de sélection » des malades à l'entrée à l'asile. Castel, *L'ordre psychiatrique*, *op. cit.*, p. 269.

généralement, de la construction d'un Etat social¹ sous la Troisième République. De ce point de vue, j'ai tiré profit des travaux qui se sont développés depuis une trentaine d'années à partir des travaux pionniers de Henri Hatzfeld sur l'histoire du « social »².

Plus précisément, c'est la tension entre ces deux questions, celle de la réforme d'un statut juridique et celle de la création d'une manière nouvelle de produire des soins psychiatriques dans le cadre nouveau de l'Etat social, qui marque la dynamique du débat. L'enjeu, profondément, en a été la possibilité pour les aliénistes de développer des formes d'intervention dans des dispositifs en marge de la loi de 1838, qui permettent de suspendre l'intervention du droit dans l'organisation de l'assistance aux malades mentaux. En ce sens, ce sont les rapports de la médecine au droit, la possibilité pour la médecine de dire le droit ou la nécessité pour elle d'être limitée par le droit, qui sont l'enjeu crucial du débat. Si la question de la réforme de l'assistance psychiatrique fait problème de manière aussi permanente et durable tout au long de la Troisième République et jusqu'à la Libération, c'est en raison de contradictions et de tensions profondes, dont je soutiendrai qu'elles sont internes à la médecine, et qu'elles reposent sur une ligne de fracture mobile, mais dont on peut suivre l'émergence puis l'évolution jusque dans les années d'après-guerre.

J'examine dans ce chapitre l'émergence, la constitution et les évolutions de ce débat entre la fin du XIX^e siècle et la fin de la Seconde Guerre mondiale. L'analyse se fera en trois temps. Le premier examinera l'émergence du problème de la réforme de la loi de 1838 à la fin du Second Empire, et situera les principales propositions qui traversent le débat jusqu'à la Première Guerre mondiale. J'y analyserai, en particulier, l'ensemble des conditions sociales, politiques et intellectuelles qui l'ont rendu possible : du côté du monde politique, l'organisation d'un milieu réformateur a constitué un milieu de culture où un certain nombre de questions sur l'assistance psychiatrique ont pu être soulevées ; du côté des professionnels, le débat s'est nourri d'une évolution des manières de penser un aspect clef de la maladie mentale, la chronicité. Dans un deuxième temps, j'analyserai la manière dont le débat évolue dans l'entre-deux guerres sous l'effet de l'irruption du mouvement d'hygiène mentale d'Edouard Toulouse. Un troisième et dernier temps examinera les débats de la Libération. Il s'efforcera de comprendre les conditions de l'émergence du groupe des « jeunes psychiatres » et les

¹ Expression que j'emprunte à Castel, R., *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard, 1995.

² Hatzfeld, H., *Du paupérisme à la sécurité sociale*, Paris, Armand Colin, 1971.

déplacements qu'ils ont fait subir au débat. Pour écrire ce chapitre, et plus particulièrement les deux premières sections, je me suis appuyé le plus souvent possible sur les travaux, parfois nombreux, d'histoire de la psychiatrie qui concernent la période. Pour des raisons que j'ai en partie évoquées, mais également parce que je posais souvent d'autres questions à leur matériau que les historiens, j'ai toutefois été amené à développer des interprétations alternatives ou nouvelles. Pour cela, j'ai également consulté un certain nombre de sources primaires : j'ai entrepris la lecture systématique des travaux des parlementaires, de ceux du Conseil supérieur de l'assistance publique, ainsi que des commentaires qu'ils ont suscités chez les spécialistes des maladies mentales de 1870 à la guerre. Enfin, j'ai dépouillé les principales revues savantes et professionnelles de l'époque, en me limitant toutefois aux articles traitant directement des problèmes de réforme de l'assistance psychiatrique.

1. Naissance d'un problème. La mise en question de l'internement dans les premières années de la Troisième République

1.1. Le malade mental, l'aliéniste et le droit

Que doit contenir un droit à l'assistance psychiatrique ? Comment doit être appliqué ce droit ? Quel doit être le rôle de la médecine dans la mise en œuvre de ce droit ? C'est autour de ces questions que s'est posé le problème de la réforme de l'assistance psychiatrique à partir des années 1870. Comment comprendre ces interrogations ? La sociologie et l'histoire de la médecine ont généralement eu tendance à ne pas prêter attention au détail des relations entre médecine et droit, voire à ne pas s'y intéresser du tout. Symptomatiques, de ce point de vue, les approches en termes de « médicalisation » développées dans les années 1970 affirmaient qu'en prenant à son compte la définition et le traitement de la déviance, la médecine se substituait simplement au droit ou à la morale dans l'exercice d'un contrôle social. La psychiatrie a donné de bons exemples de ces analyses. Robert Castel s'est ainsi attaché à montrer que la création du dispositif de la loi de 1838 reposait sur un « déplacement » du pouvoir :

dans ce régime, la médecine mentale se substitue à l'autorité judiciaire pour prononcer la séquestration d'un malade ; le pouvoir est « déplacé » entre les mains des aliénistes¹. Cette critique revenait ainsi à dire que le psychiatre dit le droit à la place de la justice, dans une situation de faux-semblant : sous couvert de bienveillance et d'assistance, s'installe en réalité un dispositif de contrôle social plus subtil.

L'analyse de Robert Castel est brillante, et elle éclaire bien les circonstances de l'élaboration de la loi sur les aliénés, les intentions des libéraux « doctrinaires » à l'origine de son vote et l'alliance qu'ils parvinrent à créer avec les médecins de l'époque². L'interprétation en termes de médicalisation a tendance, toutefois, à écraser la situation et empêche de comprendre le fonctionnement d'un dispositif complexe comme celui de la loi de 1838. En affirmant que celui-ci reproduit une structure de pouvoir ancien, que les certificats d'internement sont des analogues des lettres de cachet³, Robert Castel perd de vue la situation nouvelle que crée la loi de 1838, à la fois pour la médecine, pour les malades et pour les acteurs du droit, et les prises qu'elle comporte pour les uns et les autres. En particulier, son analyse ne permet pas de comprendre ce qui, à la fin du siècle, a pu faire problème dans le dispositif, ce qui a poussé à le réformer, et ce que proposaient de changer les réformateurs. Après tout, pourquoi ce besoin de « subtilité » dans l'exercice du pouvoir ? Comprendre précisément les conditions dans lesquelles le dispositif de la loi de 1838 a été remis en question et, dans le même temps, comment ont été élaborés des projets de réforme, nécessite ainsi pour commencer de développer ce que l'on pourrait appeler une pragmatique du droit. On peut en ce sens souligner quelques dimensions de la manière dont la loi de 1838 a pu être utilisée dans le courant du XIX^e siècle. Pour cela il est utile de revenir plus en détail sur son dispositif lui-même.

Comme je l'ai rappelé dans l'introduction, la loi de 1838 créait un organisme d'assistance publique, le premier en France, en subordonnant l'assistance psychiatrique à une mesure de séquestration à l'asile. Dans ce dispositif, l'internement était prononcé par l'autorité administrative sur présentation d'une demande et d'un certificat médical : dans le cas du placement volontaire, la demande venait d'un proche du malade ; dans le

¹ Castel, *L'ordre psychiatrique*, *op. cit.*, p. 202 sq.

² *Ibid.* Cf. aussi Goldstein, *Consoler et classier*, *op. cit.*

³ « Concrètement, il s'agit [avec la loi de 1838] d'accepter ou de récuser un nouveau type d'internement administratif, forme moderne, mais plus subtile de la lettre de cachet » Castel, *L'ordre psychiatrique*, p. 200.

cas du placement d'office, en principe à l'encontre des personnes posant un trouble à l'ordre public, elle était le fait de l'autorité de police, soit le préfet, et le placement était également soumis à un contrôle plus strict, limitant par exemple la capacité d'initiative du médecin pour déclarer la sortie. La lecture la plus immédiate de la procédure est que l'internement constituait une situation d'expertise : on peut analyser un dispositif d'expertise comme une situation où un diagnostic médical est à l'origine d'une mesure administrative ou judiciaire – ou encore, plus généralement, comme une situation où une décision prise par un technicien dépasse le cadre privé de la relation contractuelle qui le lie à un client et s'impose également à un public : ici, un diagnostic provoque une mesure de police administrative. La loi de 1838 n'introduisait certes pas la figure de l'expert. L'article 64 du Code pénal, promulgué en 1810, mais qui sur ce point reprenait des pratiques anciennes, reconnaissait de fait aux médecins un pouvoir dans la décision judiciaire, en imposant l'annulation de toute procédure concernant des actes délictueux ou criminels commis par une personne en état de démence¹. Dès la fin de l'Ancien Régime, la gestion des épidémies avait également placé les médecins dans une situation de conseil auprès des autorités municipales, dont les décisions pouvaient conduire à des mesures de quarantaine ou de confinement.

Le dispositif de la loi de 1838 comportait toutefois un certain nombre de spécificités en comparaison de ces dispositifs. Trois d'entre elles me paraissent particulièrement importantes à souligner ici. La première est que, au contraire de la quarantaine dans le cas des épidémies, l'internement n'était pas une mesure exceptionnelle. Dans le courant du siècle il était en fait rapidement devenu un acte fréquent, dont témoigna l'accroissement rapide de la population des asiles. Les malades internés dans les asiles sont passés d'une dizaine de milliers dans le courant des années 1830 et 1840 à plus de 70 000 au début du XX^e siècle². Ces chiffres ont ainsi donné une base concrète à l'accusation selon laquelle les aliénistes disposaient d'un pouvoir exorbitant : dans la deuxième moitié du XIX^e siècle, ceux-ci passaient couramment pour voir la folie partout, et leur propension supposée à interner sans retenue était devenue un thème courant de leur critique, qu'elle soit satirique ou parfois également sérieuse³. La

¹ Sur la logique propre de l'expertise judiciaire, cf. Foucault, M., *Les anormaux. Cours au Collège de France. 1974-1975*, Paris, Gallimard-Le Seuil, 1999.

² Raynier, J. et H. Beaudouin, *L'aliéné et les asiles d'aliénés*, Paris, Librairie le François, 1930, p. 47.

³ Thème exploré notamment par la célèbre nouvelle de Machado de Assis, *L'aliéniste*, paru en 1881.

deuxième spécificité du dispositif est que, contrairement à celui de l'article 64 du Code pénal, les médecins étaient également responsables de l'application de la mesure : l'asile était bien, malgré tout, un établissement médical, dont le service était assuré par des personnels médicaux, et dont la direction administrative était même souvent confiée à un médecin. C'étaient également les médecins-chefs des asiles qui avaient l'initiative de la décision de sortie de leurs pensionnaires : en principe les sorties se faisaient sur constatation de la guérison du patient – et si n'importe qui pouvait demander la sortie d'un proche interné dans le cas de la procédure du placement volontaire, le médecin pouvait également s'y opposer en provoquant la transformation du placement en placement d'office, sous le contrôle de l'autorité préfectorale. De manière significative, les évasions d'asiles n'étaient pas non plus sanctionnées comme pouvait l'être une évasion de prison : si un évadé n'était pas repris au bout de quelques jours, il était simplement consigné comme sorti et les recherches étaient abandonnées. Troisième spécificité de l'internement, enfin, qui le démarque cette fois d'une mesure d'obligation de soins, les médecins jouaient également un rôle crucial dans l'initiation de la mesure . C'était dans le cadre d'une consultation médicale que la décision d'interner une personne était prise, et nullement au cours d'une procédure judiciaire. Ainsi, si l'internement était bien une mesure d'obligation de soin, il l'était dans un cadre déjà médical.

De manière plus générale, ces trois éléments permettent de préciser le type de relation que créait le dispositif entre médecine mentale et droit, et la prise qu'il a donné pour ouvrir le problème de sa réforme. Plutôt que d'être dicté par lui, le droit redoublait en effet l'exercice du jugement médical. Il lui donnait une épaisseur supplémentaire. A la limite, un placement volontaire, dans la situation typique où l'internement était décidé conjointement par un médecin et un membre de la famille du patient, était une hospitalisation déclarée à l'autorité administrative, et placée dès lors sous son autorité. Davantage peut-être qu'un surplomb du droit par la médecine, la procédure créait ainsi fondamentalement un mode d'exercice de la médecine sous le regard de l'Etat.

Dès lors, ce sont deux séries de problèmes cruciaux qui ont surgi au moment où a pu être posée la question de sa réforme : ceux de l'autonomie du droit et de la médecine mentale ; et ceux du contenu du droit et du statut du malade mental. C'est de ces deux côtés à la fois qu'à la fin du XIX^e siècle est venue la volonté de réformer en

profondeur le dispositif de la loi de 1838. Deux transformations importantes ont été les principales forces qui ont permis d'ouvrir ce débat sur le fond : d'une part, la possibilité de repenser le droit sur lequel appuyer l'assistance aux malades mentaux au moment de la constitution d'un Etat social ; d'autre part, la revendication par la médecine mentale d'un pouvoir nouveau, justifiant son autonomie à l'égard du droit. A côté de ces deux transformations internes à la médecine et au droit, un troisième élément a toutefois joué un rôle conjoncturel important pour l'agenda des débats, les vagues de critiques dont, régulièrement à partir des années 1860, les asiles et leurs médecins ont été l'objet, souvent à l'occasion d'affaires – internement arbitraire, mauvais traitement ou abus de pouvoir des personnels des asiles – auxquelles l'essor d'une presse d'opinion donnait un écho nouveau¹.

Ces différents éléments permettent de comprendre de façon plus générale la dynamique du débat tout au long de la Troisième République. Dès la fin des années 1870, celui-ci se structure sous la forme d'une réflexion approfondie mobilisant à la fois des aliénistes, des notables, des administrateurs et des élus, et dont l'un des moteurs est le rythme des examens et des votes à la Chambre et au Sénat du projet de révision de la loi de 1838. De 1880 aux années 1930, c'est pour l'essentiel un seul projet qui est soumis à la discussion, faisant la navette entre les différentes instances du débat. Le premier projet est ainsi déposé en 1870 par Léon Gambetta, à l'issue d'une longue campagne engagée contre la médecine mentale, les asiles et les aliénistes tout au long des années 1860 par les milieux républicains². Le projet n'aboutit pas, mais deux commissions sont mises en place en octobre suivant, après la chute de l'Empire, comprenant des aliénistes, pour étudier au problème. Elles s'inscrivent dans la suite de

¹ Aude Fauvel a analysé en profondeur les ressorts de ces vagues de critique dont les asiles ont été l'objet au cours du troisième tiers du XIX^e siècle, en restituant un certain nombre d'affaires et en prêtant attention à la sémantique des textes. Son travail, pour fouillé qu'il soit, ne permet toutefois pas toujours de se faire une idée très claire des dynamiques sociales à l'œuvre derrière les différents épisodes critiques qu'elle examine, et son utilisation de la catégorie un peu massive d'« antialiénisme » tend à aplatir un ensemble de situations qui paraissent bien plus diverses qu'elle ne le suggère. Fauvel, *Témoins aliénés et "nouvelles Bastille"*, *op. cit.* On trouvera d'autres analyses de ces épisodes dans : Castel, *L'ordre psychiatrique*, *op. cit.* ; Dowbiggin, *La folie héréditaire*, *op. cit.* ; Goldstein, *Consoler et classifier*, *op. cit.* Par ailleurs, sans minimiser la virulence de ces campagnes, ni le désarroi dans lequel elles ont pu parfois plonger les médecins, et tout en soulignant le rôle qu'elles ont pu jouer à certains moments clés pour mettre ou remettre sur l'agenda du Parlement la question de la réforme de la loi de 1838, j'insiste sur le fait que le débat parlementaire est bien loin de s'être résumé à une réaction face à elles, mais s'est construit dans la durée. Notons au passage qu'après 1945, ce seront à nouveau des affaires du type de celles des années 1860 qui seront les seules occasions de relancer le processus législatif en psychiatrie, dans le courant des années 1960 et 1970.

² Goldstein, J., *Consoler et classifier*, *op. cit.*

plusieurs commissions formées tout au long des années 1860. La proposition de Gambetta est reprise en décembre 1872, par un groupe mené par le député républicain Théophile Roussel. Déposé à la Chambre, le projet est « pris en considération sans discussion » et une commission est mise en place pour l'examiner, mais il tombe cette fois dans l'oubli. La création, en 1881, à l'initiative du ministre de l'Intérieur, d'une commission extraparlamentaire l'en sort. Placée sous la présidence du ministre, elle fait suite à une affaire suscitée par le meurtre d'un patient à l'asile de Clermont¹. En novembre 1882, le ministre dépose au Sénat un avant-projet s'appuyant sur les conclusions de cette commission. En mai 1884, Théophile Roussel, devenu sénateur, dépose son rapport. Celui-ci représente un travail considérable, s'appuyant sur une enquête approfondie dans les asiles français, mais également à l'étranger. Le projet est voté par le Sénat en 1886-1887 à l'issue d'une longue discussion de 17 séances, et il est transmis à la Chambre des députés, où son examen est interrompu par la fin de la législature. Il est dans le même temps soumis à une instance consultative, le Conseil supérieur de l'assistance publique. A partir de 1889 et jusqu'au milieu des années 1900, le projet est repris par plusieurs députés, mais il n'est plus soutenu par le gouvernement et ne parvient pas à la discussion. C'est une affaire d'internement arbitraire qui conduit à le réveiller en 1907, et à l'organisation d'un vote à la Chambre². Ces nouveaux développements suscitent d'importantes réactions parmi les aliénistes³. Transmis au Sénat, le projet suscite un premier rapport en 1911, puis un second, en 1913, signé du sénateur radical Paul Strauss. Alors qu'il est soumis à la discussion, une controverse sur le sens de l'une de ses innovations, sur laquelle je reviendrai plus loin, empêche toutefois d'aboutir à un vote. Le projet de Paul Strauss s'inscrit ainsi dans le prolongement du premier projet déposé trente ans auparavant, auquel les différentes discussions ont apporté de nombreux ajouts et modifications, mais dont l'architecture d'ensemble est globalement restée la même. C'est également lui qui est le point de départ des principales discussions après la Première Guerre mondiale, même si, comme on le verra, les années 1920 et 1930 verront un certain nombre de propositions plus hétérodoxes être soumises au débat.

¹ Fauvel, A., *Témoins aliénés et "nouvelles Bastille"*, op. cit., pp. 246 sq.

² Selon ce que raconte un protagoniste, Marcel Briand in Conseil supérieur de l'assistance publique, *Fascicule n° 120. Deuxième session ordinaire de 1922*, Melun, Imprimerie administrative, 1922.

³ Entre autres, la Société médico-psychologique a nommé dans sa séance du 29 avril 1907 une commission chargée d'examiner le projet.

Le travail sur l'assistance aux aliénés a ainsi relevé tout au long de la Troisième République d'un processus cumulatif, les avancées réalisées étant peu remises en cause une fois adoptées par une instance ou une autre, les solutions proposées s'ajoutant les unes aux autres. Une conséquence importante en a été la tendance à la croissance du projet qui au fil du temps a tendu à se charger d'une masse disparate de problèmes, susceptibles de susciter des mobilisations politiques variées et, précisément pour cette raison, rendant difficile l'avancée des discussions. Le problème de la laïcisation des asiles, discuté par Jan Goldstein, qui marque un coup d'arrêt à l'adoption par la Chambre des députés du projet en 1890, est un exemple significatif¹. A la fin des années 1930, on le verra, ce sont ces difficultés qui pousseront le gouvernement à engager d'autres moyens pour parvenir à ses fins. D'un autre côté, l'impossibilité de faire aboutir le débat au Parlement a poussé les protagonistes à découper certains problèmes pour les faire avancer par d'autres voies. Le débat parlementaire s'est ainsi doublé sur toute la période d'initiatives de l'administration centrale, opérant par textes réglementaires, ainsi que d'expériences sur le terrain qui ont parfois joué un rôle important à l'échelle nationale. Dans l'ensemble toutefois les éléments problématiques du projet sont restés les mêmes. Il faut maintenant revenir sur ceux-ci, et d'abord sur les conditions politiques, sociales et intellectuelles qui ont permis d'ouvrir le débat.

1.2. Le contexte d'une mise en question. Réseaux réformateurs et transformations de la psychiatrie

Le problème de l'assistance psychiatrique au sein de la « question sociale »

De nombreux travaux permettent maintenant de comprendre relativement précisément les conditions dans lesquelles la « question sociale » s'est trouvée au cœur

¹ Goldstein, *Consoler et classifier*, op. cit. Selon la loi de 1838 les départements étaient obligés de prévoir l'assistance aux aliénés de leur ressort, mais la loi leur laissait une latitude dans les moyens à mettre en œuvre, en leur offrant notamment l'opportunité de contracter avec des établissements privés – je reviendrai sur ce point dans le chapitre 3. Bourneville introduisit en 1889 dans le projet l'obligation pour les départements de construire des établissements publics. La clause fut conservée dans les projets suivants jusqu'au lendemain de la Première Guerre mondiale, lorsque les finances départementales furent jugées trop exsangues pour qu'on leur impose cette charge supplémentaire.

du projet des Républicains à partir des années 1880¹. On peut les résumer à gros traits. L'enjeu, à l'origine, est politique. A la suite des drames de l'année 1848, se développe une prise de conscience des limites du républicanisme tel qu'il avait été pensé dans les années qui ont suivi la Révolution de 1789 : donner au peuple la souveraineté ne suffit pas pour résoudre les tensions qui traversent le corps national. La République paraît ne pouvoir s'imposer qu'à condition de garantir un minimum de droits sociaux et économiques : c'est le sens de la politique « opportuniste » de la fin des années 1870, qui vise par l'octroi de droits sociaux à garantir les conditions minimales qui assureront l'adhésion des masses au projet républicain. La crise économique des années 1880 et la vague de croissance du paupérisme qui l'accompagne jouent par ailleurs un rôle conjoncturel important. S'élabore dès lors une conception nouvelle du rôle de l'Etat vis-à-vis de la société, qui s'appuie sur l'idée de solidarité nationale développée par Léon Bourgeois et soutenue notamment par la sociologie durkheimienne. Jouant désormais un rôle de régulateur entre les groupes sociaux, l'Etat permet la constitution d'un équilibre social garant en dernière analyse de la stabilité de la société.

Comment s'élabore et se travaille une telle conception de l'Etat ? Les travaux de Christian Topalov aident à saisir dans sa dynamique générale le processus, qui ressortit à une stratégie globale de démantèlement et de réduction de la question sociale². A partir des années 1870, l'élaboration politique de la « question sociale » passe par des entreprises partielles, lancées autour de thèmes circonscrits concernant des catégories de populations précises, qui visent à en faire reconnaître la légitimité. Selon un processus à la fois intellectuel et institutionnel, et sous l'action d'entrepreneurs fortement engagés, qu'ils soient activistes ou professionnels, émergent ainsi de manière plus ou moins coordonnée une série de « problèmes » qui découpent des catégories susceptibles en dernière instance de couvrir l'ensemble de la question sociale. Chômage, logement, natalité, alcoolisme, enfance, santé publique, assurances sociales... apparaissent ainsi comme autant d'enjeux disjoints, dotés de concepts et d'institutions, et susceptibles de déboucher sur une intervention politique. Il se constitue de la sorte un milieu de savants

¹ Bec, C., *Assistance et république: la recherche d'un nouveau contrat social sous la troisième république*, Paris, Les éditions de l'atelier-Les éditions ouvrières, 1994 ; Castel, *Les métamorphoses de la question sociale, op. cit.* ; Donzelot, J., *L'invention du social: essai sur le déclin des passions politiques*, Paris, Editions du Seuil, 1994 ; Topalov, C. (dir.), *Laboratoires du nouveau siècle. La nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France, 1800-1914*, Paris, Ed. de l'EHESS, 1999.

² Topalov (dir.), *Laboratoires du nouveau siècle, op. cit.*

et de professionnels, d'hommes politiques et de bienfaiteurs, qui jouent un rôle de matrice ou de milieu de culture, et donnent corps à une dynamique générale de réforme sociale.

En comparaison de la plupart de ces « problèmes », celui de l'assistance psychiatrique a de toute évidence un certain nombre de spécificités, qui perdureront jusqu'à la Seconde Guerre mondiale. Un point important est le fait qu'il présente, par la force des choses, un degré d'institutionnalisation que n'ont pas, au début de la période en tous les cas, la plupart des autres problèmes sociaux travaillés dans la mouvance réformatrice. Alors qu'il s'agit souvent de créer des institutions, de fonder une profession, d'organiser des dispositifs, ici l'enjeu est, précisément, de réformer des structures existantes. Une autre spécificité est l'implication forte des magistrats dans toute discussion sur l'assistance psychiatrique – la technicité juridique de la question de l'internement est au demeurant l'un des obstacles majeurs rencontré par les réformateurs sociaux quand ils s'intéressent à la question. La sensibilité de l'opinion aux différents scandales qui touchent les asiles sur la période, que j'ai évoquée plus haut, constitue une troisième spécificité du problème. Situer ce dernier au sein de cet ensemble d'initiatives et de débats permet néanmoins de pointer plusieurs éléments clefs de la manière dont il est posé et traité à un niveau politique.

Un premier élément clef est le fait que les problèmes des asiles et le projet de réforme de la loi de 1838 sont travaillés en même temps et en parallèle avec d'autres problèmes. Si le vote de la loi sur les aliénés en 1838 avait été un événement singulier, lié à la situation particulière de la médecine mentale sous la Monarchie Constitutionnelle, cette fois c'est dans un contexte de discussions nombreuses sur la solidarité, l'assistance publique, autant que sur des expériences ou des dispositifs spécifiques, qu'est posé le problème. Cela rend possible des comparaisons, voire des transpositions d'un domaine à l'autre, qui peuvent concerner aussi bien des éléments cognitifs que des techniques médicales ou des points de droit. On le verra, les problèmes que posent la chronicité des affections mentales et la question du financement des établissements psychiatriques sont autant de points sur lesquels les raisonnements élaborés dans d'autres secteurs de l'assistance publique sont susceptibles d'être mobilisés à propos des aliénés – et, inversement, on sait que la législation sur les aliénés servira d'exemple dans la lutte contre la tuberculose après la Première Guerre

mondiale¹. Par ailleurs, le problème de l'assistance psychiatrique peut être également appréhendé au travers d'autres problèmes connexes qui, d'une manière ou d'une autre, passent par l'asile : la question de l'alcoolisme, supposée fournir un contingent important des clientèles des asiles, qui devient dès la fin du XIX^e siècle l'un des principaux « fléaux sociaux » auxquels s'attaquent les réformateurs sociaux ; l'éducation spéciale des idiots ; ou le problème des anormaux sont trois exemples importants.

Un deuxième élément est lié à la dynamique globale des carrières politiques, sociales et professionnelles qui rendent possible des engagements réformateurs. Au Parlement, l'émergence d'individualités susceptibles de relayer les questions concernant l'assistance psychiatrique et de porter les projets de réforme de la loi de 1838 s'inscrit plus généralement dans le cadre de la constitution d'un petit milieu extrêmement stable d'élus engagés sur un petit nombre de problèmes, disposés à acquérir une réelle expertise et fortement engagés sur une période suffisamment longue pour faire aboutir leurs projets². Parmi eux figurent naturellement le groupe des médecins du Parlement dont Jack Ellis a dressé un portrait d'ensemble³, et en particulier parmi eux les aliénistes ou, plus généralement, les spécialistes des maladies mentales. Deux cas significatifs sont le député Fernand Dubief, ancien médecin-directeur d'asiles près de Marseille et de Lyon, et le sénateur Paul Gérente, élu d'Alger où, médecin, il avait été envoyé préparer la création d'un établissement d'aliénés, tous deux rapporteurs à deux moments distincts du projet de réforme de la loi de 1838 devant leur chambre d'appartenance respective. Au-delà des spécialistes, le problème est toutefois susceptible d'intéresser un certain nombre de notables pour qui l'assistance psychiatrique constitue un créneau sur lequel ils peuvent s'engager en même temps que sur d'autres. Théophile Roussel (1816-1903), par exemple, dépose à la Chambre en 1872 la première proposition de réforme de la loi de 1838 discutée sous la Troisième République, avant de rapporter en 1884 au Sénat le projet déposé deux ans auparavant par le gouvernement, et de parvenir à le faire adopter

¹ Cf. Murard, L. et P. Zylberman, *L'hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée: 1870-1918*, France, Fayard, 1996.

² On le sait, l'instabilité, relative au demeurant, des gouvernements de la Troisième République était pour une part compensée par la stabilité des carrières parlementaires : Dogan, M., "La stabilité du personnel parlementaire sous la Troisième République", *Revue Française de Science Politique*, n° 3, 1953, pp. 319-347.

³ Ellis, J. D., *The Physicians-Legislators of France. Medicine and politics in the early Third Republic. 1870-1914*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

en 1887. Figure importante du mouvement républicain – il est élu de la Deuxième République, puis siège en continu au Parlement de 1871 à sa mort, d'abord à la Chambre et, à partir de 1879, au Sénat – il est également l'une des figures phares du mouvement réformateur. Médecin, ancien interne des hôpitaux de Paris, mais également important propriétaire terrien, il s'engage dans de nombreuses œuvres, préside le Conseil supérieur de l'assistance publique à partir de 1888 et participe à l'élaboration de nombreux textes importants dans le domaine social, dont la loi de 1893 sur l'assistance médicale gratuite. Paul Strauss, qui succède à son décès à Roussel à la présidence du Conseil supérieur de l'assistance publique, ancien journaliste, sénateur de la Seine de 1897 à 1936, est dans une position analogue. Engagé sur le problème de l'enfance malheureuse, il est aussi l'un des principaux soutiens du projet de réforme de l'assistance psychiatrique au Sénat, où il porte le projet de 1913 aux années 1930, et au ministère de l'Hygiène, où il fait un bref passage de 1922 à 1924.

Du côté des professionnels, s'engager sur un problème permet de développer une expertise qui aide à faire face à des situations de frustration professionnelle, et éventuellement permet de les compenser. Le groupe des aliénistes a constitué un bon vivier de personnalités disponibles pour ce type de démarche. On peut ainsi souligner le rôle de Valentin Magnan (1835-1916), l'une des figures les plus importantes de la médecine mentale au tournant du XX^e siècle, médecin-chef de l'admission de l'asile Sainte Anne de Paris, membre du Conseil supérieur de l'assistance publique, spécialiste de l'alcoolisme et actif promoteur du *no restraint* dans les asiles¹, mais candidat déçu à la chaire des maladies mentales et de l'encéphale de la faculté de Médecine de Paris lors de sa création en 1893 et, par la suite, resté aux portes de la faculté². Après lui, ses élèves seront un certain nombre à s'engager dans la même démarche, constituant en particulier un noyau important au Conseil supérieur de l'assistance publique – on peut citer les noms d'Auguste Marie, Marcel Briand ou Maurice Legrain.

Le troisième élément est le rôle clef que jouent un certain nombre d'institutions nouvelles dans l'organisation et la structuration du débat. Avec la création et la multiplication des congrès d'assistance publique ou de médecine, et celle de conseils

¹ Sur le no-restraint, cf. *infra*.

² Sur la figure de Magnan et ses relations compliquées avec ses collègues, cf. la discussion de Dowbiggin, I., "Back to the future: Valentin Magnan, French Psychiatry and the classification of mental diseases, 1885-1925", *Social History of Medicine*, 9, n° 2, 1996.

consultatifs divers créés aux côtés d'une administration centrale en plein essor, émergent un certain nombre d'institutions qui sont à la fois des instances produisant des discours normatifs sur les questions de l'assistance et des lieux de rencontre institutionnalisés permettant l'élaboration d'un consensus autour de positions spécifiques. Les Congrès internationaux de médecine mentale, puis, à partir de 1890, le Congrès annuel des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française contribuent ainsi à la mise en forme d'un intérêt des médecins-chefs des asiles qui jouera progressivement un rôle important dans le débat¹. Le Conseil supérieur de l'assistance publique, créé en 1889 pour assister la jeune direction de l'Assistance publique² devient l'un des endroits clés où sont travaillés des principes généraux pour gouverner le vaste champ de l'assistance publique en même temps qu'est élaborée une cartographie d'ensemble du champ, au sein de laquelle s'inscrit la question des asiles³. Le Conseil se saisit dès 1890 du problème de la réforme de la loi de 1838 et élabore à cette occasion son propre projet. Il discutera ensuite à plusieurs reprises de questions relevant de l'assistance psychiatrique, telles que l'assistance aux aliénés convalescents, problème sur lequel on reviendra plus loin, les sociétés de patronage pour aliénés, le problème des aliénés criminels, celui des alcooliques, ou encore l'assistance par le travail des aliénés convalescents. Composé de parlementaires, de représentants de l'administration et de médecins, puis, à partir de 1919, de représentants des œuvres, formant un groupe remarquablement stable sur toute la période, le Conseil jouera un rôle actif jusqu'à la veille de la Seconde Guerre mondiale, avant d'être mis en sommeil.

La structure globale de la nébuleuse réformatrice ouvre ainsi des opportunités à un travail en profondeur sur le problème des asiles. La participation de la médecine mentale à cette euphorie réformatrice est toutefois conditionnée à la possibilité pour elle de développer un projet positif. Ce sont les bases sur lesquelles peut s'appuyer ce projet qu'il faut examiner maintenant.

¹ Sur le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes des pays de langue française, cf. *infra* ch. 4.

² Créée en 1886. Cf. Bec, *Assistance et république*, *op. cit.*.

³ Sur le rôle du Conseil dans l'élaboration de la politique d'assistance publique de la Troisième République, cf. *Ibid.*

Les transformations des représentations en médecine mentale : la chronicité au cœur de l'émergence d'une nouvelle temporalité de la maladie mentale

On a souvent insisté sur le pessimisme qui aurait gagné la médecine mentale dans la seconde moitié du XIX^e siècle. La tendance des spécialistes à souligner la chronicité et l'incurabilité de leurs malades aurait été un signe de l'abandon des ambitions des fondateurs de la discipline¹. Cette évolution s'expliquerait par le succès des modèles organicistes de la folie, qui se seraient substitués à la conception morale de Pinel². Il n'est pas question de discuter ici ce second point, qui paraît par ailleurs relativement hypothétique, voire idéologique³. Toutefois, à rebours de cette interprétation d'ensemble, je voudrais souligner l'importance au sein de la médecine mentale de la fin du XIX^e siècle du sentiment de participer pleinement au progrès général de la société française, et à celui de la médecine en particulier. La période marque en effet pour la médecine mentale la certitude, sinon de disposer d'un pouvoir nouveau, du moins d'avoir réellement fait avancer les savoirs sur la maladie mentale. L'un des éléments importants de ces progrès est la compréhension que les praticiens ont acquis de l'hérédité des maladies mentales dans le cadre qu'a mis en place au milieu du siècle Bénédict-Augustin Morel avec son concept de dégénérescence⁴ – mais, à la fin du XIX^e siècle, c'est le travail réalisé sur la temporalité de la maladie mentale, et en particulier l'identification de la chronicité d'un certain nombre d'affections, qui me paraît jouer un rôle clef pour le débat sur l'assistance psychiatrique. En faisant de la

¹ Castel, *L'ordre psychiatrique*, op. cit.. Castel va jusqu'à parler « d'une sorte de racisme anti-fou » qui se serait répandu en psychiatrie durant cette période.

² *Ibid* ; Swain, G., *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*, Paris, Calmann-Lévy, 1997 [1977].

³ Sur ce second point, l'idée générale est que l'hypothèse de « l'organicité » des maladies mentales en ferait des entités plus profondément ancrées dans la personne et donc induirait une vision déterministe et pessimiste du processus morbide. Il faut noter toutefois que la psychopathologie ne manque pas d'entités, comme les complexes ou les traumatismes infantiles, qui peuvent tout aussi bien justifier l'irréversibilité du processus morbide. De manière générale, Georges Lantéri-Laura souligne que c'est moins l'organicisme en tant qu'hypothèse sur les origines de la maladie mentale que l'utilisation dans la clinique de principes issus de la pathologie générale à un niveau métaphorique qui importe pour comprendre la transformation en cause. Lantéri-Laura, Préface à Dowbiggin, *La folie héréditaire*, op. cit. Cf. aussi Lantéri-Laura, G., *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Paris, Editions du temps, 1998. Par ailleurs, une forme de pessimisme ou, peut-être mieux, de déception ou de désenchantement dans la médecine mentale de la deuxième partie du XIX^e siècle s'expliquerait assez bien par le fait que le projet d'organiser la discipline et ses établissements, lancé avec succès par Pinel et Esquirol au début du siècle, entre alors dans une nouvelle phase de routinisation. On retrouvera ce phénomène plus loin à propos d'autres projets que j'analyserai de plus près, comme la psychothérapie collective, voire le secteur. Cf. *infra* ch. 3 et 5.

⁴ Dowbiggin, *La folie héréditaire*, op. cit. ; Coffin, J.-C., *La transmission de la folie. 1850-1914*, Paris, L'Harmattan, 2003.

chronicité une caractéristique significative, ou, mieux, signifiante, d'un certain nombre de pathologies, les spécialistes consacrent en effet l'essor d'une vision pronostique de la maladie mentale. En identifiant des tableaux pathologiques évolutifs à long terme, ils se donnent en principe les moyens d'une gestion plus rationnelle de la maladie mentale. Profondément, c'est une évolution globale des représentations de la maladie mentale qui s'opère ainsi. On le verra dans la prochaine section, cette évolution joue un rôle clef dans le cadre du débat sur la loi de 1838.

Faire l'histoire des questions de la chronicité, de l'incurabilité et de la guérison en psychiatrie au XIX^e siècle dépasserait de beaucoup le cadre de ce travail, mais il faut donner quelques éléments d'appréciation d'ensemble qui permettront de saisir plus précisément ce qui se joue¹. L'essor de la chronicité à la fin du XIX^e siècle en psychiatrie correspond en fait à une série d'évolutions complexes, que traduisent pour une part les usages terminologiques. A la fin du XIX^e siècle, le terme de « chronique » est en effet utilisé, comme adjectif, de plusieurs manières pour caractériser des entités pathologiques ou des personnes. A partir des années 1870 et 1880, il commence ainsi à être utilisé pour qualifier des entités nosographiques données, comme les « délires chroniques ». A côté de cet usage très contrôlé et enraciné dans la clinique, les médecins pouvaient toutefois parler des folies chroniques en général² pour pointer de façon globale certaines caractéristiques des affections mentales de longue durée par opposition à celles des pathologies aiguës – comme par exemple leur durée, leur marche, voire leur tableau symptomatique. Ce type de raisonnement globalisant, qui tranche par rapport au raffinement des nosographies, traduit pour une part les limites de la clinique psychiatrique de la fin du XIX^e siècle, sur lesquelles je reviendrai plus longuement plus loin. Dans le cas où le terme « chronique » caractérisait des personnes, comme dans « les malades chroniques », ou plus simplement, mais plus violemment également, « les chroniques », il correspondait par ailleurs à des populations internées, posant un certain nombre de problèmes spécifiques. Ces usages sont très révélateurs des différentes dimensions d'un phénomène qui pose à ceux qui y sont confrontés des

¹ Cette histoire serait au demeurant à ma connaissance presque entièrement à constituer, même si les travaux de G. Lantéri-Laura cités plus loin donnent quelques pistes. L'étude pourrait s'appuyer sur le récent travail qu'a consacré J. Szabo à la notion d'incurabilité dans la médecine française au XIX^e siècle, sans toutefois s'être intéressé à la psychiatrie. Szabo, J., *The unbearable darkness of being. Incurable illness in the scientific age*, à paraître.

² Ou des psychopathies, des psychoses, des maladies mentales chroniques, termes globalement équivalents chez les différents auteurs au cours du temps.

questions à la fois scientifiques, médicales, morales et sociales. Pour simplifier le tableau, je propose toutefois, dans un premier temps, de distinguer ce qui ressortit à une logique d'administration médicale et ce qui est plus directement lié à la clinique.

La chronicité dans l'organisation des institutions de prise en charge

Distinguer des malades mentaux aigus et chroniques dans l'organisation des institutions de prise en charge de l'aliénation mentale correspond de fait à une évolution importante de la médecine mentale en France à la fin du XIX^e siècle. De façon très générale, traiter séparément les malades selon le type de soins qu'ils nécessitent est l'un des principes de base de l'administration rationnelle des secours et, comme l'a montré Robert Castel, distinguer les formes d'indigence entre malheureux valides ou temporairement invalides et ce qui ressortit à ce qu'il appelle une « handicapologie » est une constante de l'histoire de longue durée des pratiques de charité ou d'assistance dans l'occident¹. Du point de vue des services d'assistance, mieux vaut concentrer les moyens sur des malades qui ont des chances d'en tirer profit que sur des malades incurables qui, de toute façon, mourront sans jamais pouvoir retrouver un rôle social. A Paris, la réforme des hôpitaux entreprise sous la Révolution aboutit ainsi à écarter des hôpitaux incurables, infirmes et vieillards, qui sont pris en charge dans les sections hospices de certains établissements, comme la Salpêtrière ou Bicêtre². La distinction prend une portée plus générale encore à la fin du XIX^e siècle avec le vote des deux lois de 1893 et de 1905, qui instituent deux dispositifs distincts encadrant le financement par la solidarité nationale de la prise en charge des deux catégories³.

Dire d'un malade qu'il est curable ou incurable est un pari sur l'avenir. Au niveau des interactions entre un malade, ses proches et le médecin, cela participe d'une gestion de l'espoir. En même temps, lorsqu'elle est prise sous l'angle des conduites qu'elle est susceptible d'entraîner, la distinction comporte un jugement de valeur. De nombreux travaux de sociologie de la médecine ont montré depuis les années 1960 que les professionnels de santé étaient également mus dans leurs décisions de traiter ou non des malades par la « valeur sociale » de ces malades. Séparer les malades en curables et

¹ Castel, *Les métamorphoses de la question sociale*, *op. cit.*

² Ackerknecht, E., *La médecine hospitalière à Paris*, Paris, Payot, 1986, ch. 2.

³ Le vote de la loi de 1905 fut en effet plus difficile que celui de la loi de 1893, les Libéraux s'opposant à l'obligation d'assistance de populations dont les soins ne se justifiaient pas économiquement.

incurables correspond ainsi à un jugement d'ordre moral¹. Les situations où des médecins placés à la tête d'un service d'incurables profitent d'un vivier de malades considérés comme inintéressants pour lancer une entreprise intellectuelle et retourner le stigmate constituent à l'inverse des moments où est particulièrement bien mise en évidence la relativité du jugement d'incurabilité². De ce point de vue les notions de curabilité et d'incurabilité fonctionnent bien comme un couple. Pour les professionnels qui la mobilisent, l'intérêt de la distinction est en effet que, par contraste, elle fait ressentir plus vivement l'utilité d'investir dans le traitement des malades curables.

C'est en ce sens qu'elle est mobilisée à la fin du XIX^e siècle par des médecins ou des administrateurs d'asiles. Dans un premier temps, l'essor de la spécialité avait en effet reposé sur un rapprochement de l'ensemble des malades mentaux. A Paris, par exemple, Pinel avait lancé l'entreprise qui devait conduire à la psychiatrie moderne à l'occasion d'un regroupement des aliénés de la capitale, jusqu'alors hospitalisés dans des établissements différents en fonction de la durée de leur hospitalisation³. Par la suite, les établissements organisés dans le cadre de la loi de 1838 furent conçus pour accueillir sans distinction l'ensemble des aliénés, les asiles se devant de soumettre à l'observation tous les malades ressortissant à cette classe de manière à contribuer au progrès des connaissances. Dans le courant des années 1850, le principal architecte des établissements d'aliénés au milieu du siècle, l'inspecteur général Parchappe, excluait ainsi explicitement le critère de curabilité ou de durée de la maladie dans l'organisation des pavillons :

En théorie, au double point de vue qui vient d'être indiqué, l'application générale du principe de la séparation des curables et des incurables à la constitution matérielle des asiles, doit être jugée absolument impraticable et réellement nuisible. En fait, l'utilité d'une séparation systématique des aliénés au point de vue exclusif de la curabilité et de l'incurabilité, me paraît fort contestable. Adopter cette séparation comme donnée fondamentale du classement des malades dans un asile d'aliénés, c'est compliquer gratuitement

¹ Sudnow, D., *Passing On. The Social Organization of Dying*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1967.

² Les cas de Pinel pour la psychiatrie, de Charcot, médecin-chef de la section hospice de la Salpêtrière, pour la neurologie, ou encore de Gustave Roussy, médecin-chef à l'hospice de Villejuif, pour le cancer, sont des exemples fameux. Gauchet, M. et G. Swain, *Le vrai Charcot. Les chemins imprévus de l'inconscient*, Paris, Calmann-Lévy, 1997 ; Pinell, P., *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France*, Paris, Métailié, 1992.

³ Castel, *L'ordre psychiatrique*, op. cit., p. 164 sq ; Goldstein, *Consoler et classer*, op. cit. Sur le rôle des réformes institutionnelles dans la création des spécialités, cf. Weisz, G., *Divide and conquer. A comparative history of medical specialization*, Oxford, Oxford University Press, 2005.

le problème à résoudre et compromettre sa solution par l'exclusion obligée de principes de classement beaucoup plus importants et bien autrement utiles.¹

A la fin du siècle, la situation des asiles a toutefois nettement évolué. La taille des établissements fait en effet apparaître l'ampleur du problème : les asiles renferment des quantités de malades, dont il n'est pas difficile de constater, en consultant les statistiques, que bon nombre d'entre eux y finissent leurs jours. Distinguer les malades mentaux selon qu'ils sont curables ou incurables devient dès lors une manière séduisante de gérer le problème de la folie. A partir des années 1860, plusieurs projets institutionnels reposent ainsi sur une spécialisation des structures fondée sur le critère de chronicité. En raison de l'importance de sa population d'internés, Paris est à la pointe de ce type d'approche². En 1860, le préfet Haussmann décide de la réorganisation du dispositif asilaire parisien, qui repose jusqu'alors sur deux quartiers, à Bicêtre et à la Salpêtrière, devenus insuffisants pour répondre aux besoins de la capitale et qui ne correspondent plus aux normes de la profession. La commission mise en place pour étudier la question décide, sous l'impulsion de l'administration semble-t-il, de la construction d'une série d'établissements spécialisés disposés selon une polarité centre périphérie. D'un côté, l'asile Sainte Anne, implanté dans la capitale, doit accueillir tous les malades au début de leur internement. Ils doivent y être placés en observation et soumis à un « traitement intensif » pendant au plus deux ans. Prévu pour accueillir deux à trois cents malades, Sainte Anne est conçu comme un asile clinique, disposant de moyens médicaux plus importants et servant à l'enseignement. D'un autre côté, le projet prévoit la construction en périphérie d'une série d'établissements pour accueillir les malades à l'issue de leur séjour à Sainte Anne, quand il est constaté qu'ils ne tirent plus aucun bénéfice des traitements qui y sont mis en œuvre. Comportant chacun six cents à mille lits, ces établissements doivent compter sur un personnel médical moins abondant, mais ils disposent de vastes domaines agricoles et constituent pour leurs pensionnaires un milieu de vie à la fois ordonné et sain. Le projet n'obtient pas l'adhésion de

¹ Parchappe, M., *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*, Paris, Victor Masson, 1851, p. 83. La classification de Parchappe comprend : « quartier d'enfants ; quartier de vieillards ; quartier d'aliénés épileptiques ; quartier d'aliénés en traitement ; quartier d'aliénés agités ; quartier d'aliénés malpropres ; quartier de surveillance continue pour les aliénés atteints de maladies accidentelles (infirmerie) et pour les aliénés dominés par des penchants dangereux ; quartier d'aliénés tranquilles, comprenant plusieurs sections et notamment une section pour les convalescents. » *Ibid.*, p. 93.

² L'histoire de l'élaboration du dispositif d'assistance psychiatrique dans la Seine est racontée par Lamarche-Vadel, G. et G. Préli, "L'asile", *Recherches*, n° 31, 1978.

l'ensemble des médecins du service des aliénés de la capitale, de sorte qu'il n'est que partiellement mis en œuvre¹, mais il structurera durablement la réflexion sur l'assistance psychiatrique dans la capitale².

A partir des années 1890, les médecins qui s'intéressent aux problèmes d'assistance aux malades mentaux se saisissent plus volontiers des catégories de chronique, aigu, curable, incurable. La création de deux colonies familiales par le département de la Seine, à l'initiative de l'aliéniste Auguste Marie, dans les années 1890, est une étape importante. Ces établissements, situés dans les départements de l'Allier et du Cher, permettent de placer des malades dans des familles nourricières, où ils sont utilisés à des travaux agricoles et participent en principe à la vie du foyer. Ils sont placés sous la responsabilité d'un médecin-chef des asiles qui dispose également d'une infirmerie et de quelques infirmiers. Les malades sont choisis d'un commun accord entre les médecins-chefs parisiens et leurs collègues des colonies familiales parmi les « chroniques inoffensifs » des asiles de la Seine pour lesquels il n'y a plus rien à espérer de leur séjour à l'asile et qui n'ont plus besoin des soins qui peuvent leur y être donnés. D'un autre côté, les médecins-chefs de la capitale n'hésitent plus à faire également appel aux asiles de province, dont les prix de journée sont souvent moins élevés que ceux des établissements parisiens, pour accueillir à moindre coût les malades qui encombrant leur service. Certains d'entre eux, comme la maison de santé de Vieille Eglise, en Seine et Oise, et l'asile de Lesvellec en Bretagne, sont entièrement occupés par des malades parisiens. Au début du XX^e siècle, les établissements se sont ainsi largement adaptés pour gérer différemment malades curables et incurables. Les médecins les plus engagés dans des mouvements de rénovation de la discipline se saisissent également explicitement de la distinction. En 1903, un rapport important sur la modernisation des asiles dresse ainsi les perspectives suivantes : « C'est vers l'organisation d'hôpitaux de traitement – organisation où le côté médical doit tout primer – que doivent être dirigés tous les efforts des corps élus, des administrateurs et des médecins. Au point de vue des dépenses nécessitées par l'assistance des aliénés,

¹ En particulier, les services de Sainte Anne autres que l'admission accueilleront des malades dans les mêmes conditions que les établissements périphériques.

² La plupart des projets de réformes du dispositif parisien, dans l'entre-deux-guerres puis jusqu'aux années 1960 - y compris certains des premiers projets de mise en place du « secteur » à Paris -, reposent ainsi sur une spécialisation de Sainte Anne dans l'accueil des malades nécessitant des soins intensifs. On y reviendra, cf. *infra* ch. 5.

c'est également pour les établissements destinés à la catégorie des malades curables que doivent être consacrées les sommes les plus considérables, quitte à restreindre les frais occasionnés par l'entretien des incurables. »¹

L'essor des maladies mentales chroniques : diagnostic et nosologie

Une des raisons des évolutions du corps médical sur cette question tient de toute évidence à celle de la clinique des maladies mentales. La période ne voit certes pas les cliniciens recourir pour la première fois à la qualification de « chronique » pour parler de leurs entités morbides, mais ils en font évoluer le sens. Plus spécifiquement, la chronicité des maladies mentales correspondait pour les fondateurs de la discipline, Pinel et Esquirol, à deux dimensions distinctes. D'un côté, ils soulignaient que la folie était une affection généralement chronique, c'est-à-dire durable. Esquirol, dans son traité *Des maladies mentales*, donnait ainsi comme définition : « La folie, l'aliénation mentale est une affection cérébrale ordinairement chronique, sans fièvre, caractérisée par des désordres de la sensibilité de l'intelligence, de la volonté. »² D'un autre côté, la chronicité correspondait également chez Esquirol à une phase particulière que certaines folies étaient susceptibles de traverser au cours de leur « marche ». Esquirol notait en effet que la marche de la folie pouvait prendre trois formes : continue, rémittente et intermittente³. Les folies rémittentes regroupaient des cas où le délire connaissait à un moment donné soit une atténuation, soit une mutation d'ensemble. Les folies intermittentes, elles, affectaient les personnes par accès survenant à rythme régulier ou non. Dans les deux cas le délire correspondait d'une certaine manière à un état stable : il était présent ou non, mais n'était pas corrélé dans son expression à la marche de la maladie. Les folies continues traduisaient à l'inverse une situation où la marche de la folie reposait sur une évolution de l'expression du délire. C'était dans ce cas que pouvait intervenir une phase chronique : « La folie continue a une marche régulière, un espace de temps qu'elle doit parcourir, trois périodes bien marquées ; une première période aiguë avec symptômes concomitants, une seconde période chronique presque toujours exempte de symptômes étrangers au délire, enfin la troisième période est celle

¹ Sérieux, P., *L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse*, Paris, Imprimerie municipale, 1903, p. 863.

² Esquirol, E., *Des maladies mentales: considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Paris, J. B. Baillière, 1838, p. 5.

³ *Ibid.*, p. 78 sq.

du déclin ou de la curation.»¹ La phase chronique correspondait ainsi à une symptomatologie spécifique, un mode d'expression particulier du délire, qui apparaissait comme un moment dans le décours de la maladie. Il faut noter qu'elle ne correspondait pas nécessairement à une forme d'incurabilité, puisqu'elle pouvait déboucher sur une évolution heureuse. En résumé, le terme « chronique » qualifiait pour Esquirol à la fois une caractéristique d'ensemble des affections mentales – leur durée le plus souvent longue – et un état susceptible d'être adopté à un moment donné de sa marche par la pathologie. Précisément, c'est l'établissement d'une liaison entre ces deux aspects de la chronicité des maladies mentales que réalise l'évolution du concept clinique de « chronique » dans le dernier tiers du XIX^e siècle, par la mise en évidence du processus qui conduit certaines affections à passer à l'état chronique et à adopter une symptomatologie spécifique².

Pour comprendre ce qui est en jeu, on peut s'appuyer sur le travail des historiens des idées, qui ont bien identifié les outils sur lesquels les auteurs ont fondé leur approche clinique au long du XIX^e siècle³. La clinique de Pinel et Esquirol reposait en effet sur l'identification d'une entité, l'aliénation mentale, dont l'observation permettait certes de repérer des « espèces » différentes, caractérisées par la nature et les thèmes du délire, mais qui n'étaient jamais que des expressions variées d'un même trouble⁴. La folie pouvait ainsi, au cours de sa marche, passer par plusieurs de ces espèces, ou même les combiner. Il était en particulier impossible de tirer des observations cliniques une conclusion sur le pronostic et l'évolution à terme de la maladie. Le modèle entre en crise en 1850, pour des raisons probablement en partie internes au modèle, en partie liées aux relations de la médecine mentale au reste de la médecine et en partie

¹ *Ibid.*

² La tentation est forte de lier ce phénomène aux transformations des établissements psychiatriques, en faisant par exemple de l'asile le milieu de culture d'où serait sorti la chronicité clinique. Cf. par exemple Lantéri-Laura, G., "La chronicité dans la psychiatrie française moderne", *Annales E.S.C.*, 1972, dont toutefois je ne suis pas le diagnostic lorsqu'il pointe que la chronicité apparaît avec la construction des asiles ruraux, ces derniers se trouvant en décalage croissant avec une société sur la voie de l'industrialisation à la fin du XIX^e siècle : après tout, le grand promoteur du délire chronique, Magnan, exerçait dans le service le plus en contact avec la ville – l'admission – de l'établissement le plus urbain de France – l'asile Sainte Anne, à Paris.

³ Je suivrai les synthèses de Bercherie, P., *Histoire et structure du savoir psychiatrique. Les fondements de la clinique I*, Paris, L'Harmattan, 2004 ; Lantéri-Laura, *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*. L'histoire des entités nosologiques en psychiatrie est un genre sans fond, largement alimenté par les médecins, parfois aussi par les historiens, mais elle est souvent de peu de secours pour le problème qui nous intéresse ici.

⁴ cf. sur ce point les belles analyses de Swain, *Le sujet de la folie, op. cit.*, p. 106 sq.

dépendantes des développements institutionnels de la discipline. Un point de repère important est la critique que fait dans un article paru en 1854 Jean-Pierre Falret, un élève d'Esquirol, des modèles de son maître :

On ne saurait trop le répéter, en effet, la folie n'est pas une maladie unique pouvant revêtir les formes les plus diverses, variables à l'infini au gré des individualités et des circonstances, dépendant de l'éducation ou du milieu dans lequel ont vécu les individus qui en sont atteints. Ces circonstances accidentelles peuvent bien imprimer des diversités secondaires plus apparentes que réelles, aux manifestations les plus saillantes de la folie, mais elles n'agissent pas profondément sur l'essence même de la maladie. Le progrès le plus sérieux que l'on puisse réaliser dans notre spécialité consistera dans la découverte d'espèces vraiment naturelles, caractérisées par un ensemble de symptômes physiques et moraux, et par une marche spéciale.¹

A la fin du siècle, la démarche préconisée par Falret est considérée par les cliniciens comme la seule méthode d'observation scientifique de la maladie mentale, et c'est sur ses résultats que s'appuient les deux grandes figures de la médecine mentale du tournant du XX^e siècle, Valentin Magnan en France et Emil Kraepelin en Allemagne. L'un comme l'autre doivent en effet leur célébrité à la manière dont ils réorganisent le champ de la folie en isolant, grâce à l'observation prolongée de leurs malades, une série d'entités caractérisées par leur évolution, dont les exemples les plus connus sont le délire chronique pour Magnan et la démence précoce pour Kraepelin. L'exemple du délire chronique peut permettre d'illustrer le type de résultat auquel on parvient². Magnan décrit le délire chronique comme une pathologie de longue durée, dont le cycle peut s'étendre sur une période de 20 ou 30 ans, et dont la progression parcourt quatre périodes distinctes (cf. figure n° 1). La première phase de la maladie est une période d'incubation, marquée par la nervosité et l'excitabilité, ainsi que l'apparition du phénomène d'interprétation. La deuxième phase voit le début des hallucinations, qui commencent d'abord comme un bourdonnement lointain avant de s'imposer sous la forme d'hallucinations verbales, accompagnées d'illusions auditives. A mesure que le délire se systématisait, le malade adopte une attitude fuyante et méfiante, se réfugiant dans la production de néologismes et l'isolement. Une troisième période débute alors,

¹ Falret, J.-P., *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, Paris, J.-B. Baillière, 1864, cité par Lantéri-Laura, *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, op. cit., p. 97.

² Magnan, V., *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, L. Battaille, 1893. Je suis ici le résumé que donne Bercherie : Bercherie, *Histoire et structure du savoir psychiatrique*, 1, op. cit., pp. 104-105.

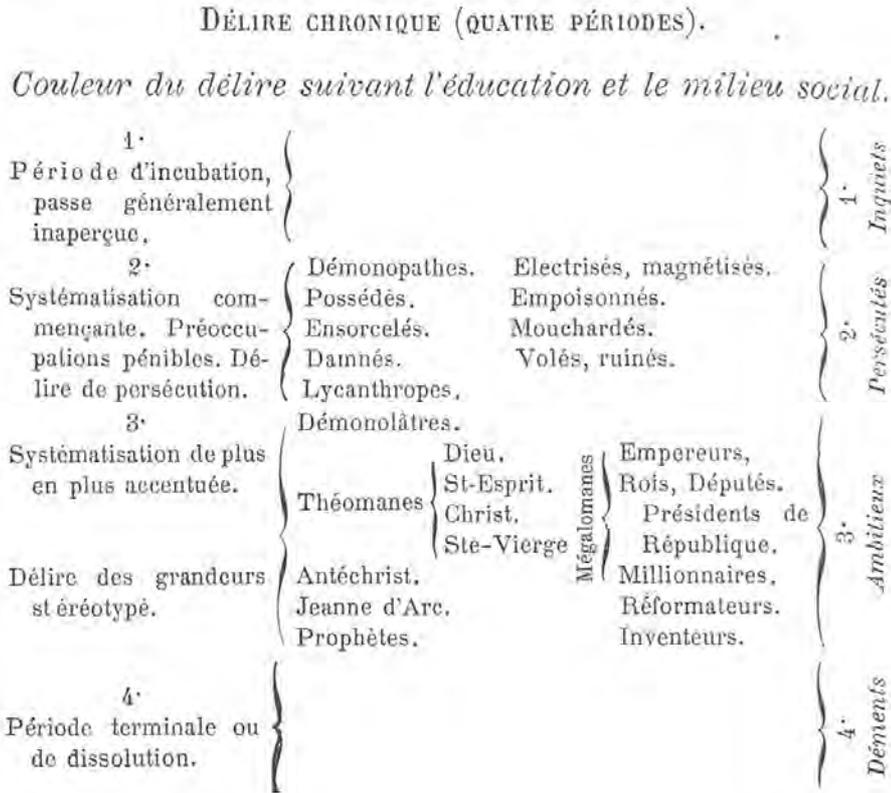
caractérisée par des idées de grandeur, tandis que le délire de persécution, prégnant dans la phase précédente, s'atténue et s'appauvrit. Le malade, dont l'attitude et même la physionomie changent progressivement, s'installe alors dans la démence, marquée par un affaiblissement intellectuel général, une indifférence à son entourage, un discours confus et inintelligible. Ce qui importe dans cette description, c'est la manière dont Magnan lit un devenir de la pathologie sur le long terme en liant chaque phase de la progression à celles qui la précède et lui succède. Cette citation met bien en évidence le sens et la portée de l'analyse :

On ne peut donc plus accepter comme espèces pathologiques distinctes les formes mentales décrites sous le nom de démonopathie, délire religieux, théomanie, mégalomanie, etc. Avec ces formes purement symptomatiques tout est confusionnel, le pronostic reste incertain. L'important n'est pas de savoir si le sujet est théomane ou mégalomane, s'il est Dieu, roi ou président de la République, mais de savoir si le Dieu ou le roi, avant d'arriver à cette suprême puissance, n'a pas eu à subir des vexations ou de nombreux tourments. Ce puissant, d'abord persécuté se range dans le délire chronique, et pour le clinicien cela signifie incurabilité. Au contraire, le potentat devenu grand sans épreuve préalable se range dans le groupe des dégénérés et l'accès est le plus souvent curable.¹

Puissance du clinicien sur le mégalomane : cette manière nouvelle d'aborder la pathologie mentale donne en effet au clinicien un critère qui lui permet de dire, face à un patient donné, si sa mégalomanie n'est qu'un épisode passager qui disparaîtra sans trace, ou si elle est appelée à persister et marquera durablement l'existence de son malade. Ainsi, la clinique devient en principe en mesure de décider d'un patient s'il est curable et s'il se remettra rapidement de son trouble, ou si, incurable, il est destiné à finir ses jours diminué comme « chronique ». Pour les entités nosographiques qui se prêtent à ce type d'analyse, le diagnostic tend à se faire pronostic, il pointe un devenir de la maladie.

¹ Magnan, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, op. cit., cité par Lantéri-Laura, *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, op. cit., p. 120.

Figure n° 1. Le délire chronique selon V. Magnan



Extrait de Magnan, V., 1887, Leçons cliniques sur les maladies mentales, Paris, Lecrosnier (reproduit d'après la 2^{ème} édition, 1893, p. 194).

Avec le délire chronique, la pathologie psychiatrique acquiert donc une dimension nouvelle fondée sur le temps, qui devient un élément constitutif des entités morbides. Plus précisément, on peut saisir le sens de ce mouvement de la pensée clinique à deux niveaux différents. A un premier niveau, le caractère chronique introduit une épaisseur supplémentaire dans le concept de maladie mentale. C'est le travail du temps qui explique la symptomatologie d'affections comme les délires chroniques ou la démence précoce lorsqu'elles sont parvenues à leurs derniers stades. Ce qui éloigne ces malades de l'individu normal, c'est, à travers la pathologie dont ils sont porteurs, le processus qui a abouti à les faire devenir ce qu'ils sont, en dernière instance le temps qu'il a fallu pour les faire malades. Tout l'enjeu pour la psychiatrie, dans les années qui suivront, sera d'élucider la nature de ce processus, d'explicitier ce qui se passe au cours de cette période de temps : de là découleront, à partir du début du XX^e siècle les efforts de constituer une psychopathologie, mais également, dès la fin du XIX^e siècle, les approches qui tendront à faire de la symptomatologie de la chronicité le résultat d'influences extérieures, en particulier à travers les premières dénonciations du rôle

délétère de l'enfermement sur les malades. Il faut souligner pour l'instant la portée que donne à la pathologie mentale cette dimension nouvelle d'une maladie qui est faite par la durée : la chronicité ne correspond plus à un état donné de la maladie sur un intervalle de longue durée, mais à une durée active de la maladie.

A un deuxième niveau, isoler une pathologie sur la base de sa chronicité conduit à faire de la temporalité du processus morbide un critère dans le classement des entités nosologiques. On sait l'importance des classifications en médecine pour permettre aux professionnels de déchiffrer et de reconnaître la diversité des maladies qu'ils doivent traiter¹. Plus généralement, la sociologie des sciences a souligné leur rôle pour faire travailler ensemble les acteurs d'un monde donné². En psychiatrie, les classifications ont ainsi à la fois un rôle médico-administratif, à travers l'établissement d'une statistique des aliénés, et un rôle plus directement lié à l'avancée des connaissances et au travail clinique³. La fin du XIX^e siècle voit les premiers efforts pour produire une classification internationale dans le but de permettre des coopérations par-delà les frontières⁴. Il n'est pas dans mon intention d'analyser le détail des classifications des maladies mentales à la fin du XIX^e siècle, mais il n'est pas inutile d'examiner rapidement celle de Valentin Magnan, qui précisera la place qu'occupe la chronicité dans la clinique de cette époque et donnera un image d'ensemble des pathologies que les aliénistes estiment être de leur ressort (cf. figure n° 2)⁵.

¹ Dagognet, F., *Le catalogue de la vie: étude méthodologique sur la taxinomie*, Paris, Presses universitaires de France, 2004.

² Clarke, A. et S. L. Star, "Science, technology and medicine studies", in L.T. Reynolds et N.J. Herman-Kinney (dir.), *Handbook of symbolic interactionism*, Walnut Creek, CA, AltaMira Press, 2003, pp. 539-573.

³ Dont Ian Hacking a montré le pouvoir pour « fabriquer des personnes », Hacking, I., *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi?* Paris, La découverte, 2001. Si par ailleurs les historiens ont beaucoup étudié les contenus des classifications, une histoire de celles-ci comme outil du travail psychiatrique reste à faire.

⁴ Une classification est ainsi adoptée au Congrès international de médecine mentale de Paris en 1889 : Coffin, *La transmission de la folie*, *op. cit.*, p. 175 sq.

⁵ Magnan a, dit-il, élaboré sa classification en 1882, mais il ne la publie pour la première fois qu'en 1887 dans la première livraison de ses leçons cliniques : Magnan, V., *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, Lecrosnier, 1887. Par la suite, il la publiera à de nombreuses reprises. Pour un résumé, quoique pas entièrement fidèle au tableau de Magnan, cf. Bercherie, *Histoire et structure du savoir psychiatrique, 1*. Pour une discussion de la classification de Magnan et de sa place dans la psychiatrie française, cf. : Dowbiggin, "Back to the future", *op. cit.* qui, en revanche, n'est pas d'une grande clarté et laisse de côté bien des aspects du problème pour se concentrer sur la rivalité entre les conceptions de Magnan et celles de Kraepelin.

Figure n° 2. La classification des maladies mentales de Valentin Magnan.

CLASSIFICATION DE M. MAGNAN (1882).

Etats mixtes tenant de la pathologie et de la psychiatrie.

Paralyse générale.	
Démence sénile (athé- rome cérébral).	
Lésions cérébrales circons- crites. (aphasie par ex...)	Ramollissement. Hémorragie.
Hystérie.	
Epilepsie.	Tumeurs, etc., etc.
Alcoolisme	Absinthe. Morphine et opium. Cocaïne Verdet. Seigle ergoté. Plomb, etc.
et	
intoxications.....	
Crétinisme	

Folies proprement dites. — Psychoses.

Manie.....	Eléments simples.	
Mélancolie ..		
Délire chronique	Incubation. Persécution. Ambition. Démence.	
Folies intermittentes.		
		Simple. Circulaire. Double forme. Alterne.
Folie des dégénérés avec les syndromes épisodiques et les délires d'emblée (primaires).		

Idiots, imbéciles, débiles, déséquilibrés.

Extrait de Magnan, V., 1887, Leçons cliniques sur les maladies mentales, Paris, Lecrosnier (reproduit d'après la 2^{ème} édition, 1895, pp. 203-204)

De façon générale, Magnan découpe le champ de la pathologie mentale en trois grands groupes. En premier lieu, « les états mixtes » regroupent les affections mentales qui ont une origine organique, qu'elles correspondent à une lésion du cerveau – paralysie générale, démence sénile, encéphalites –, qu'elles soient liées à un dysfonctionnement du système nerveux – névroses, soit hystérie, épilepsie – ou, enfin, qu'elles tirent leur origine d'une intoxication – et parmi celles-ci figurent à la fois les toxicomanies et l'alcoolisme, mais également les phénomènes d'auto-intoxication. Cet

ensemble reflète l'importance, dans la population des asiles du XIX^e siècle, de malades qui tendront à disparaître progressivement au cours de la première moitié du XX^e siècle mais qui jouent un rôle crucial dans les idées psychiatriques de l'époque. À côté de ce premier ensemble, Magnan place dans un deuxième groupe les idiots, imbéciles, débiles et déséquilibrés. Le regroupement de ces entités renvoie là encore à une hypothèse étiologique commune, en l'occurrence la dégénérescence, sur laquelle je vais revenir. Le troisième groupe correspond aux « folies proprement dites » ou psychoses, le terme étant ici un équivalent strict de folie. Parmi celles-ci, Magnan isole deux grands ensembles, la folie des dégénérés ou folie héréditaire, et le délire chronique, au côté desquels il place le couple constitué de la manie et de la mélancolie et les folies intermittentes. Les folies proprement dites sont donc caractérisées de deux manières bien distinctes : les folies des dégénérées correspondent à nouveau à l'hypothèse de la dégénérescence, tandis que les autres entités renvoient effectivement à une marche spécifique : c'est par ce critère que le délire chronique s'oppose aux folies intermittentes et aux manies et mélancolies, lesquelles sont caractérisées par leur faible durée. C'est donc seulement pour organiser ces trois entités que Magnan a recours au critère temporel.

Pour préciser les choses il faut maintenant dire deux mots de la notion de dégénérescence. Depuis les travaux de Bénédict-August Morel, celle-ci constitue à la fois une hypothèse étiologique de la maladie mentale et un outil de description clinique¹. Elle délimite un ensemble de pathologies qui se caractérisent toutes par le fait qu'une fois acquises elles sont transmises – les dégénérés sont des faibles qui ont hérité leur faiblesse des travers de leurs ascendants – et dont le caractère héréditaire peut se lire dans certains symptômes psychiques – déséquilibre mentale, idiotie – ou physiques – microcéphalie, etc. Au-delà de la psychiatrie, progressivement, la dégénérescence deviendra un thème du débat intellectuel et politique qui marquera la société française jusque dans l'entre-deux-guerres – on aura à ce titre l'occasion de la retrouver plus loin. Dans la classification de Magnan, elle intervient donc à deux niveaux. D'un côté, elle constitue un groupe qu'elle affecte durablement : les idiots et les antisociaux. De l'autre, les folies des dégénérés caractérisent des états de folie le plus souvent temporaires pour des individus chez qui la dégénérescence consiste en une simple prédisposition. Plus

¹ Sur la dégénérescence dans la clinique psychiatrique de la fin du XIX^e siècle, cf. : Coffin, *La transmission de la folie, op. cit.* ; Dowbiggin, *La folie héréditaire, op. cit.*

généralement, si on résume l'ensemble du tableau, la classification de Magnan conjugue bien deux types de critères : des critères étiologiques, avec la dégénérescence ou les causes organiques, et des critères évolutifs pour certaines des folies proprement dites. C'est donc au sein d'un groupe restreint, défini par défaut, qu'est opératoire un critère évolutif à l'exclusion de tout autre. Pour le reste des pathologies que les aliénistes ont à traiter, la chronicité n'apparaît pas comme leur caractéristique première. Elle est donc un élément important, mais partiel, de l'expérience clinique d'ensemble que les aliénistes de la fin du XIX^e siècle peuvent avoir de la pathologie mentale.

Les limites d'une représentation : le problème des guérisons tardives

Avec la chronicité, c'est donc une manière nouvelle d'aborder la pathologie mentale sur le plan social et scientifique qui s'impose à la fin du XIX^e siècle. Malgré sa force comme paradigme, toutefois, plusieurs limites importantes feront obstacle aux tentatives d'institutionnaliser ou de figer dans des dispositifs des modes de traitement des malades reposant sur ce critère. La principale d'entre elles est la conscience qu'ont les praticiens de l'incertitude de leur diagnostic, de leur incapacité à dire ce qu'il peut advenir véritablement d'un malade lorsqu'il se présente à eux. Des années 1880 à l'entre-deux-guerres, ce problème traverse un grand nombre de discussions des aliénistes sur leur pratique, mais il est aussi spécifiquement l'enjeu d'un débat important dans la littérature psychiatrique de l'époque, les « guérisons tardives ». Il vaut la peine de dire quelques mots sur cette question qui, outre le problème du diagnostic, condense d'une certaine manière une série d'enjeux importants pour la médecine mentale du tournant du XX^e siècle lorsqu'elle aborde les questions de chronicité, de guérison, mais aussi, plus généralement, de son rôle social et de la nature des attentes qu'elle suscite.

C'est en fait à l'occasion du débat sur une proposition de loi soumise à la Chambre des députés en 1878, tendant à créer un droit au divorce pour aliénation mentale, que le problème est soulevé. Appelés en 1882 à donner leur avis à la commission de la Chambre chargée d'examiner le texte, un groupe de spécialistes, comprenant entre autres Charcot, Magnan et Blanche, s'opposent à la proposition et obtiennent son retrait. L'un de leurs arguments clefs est qu'il est difficile de dire d'un malade qu'il est incurable, l'évolution à long terme de la folie étant toujours très incertaine. Au cours d'une discussion à l'Académie de médecine dans les mois qui

suivent, un médecin de Bicêtre, Luys, s'oppose toutefois à l'argument et met ses collègues au défi de rapporter des cas de guérison après un délai qu'il fixe à cinq ans de maladie. La controverse entraîne une vague de publications fondées sur des observations cliniques ou des études statistiques qui se prolongera jusque dans l'entre-deux-guerres¹.

Les guérisons tardives sont des guérisons inattendues, qui surviennent après un délai long et en l'absence de traitement spécifique pouvant expliquer l'évolution heureuse du malade. Dans une intervention à l'Académie de médecine, Blanche donne un exemple saisissant :

Je me rappelle avoir été consulté pour un de ces malades qui, atteint d'abord d'un accès de dépression mélancolique, suivi d'une rémission de plusieurs années était dans une crise d'agitation maniaque avec délire orgueilleux durant déjà depuis plus de deux ans. On n'était pas d'accord sur la nature du mal, et d'aucuns et des plus expérimentés prononçaient le mot de paralysie générale et d'incurabilité. Je ne fus pas de cet avis et déclarai que cette crise n'était qu'une phase d'une folie circulaire, et que, si longue qu'elle fût déjà, il fallait attendre avant de se prononcer, et avant de recourir à des mesures légales qui, si elles étaient légitimes en tant que réclamées par de graves intérêts en souffrance, pourraient, d'un autre côté, avoir de fâcheuses conséquences sur le moral du malade, s'il redevenait lucide. Mon opinion prévalut. Deux années s'écoulèrent encore sans que l'agitation se calme et sans que le délire disparût. La confiance des parents commençait à s'ébranler : la situation ne pouvait s'éterniser ainsi sans compromettre la fortune de toute la famille. Enfin, la crise cessa. Le malade qui s'était couché le soir en pleine agitation et en plein délire, s'était endormi vers le milieu de la nuit, et le lendemain il se réveillait calme et raisonnable. Quelques jours après, il rentrait chez lui, heureux de se retrouver avec sa femme et ses enfants. Il a vécu encore plusieurs années.²

Dans ce cas, la guérison est un événement soudain, survenu du jour au lendemain et sans signe avant-coureur³, mais dans un certain nombre de cas elle est un processus de longue durée, l'amélioration étant progressive : dans un article paru en 1883, le médecin directeur de l'asile de Fains, dans la Meuse, reproduit entre autres le dossier médical d'un patient interné treize ans, et dont les premiers signes d'amélioration se sont déclarés au bout de cinq ans, le progrès s'étalant donc sur huit

¹ Une synthèse de la question se trouve dans Robert, J., *La guérison tardive des maladies mentales. Rapport de psychiatrie. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. XXIXe session, Paris, 28 mai - 1er juin 1925*, Paris, Masson, 1925.

² Blanche, "La folie doit elle être considérée comme une cause de divorce", *Annales Médico-psychologiques*, 1883.

³ Ou, plus exactement, sans que Blanche ne rapporte de signe avant coureur.

ans avant qu'il ne soit déclaré guéri et que soit autorisée sa sortie¹. Ce type d'observations amène les auteurs à s'interroger sur la nature et le sens de ces guérisons. Une étude publiée en 1882 par le médecin directeur de l'asile d'Auxerre conclut ainsi d'une analyse approfondie, statistique et clinique, des guérisons observées dans deux établissements que la plupart des guérisons survenues après sept ans d'internement correspondent à des cas où une démence légère s'est surajoutée au délire, aboutissant pour ainsi dire à l'éteindre sans pour autant affecter le patient². Il ne s'agit donc pas de guérisons au sens propre, et l'auteur conclut à l'improbabilité de toute guérison après ce délai de sept ans d'hospitalisation – mais pas à l'impossibilité toutefois, puisqu'il est obligé de convenir d'un cas authentique parmi ceux qu'il recense. Commentant l'étude, un chroniqueur des *Annales Médico-Psychologiques* note : « Si pour admettre [l]a réalité [d'une guérison tardive], on exige que toutes les facultés physiques ou intellectuelles aient reconquis toute l'intensité, toute la fraîcheur dont [les malades] jouissaient avant le début de la maladie, on doit sans doute les considérer comme très rares ; l'âge seul suffirait à expliquer un certain affaiblissement des facultés et celui-ci paraît encore plus inévitable lorsqu'aux seuls progrès de l'âge s'est ajoutée une longue période de perturbation fonctionnelle. » Mais, poursuit l'auteur, on ne peut de toute façon fonder une législation « sur une formule de psychologie pure », de sorte qu'il en vient à proposer le critère suivant : « si des malades, après un séjour prolongé dans des asiles d'aliénés, cessent complètement de délirer ; si leur débilité intellectuelle reste latente, s'ils reprennent des allures régulières et s'ils peuvent être rendus à la vie commune, nous pensons que ce n'est pas les méconnaître que de les considérer comme légalement guéris et de maintenir en leur faveur la persistance d'un mariage contracté avant le début de leur folie. »³ Au début du XX^e siècle, les auteurs proposent l'expression de « guérison sociale » pour caractériser ce type de résultat. Au-delà de son caractère limitatif et plus largement, ce terme montre bien que la dynamique de la guérison tardive implique également la société qui constitue l'entourage du malade, et plus particulièrement sa famille ou ses proches. Commentant deux cas d'améliorations

¹ Précédée d'une reprise de travail, et de sorties temporaires. Giraud, A., "Contribution à l'étude des guérisons tardives", *Annales Médico-psychologiques*, 1883. Le cas d'Aby Warburg, soigné pour un épisode psychotique par Ludwig Binswanger au début des années 1920, dont le dossier médical a été publié récemment en français, correspond à cette dynamique : Binswanger, L. et A. Warburg, *La guérison infinie*, Paris, Bibliothèque Rivages, 2007.

² Rousseau, "Des guérisons tardives chez les aliénés", *Encéphale*, II, 1882, pp. 446-453.

³ "Chronique", *Annales Médico-psychologiques*, n° 9, 1883, p. 8.

spectaculaires observées chez des malades chroniques renvoyés chez eux parce que devenus inoffensifs et alors que tout espoir de guérison paraissait vain, l'auteur d'un article publié en 1896 concluait ainsi son analyse :

Lorsque, malgré tous les efforts du médecin un cas devient décidément chronique, que la science est à bout de ressource, c'est souvent un devoir, si l'état du malade permet de le faire sans danger pour lui-même ou pour autrui, si d'ailleurs les circonstances personnelles s'y prêtent, c'est un devoir, dis-je, de tenter un essai de sortie. La guérison restera toujours une très rare exception, mais beaucoup se trouveront fort bien de ce retour à la vie de famille. C'est déjà quelque chose et il est certain qu'un grand nombre de ces chroniques et de ces incurables tranquilles qui encombrant les asiles pourraient avec beaucoup d'avantage être gardés à domicile ou placés en pension chez des étrangers ou enfin colonisés. Cette conviction m'a fait, lorsque je dirigeais encore Préfargier, rendre à leurs familles bien des malades qui, avec un peu de bonne volonté et de patience de la part des leurs, sont restés chez eux calmes, contents, utiles même. La principale difficulté vient, d'ordinaire, je le sais, de la famille elle-même. Quand l'internement a duré un certain temps, quelques années, le malade n'y retrouve plus sa place ; on l'a oublié ; il serait encombrant ; on ne veut pas s'exposer à la répétition des scènes qui avaient nécessité son placement, etc., etc. Cependant, presque toujours, en insistant sérieusement, en s'engageant à reprendre tout de suite le malade si l'essai ne réussit pas, on parvient à convaincre les siens. Enfin au besoin, si les règlements de l'asile le permettent, on force la main aux familles de mauvaise volonté.¹

Ces remarques décrivent bien les réactions ambivalentes des familles à l'égard de leur proche interné. Elles démontrent la conscience chez leur auteur que le placement à l'asile est l'aboutissement d'un processus qui marque durablement ses protagonistes, le malade et ses proches, et jouera un rôle dans la guérison. A la limite, une guérison tardive repose également sur un travail de conviction ou de pédagogie dirigé vers les proches du malade. Elle est un apprentissage². De façon plus générale, les guérisons tardives renvoient à une gestion de l'espoir et de l'oubli. Si le qualificatif de tardif traduit la durée du processus, qui par définition prend plusieurs années, parfois des dizaines d'années, il caractérise surtout un horizon d'attente forgé par l'expérience clinique, et, en ce sens, il correspond à une norme professionnelle. Une guérison est tardive parce que les spécialistes ne l'attendent plus. D'un autre côté, en insistant sur la possibilité d'une guérison tardive les médecins entretiennent un espoir, même ténu,

¹ Chatelain, "Des guérisons tardives", *Annales Médico-psychologiques*, n° 3, 1896, p. 353.

² On pourrait citer ici, au risque de l'anachronisme, les analyses de Canguilhem, G., "Une pédagogie de la guérison est-elle possible?" *Ecrits sur la médecine*, Paris, Le Seuil, 2002 [1978], pp. 69-99.

qu'une amélioration est possible. Les cas authentiques de guérison tardive sont ainsi des appels à la prudence. A la limite, il s'agit d'un enjeu éthique, en ce qu'il s'agit d'entretenir un souci du malade ou, au moins, dans des établissements comptant souvent plusieurs centaines de malades pour un personnel médical réduit, une veille s'exerçant sur l'ensemble des malades, qui risquent de tomber dans l'abandon. Dans le même temps, l'invocation des guérisons tardives est, comme on l'a vu, également politique ou, pour reprendre les catégories des praticiens, d'ordre médico-légal. Elle vise à justifier la poursuite de prises en charge, la nécessité d'un traitement, celui-ci pouvant du reste se limiter à l'internement, ou en l'occurrence pour le problème du divorce, le maintien d'un statut¹. L'auteur de l'article que j'ai cité plus haut débutait ainsi son analyse :

Tous les jours nous rencontrons des cas dont les symptômes ne veulent cadrer exactement à aucune des formes admises par les classifications en cours. De même les éléments d'un pronostic certain nous font encore trop souvent défaut. Tel malade dont à première vue la guérison paraissait assurée, tombe petit à petit en démence. Tel autre que tout concourait à faire juger incurable finit, contre toute attente, par se rétablir, même sans traitement par la seule force médicatrice de la nature. Au début de sa carrière le jeune médecin donne avec assurance un certificat d'incurabilité qu'après quelques années de pratiques, il ne signera plus qu'après avoir trempé plusieurs fois sa plume dans l'encrier ; avec l'expérience viennent la prudence et la circonspection.²

Et, en 1925 encore, l'auteur d'une synthèse sur la question notait :

¹ De ce point de vue, les guérisons tardives jouent pour la médecine mentale de la fin du XIX^e siècle un rôle analogue aux réanimations miraculeuses en médecine intensive, ou aux rémissions en oncologie aujourd'hui. Elles s'en distinguent toutefois nettement car, comme je l'ai souligné, elles correspondent à des situations où le médecin a relâché son attention à l'endroit du patient, lequel à la limite est tombé dans une zone d'oubli – alors que dans le cas de la réanimation, au contraire, le malade reste toujours présent dans la situation, dont il est le point de fixation, durant tout le processus. Dans les deux cas toutefois le phénomène correspond à la sensation d'une suspension du cours normal du temps. Les aliénistes ont ainsi souvent noté que les chroniques semblent être des malades hors du temps, la guérison conduisant à leur réintégration dans un cours temporel. De même, Michael Nurok a bien souligné la manière dont parfois les équipes d'urgence « s'oublient » à vouloir réanimer le patient, développant une expérience singulière du temps. Mais, évidemment, le processus de guérison tardive se déroule à une échelle de temps – des années – sans commune mesure avec la réanimation cardiaque – quelques minutes, quelques dizaines de minutes au plus – voire avec les processus de fins de vie dans le cancer. On retrouvera ce point dans le chapitre 5, à propos des « hospitalisations longues » en pratique de secteur. Sur les réanimations miraculeuses, cf. Nurok, M., *Entre économie morale et économie technique. Le travail d'urgence vitale à Paris et à New York*, Thèse pour le doctorat en sociologie, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2007. Sur les traitements de la dernière chance dans le cas du cancer, cf. : Baszanger, I., "Entre traitement de la dernière chance et palliatif pur: les frontières invisibles des innovations thérapeutiques", *Sciences sociales et santé*, 18, n° 2, 2000.

² Chatelain, "Des guérisons tardives", *op. cit.*

Des examens cliniques plus minutieux, une analyse plus approfondie des symptômes et de leur valeur séméiologique, des pronostics réservés et prudents, telles sont les utiles conséquences de la notion empiriquement acquise des guérisons tardives des maladies mentales. Nous ne considérons plus aussi rigoureusement comme des entités cliniques véritables des états qui ne sont que des syndromes communs à des psychoses de nature différente, et la notion d'évolution lente de certaines formes cliniques est une des raisons qui détermine la sage tendance actuelle à ne formuler le plus souvent que des diagnostics symptomatiques. Cette réserve traduit nos incertitudes et nos hésitations quand il s'agit de juger de l'avenir d'une psychose ; elle n'est pas un aveu définitif d'impuissance ou de scepticisme. Les travaux contemporains sur les délires secondaires, les psychoses associées, les guérisons tardives, les délires de persécution symptomatiques de psychoses périodiques, les états délirants à évolution démentielle précoce, le pronostic des états mentaux polymorphes, les accès mélancoliques de longue durée, etc. témoignent du souci présent des aliénistes de dégager de l'étude clinique des troubles mentaux des éléments de plus en plus précis de pronostic, des indices d'évolution des psychoses.¹

Comme peuvent également le suggérer les cas de guérisons tardives, une autre limite du critère de chronicité tient au fait qu'il est peu opératoire du point de vue des pratiques de soin. D'un côté, en effet, il bute sur la durée de toute façon longue des affections mentales, même lorsqu'elles sont curables. Selon l'un des manuels les plus utilisés au tournant du siècle, à l'exception de pathologies « suraiguës », qui peuvent ne durer que quelques jours et correspondent en fait à des intoxications souvent fatales², les maladies mentales curables guérissent rarement en moins de six mois, et le plus souvent au bout d'un à deux ans³. Les critères de temps donnés par le médecin directeur de l'asile d'Auxerre, que j'ai cités plus haut, sont également évocateurs : si sept ans d'hospitalisation sont la limite au-delà de laquelle on peut abandonner tout espoir, cela signifie qu'il faut s'efforcer de faire ce que l'on peut pour obtenir la guérison sur cette période longue. Par ailleurs, les auteurs notent qu'il n'est pas toujours évident de déceler sur le moment le passage à la chronicité. Si l'on tient compte de ces éléments, on peut imaginer que changer le régime d'un malade, par exemple pour organiser son transfert vers un service ou un établissement pour malades chroniques, constitue pour

¹ Robert, *La guérison tardive des maladies mentales*, op. cit.

² Soulignons le cas des « délires aigus », qui se manifestent au cours de méningites ou d'encéphalites, durent de 8 à 10 jours et aboutissent généralement au décès du patient – et sont donc bien des maladies mentales létales. Cf. Briand, M., *Du délire aigu*, Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, Libraires-éditeurs, 1881.

³ Régis, E., *Manuel pratique de médecine mentale, avec une préface par M. Benjamin Ball*, Paris, O. Doin, 1885.

les praticiens une décision par défaut, dont la motivation – demande d'un médecin, nécessité de faire de la place dans le service – est extérieure au cas qui, lui, est caractérisé par l'absence de signe et la permanence d'un état, plutôt que comme une décision positive fondée sur le constat de l'entrée dans une nouvelle phase de la pathologie et l'ouverture de perspectives réellement nouvelles¹.

D'un autre côté, les cliniciens notent souvent que la plupart des états chroniques présentent des états fluctuants, qui conduisent à ajuster la prise en charge à des moments différents du séjour à l'asile. Certains chroniques passent ainsi par des épisodes d'agitation ou de mélancolie qui nécessitent des soignants qu'ils prennent des mesures adaptées qui ne sont guère différentes de celles qui peuvent être prises pour des états aigus. Les soins dispensés à l'asile sont, de toute façon, peu spécifiques. Les manuels de médecine mentale associent rarement aux diagnostics des plans de traitement. Il faut donc pouvoir transférer facilement un malade d'un service à l'autre lorsque cela s'avère nécessaire. Cela plaide contre la formule de l'hôpital pour chronique, et pour l'unité de l'asile.

A partir du dernier tiers du XIX^e siècle, les spécialistes des maladies mentales ont ainsi commencé à développer une sensibilité nouvelle au rôle qu'est susceptible de jouer la temporalité spécifique des processus morbides en médecine mentale. Si cette expérience est partielle, elle joue néanmoins un rôle décisif pour la réforme de la loi de 1838 : à partir des années 1880, ce dont il s'agira c'est d'adapter la régulation de l'assistance psychiatrique en décomposant la procédure de l'internement de manière à permettre l'élaboration d'étapes travaillant spécifiquement l'évolutivité de la maladie mentale sur la longue durée. C'est à ces discussions qu'il faut en venir.

1.3. Recomposer droit et médecine. Les premières propositions pour la réforme des procédures d'admission et de sortie de l'asile

De façon cruciale, les discussions sur la réforme de la loi de 1838 de la fin du XIX^e siècle portent en effet sur la possibilité d'aménager le dispositif des asiles pour répondre aux besoins d'une maladie perçue désormais comme évolutive. Plus

¹ Et à la limite il s'agit bien plutôt de fermer des perspectives.

précisément, l'enjeu est d'assouplir le dispositif de l'internement pour l'adapter à une population spécifique, les malades curables. On peut résumer rapidement ces débats en distinguant les deux problèmes sur lesquels il prend : celui de la sortie de l'asile, et celui de l'admission.

***La convalescence des aliénés : redéfinir les limites de l'assistance
psychiatrique***

Sur le premier point, on peut prendre pour point de repère une discussion organisée au Conseil supérieur de l'assistance publique en 1902 sur la convalescence des aliénés. Mise à l'ordre du jour à l'initiative de son zélé secrétaire, le directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, Henri Monod, la discussion vise en fait à poser le problème de la manière dont sont prononcées les sorties dans le régime de la loi de 1838. Celle-ci autorise en effet la sortie des malades placés à l'asile sur simple décision du médecin, dans le cas des placements volontaires, ou sur décision médicale, mais après accord du préfet, dans le cas des placements d'office. La sortie décrétée, elle est irréversible, à moins de relancer une procédure d'internement ; à l'inverse, interné, le malade ne peut en principe quitter l'asile, lieu clos. Le constat de Monod est que ce dispositif pose les plus grandes difficultés tant au médecin qu'à l'autorité publique, à qui est confiée la responsabilité exorbitante de prendre une décision sans moyen de revenir en arrière, et alors qu'ils ne disposent que rarement de l'assurance que le malade ne présente aucun danger. Le problème est en fait au cœur de l'ensemble des discussions sur la loi de 1838 depuis les années 1860, que ce soit pour critiquer le maintien abusif des malades à l'asile ou, au contraire, souligner comme le fait Monod la difficulté de la décision de sortie. En 1884, un juriste notait ainsi : « L'expérience a permis de constater que les médecins ne provoquent que fort peu de mises en liberté ; les uns parce qu'ils croient que tous les fous sont incurables et que le plus calme, le plus raisonnable en apparence est exposé à une rechute ; les autres parce que placés dans un milieu qui les rend défiants, ils hésitent toujours à reconnaître et à proclamer la guérison ; et enfin les médecins directeurs d'établissements privés parce qu'ils peuvent ne pas se hâter d'ordonner une mise en liberté qui serait contraire à leur intérêt s'il

s'agissait surtout d'un aliéné payant une bonne et lucrative pension. »¹ Dans ce contexte, les diverses propositions développées dans les milieux réformateurs ont convergé depuis les années 1870 sur un type de solution, visant à suppléer le médecin en confiant à une commission le soin de contrôler la légitimité des placements et de proposer au besoin les sorties dans les cas où ils ne seraient pas justifiés. La première proposition de loi déposée par Théophile Roussel au Sénat, en 1873, comportait ainsi l'institution d'une commission permanente « qui serait comme un conseil de tutelle pour les aliénés et un conseil de contrôle pour les directeurs et pour les médecins »², chargée de visiter régulièrement les établissements, de recueillir les doléances des malades, et disposant d'un droit de les instruire – et les propositions suivantes devaient reprendre plus ou moins l'initiative.

En 1902, c'est toutefois un autre type de réflexion que le Conseil supérieur de l'assistance publique met en branle. Dans sa lettre de saisine, Henri Monod demande en effet au Conseil de réfléchir à « une organisation des asiles donnant au médecin la facilité d'élargir, dans une certaine mesure avant de faire droit, c'est-à-dire avant d'avoir acquis la certitude que la guérison est obtenue, le champ de son observation par le placement du malade dans un milieu, sinon tout-à-fait nouveau, du moins autre, meilleur que celui où il s'est trouvé depuis son placement jusqu'au moment où une grande amélioration est survenue dans son état mental »³. La proposition revient ainsi à créer un placement temporaire permettant au médecin d'observer les réactions des malades dans un milieu non asilaire, ou encore à instituer une zone médiane pour l'exercice du jugement médical, permettant, littéralement, de déplacer vers l'extérieur de l'asile la décision de sortie, et d'alléger le poids de la responsabilité. De façon générale, cette manière nouvelle de poser le problème des sorties repose sur l'expérience qui commence à être acquise autour de différents moyens d'assistance placés en dérivation sur l'asile : sociétés de patronage, colonies familiales, pavillons de

¹ Dumas, *Cour d'appel de Douai. Audience solennelle de rentrée du 4 novembre 1884. Des modifications à apporter à la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. I. Loi du 30 juin 1838. II. Projet du gouvernement. III. Contre-projet de la commission du Sénat. IV. Conclusion. Discours de rentrée, prononcé par M. Dumas*, 1884.

² Cf. de Rességuier, Rapport au Sénat sur la proposition de MM. T. Roussel, Jozon et Desjardins ayant pour objet la révision de la loi du 30 juin 1838, reproduit in : "Variétés. Révision de la loi de 1838 sur les aliénés", *Annales Médico-psychologiques*, 9, 1873, pp. 362-367.

³ Henri Monod, rapport au ministre de l'Intérieur, Conseil supérieur de l'assistance publique, *Fascicule n° 87. La convalescence des aliénés*, Melun, Imprimerie administrative, 1902.

convalescents, etc., dont certaines au demeurant ont déjà été étudiées par le Conseil¹. Ces initiatives éparses, au développement confidentiel, nécessitent toutefois pour se développer que s'élabore une doctrine d'ensemble, ou un schéma d'intégration. Précisément, c'est ce à quoi s'attelle la discussion du Conseil, sous l'impulsion d'un rapport de Maurice Legrain.

Le texte de Legrain est important car il met en place une manière de poser le problème de l'assistance aux aliénés et un certain nombre de principes qui préfigurent dans une large mesure les discussions qui auront lieu pendant les trois quarts de siècle qui suivront. Il part d'une réflexion générale sur la convalescence des aliénés, en la situant dans une perspective à la fois dynamique et sociale. Le point de départ est une définition de la maladie mentale :

Le propre de la folie est de supprimer une unité sociale agissante, de créer un infirme momentané, que l'on retranche de la société et que l'on met en tutelle. Il importe beaucoup moins, par conséquent, de savoir que la convalescence équivaudra à l'extinction des conceptions délirantes que de déterminer si l'ex-aliéné est capable, et dans quelle mesure, de reprendre sa place dans la société. Ici intervient un facteur considérable, tellement considérable, même, qu'une guérison ne saurait être déclarée définitive quand même toute trace d'idées délirantes aurait disparu, si conjointement le milieu social n'offre point des garanties suffisantes pour le maintien de la dite guérison.²

Cette définition posée, c'est une toute nouvelle vision du problème de la sortie qui peut être élaborée. D'une part, le problème de la convalescence se pose maintenant en termes de la capacité du malade à préserver sa guérison acquise à l'asile à l'extérieur de celui-ci. De ce point de vue, la question de la convalescence « se double en réalité d'un problème de prophylaxie. Conditionner habilement la convalescence d'un aliéné, c'est le garantir, en somme autant que faire se peut contre une rechute. » Mais, d'autre part, la convalescence d'un malade mental est également un moment du processus de guérison, appelant une intervention médicale, mais une intervention d'un type particulier. C'est à ce niveau que réside la définition spécifique que donne Legrain, et qu'il élabore en deux temps. Dans un premier temps, la convalescence « sera non

¹ Conseil supérieur de l'assistance publique, *Fascicule n° 35. Création de sociétés de patronage pour les aliénés sortant des asiles*, 1891. Sur l'essor des sociétés de patronage au XIX^e siècle, on pourra consulter Odier, B., *Les sociétés de patronage d'aliénés guéris et convalescents au XIXe siècle*, Thèse pour le doctorat en médecine, Paris, Université Pierre et Marie Curie, 1982.

² Conseil supérieur de l'assistance publique, *Fascicule n° 87. La convalescence des aliénés*, *op. cit.*, dont sont également extraites les citations qui suivent.

seulement la phase terminale de la maladie, mais la période de rééducation de l'aliéné et de sa réadaptation au milieu social ; ce sera encore l'accommodation de ce milieu à l'ex-aliéné dans un but de protection durable. » Ici, la notion de convalescence caractérise une phase du travail médical, un travail à la fois sur le malade et sur ses proches, que captent les termes utilisés en symétrie de « réadaptation » et d'« accommodation ». Ce qu'il s'agit de réaliser, c'est un ajustement réciproque du malade et de son milieu, travail d'autant plus délicat que les relations entre les deux termes sont problématiques : d'une part, en effet, le milieu a participé à la pathologie qui a entraîné l'hospitalisation du malade ; d'autre part, l'internement ajoute à la difficulté de la relation du malade à ses proches, dans un jeu dynamique :

C'est tout un monde nouveau que l'aliéné guéri va rencontrer devant lui dès qu'il sera libre, monde devant lequel il tremblera légitimement parce qu'il s'y sentira plus inférieur que jamais. En effet, il y trouvera deux éléments également hostiles : l'un ancien, composé des circonstances mêmes qui ont été les causes principales ou adjuvantes de sa première chute (misère, alcool, etc.) ; l'autre nouveau, fait tout entier du discrédit, de la disqualification qui s'attache stupidement à la condition d'ancien aliéné, sans compter les circonstances fâcheuses inhérentes à un internement plus ou moins prolongé (perte du travail, abandon des parents et des amis, etc.). En vérité, la situation de l'aliéné libéré est l'une des plus critiques qui se puisse imaginer.

Du même coup toutefois, et c'est le deuxième temps de la définition que propose Legrain de la convalescence, cette nouvelle phase du travail médical peut faire envisager un nouveau rapport au droit : « Et alors, sortant des considérations exclusivement médicales pour entrer sur le terrain pratique, nous compléterons notre première définition en disant que notre convalescent sera le malade pour lequel l'internement aura cessé d'être une nécessité légale sans que cependant cesse pour la société le devoir de l'assister. » Le travail médical engagé auprès du convalescent peut ainsi justifier une suspension du statut d'interné, tout en lui préservant un statut d'assisté, nécessitant des soins. De ce point de vue, le travail de convalescence, comme on pourrait l'appeler, peut s'effectuer dans des dispositifs variés, et la liste que propose Legrain sous la forme d'une série de motions adoptées par le Conseil comprend en fait les propositions expérimentées depuis une quarantaine d'année, depuis les pavillons de convalescents jusqu'aux sorties d'essai – ces dernières étant celles qui, d'un point de vue juridique, posent le plus de difficultés. Legrain propose par ailleurs que le statut de

convalescent puisse être utilisé pour prononcer « des sorties pour [certains] aliénés en cours de traitement », c'est-à-dire « notamment les incurables, chroniques, débiles, épileptiques ou autres et pour qui l'asile semble devoir être l'abri définitif ».

Dans l'ensemble, les propositions développées par le rapport de Legrain et adoptées par le Conseil supérieur de l'assistance publique seront largement reprises par les différents projets de réforme élaborés et discutés jusqu'à la Première Guerre mondiale, et pour certaines d'entre elles, elles connaîtront un début de diffusion dès la première moitié du XX^e siècle. Mais au-delà de ces propositions, l'intérêt du rapport est plus profondément de poser un diagnostic global sur l'assistance des aliénés qui constitue, dès 1891, *une première figuration du réseau institutionnel que réalisera le secteur*. Legrain conclut ainsi son rapport sur un appel à une refonte globale de son organisation :

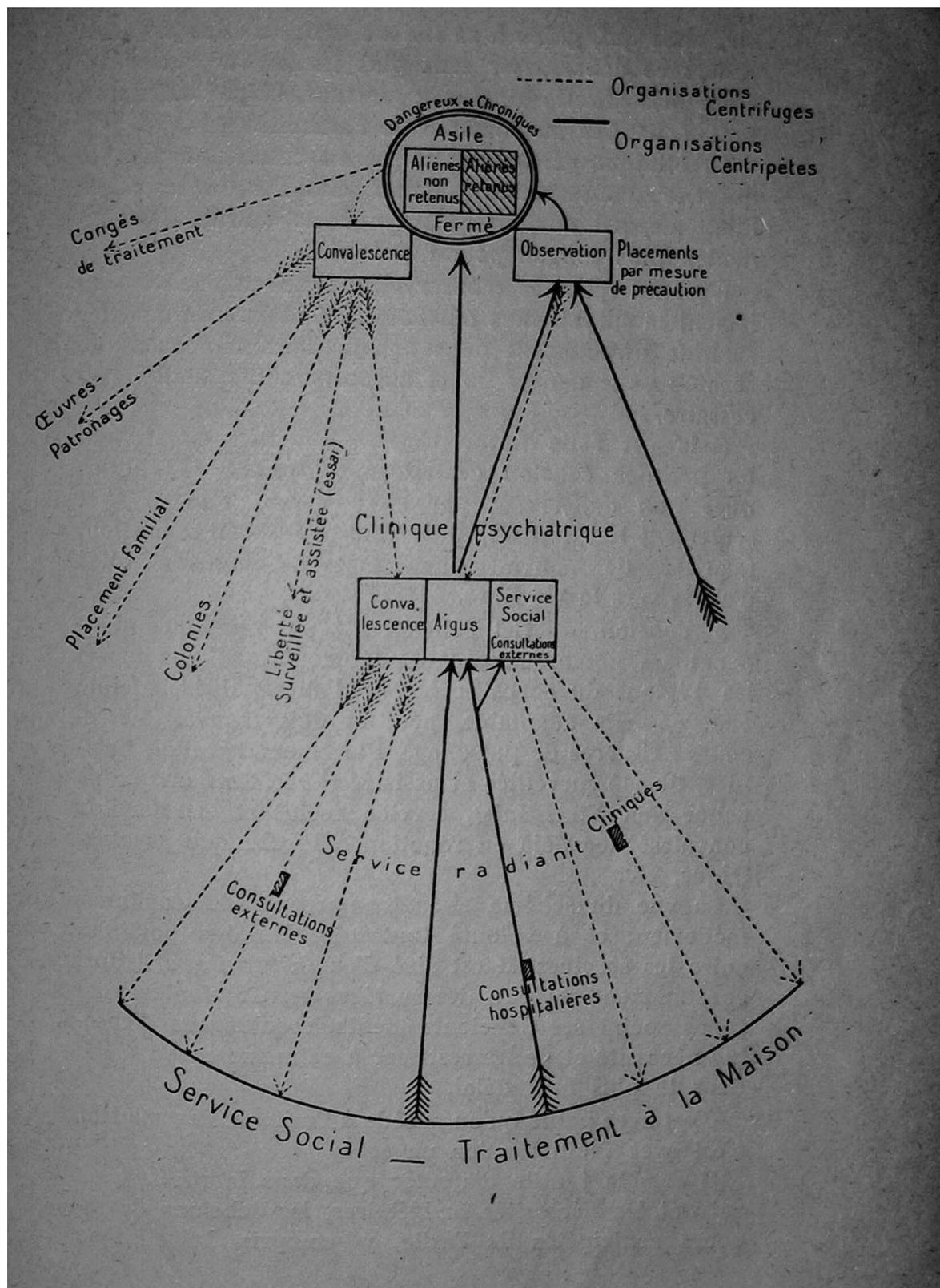
L'avenir de l'assistance des aliénés tient en grande partie au sort que le législateur réservera au traitement de la convalescence. En arrière est tout un passé où l'asile est le symbole unique de cette assistance. Cette conception plutôt étroite a entretenu la stagnation des idées générales sur l'aliénation mentale et sur les aliénés. A l'avant, c'est une décentralisation de plus en plus accentuée de l'assistance, c'est un appel lancé à la coopération de plus en plus effective du milieu social à la tutelle d'un infirme dont de forts préjugés ont fait un paria. L'aliéné reprend sa place au milieu de tous, autant que faire se peut, et il rentre dans la vie commune débarrassé d'une épithète qui le stigmatise.

Et, reprenant le schéma global dessiné pour la convalescence de l'aliéné, il annonce de manière prophétique un travail symétrique à réaliser à l'entrée :

Traitement de l'aliéné, traitement du convalescent, prévention de la folie, telles sont les trois étapes centrifuges de l'asile. Lorsque l'organisation générale de l'assistance de l'aliéné aura conçu les trois échelons inverses centripètes de l'asile dont le dernier, l'asile existe seul, dont le premier n'est qu'à l'état d'ébauche, à savoir le milieu social avec son rôle prophylactique, et dont l'intermédiaire, le quartier d'observation ou hôpital d'aigus est tout à créer, on pourra dire que le cycle est complet et que l'on aura fait pour l'aliéné tout ce que la raison, la charité et la science réunies peuvent faire.¹

¹ Legrain devait développer son analyse sous forme d'un schéma, reproduit en figure n° 3, à l'occasion de la discussion d'un nouveau projet de réforme déposé à la Chambre par le député Grinda.

Figure n°3. L'asile et ses formations centrifuges et centripètes selon Maurice Legrain.



Extrait de Legrain, P.-M., 1922, "Le projet Grinda et l'hygiène Mentale", Annales Médico-psychologiques, vol. I, p. 298

Le problème de l'admission : entre observation préalable et placement provisoire

Les discussions sur l'admission sont plus complexes et moins consensuelles que celles sur la sortie. Comme pour cette dernière, deux séries de propositions apparaissent là encore de manière distincte : d'un côté, ne pas laisser au médecin seul la responsabilité de l'admission définitive d'un malade à l'asile et le suppléer par un dispositif juridico-médical ; de l'autre, s'efforcer de décomposer la procédure d'admission pour éviter que les protagonistes aient à faire face à un choix binaire. Mais, à la différence du problème de la sortie, ce sont deux positions qui paraissent plus nettement en contradiction que fait s'affronter celui de l'entrée, la difficulté étant d'autant plus grande que ces positions sont parfois tenues par les mêmes acteurs à des moments différents de la discussion. Cette discussion tourne autour de l'intervention de la justice dans la procédure du placement. La mesure est l'une des propositions phares de l'ensemble des projets défendus au Parlement depuis 1871, mais elle rencontre une opposition massive des médecins et, plus généralement, des réformateurs sociaux. L'un des rapporteurs du projet de réforme à la Chambre des députés analyse bien la dispute : « Chacun de tirer à soi, le plus énergiquement possible, la couverture. Tandis que les jurisconsultes, préoccupés de donner à la liberté individuelle toutes ses nécessaires garanties, placent des juges partout, les philanthropes moins soucieux d'entourer la séquestration de toutes les précautions désirables que d'assurer aux aliénés une assistance effective et convenable ne veulent des juges nulle part et prétendent régenter les conseils généraux dans la gestion des finances départementales. »¹ D'un côté, en effet, les défenseurs des libertés civiles critiquent l'internement au nom des droits des malades. De leur point de vue, la procédure de la loi de 1838, en limitant l'intervention de la justice, fait courir aux personnes un risque d'internement arbitraire. Il suffit pour cela qu'un proche malveillant, ou qu'une autorité administrative autoritaire, obtienne l'assistance d'un médecin corrompu. A l'origine, c'est de ce côté que vient une impulsion décisive à réformer à travers la médiatisation des affaires d'internement arbitraire dans le contexte de la consolidation de la démocratie parlementaire. De façon plus générale, l'argument repose sur l'idée que l'internement crée un statut déficient, et qu'il faut la sanction d'un jugement pour pouvoir imposer ce statut.

¹ Dubief, F.-J.-B., *Le Régime des aliénés*, Paris, J. Rousset, 1909.

D'un autre côté, pour les réformateurs sociaux, le statut d'aliéné est avant tout créateur d'un droit à l'assistance, dont dépend aussi un accès au soin. Dans cette perspective, il convient d'éviter de mettre des obstacles à l'effectuation de ce droit. De ce côté, c'est la raison médicale et sa revendication d'intervention qui sont en jeu. Comme l'a montré Jan Goldstein, ce second argument avait déjà été évoqué au moment du vote de la loi en 1838, pour être à l'époque rejeté. A la fin du XIX^e siècle, il a toutefois trouvé un renfort important dans l'idée que la maladie mentale est un processus long, évolutif, et les médecins des asiles n'hésitent plus à affirmer que c'est parce que les malades leur parviennent trop tard, à un stade où, précisément, ils sont déjà chroniques et incurables, que leurs établissements renferment tant de chroniques et d'incurables. De leur point de vue, renforcer la procédure d'internement telle qu'elle est codifiée par la loi de 1838 risque non seulement de mettre un obstacle supplémentaire à l'accès aux soins, et par là de retarder la mise en œuvre d'un traitement, mais encore de changer le sens de l'internement pour en faire davantage encore une mesure stigmatisante, et par là d'en éloigner les populations. En 1890, le Conseil supérieur de l'assistance publique, saisi de l'examen du projet déposé à la Chambre, se prononce ainsi vigoureusement contre toute intervention de l'autorité judiciaire et, à partir des années 1900, un certain nombre de psychiatres plus radicaux, tel Edouard Toulouse, prônent purement et simplement l'abandon de la mesure d'internement¹. A la veille de la Première Guerre mondiale, le projet défendu par Paul Strauss au Sénat établit une sorte de compromis entre ces deux positions, en proposant que les admissions à l'asile ne soient que provisoires en l'attente d'un jugement qui peut intervenir au bout de 18 mois².

Dans une certaine mesure, la proposition de Strauss s'inscrit également dans le prolongement d'initiatives pour contourner la difficulté qui s'élaborent dans le courant des années 1890, axées sur la création de dispositifs rendant possible un traitement précoce en amont de l'internement. Si l'internement est un obstacle à l'admission, alors

¹ Toulouse, E., "Doit-on interner les aliénés", *Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale*, n° 4, 1901, pp. 161-165.

² Comme on l'a vu le délai choisi correspond à peu près à celui généralement admis pour la guérison les états aigus. La proposition vise ainsi explicitement à faciliter le traitement de ces états et à leur éviter le discrédit de l'internement, sans pour autant sacrifier les droits des chroniques. Une autre dimension de ce choix est toutefois également la volonté d'éviter l'engorgement des tribunaux, argument du reste parfois avancé par certains magistrats – en particulier, cf. le dossier rassemblé par : Conseil supérieur de l'assistance publique, *Fascicule n° 30. Aliénés révision de la législation*, 1890.

on peut développer des modes d'hospitalisation spécifiques pour des catégories de patients qui n'ont pas nécessairement besoin de passer par une procédure juridique, comme les aliénés curables. Rapidement guéris, ceux-ci, au même titre que les malades somatiques, ne nécessitent pas qu'on mette en place des mesures particulières de protection de leurs biens ou de leur personne. Dans cette ligne de raisonnement se situent deux séries de propositions, que l'on peut là encore analyser comme pour le problème de la sortie selon qu'elles reposent sur un aménagement de la procédure juridique de l'internement ou sur la création de dispositifs institutionnels nouveaux, et en marge de l'internement. Les premières consistent ainsi à préserver le statut de l'internement tout en proposant des assouplissements à la procédure même, en généralisant l'application des placements volontaires, ou en introduisant un « placement spontané », requis par le patient lui-même et préservant ses droits : dans les deux cas, il s'agit, à des degrés différents, de replacer l'internement dans une transaction entre le patient ou un garant de sa volonté et le médecin, et d'éviter l'intrusion de l'administration. Plus radicales, une deuxième série de propositions préconisent l'organisation de formes d'assistance psychiatrique en amont de l'internement. A Bordeaux, Emmanuel Régis, organise ainsi dans les années 1890, à l'intérieur de l'hôpital général, une clinique qui lui permet l'observation et le traitement des malades avant leur envoi à l'asile¹. Si l'initiative ne fera des émules qu'après la Première Guerre mondiale, elle est discutée dans les milieux réformateurs dès le début des années 1900². Une autre proposition étudiée lors de l'examen du projet au Conseil supérieur de l'assistance publique en 1890, et introduite l'année suivante dans le projet que présente à la Chambre le député Reinach, consiste à organiser à l'intérieur des asiles des pavillons spécifiquement destinés à l'accueil des malades avant l'internement, et placés à l'écart des autres pavillons. Dans le projet du Conseil, ce pavillon d'accueil devait permettre de procéder à l'observation des malades pour la durée nécessaire au

¹ Emmanuel Régis (1855-1918) est une figure marquante de la psychiatrie du début du siècle, même s'il n'est resté à la postérité que pour avoir publié avec Angelo Hesnard en 1914 le premier manuel français sur la psychanalyse. Ancien interne des asiles de la Seine, professeur à la faculté de médecine de Bordeaux, médecin des hôpitaux de Bordeaux, membre de l'Académie de médecine, il est surtout l'auteur de nombreux travaux sur les délires aigus et d'un manuel qui connaît une demi-douzaine d'édition entre 1885 et 1914 et est, jusque dans l'entre-deux-guerres, le manuel de médecine mentale le plus utilisé par les praticiens. Il joue par ailleurs un rôle important dans l'organisation du groupe des aliénistes à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle, et, en particulier, il contribuera beaucoup à l'émergence d'une psychiatrie non parisienne. Sur ce dernier point, cf. *infra*, chapitre 4.

² Conseil supérieur de l'assistance publique, *Fascicule n° 98. L'Assistance médicale aux aliénés curables*, Melun, Impr. administrative, 1905.

diagnostic, à la guérison ou au décès, et c'était à l'issue de ce temps d'observation seulement que pouvait être prononcé l'internement.

Comme pour la sortie, ces différents dispositifs correspondent ainsi à la fois à l'identification d'un état du malade à un stade de sa pathologie, à un mode d'action du psychiatre, fondé comme pour la convalescence sur la surveillance et l'observation, et à la création d'un droit nouveau justifié par les deux premiers aspects. De ce point de vue, les controverses suscitées par l'ensemble des discussions sur l'admission peuvent paraître un peu dérisoires – après tout, y a-t-il vraiment une grande différence entre un placement provisoire et l'observation prolongée dans un service spécialisé ? –, mais, précisément, c'est de la délimitation d'un statut qu'il s'agit. Et à un statut du malade risque toujours de correspondre également un statut du professionnel chargé du traitement de ce malade. Ce point explique que la proposition de créer des dispositifs institutionnels à l'extérieur des asiles rencontrera toujours la réticence des médecins d'asile. Leur principal argument repose sur une défense de l'asile comme hôpital spécialisé. Les aliénistes soulignent en particulier que c'est dès l'admission qu'il faut trier les malades et, pour cela, qu'il est important pour eux de disposer d'un établissement qui rende possible la différenciation de services spécialisés adaptés aux besoins de chaque classe de malades¹. A l'inverse, développer des services d'observation dans les hôpitaux généraux constituerait un premier pas vers la constitution d'une nouvelle clientèle et, partant, d'un nouveau groupe professionnel. On le verra, cet argument crucial, implicitement ou explicitement, structurera l'ensemble des discussions sur l'assistance psychiatrique jusque dans les années 1970.

A la veille de la Première Guerre mondiale, le débat autour de la loi de 1838 est donc largement ouvert, et s'il n'a pas abouti, il a néanmoins permis à la fois un certain nombre d'expérimentations et l'explicitation des positions en présence, mais également

¹ « L'aliéné nous arrive avec l'attitude extérieure exactement en rapport avec son genre de délire, c'est à dire que deux aliénés pris au hasard sont rarement comparables entre eux dans leurs réactions. Conséquemment, les uns doivent être aussitôt placés dans une section d'agités ; d'autres doivent être isolés ; d'autres encore nous arrivent avec de la fièvre ; ils sont désignés pour l'infirmerie, et ainsi de suite. Vous apercevrez maintenant que la création des quartiers d'observation qui au premier abord paraît une chose très simple, est en réalité une grosse difficulté. C'est un second asile dans le premier, sans compter avec les dépenses considérables que sa construction nécessiterait. » oppose ainsi Magnan lors de la discussion du Conseil supérieur de l'assistance publique de 1890 : Conseil supérieur de l'assistance publique, *Fascicule n° 36. Deuxième session de juin 1891. Projet de loi portant révision de la législation sur les aliénés. Création de sociétés de patronage*, 1891.

la mise en évidence de plusieurs points de blocage. De ce point de vue, si la guerre ne mettra pas un point d'arrêt au processus réformateur, elle ne permettra pas non plus un dépassement des difficultés. Si, en effet, la discussion reprend dès le lendemain du conflit, c'est sur de nouvelles bases et dans une toute nouvelle configuration.

2. Une nouvelle frontière pour l'asile. L'hygiène mentale et l'invention des services libres dans l'entre-deux-guerres

Comme pour le reste de la médecine, la Première Guerre mondiale a marqué une rupture importante pour la psychiatrie, dont l'un des éléments les plus remarquables est l'émergence du mouvement d'hygiène mentale et d'une innovation, le service libre. Ce dernier s'impose en effet rapidement dans l'entre-deux-guerres comme le contenu obligé de toute tentative de réforme de l'assistance psychiatrique. A partir de 1922 et de son « invention » par Edouard Toulouse, le service libre porte en lui une conception spécifique de la manière dont la maladie mentale affecte le corps social ; il manifeste une articulation nouvelle des institutions psychiatriques à la société. Le service libre contribue ainsi à une reformulation en profondeur du débat sur l'assistance psychiatrique. Désormais, il s'agit non plus de réformer le droit de l'assistance psychiatrique, mais de produire un nouveau dispositif proprement médical qui permettra d'éviter le recours au droit. C'est en partie pour cette raison que le service libre a exercé au sein des milieux psychiatriques une séduction immédiate. Il a également suscité d'importantes discussions qui, à terme, firent émerger deux visions du problème de la réforme des asiles, qui structureront par la suite le débat de l'après Seconde Guerre mondiale. Ce sont ces deux visions qu'il s'agit de saisir dans cette section, au moment où elles émergent dans le courant des années 1930. Avant cela toutefois, il faut situer plus généralement le problème des services libres au sein de l'émergence du mouvement d'hygiène mentale.

La période a suscité une littérature abondante¹, en grande partie motivée par la figure complexe du principal entrepreneur du mouvement d'hygiène mentale et des services libres, Edouard Toulouse². Pour cette raison, elle reste toutefois souvent sourde aux positions de ses contradicteurs. A l'inverse, pour saisir dans sa complexité le débat, il me semble important ici de restituer dans leur cohérence les positions des différents acteurs : pour cela il faut accepter de ne pas réduire ces positions à des postures réactives et s'efforcer de retrouver les logiques qui œuvrent derrière les engagements.

2.1. Une nouvelle politique de la psychiatrie : le mouvement d'hygiène mentale

De façon générale, on peut considérer l'hygiénisme comme une manière spécifique d'articuler politique et médecine, où la médecine se pose en producteur de la politique. De ce point de vue le mouvement d'hygiène mentale marque au sein de la médecine mentale du début du XX^e siècle l'émergence d'une volonté d'aménager de manière nouvelle la relation de la médecine mentale à l'Etat. Les propositions que font au lendemain de la Première Guerre mondiale les promoteurs de l'hygiène mentale ne

¹ Huteau, M., *Psychologie, psychiatrie et société sous la troisième république. La biocratie d'Édouard Toulouse (1865-1947)*, Paris, L'Harmattan, 2002 ; Simonnot, A.-L., *Hygiénisme et eugénisme au XX^e siècle à travers la psychiatrie française*, Paris, S. Arslan, 1999 ; Thomas, "Open psychiatric services in interwar France", *op. cit.* ; Wojciechowski, *Hygiène mentale et hygiène sociale, II, op. cit.*

² Ancien interne des asiles de la Seine, ancien chef de clinique auprès de la Chaire des Maladies Mentales et de l'Encéphale, Edouard Toulouse (1865-1947) est médecin-chef des asiles de la Seine, à Villejuif, puis à Sainte Anne à partir de 1921. Il se rend célèbre en 1896 pour « l'enquête médico-psychologique » qu'il publie sur Emile Zola, et mène dès lors une activité intense de chercheur, d'organisateur et de publiciste. Il publie à un rythme soutenu des recherches sur les thèmes en vogue de la psychiatrie, et crée dès 1899 à Villejuif un laboratoire de psychologie expérimentale, qui devient rapidement un endroit qui compte pour la discipline. Il fait de son service à Villejuif un centre qu'il veut pilote en matière d'organisation du traitement des malades mentaux, et, chantre de l'*open door*, qu'il a observé dans des asiles écossais, il participe activement aux discussions sur l'assistance psychiatrique dans le département de la Seine. Il est à la tête de plusieurs revues professionnelles ou de vulgarisation scientifique, directeur de collection, et publie abondamment dans la presse d'opinion. Son rôle, toutefois, dans le débat sur l'assistance doit être évalué avec prudence, et son influence ne doit pas être surestimée. Il faut ainsi souligner que Toulouse ne fera jamais partie du Conseil supérieur de l'assistance publique. De manière générale, c'est pour avoir été à l'origine d'initiatives qui permettront le brassage des personnes et des idées que Toulouse joue un rôle important dans l'histoire des sciences humaines : psychologie, psychanalyse, population, eugénisme... seront marquées par ses entreprises. Le service libre de prophylaxie mentale joue jusqu'à un certain point ce rôle pour l'assistance aux malades mentaux. Sur Edouard Toulouse, cf. la biographie que lui a consacré Huteau, *Psychologie, psychiatrie et société, op. cit.*. Pour une mise en perspective de son œuvre dans l'histoire croisée de la psychologie et de la psychanalyse, cf. Ohayon, A., *L'impossible rencontre. Psychologie et psychanalyse en France 1919-1969*, Paris, La Découverte, 1999. Pour un exemple des passions qu'il continue à soulever, cf. Simonnot, *Hygiénisme et eugénisme, op. cit.*

sont pas entièrement neuves, et en particulier un certain nombre d'entre elles circulent déjà dans le débat sur la loi de 1838 dans la période précédente. Mais dans l'après-guerre, le mouvement d'hygiène mentale marque une rupture à l'égard des pratiques en vigueur en psychiatrie avant 1914. Le principal acteur en est la Ligue d'hygiène mentale.

La Ligue d'hygiène mentale est créée en 1920 dans le contexte encore agité de l'immédiate après-guerre¹. Edouard Toulouse a joué un rôle moteur pour en faire accepter l'idée à l'extérieur des milieux professionnels, et il prend d'emblée la présidence de son conseil d'administration. Il organise autour de lui une équipe de médecins et psychologues d'origine éclectique et parvient à réunir un comité de patronage au pedigree impressionnant. La Ligue ressortit en effet, en première approximation, à un modèle d'entreprise charitable qui, en 1920, est à son apogée. Depuis la fin du XIX^e siècle, alliances, ligues ou comités, réunissant, autour de techniciens, des aristocrates et des bourgeois fortunés et bénévoles, balisent le terrain de la charité et de la réforme sociale². Quelques mois plus tôt ont été créés le Comité national de défense contre la tuberculose et la Ligue contre le cancer³. De manière générale, ces divers mouvements recrutent leurs soutiens au sein des mêmes milieux. Patrice Pinell a montré les enjeux de distinction à l'œuvre dans l'engagement dans ce genre d'entreprises, qui sont souvent d'abord mises au service de carrières politiques et sociales. A partir de 1920, le comité de patronage de la Ligue d'hygiène mentale est ainsi présidé par Léon Bourgeois, il comprend également des figures comme Paul Strauss, Paul Painlevé, Justin Godart, qui tous participent à de nombreuses œuvres. La Ligue s'inspire également du Comité d'hygiène mentale américain qui s'est organisé

¹ Sur les circonstances de la fondation de la Ligue, le compte rendu le plus documenté est Huteau, *Psychologie, psychiatrie et société*, op. cit., pp. 190-191, mais le récit exact des événements reste un peu obscur. La création de la Ligue est précédée le 12 avril 1920 par celle d'un éphémère Comité d'Hygiène Mentale placé auprès du jeune ministère de l'Hygiène et de l'assistance publique. Celui-ci, dont la création est inspirée directement d'un rapport rendu par Toulouse quelques mois auparavant sur l'organisation de la prophylaxie mentale dans la Seine, est une commission consultative, sans autonomie, sur les questions d'hygiène mentale. Ce sont, selon Huteau, des conflits de personnes qui conduisent à la mise en sommeil du Comité et qui poussent Toulouse à créer sa Ligue. Sur le ministère de l'hygiène et son dispositif de consultation au moment de sa création, cf. Murard, L. et P. Zylberman, *L'administration sanitaire en France dans l'entre-deux-guerres. Le ministère de l'Hygiène: création et action, suivi de: Deux essais sur l'histoire de la coopération sanitaire internationale*, Paris, CERMES, Convention MiRE-INSERM, 1996. La Ligue d'hygiène mentale poursuivra ses travaux jusqu'à la guerre, mais déclinera par la suite. Sur ce point, cf. *infra* ch. 3.

² Topalov, C., *Naissance du chômeur. 1880-1910*, Paris, Albin Michel, 1994.

³ Sur le premier, cf. : Murard et Zylberman, *L'hygiène dans la République*, op. cit. ; sur la seconde cf. : Pinell, *Naissance d'un fléau*, op. cit..

avant la guerre, à l'initiative d'un ancien malade, Clifford Beers, et du patron de la psychiatrie américaine, Adolf Meyer¹. Elle s'insère ainsi dans un réseau dense d'initiatives d'ordre privé ou semi privé, nationales et internationales, visant à accélérer le mouvement réformateur sur les questions médicales et sociales.

La Ligue d'hygiène mentale se distingue toutefois de la plupart de ces mouvements par ses objectifs et son mode de fonctionnement². Au contraire des œuvres créées dans le domaine de la lutte contre la tuberculose ou le cancer, ou encore du comité américain, la Ligue n'a, en effet, pas vocation à lever des fonds ou développer des institutions. Les malades mentaux de toute façon ne drainent guère de capitaux privés, en France tout au moins³. La Ligue se positionne en réalité sur le terrain des idées. Elle se présente comme un comité de techniciens, qui vise à organiser un champ, mettre au point des outils, faire avancer des concepts. « Quand Beers fonde son comité en 1909, rappelle ainsi Toulouse, il agissait en philanthrope, ayant surtout en vue l'amélioration du sort des malades mentaux et des établissements où il avait personnellement souffert. De mon côté, c'était des idées directrices de technicien qui me poussaient, depuis le début de ma carrière d'aliéniste, vers le ferme dessein manifesté à plusieurs reprises de faire de la psychiatrie une science médicale objective et de briser le vieil asile d'aliéné. »⁴ Dès lors, la Ligue couvre un champ qui va de la recherche à la vulgarisation scientifique, en passant par le lobbying parlementaire.

Les activités de la Ligue, qui est organisée en commissions thématiques, coïncident avec celles du Service Libre de Prophylaxie Mentale, dont Toulouse obtient la création en 1922 à Sainte Anne. La pièce maîtresse, et la plus connue, du Service est le service d'hospitalisation libre, mais le Service Libre de Prophylaxie Mentale

¹ Clifford Beers (1876-1943), jeune diplômé de l'université de Yale, a passé deux ans dans un asile américain pour un épisode de dépression. C'est l'ouvrage autobiographique qu'il tire de son expérience, *A mind that found itself*, paru en 1908, qui le positionne comme entrepreneur de réforme après qu'il eut attiré l'attention d'Adolf Meyer. Meyer (1866-1950) est quant à lui un psychiatre originaire de Suisse, où il a également fait ses études de médecine, et s'installe en 1892 aux Etats-Unis. Il mène dès lors une intense activité d'organisateur, de pédagogue. inspiré des approches psychodynamiques. Sur l'histoire des mouvements réformateurs aux Etats-Unis, cf. Grob, G. N., *Mental illness and american society 1875-1940*, Princeton, Princeton university press, 1983 et Rothman, D. J., *Conscience and Convenience. The Asylum and Its Alternatives in Progressive America*, Boston, Little, Brown, 1980.

² Un bilan serait toutefois à faire des activités de la Ligue, sur lesquelles Wojciechowski, *Hygiène mentale et hygiène sociale, II, op. cit.*, qui donne le plus d'indications, est encore nettement insuffisant.

³ Sur ce point, cf. une série de discussions autour des sociétés de patronage en 1891 au Conseil supérieur de l'assistance publique : Conseil supérieur de l'assistance publique, *Fascicule n° 35. Création de sociétés de patronage pour les aliénés sortant des asiles, op. cit.*

⁴ Toulouse, cité par Wojciechowski, *Hygiène mentale et hygiène sociale, II, op. cit.*, p. 58.

fonctionne en réalité comme un véritable institut de psychiatrie, comprenant service social, laboratoires et consultations. Les différentes sections du Service et les commissions de la Ligue découpent leur objet en une série de problèmes disjoints, ressortissant à des techniques spécifiques et confiés à des spécialistes : alcoolisme, enfance anormale, antisociaux, psychotechnique... L'ensemble de ces activités sont reliées entre elles en ce qu'elles ont pour point de départ une même approche par la prévention, dont l'arrière plan est le problème de la dégénérescence.

En sortant du cadre strict de la médecine mentale, la dégénérescence est en effet devenue au début du XX^e siècle l'une des obsessions majeures des élites françaises¹. Elle participe d'un rapport de fascination ambiguë de la modernité à ses marges, dont les œuvres de Huysmans et de Zola constituent deux versants opposés dans la littérature. Elle a ainsi des retentissements dans l'esthétique, le sport, la santé publique et bien entendu le débat politique, où les thématiques du redressement et de la régénération morale jouent un rôle central jusqu'à la Seconde Guerre mondiale. Malgré la diffusion du concept, les spécialistes des maladies mentales continuent à jouer un rôle clef pour lui donner une cohérence intellectuelle, et souvent également un visage². Si jusqu'au début du XX^e siècle, la dégénérescence est restée en médecine mentale un concept exclusivement clinique, dans les années 1920 et 1930, la Ligue est l'un des principaux endroits où s'élaborent des tentatives de donner un caractère opératoire au concept, au croisement de la politique et de la psychiatrie, grâce à un travail sur les techniques de sélection et d'adaptation à la tâche des individus, dont l'outil de base est la psychotechnique³. Le paradigme peut en principe s'appliquer aussi bien aux domaines de l'eugénique, de la criminologie, qu'à celui de la sélection professionnelle – ce dernier est cependant le domaine où les applications sont les plus abouties dans le contexte du développement de l'organisation scientifique du travail, avec la création en 1927 de l'Institut national d'orientation professionnelle. Poussée jusqu'au bout de sa

¹ Weber, E., *Fin de siècle: la France à la fin du XIXe siècle*, Paris, Fayard, 1986. Sur la dégénérescence en psychiatrie, cf. *supra*. On manque d'une cartographie du problème de la dégénérescence et de toutes ses ramifications sur la période. Pour une étude qui emprunte l'entrée du crime, mais qui couvre un vaste ensemble de questions, cf. Nye, *Crime, madness, & politics*. L'étude d'Anson Rabinbach sur un problème connexe, la fatigue, est également utile : Rabinbach, A., *Le moteur humain. L'énergie, la fatigue et les origines de la modernité*, Paris, La fabrique, 2004 [1990].

² Il faut en effet souligner l'importance de l'iconographie des asiles, sur laquelle insiste justement Bercherie, *Histoire et structure du savoir psychiatrique, I, op. cit.*

³ Sur cette question, cf. les longs développements que lui consacre Huteau, *Psychologie, psychiatrie et société, op. cit.*

logique, la psychotechnique nourrit chez Toulouse un fantasme de rationalisation de la société dans laquelle s'enracine plus généralement une posture de défiance à l'égard du politique, et dont la « biocratie » sera le support. A partir des années 1930, la Ligue est ainsi l'une des composantes importantes du « mouvement technicien », qui préconise l'installation d'une direction technique des affaires et qui se distingue par son engagement contre la politique des partis¹.

Les idées sont en théorie les mêmes sur le terrain de l'assistance : prévenir plutôt que réparer en plaçant sous surveillance les faibles et donner aux techniciens le rôle d'organiser la politique d'assistance psychiatrique. A partir des années 1920, la Ligue fait de la réforme de la loi de 1838 l'un de ses chevaux de bataille, et une de ses commissions est entièrement consacrée au problème. Elle est consultée sur les projets du gouvernement, inspire à des députés ou des sénateurs des propositions de loi, organise rencontres et tables rondes sur la question. L'hygiène mentale dessine en effet un cadre nouveau pour l'assistance psychiatrique, dans lequel l'invocation des principes de l'assistance publique ou de la bienfaisance laisse place à des arguments proprement biopolitiques. « Il s'agit de rééduquer à l'activité des milliers de cerveaux qui ont un rôle à jouer dans l'organisme social, puisque leur insuffisance retentit sur toutes les énergies dont ils sont solidaires. Le psychopathe, même à son plus faible degré, est cause de moindre rendement, et ce qui est gaspillé, c'est la manifestation la plus noble, la plus élevée en dignité de l'énergie humaine, c'est la force intellectuelle », entend-on ainsi au Parlement². Si l'assistance concerne des populations marginalisées qu'il faut secourir par charité, l'hygiène mentale s'adresse ainsi à des populations intégrées dont les difficultés font courir un risque au corps social. Plutôt que de colmater des besoins, il s'agit d'introduire de la fluidité dans une société caractérisée par l'interdépendance fonctionnelle de l'ensemble de ses membres. De manière plus générale, cette activité participe d'une reconfiguration d'ensemble de la politique d'assistance publique³. « Ce

¹ L'un des épisodes importants est la création du Parti Social de la Santé Publique de Justin Godart en 1930, dont Toulouse est vice-président. Sur la participation de la Ligue au mouvement technicien cf. Wojciechowski, *Hygiène mentale et hygiène sociale, II, op. cit.*. Sur Justin Godart et son Parti, cf. : Wiewiorka, A., *Justin Godart. Un homme dans son siècle (1871-1956)*, Paris, CNRS Editions, 2004. Cf. également sur le contexte : Boltanski, L., *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Editions de Minuit, 1982.

² Proposition de loi ayant pour but la création de services départementaux d'hospitalisations libres des psychopathes curables. Exposé des motifs, *Journal Officiel de la République française. Documents parlementaires. Chambre des députés*, 1928, Annexe n° 713, Session extr. Séance du 15 novembre 1928, p. 35.

³ *Assistance et république, op. cit.*

n'est pas seulement pour unifier les lois d'assistance pour les mettre en harmonie avec les nécessités contemporaines que nous avons à déployer notre activité, c'est encore pour contribuer dans la mesure de nos forces à l'hygiène sociale, qui doit être avec l'extinction du paupérisme un des buts communs des philanthropes, des mutualistes, des prévoyants », déclare ainsi en 1921 au Conseil supérieur de l'assistance publique son président, Paul Strauss¹.

Il ne faut pas exagérer, toutefois, la portée de ces évolutions. On a en effet souvent noté l'efficacité toute relative de l'argument de la prévention : celle-ci, dont les bénéfiques ne peuvent qu'être lointains, a, on le sait, toujours du mal à intéresser le législateur. Les déboires de la lutte antialcoolique depuis le début de la Troisième République en témoignent, qui, malgré les campagnes des hygiénistes, n'est jamais parvenue à interdire les bouilleurs de crus ou à encadrer la production viticole². Dès lors, le mouvement d'hygiène mentale doit utiliser des arguments plus percutants pour se faire entendre. Les entrepreneurs du mouvement peinent ainsi à se défaire du vocabulaire belliqueux de la lutte contre les déviants. Substituer par exemple à l'aliéné l'anormal ne revient guère qu'à remplacer un danger par un autre : en fin de compte, l'anormal présente en effet un comportement qui n'est pas moins imprévisible que celui de l'aliéné. Significative est, en ce sens, cette intervention du sénateur Labrousse lors du débat préliminaire sur le projet Strauss de réforme de la loi de 1838 au Sénat en 1932. Après avoir dressé une liste des populations ressortissant à la prophylaxie mentale, comprenant des types aussi divers que les « alcoolisés », les « angoissés pessimistes », « verbomanes », ou encore les « petits délirants », il conclut ainsi :

Tous ces types vous les rencontrez, mais tout le monde ne les reconnaît pas. Ils alimentent la presse et si je voulais donner au Sénat quelques titres sensationnels empruntés aux seuls journaux de cette quinzaine relatant les délits ou les crimes commis par des gens qui relèvent de la prophylaxie mentale, je pourrais vous indiquer : « deux jeunes chenapans avaient attaqué un enfant de seize ans » ; « un alcoolique blesse sa femme d'un coup de couteau et s'ouvre la gorge » ; « histoire d'un petit garçon qui lutta toute la nuit pour empêcher sa mère de se tuer » ; « un cultivateur tue sa femme » ; « au cours d'une crise de folie, un polonais tue son hôtelier », etc., etc. Vous voyez d'après ces titres d'articles – et j'abrège – combien sont graves les cas qui relèvent de la

¹ Conseil supérieur de l'assistance publique, *Fascicule n° 117. Première session ordinaire de 1921*, Melun, Imprimerie administrative, 1921.

² Prestwich, P. E., *Drink and the Politics of Social Reform: Antialcoholism in France since 1870*, Palo Alto, The Society for the promotion of science and scholarship, 1988.

prophylaxie mentale. Tous les auteurs de ces crimes, si on les étudie, apparaissent comme anormaux. Ils étaient ignorés comme aliénés, ils auraient pu être prophylactisés.¹

Prophylactiser, ou traiter, voire interner, car finalement c'est de cela qu'il s'agit. En dernière analyse, l'hygiène mentale pourrait n'être, pour la plus grande partie de son programme en matière d'assistance, qu'un analogue de l'assistance psychiatrique – c'est en tous les cas ce que suggère l'analyse de l'invention du service libre, vers laquelle il faut se tourner maintenant.

2.2. Le service libre : une invention providentielle ?

Si l'hygiène mentale fournit le code et le cadre à l'aide desquels les questions d'assistance psychiatrique sont repensées à partir de 1920, le service libre est le dispositif qui, sur le terrain, donne une forme concrète à ce projet. Comme pour l'hygiène mentale, c'est l'activité de Toulouse et la publicité qu'il parvient à créer autour de lui qui font du service libre le point de mire des discussions de l'entre-deux-guerres.

Comme la création de la Ligue, l'ouverture du Service libre de prophylaxie mentale de Toulouse est rendue possible par le contexte de l'immédiate après-guerre. Elle s'inscrit plus spécifiquement dans le cadre d'un projet élaboré en 1922 par le conseil général de la Seine de réorganiser l'ensemble de l'assistance psychiatrique du département, dont le fait qu'il n'a que partiellement abouti a masqué l'ampleur². Deux

¹ Intervention de Labrousse au Sénat, séance du 3 mars 1931, Suite de la délibération sur le projet de loi relatif au régime des aliénés, *Journal Officiel de la République française. Débats et documents parlementaires. Sénat*, 1931, p. 206.

² On peut suivre ces projets, les discussions qu'ils suscitent et, jusqu'à un certain point, l'évolution de leur mise en œuvre dans les années 1920, dans les chroniques d'actualité que publie André Antheaume dans la revue qu'il dirige de 1907 jusqu'à sa mort en 1927, *l'Informateur des aliénistes et des neurologistes*. Antheaume (1867-1927), l'un des artisans les plus enthousiastes du mouvement d'hygiène mentale, a eu une carrière singulière. Ancien interne des asiles de la Seine, ancien chef de clinique à la clinique des maladies mentales et de l'encéphale, nommé médecin-chef à la Maison nationale de Charenton, il démissionne trois ans plus tard, au motif que les réformes qu'il souhaite y introduire rencontrent l'opposition de l'administration. Il quitte alors le cadre des médecins d'asile pour ouvrir une maison de santé à Rueil-Malmaison, dont il fait la vitrine de son entreprise réformatrice. Il y accueille en particulier le président de la République, Paul Deschanel, lorsque celui-ci est amené à démissionner, en 1921, six mois après son élection. Il mène parallèlement plusieurs entreprises éditoriales : co-fondateur avec Henri Claude du journal *l'Encéphale* en 1907, il se charge presque entièrement de son supplément, *l'Informateur*, dont il fait un organe d'information à destination des aliénistes. Par ailleurs membre du conseil de surveillance des asiles de la Seine, président de l'Amicale des Aliénistes, ces divers

éléments conjoncturels jouent un rôle important : une baisse du nombre de malades mentaux dans les asiles, et en particulier dans les asiles parisiens, entre 1914 et 1918¹, et l'expérience des centres neuropsychiatriques de traitement des militaires aliénés, dont certains sont installés dans les asiles parisiens, sur laquelle je vais revenir. Le projet du conseil général proposait la fermeture des lits psychiatriques de l'assistance publique, à Bicêtre et la Salpêtrière – ce qui fut effectivement réalisé –, et la réaffirmation du caractère médical de l'asile de Sainte Anne à travers plusieurs mesures qui, elles, rencontrèrent des résistances de la part du corps médical et ne furent que partiellement mises en œuvre : Sainte Anne, qui devait en particulier être rebaptisé « hôpital psychiatrique », devait ainsi, selon une logique que nous avons déjà rencontrée, accueillir des services pour malades curables, ainsi que deux services libres, tandis que l'admission était réorganisée. Le corollaire de ces mesures était évidemment que les établissements de la périphérie devaient être affectés plus spécifiquement aux « chroniques ». Dans cet ensemble seuls les services libres furent créés².

Qu'est-ce qu'un service libre ? L'historiographie plus ou moins héroïque de la création de l'hôpital Henri Rousselle a fait du service libre une percée, obtenue à l'issue d'un combat de trente ans. Le service libre aurait constitué un pas supplémentaire dans la libération des malades mentaux et Toulouse serait une sorte de nouveau Pinel. Pour les détracteurs de Toulouse, le service libre, réservé aux malades curables, participerait au contraire d'une stratégie de sélection des populations et de mise à l'écart des plus

engagements le conduisent à la position paradoxale d'être l'un des porte-parole des intérêts des médecins d'asile, alors même qu'il ne fait plus partie du groupe, sinon à titre honoraire. C'est dans le courant des années 1920, semble-t-il, que ses collègues, par le biais de leur Amicale prennent leurs distances avec lui, ce qui le conduit en 1925 à transformer sa revue pour en faire, sous le titre *l'Hygiène mentale*, un organe scientifique et l'une des principales tribunes de la Ligue d'hygiène mentale.

¹ Dans la Seine la population internée est passée de 15800 à 12770 en 1919. Leroy, R., "Chronique. Considérations sur la restriction des services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière." *Annales Médico-psychologiques*, I, n° 289-297, 1922. Pour l'ensemble de la France, la population des hôpitaux psychiatriques est passé de 74 783 individus au 1^{er} janvier 1913 à 64 888 au 1^{er} janvier 1920. Cf. Duchêne, H., "Statistique des hôpitaux psychiatriques", *Bulletin de l'Institut National d'Hygiène*, 3, n° 1, 1948, pp. 24-41.

² Parmi les raisons qui expliquent les réticences qui s'exprimèrent chez certains médecins des asiles de la Seine figure en bonne place un conflit qui divisait depuis l'avant-guerre le groupe des spécialistes des maladies mentales parisiens – sur ce point, cf. *infra* chapitre 3. Une autre raison a été l'opposition des médecins des asiles périphériques devant la perspective de se retrouver à la tête de services de « chroniques » - sur ce point, cf. Leroy, R., "A propos de la séparation des aliénés aigus et chroniques dans les asiles d'aliénés de la Seine", *Annales Médico-psychologiques*, II, 1923, p. 385. Il faut souligner par ailleurs que ce sont bien deux services ouverts qui sont créés à Sainte Anne au début des années 1920, celui de Toulouse, le plus connu, et celui de Henri Claude, au sein de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale de la faculté de Paris, dont la réorganisation est liée à sa nomination comme titulaire de la chaire associée en 1922.

faibles, les « chroniques » étant envoyés dans des établissements ne disposant pas des mêmes services médicaux que les clientèles des services libres. Ces récits, comme souvent les récits participant à la construction d'une identité professionnelle, ne sont pas totalement faux, mais ils ne permettent pas de mesurer les déplacements, les reconfigurations que la création du service a permis, et surtout son efficacité. Dans les années 1920 et 1930, les services libres sont importants parce qu'ils cristallisent plusieurs éléments du problème de la réforme de l'assistance psychiatrique qui avaient été discutés avant la guerre, tout en leur donnant un sens dans un cadre nouveau.

Edouard Toulouse a souvent décrit son service libre, de sorte que l'on dispose d'une abondante documentation sur son fonctionnement. Le service libre était un service de traitement non soumis au régime de la loi de 1838. Les malades étaient admis sans formalité et leur hospitalisation n'était soumise à aucun contrôle. Aucune mesure de tutelle n'était mise en place et les malades pouvaient en principe demander leur sortie à tout moment. Le service ciblait spécifiquement les malades issus des classes moyennes et populaires, et les dépenses des malades indigents étaient réglées sous le régime de la loi de 1893 sur l'aide médicale gratuite. Le service avait par ailleurs bénéficié de plusieurs subventions importantes qui l'avaient doté de moyens exceptionnels en comparaison de la plupart des asiles¹. Dans plusieurs articles, Toulouse insistait en effet particulièrement sur les conditions d'accueil qu'il offrait à ses malades, contrastant avec l'état déplorable de l'hôtellerie dans les asiles. Enfin le service libre était supposé s'adresser à une population qui faisait irruption dans la psychiatrie, les « petits mentaux ».

L'invention, après la Première Guerre mondiale, du terme de « petits mentaux » s'inscrit dans une longue filiation d'innovations sémantiques semi médicales depuis le début du XIX^e siècle pour caractériser telle ou telle population au croisement d'un travail nosographique et d'un travail plus proprement politique. Un précédent important avait été l'invention du terme de « demi-fous » au tournant du XX^e siècle pour caractériser des formes de « folies incomplètes » distinctes de l'aliénation mentale, et donc échappant à l'internement, dont l'exemple le plus marquant est l'hystérie². Comme

¹ En particulier, il avait bénéficié d'une subvention du pari mutuel, accordée dans le cadre de l'application de la loi de 1893, qui ne pouvait être accordée aux asiles.

² Goldstein, *Consoler et classifier, op. cit.* Le terme se répand rapidement et reste en usage dans le courant des années 1930. Il paraît être dû à un romancier, Michel Corday : Corday, M., *Les demi-fous. Roman contemporain*, Paris, Fasquelle, 1905 – c'est du moins ce qu'affirme : Voivenel, P., "Chronique.

pour beaucoup de termes de ce genre, ce qui importe est sa dimension opératoire, le fait qu'il permette de mettre un nom sur un problème et de marquer une juridiction. De manière générale, le terme de petits mentaux fonctionne précisément à mesure de son flou. Une discussion organisée à la Société médico-psychologique en 1922, pour délimiter le sens qui pouvait être donné à l'expression, avait ainsi abouti à la conclusion que le terme était sans doute impropre, mais que l'on voyait bien ce qu'il voulait dire et que de ce point de vue il avait son utilité à condition que l'on n'en abuse pas¹.

Le terme paraît avoir été utilisé pour la première fois pendant la guerre à propos des militaires souffrant de pathologies mentales, qui étaient traités dans des services neuropsychiatriques fonctionnant comme des services en cure libre créés spécialement pour l'occasion. Il participe alors d'une volonté d'euphémiser les problèmes de ces patients spéciaux, que l'on ne voulait pas stigmatiser en les traitant comme des aliénés. Le terme est toutefois resté en usage après l'armistice, à la fois parce qu'il restait dans les hôpitaux d'importants contingents de ces malades, et parce qu'en fin de compte le terme était assez pratique. En particulier, il permettait d'étendre à d'autres malades le bénéfice d'un statut d'exception et de pérenniser un droit. Un vœu adopté par la Ligue d'hygiène mentale peu de temps après sa création soulignait ainsi l'« injustice » que constituait l'application du régime de la loi de 1838 aux « anciens militaires que l'on a désigné sous le terme de « petits mentaux » », et signalait que « l'assistance dans les services ouverts a été réalisée avec succès pendant la guerre par le Gouvernement militaire de Paris aux asiles de Maison-Blanche et de Ville Evrard », arguant ainsi de l'utilité de la mesure². Une partie de l'intérêt de la catégorie venait toutefois également de ce qu'elle rompait l'opposition entre les « nerveux » et les « mentaux », et consacrait les reconfigurations de la nosographie. Disons deux mots sur ce point. Depuis la fin du XIX^e siècle, les maladies nerveuses étaient caractérisées comme des pathologies dont l'origine était supposée venir d'une lésion des nerfs. Dans cette perspective, elles regroupaient aussi bien l'épilepsie que l'hystérie ou les scléroses. C'était des pathologies traitées spécifiquement en neurologie, discipline à laquelle Charcot avait

Littérature actuelle et psychiatrie. A propos du dernier roman de M. Paul Bourget", *Annales Médico-psychologiques*, VI, 1915, pp. 529-548.

¹ Discussion de la lettre de M. Paul Strauss. Séance de la Société médico-psychologique du 24 juillet 1922, *Annales Médico-psychologiques*, 1922.

² Cité par Huteau, *Psychologie, psychiatrie et société*, op. cit., p. 195.

donné un essor décisif dans le dernier quart du siècle¹. Le terme de psychose, par contraste, était employé comme synonyme de maladie mentale et caractérisait ainsi un ensemble de troubles d'origine certainement organique, mais dont l'étiologie paraissait peu établie, et qui se signalaient par leur tableau clinique. Ce partage fonctionnel, pourrait-on dire, autorisait par exemple à considérer la classe, qui paraît étrange aujourd'hui, des « psychoses chez les névroses », pour signaler les conséquences que l'on qualifierait de psychiques des névroses². La médecine des névroses et celle des psychoses se posaient ainsi dans un rapport de complémentarité, la seconde étudiant davantage l'expression des troubles, alors que la première s'attachait à comprendre les mécanismes physiologiques de la pathologie. On sait toutefois qu'à partir du début du XX^e siècle, sous l'influence des idées de Freud notamment, le terme de névrose en vint de plus en plus à qualifier un ensemble de pathologies mentales en fonction d'une hypothèse psychopathologique, et qui venaient se placer à côté des psychoses. Dans ce contexte, les petits mentaux ciblaient une zone médiane, pointant des troubles plus légers que les grandes pathologies de l'aliénation mentale, pouvant parfois ressortir aux névroses, mais sans toutefois s'y limiter et en les faisant communiquer avec les psychoses.

L'émergence des « petits mentaux » a parfois donné l'impression que les services libres venaient répondre à un problème nouveau, impression qu'ont pu partager jusqu'à un certain point les acteurs du moment³. La guerre aurait révélé un besoin, l'existence d'une nouvelle population, dont le traitement aurait nécessité l'hospitalisation sans toutefois qu'il soit nécessaire de les interner sous le régime de la loi de 1838 – d'où l'invention de la technologie du service libre. Dans les années 1920, le service libre de Toulouse fait en réalité se croiser plusieurs éléments importants des débats de la spécialité avant 1914. Les discussions qu'il suscite mettent l'accent sur l'un ou l'autre de ces aspects en fonction du contexte et de l'aspect du travail plus

¹ Gauchet et Swain, *Le vrai Charcot, op. cit.*

² Par exemple : Bouffard, F., *L'assistance aux aliénés dans leur convalescence (Etude morale, statistique et clinique)*, Paris, G. Jacques, Editeur, 1906.

³ Cf. en particulier la discussion de 1922 sur les petits mentaux : Discussion de la lettre de M. Paul Strauss, *réf. cit.*

particulièrement soulignés par les acteurs, mais de manière générale c'est parce qu'il lie ces différents éléments qu'il représente bien une innovation majeure¹.

Un premier élément concerne le problème de l'accueil et de l'orientation des malades : le service libre était un service de première ligne. Cela avait été auprès des décideurs le principal argument de Toulouse : le service libre devait permettre de faire venir à la psychiatrie des populations que rebutait l'internement, d'où, en particulier, les bonnes conditions d'accueil qui devaient y être proposées. De ce point de vue, le service libre était appelé à jouer un rôle plus important dans l'architecture de la psychiatrie parisienne. Un projet de 1925, qui ne devait être que partiellement réalisé, prévoyait ainsi de le substituer au service de l'admission de Sainte Anne et d'en faire l'unique porte d'entrée de la psychiatrie dans le département. L'admission de Sainte Anne était en principe destinée seulement à réaliser les formalités d'admission à l'asile et à orienter les malades vers les services de traitement, même si avec le temps, et sous l'impulsion de son responsable, Magnan, elle s'était adjointe des locaux de traitement et était devenue un service à part entière. Le projet adopté par le conseil de surveillance des asiles de la Seine en 1925 était de supprimer le bureau d'admission et de fondre l'ensemble dans le service libre de Toulouse : on retrouve là la conception du service d'observation qui, on l'a vu, avait été proposée et défendue avant la Première Guerre mondiale².

Un second élément important est la distinction curables-aigus / incurables-chroniques, que nous avons également déjà rencontrée. A côté de leur fonction de triage, les services libres devaient jouer un rôle de services de traitement actif. Dans cette perspective, ils étaient réservés aux malades susceptibles de guérir rapidement. En raison du nombre limité des places offertes, les malades ne pouvaient de toute façon pas rester longtemps au sein du service de Toulouse : le service comptait en effet seulement 110 lits au moment de son ouverture, 182 à la fin de la décennie, qui représentaient des réserves ridicules au regard des milliers de lits psychiatriques du département³.

¹ C'est pour cette raison que Toulouse présentait son service comme radicalement différent des services libres qui avaient été créés avant le sien et, en particulier, de deux expériences importantes. Sur ce point cf. *infra*.

² En réalité, seule la suppression des lits de l'admission fut réalisée, qui permit l'extension du service libre. On peut noter que la réforme préconisée par Toulouse fut en fait finalement réalisée en 1967, avec la création du Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil, sous la direction de G. Daumézou. Cf. *infra* ch. 5.

³ Huteau, *Psychologie, psychiatrie et société*, *op. cit.*

Le troisième élément concerne le traitement des psychonévroses. Le service libre était tout particulièrement bien placé pour traiter des maladies légères, comme la neurasthénie, qui depuis le début du siècle apparaissaient comme les grandes pathologies de la civilisation moderne¹. De ce point de vue, le service libre s'inspirait d'expériences en Suisse où des « sanatoriums populaires » avaient été créés pour faire face à ces problèmes².

Un quatrième élément important est constitué des débats qui avaient eu lieu à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle sur le « *no restraint* ». Le *no restraint* était le mot d'ordre d'un mouvement qui s'était développé au sein de l'aliénisme en faveur d'une libéralisation des conditions de traitement des malades. Valentin Magnan, qui était l'un des principaux chefs de file du mouvement, militait ainsi pour la suppression des cellules et des camisoles, et le développement de la clinothérapie, ou traitement par l'alitement. Comme l'a noté Gladys Swain, pour les promoteurs du *no restraint*, l'enjeu était moins d'ordre moral ou humaniste que véritablement médical, l'abandon des moyens de contention participant à leurs yeux d'un programme de médicalisation de l'assistance psychiatrique³. Une partie du mouvement militait dans le même sens pour une limitation du recours à l'internement, en tant que mesure privative de liberté, et avait joué un rôle important dans les discussions autour de la réforme du dispositif de 1838 avant la guerre. Toulouse lui-même avait participé activement au débat en allant visiter dans le courant des années 1880 des établissements écossais où les malades mentaux étaient traités selon un régime de semi-liberté⁴, et de manière générale il faisait de son service libre un pas supplémentaire dans cette direction, dans la mesure où les malades y étaient en principe accueillis dans des conditions de totale liberté.

Un dernier élément, enfin, concerne l'origine sociale des malades, que j'ai déjà signalée : le service libre était destiné à combler un manque pour des malades issus des classes moyennes. Les malades mentaux issus des milieux aisés pouvaient en effet se faire soigner librement dans ce que l'on appelait de manière euphémisée les « maisons

¹ Cf. Oppenheim, J., *"Shattered nerves": doctors, patients, and depression in Victorian England*, New York, Oxford University Press, 1991.

² Par exemple, Sérieux, *L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse*, op. cit.

³ Swain, G., "Chimie, cerveau, esprit et société. Paradoxes épistémologiques des psychotropes en médecine mentale", *Dialogue avec l'insensé*, Paris, Gallimard, 1993, pp. 263-281 souligne bien ce point.

⁴ Toulouse, E., *Rapport au Conseil général de la Seine au nom de la commission chargée d'étudier l'assistance des aliénés en Angleterre et en Ecosse*, Paris, Conseil général de la Seine, 1898, cité par Huteau, *Psychologie, psychiatrie et société*, op. cit.

de santé », mais ces établissements, souvent luxueux, étaient interdits aux malades ne disposant pas de revenus élevés. Pour ces derniers, il ne restait que la possibilité de se faire interner à l'asile, mais on considérait que les conditions de l'accueil, ainsi que la promiscuité qui y était entretenue entre les malades, constituaient des obstacles rédhibitoires. Le service libre, de ce point de vue, déclinait le modèle des cliniques privées en l'inscrivant dans un autre mode de financement. Dans cette ligne de réflexion, la période devait voir également se développer plusieurs projets d'installation de cliniques pour aliénés issus des classes moyennes¹.

2.3. Le débat des années 1920 : hospitalisation libre ou placement spontané ?

Des abondantes discussions suscitées par les services libres à partir des années 1920, on a souvent écrit qu'elles étaient une querelle des anciens et des modernes, les seconds menés par Toulouse, les premiers, la grande masse des aliénistes, foncièrement conservateurs. Les hôpitaux psychiatriques auraient été des sortes de forteresses défendues par des aliénistes attachés à leurs prérogatives et rétifs au changement. L'analyse n'est juste que dans la mesure où elle pointe l'opposition croissante d'une partie de la profession au projet de Toulouse. Contrairement à ce qu'elle présuppose, toutefois, il y eut dès les premières discussions sur l'initiative de Toulouse un consensus critique autour du service libre². Le service libre apparaissait en général aux aliénistes qui prenaient au sérieux les problèmes auxquels s'attaquait Toulouse comme une initiative heureuse, que certains s'attachèrent du reste à reproduire rapidement au sein de leur asile³. Certains d'entre eux ont cependant d'emblée exprimé des réserves de

¹ Cf. par exemple ce projet rapporté et discuté dans *l'Aliéniste français* à la fin de la période : "Documents du conseil municipal de Paris. Projet de vœu tendant à la création d'une maison de santé pour les classes moyennes et à la constitution d'un corps de psychiatre des hôpitaux", *Aliéniste Français*, n° 4, 1939, p. 170.

² Il suffit, pour s'en convaincre, de consulter la réponse que fit l'Amicale des aliénistes à une enquête du ministre sur les « petits mentaux » en 1922, reproduite dans : Antheaume, A., "Chronique. L'actualité psychiatrique. Où en sont les demandes d'avis du ministre de l'Hygiène sur les services ouverts improprement désignés sous le nom de service de "petits mentaux"? Réponse du président de l'Amicale", *l'Informateur des aliénistes et des neurologistes*, 17, n° 10, 1922, pp. 233-236.

³ Même si manifestement il n'y eut pas de raz-de-marée : une enquête lancée par *l'Aliéniste français*, la revue de l'Amicale des aliénistes en 1939, ne fait apparaître que trois services libres, dont un en cours d'aménagement, dans le Tarn, le Lot et à Charenton, sous la direction d'Henri Baruk. "Réponses à l'enquête sur l'application de la Circulaire du 13 octobre 1937", *Aliéniste Français*, 1939, pp. 151-155 et 249 à 251. L'innovation fut également adoptée en Afrique du Nord, très en pointe sur les questions

fond sur le sens et l'extension à donner à ce type de dispositif. C'est progressivement, dans le courant des années 1920 et 1930, que les initiatives de Toulouse ont suscité d'abord une sorte de défiance, puis une franche hostilité de la part de ses collègues des asiles. Cette hostilité s'est nourrie d'enjeux corporatistes, qui conduisirent à évincer Toulouse de l'Amicale des aliénistes¹. Mais l'évolution de la discussion dans le courant des années 1920 a également fait apparaître plus vivement des options nettement divergentes et une cassure en profondeur du groupe des spécialistes des maladies mentales sur des éléments clefs d'appréciation du sens de l'assistance psychiatrique.

Le problème de fond est apparu lors de trois discussions, dont la première remonte en fait à la veille de la guerre. Toutes les trois résultent à des initiatives du sénateur Paul Strauss, dont le rôle de passeur entre le monde de la politique et celui de la psychiatrie est lié à ses nombreux engagements. La première est une discussion organisée en 1913 à l'Académie de médecine autour du projet défendu alors par Paul Strauss au Sénat, entre Paul Strauss lui-même² et Gilbert Ballet, le titulaire de la chaire des maladies mentales et de l'encéphale à la faculté de médecine de Paris. La seconde est la discussion organisée autour du projet de service libre de Toulouse au moment de son ouverture en 1922. La troisième coïncide avec le débat soulevé lors de son passage en commission à la fin de la décennie 1920 par une nouvelle proposition de loi que Paul Strauss avait déposée en 1924 au Sénat.

La controverse de 1913 peut être vue comme une sorte de répétition générale des discussions des années 1920 autour des services libres. Son ampleur fut une surprise

d'assistance psychiatrique dans l'entre-deux-guerres comme l'ont montré les travaux de R. Keller : Keller, R., *Action psychologique: French psychiatry in colonial North Africa, 1900-1962*, Thèse d'histoire, Rutgers University, 2001.

¹ Trois initiatives de Toulouse suscitent l'exaspération de ses collègues aliénistes dans le courant des années 1920 et 1930, pour aboutir à son exclusion de l'Amicale des aliénistes : le recrutement de collaborateurs en dehors du cadre des médecins des hôpitaux psychiatriques – cf. sur ce point : "Le personnel médical de l'hôpital Henri Rousselle (Service de prophylaxie mentale) et l'attribution des postes de médecins dans les services ouverts." *Aliéniste Français*, n° 1, 1927 ; avoir obtenu en 1930 du ministère qu'il repousse l'âge de la retraite du médecin-chef du service libre pour rester à son poste cinq années supplémentaires ; puis, au moment de son départ en retraite, avoir obtenu que soit nommé comme son successeur à la tête du service l'un de ses collaborateurs n'appartenant pas au cadre des médecins des asiles – décision qui provoqua définitivement l'ire des médecins des asiles, qui l'attaquèrent en justice. L'affaire parvint jusqu'au Conseil d'Etat et fut résolue par la nomination au poste de Théodore Simon, membre le plus ancien du cadre des médecins des asiles, et probablement à ce moment-là l'un des aliénistes les plus célèbres dans le monde pour avoir inventé avec Binet les tests psychométriques. Simon, presque arrivé à l'âge de la retraite, ne resta toutefois en poste que quelques mois. Sur ces points : Huteau, *Psychologie, psychiatrie et société*, op. cit.

² Qui est l'un des rares non médecins membre de l'Académie de médecine, au titre de personnalité qualifiée.

pour ses protagonistes, et ses implications ne furent guère mesurées sur le moment¹. Le débat avait pour origine une innovation sémantique introduite par Paul Strauss dans la proposition de loi qu'il avait rapportée au Sénat en 1912². Il avait substitué, dans le corps du texte, au terme d'aliénés, jugé péjoratif, le terme de « malades souffrant d'affection mentale ». Il empruntait cette innovation aux discussions qui s'étaient tenues au Conseil supérieur de l'assistance publique en 1890. Cette innovation suscita une réaction d'ampleur des spécialistes de médecine mentale, dont le principal acteur fut Gilbert Ballet³. Ballet se lança dans une véritable croisade contre le projet de loi. Il intervint dans tous les cercles professionnels et fit voter un vœu aux aliénistes réunis au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française du Puy, en 1912, pour condamner vigoureusement le projet. Le point d'orgue de la controverse fut, en 1913, une vive discussion avec Paul Strauss à l'Académie de médecine, qui dura quatre séances⁴. Une partie de l'agacement de Ballet provenait de toute évidence du dépit de n'avoir pas été consulté davantage sur le projet avant son examen au Sénat. Un autre aspect de la dispute provenait d'un conflit ouvert depuis 1908 à l'intérieur du groupe des spécialistes des maladies mentales de la capitale, qui opposait à l'un des soutiens de la proposition de Strauss dans le monde médical, Magnan, une partie des aliénistes de la capitale et de province, dont Ballet⁵.

¹ Cf. le récit que fit Paul Strauss lors de la discussion de son projet au Sénat en 1930, séance du 30 novembre 1930, Première délibération sur le projet de loi portant modification de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. *Journal Officiel de la République française. Débats et documents parlementaires. Sénat*, 1930, p. 1650.

² C'était, avec quelques aménagements, le projet adopté à la Chambre en 1907.

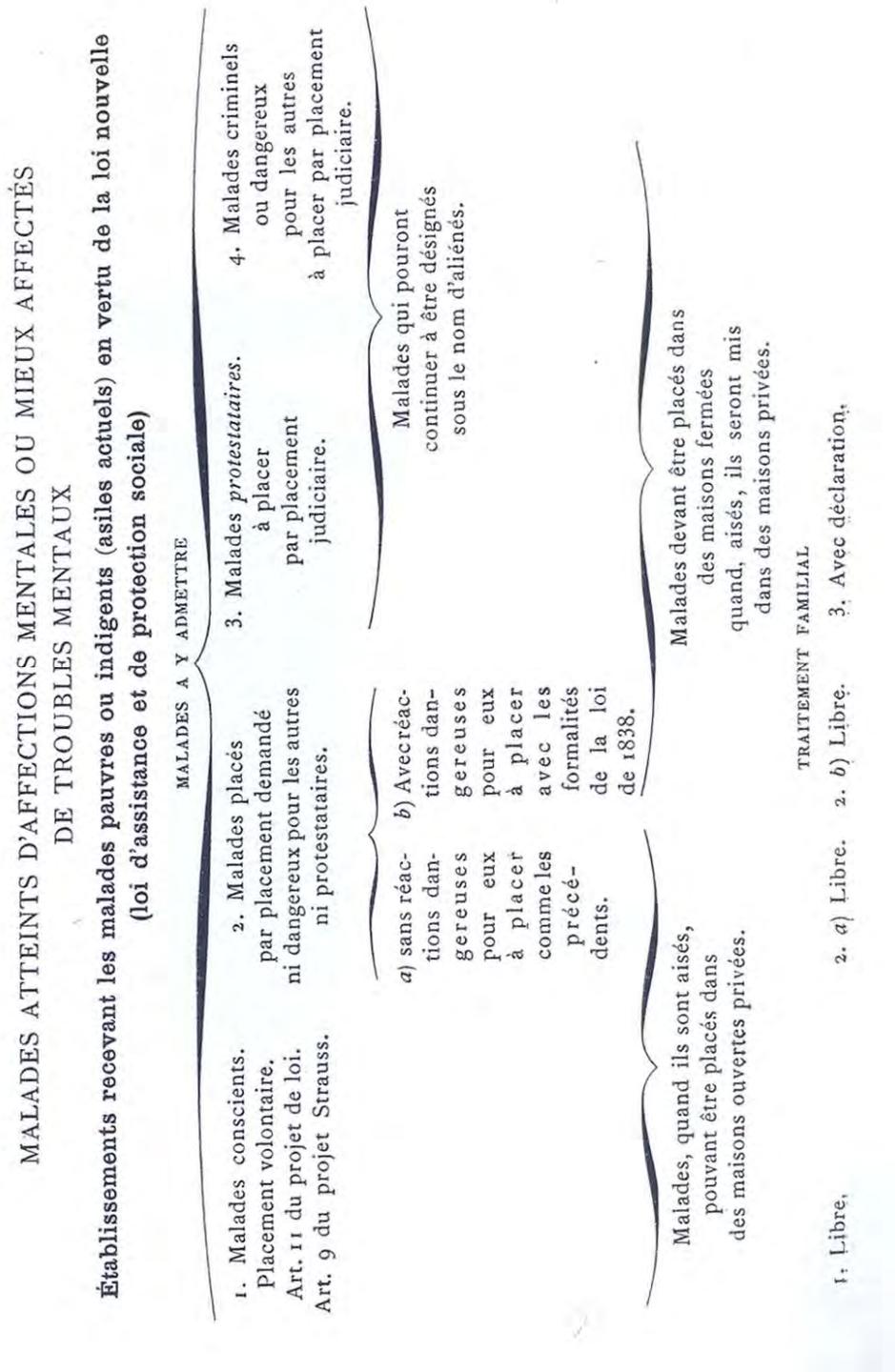
³ Gilbert Ballet (1853-1916), ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique auprès de Charcot, médecin des hôpitaux en 1884, agrégé en 1886, académicien en 1912. Il est le titulaire de la chaire des maladies mentales et de l'encéphale de 1909 à son décès. Outre des travaux en histoire de la médecine, comme beaucoup de ses contemporains ses recherches sont à cheval sur la médecine mentale et la neurologie. Il est au demeurant cofondateur de la Société de neurologie et d'une Société de psychiatrie au début du XX^e siècle.

⁴ L'Académie s'était saisie du problème sur la demande du ministère, qui voulait avoir son avis sur les termes proposés par Strauss, qui avaient déjà causé quelques difficultés lors de la discussion au Sénat. Le ministre adressa la même question à l'ensemble des sociétés savantes, qui répondirent toutes à peu près dans le même sens – ce qui n'est guère étonnant dans la mesure où les différentes sociétés partageaient un grand nombre de membres. L'ensemble de ce débat a été reproduit après la guerre dans un volume publié par *l'Informateur des aliénistes : Le projet de réforme de la loi de 1838 sur le régime des "aliénés". Discussion à l'Académie de médecine. Réponse des sociétés savantes à l'enquête instituée par le Gouvernement. Documents divers. Préface du Professeur Gilbert Ballet*, Paris, Librairie H. Delarue, 1919.

⁵ Je reviendrai sur ce conflit dans le chapitre 4. Il explique en particulier la publication par Antheaume de l'ensemble des documents de la controverse en supplément de sa revue.

Ballet reprochait au projet présenté par Strauss d'inclure dans sa juridiction des quantités de malades qui n'étaient nullement redevables de l'asile et pour lesquels le passage devant la justice que préconisait le projet ne pouvait être qu'infamant. Sa critique toutefois allait plus loin, et il proposait en fait un véritable plan alternatif. Il suggérait ainsi de distinguer quatre catégories de malades mentaux redevables de dispositions différentes (cf. figure n° 4). Les premiers étaient les malades dangereux, qui avaient commis des délits ou des crimes ou dont on estimait qu'ils pourraient en commettre. Les seconds, les malades protestataires, étaient les malades qui, sans présenter aucun danger, s'élevaient contre leur isolement et contre les soins qui leur étaient donnés. Les deux dernières catégories comprenaient les malades qui, présentant des troubles mentaux, demandaient des soins ou, en tous les cas, ne s'y opposaient pas de manière véhémente et continue. Dans l'ensemble, pour Ballet, seuls les malades protestataires et les malades dangereux relevaient de l'internement. Strauss répondit en convenant que l'innovation qu'il avait introduite était malheureuse, et il proposa de revenir dans le texte du projet au terme précédent, celui d'aliéné. Pour le reste il ne voyait rien à changer à son projet. Manifestement surpris par la virulence de Ballet, il lui reprocha de présenter un « système » radicalement nouveau et qui réduisait à rien les populations redevables de l'asile : après tout, la plupart des malades internés ne présentaient pas de danger et ne protestaient pas contre leur internement. Si l'on suivait Ballet, que fallait-il faire de ces patients ? Malgré le renfort qu'apporta Magnan à Paul Strauss, l'Académie approuva dans son ensemble le système de Ballet, suivant sur ce point les avis émis par la plupart des sociétés spécialisées mobilisées par Ballet. La guerre mit un terme brutal à la dispute et empêcha que fussent explicités l'ensemble des présupposés du débat, mais l'épisode marquait l'irruption de deux définitions antagonistes du malade mental et du type d'assistance que l'on devait lui proposer. Les discussions sur les services libres à partir des années 1920 devaient permettre d'approfondir le débat.

Figure n° 4. La classification des malades mentaux selon G. Ballet.



Extrait de Le projet de réforme de la loi de 1838 sur le régime des "aliénés". Discussion à l'Académie de médecine. Réponse des sociétés savantes à l'enquête instituée par le Gouvernement. Documents divers. Préface du Professeur Gilbert Ballet, 1919, Paris, Librairie H. Delarue, coll. "Publication de l'informateur des aliénistes et des neurologistes".

Les catégories proposées par Ballet furent en effet réactivées moins d'une décennie plus tard lors des discussions organisées en 1922 à la Société médico-psychologique sur le service libre de Toulouse. Dans un premier temps, Toulouse fit en mars un exposé pour présenter le service qu'il était en train de créer avec le soutien du conseil général de la Seine¹. Une longue discussion s'ensuivit sur le sens de l'initiative et ses mérites comparés à ceux de deux précédents, que l'on sembla découvrir². Quelques mois plus tard, en juillet, une nouvelle discussion fut organisée sur la question, cette fois à la demande du ministre de l'hygiène, qui n'était autre que Paul Strauss³. Strauss, saisi du projet de Toulouse, demandait à la Société son avis sur une définition du service libre et des populations auxquelles il s'adressait. C'est à ce moment-là qu'apparurent plus nettement les divergences entre Toulouse et son équipe d'un côté et un certain nombre d'aliénistes de l'autre.

En ouverture de la discussion, Roger Dupouy, l'un des adjoints de Toulouse, énonça la doctrine qui était défendue par son institution. Dupouy reprenait les catégories de Ballet. Les malades mentaux pouvaient être répartis en deux grandes catégories : les « malades internables d'office, parce que dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui, ou bien rebelles à toute cure libre » et « les malades qui sont inoffensifs aussi bien pour leur propre personne que pour celle d'autrui et qui ne formulent aucune protestation formelle contre leur traitement »⁴. Les premiers devaient être internés, mais il n'y avait aucune raison que l'on fît de même avec les seconds, qui constituaient par ailleurs une vaste majorité des malades des asiles. Ceux-ci pouvaient être traités en cure libre et constituaient la clientèle du service libre.

¹ Toulouse, E. et al., "L'organisation du service libre de prophylaxie mentale de l'Asile Sainte Anne", *Annales Médico-psychologiques*, I, 1922, p. 338.

² Il s'agissait d'un service ouvert créé par James Rayneau dans l'établissement qu'il avait créé et qu'il dirigeait à Fleury-lès-Aubrais, près d'Orléans, et d'une initiative d'un enseignant de la faculté de médecine de Lille, Raviart, à la clinique départementale d'Esquermes.

³ Discussion de la lettre de M. Paul Strauss, *réf. cit.*

⁴ « Appartenant aux groupes disparates des neurasthéniques, des psychasthéniques, des déprimés, des exaltés sans réactions dangereuses, des obsédés, des épileptiques ou des hystériques, des intoxiqués, des arriérés, des affaiblis intellectuels, ils peuvent être plus ou moins hors d'état d'exprimer leur volonté (aphasique et paraphasique, grand arriéré, dément sénile, narcoleptiques...); ils peuvent délirer plus ou moins franchement (confusion mentale des états crépusculaires post-épileptiques, des pyrexies graves, des intoxications aiguës ou subaiguës; délire vagues et inconsistants de certains hypocondriaques, débiles ou affaiblis intellectuels...); ils peuvent même parfois ébaucher quelque timide ou incomplète récrimination contre leur séjour à l'hôpital (à côté des malades conscients, G. Ballet place les malades, les uns conscients, les autres partiellement conscients ou inconscients de leur trouble mental, ne demandant pas eux-mêmes des soins mais s'y soumettant sans protestation ou ne protestant qu'accidentellement d'une façon transitoire et peu cohérente). » Intervention de Dupouy, *Ibid.*

La réaction de l'assistance était mitigée. L'expérience suscitait un intérêt certain. Tout le monde en convenait, il existait indéniablement une clientèle pour des services de ce type, et l'on s'accordait sur le sens de l'expérience : « Que veut-on en réalité ? Permettre aux aliénés de se soigner librement, là où ils le désireront sans intervention judiciaire ou administrative » approuvait ainsi Henri Colin, rédacteur en chef des *Annales* et successeur de Magnan à l'admission à Sainte Anne. Mais il continuait : « On peut, on doit même réaliser un nouveau mode d'assistance des malades de l'esprit dans des services ouverts, mais ce mode d'assistance doit être soumis lui-même à certaines règles et de toutes façons, il s'adressera à une catégorie de malades entièrement différente des milliers d'aliénés qui peuplent actuellement les asiles. »¹

De manière générale, la discussion achoppait sur deux points de blocage. Le premier était le problème de la protection du malade et de ses biens. Un certain nombre des malades qu'énumérait Dupouy ne possédaient pas la complète maîtrise de leurs facultés intellectuelles et étaient donc incapables de se protéger. Les hospitaliser sans prendre de mesure particulière faisait dès lors courir le risque qu'ils soient manipulés ou dépouillés de leurs biens : « N'en serait-il pas ainsi en maintenant malgré lui dans un service ouvert un dément qui ne trouverait dans cette situation qu'un internement déguisé sans protection de ses biens ? La conception exposée par M. Roger Dupouy, basée uniquement sur les réactions sociales, ne semble en effet pas tenir suffisamment compte de l'individu » soulignait ainsi René Charpentier².

Le second point de blocage était le risque d'une mauvaise appréciation des dangers que faisaient courir ces malades. Ainsi que l'avait soutenu Dupouy, distinguer les malades d'asiles des petits mentaux, relevant du service libre, ne pouvait se faire sur des critères nosologiques, mais reposait essentiellement sur une évaluation pratique de la situation :

Nosologiquement parlant, en effet, il est impossible de dresser une liste des affections mentales susceptibles d'être rangées dans la catégorie des « petites psychopathies » pas plus que nous ne saurions élaborer un catalogue complet des « grandes maladies mentales ». Le mélancolique est tantôt un petit mental, un simple déprimé que l'on décorera volontiers du terme de neurasthénique, tantôt un grand aliéné à réactions suicidaires, parfois même à idées de suicide collectif ou à impulsions homicides. L'obsédé, type banal du petit mental, peut

¹ Intervention de Henri Colin, *Ibid.*

² Intervention de Charpentier, *Ibid.*

s'élever en grade et devenir un délirant systématisé, interprétatif ou halluciné, capable de commettre un acte malheureux au cours d'un raptus anxieux ou bien sous l'influence d'une hallucination impérative ou d'une idée délirante d'influence.

Dans ces conditions, les plus sceptiques des aliénistes pointaient le risque qu'un médecin peu au fait de ces subtilités se fourvoie et fasse courir un danger à la société. Dans une chronique publiée dans les *Annales Médico-Psychologiques* quelque temps après le débat, Henri Colin reproduisit ainsi trois articles de presse rapportant de véritables tueries causées par des malades diagnostiqués comme neurasthéniques et que leurs médecins n'avaient dès lors pas jugé bon d'interner¹.

La systématisation d'une position alternative vint toutefois de l'aliéniste et inspecteur général Julien Raynier². Comme la plupart des aliénistes, Raynier estimait que l'expérience avait son intérêt pour une classe – au demeurant restreinte selon lui – de malades, mais il jugeait que l'innovation devait trouver sa place dans le cadre de la réforme de la loi de 1838 plutôt qu'à côté du dispositif existant. Il fallait réformer l'internement en tant que procédure médico-légale plutôt que créer un dispositif nouveau seulement médical : on retrouve là, cette fois posé de manière frontale,

¹ Colin, H., "Les aliénés devant la loi", *Annales Médico-psychologiques*, 1, 1924, p. 289. L'article de Colin s'inscrivait dans ce qui était presque un genre journalistique des *Annales Médico-Psychologiques* : dans les années 1860, puis à nouveau à la fin du siècle et jusqu'à la Première Guerre mondiale, au plus fort des controverses sur le *no restraint*, une chronique appelée « les aliénés en liberté » faisait en effet une revue de presse des cas de violences imputés à des malades mentaux qui n'avaient pas été internés. Une seconde chronique du même type, intitulée « le martyrologe de la psychiatrie », recensait les cas de violences commises dans les asiles par les malades mentaux à l'encontre de leurs médecins ou infirmiers.

² Intervention in Toulouse et al., "L'organisation du service libre de prophylaxie mentale de l'Asile Sainte Anne", *op. cit.*. Cf. aussi : Raynier, J., "En marge des discussions ouvertes devant la Société médico-psychologique sur les malades dits "petits mentaux" et la création de "services ouverts"', *Annales Médico-psychologiques*, II, 1922, p. 216, et Raynier, J. et H. Beaudouin, *L'Aliéné et les asiles d'aliénés au point de vue administratif et juridique*, Paris, Le François, 1924. Julien Raynier (1886-1936) est une figure importante de la psychiatrie de l'entre-deux-guerres. Ancien interne des asiles de la Seine, reçu en 1920 au concours du médicament des asiles, puis en 1923 au concours de l'inspection générale, il joue dès lors un rôle de premier plan sur les questions d'assistance, sur lesquelles son influence dépasse, me semble-t-il, celle de Toulouse : autorité incontestée en matière de droit de l'assistance, il est commissaire du gouvernement lors de la discussion du projet de réforme de la loi au Sénat en 1930 ; c'est lui qui fixe la doctrine en matière d'équipement hospitalier et il supervise directement les constructions et les rénovations d'asile de l'entre-deux-guerres. Sur ce dernier point cf. : Raynier, J., "Rapport de l'inspection générale des services administratifs", *Journal Officiel*, 1923 ; Raynier, J. et J. Lauzier, *La construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés*, Paris, 1935. Sur son œuvre cf. : "Hommage à Julien Raynier", *Aliéniste Français*, n° spécial, 1937. Pour un exemple de son rôle dans la rénovation des établissements psychiatriques cf. les témoignages d'Henri Baruk et de Louis Le Guillant : Baruk, H., *Des hommes comme nous. Mémoires d'un neuropsychiatre*, Paris, Robert Laffont, 1976 ; Le Guillant, L., "Remarques à propos de la reconstruction de l'hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire", *Au-delà de l'asile d'aliéné et de l'hôpital psychiatrique. Documents de l'Information psychiatrique*, 2, Paris, Desclée de Brouwer, 1946.

l'antagonisme que l'on a déjà rencontré dans les premières propositions de réforme de la loi avant 1914. Écoutons Raynier :

Il y a lieu de se féliciter de voir la question de l'assistance aux psychopathes de tous ordres à nouveau à l'ordre du jour des réunions médicales. Une proposition qui découle des discussions diverses et qui est susceptible de rallier tous les suffrages et de faire l'accord est que cette assistance doit être précoce, et ajoutons-le obligatoire. Et pour ma part, sans préjuger des conclusions que l'expérience des services ouverts diversement réalisés pourront inspirer, je verrais très volontiers une concentration des efforts orientés vers cette assistance précoce et obligatoire assurée par un établissement spécialisé qui est l'asile (changement possible d'appellation), hôpital-hospice pour maladies mentales, seul en mesure dans la majorité des départements de par ses installations et la technicité de son personnel de l'assurer dans les meilleures conditions. [...] Il pourrait être réorganisé, mieux adapté à ses fonctions multiples, doté d'une loi tenant compte des progrès de la médecine et de la sociologie, d'un régime d'admission plus souple, d'un régime financier rajeuni, inspiré des plus récentes lois d'assistance, etc. – Mais pour ma part je ne verrais alors nul inconvénient à admettre à côté des placements déjà existant un placement spontané avec sortie libre (service ouvert d'aujourd'hui), placement que l'on pourrait transformer au besoin et en cas d'utilité ou de nécessité, soit en placement volontaire avec la collaboration des familles, ou, en l'absence de cette collaboration, en placement d'office. Par ailleurs je verrais quelques avantages à faire profiter de cette catégorie nouvelle de malades des mesures éventuelles de médecine légale, de sauvegarde des biens et des intérêts pécuniaires adaptés, après étude, à leur situation.¹

Placement spontané, articulé à la gamme des autres placements, mesures de protection des malades – de manière générale, la proposition ressortit à une logique toute différente de celle du service libre. Celui-ci était une mesure d'hygiène, où l'autorité médicale guidait la création d'un dispositif institutionnel ; réformer l'internement s'inscrit dans le cadre d'une mesure d'assistance, où il s'agit d'ouvrir l'asile en créant des droits supplémentaires pour les malades. Une partie cruciale de la position de Raynier reposait sur la manière dont il articulait le problème de la cure libre et celui de l'élargissement des placements volontaires gratuits. Le problème s'était déjà posé avant la guerre : dans un certain nombre de départements, les asiles n'acceptaient les placements volontaires que pour les patients en mesure de payer leurs frais d'hospitalisation. Depuis la fin du XIX^e siècle, les réformateurs sociaux et les aliénistes demandaient que le principe de la gratuité du placement volontaire pour les malades

¹ Toulouse et al., "L'organisation du service libre de prophylaxie mentale de l'Asile Sainte Anne", *op. cit.*, p. 357.

indigents soit inscrit dans la loi. Raynier faisait du placement spontané le prolongement de ce placement volontaire gratuit dans le cas où c'était le malade lui-même qui demandait son hospitalisation.

Un aspect important du débat sur le service libre concernait la responsabilité médicale. Toulouse avait une conscience relativement claire des enjeux et du type de déplacement que supposait le service libre dans la position du praticien à l'égard de ces malades. Il ne cherchait pas à le masquer, le comportement d'un malade mental traité en service libre pouvait parfois conduire le médecin à l'enfermer dans sa chambre, voire lui appliquer des mesures de contention. Ces mesures devaient faire partie du type de responsabilité que devait assumer le médecin psychiatre, au même titre que certains de ses collègues. « Il y a une responsabilité spéciale du psychiatre à qui l'on confie des malades troublés, et qu'il faut surveiller au moins autant que les délirants des hôpitaux (typhiques, pneumoniques) qu'on doit parfois tenir enfermés. » Au contraire, ses collègues qui s'opposaient au service libre s'interdisaient également d'assumer ce type de responsabilité en dehors du cadre d'un mandat sanctionné par l'autorité publique.

En fin de compte, les deux positions étaient difficilement conciliables et elles divisèrent de plus en plus le groupe des aliénistes. Dans le courant des années 1920, il devenait clair que le projet de Toulouse était d'imposer son service libre comme une véritable alternative à l'asile. Une commission de la Ligue d'hygiène mentale était consacrée exclusivement à faire la promotion des services libres, et elle parvint à susciter un important mouvement d'intérêt autour de l'initiative. Dès la fin de l'année 1922, Strauss proposa, en marge de la réforme de la loi de 1838, qui suivait son cours de son côté, de légiférer spécialement sur le problème des services libres afin d'imposer la généralisation, mais la proposition s'abîma dans les limbes de la consultation, et Strauss n'eut pas le temps de la porter devant le Parlement. Dans le courant de la décennie, deux propositions de loi furent déposées à la Chambre par un groupe de députés, qui proposaient rien moins que l'« abrogation » de la loi de 1838 et la création d'un dispositif départemental de services libres. Toulouse prenait par ailleurs ses distances avec les médecins des asiles. En 1927, il obtint l'autonomie administrative de son service, qui jusque-là dépendait de l'administration de Sainte Anne¹, et

¹ Le service libre de prophylaxie mentale prit alors le nom d'Hôpital Henri Rousselle, du nom de son principal soutien au conseil général de la Seine, qui était décédé l'année précédente. Comme je l'ai

commença à faire la promotion de l'implantation des services libres au sein des hôpitaux généraux¹. De l'autre côté, la position qu'avait élaborée Julien Raynier suscita le ralliement d'une partie grandissante du groupe des médecins des hôpitaux, et en premier lieu de l'Amicale des aliénistes, le principal groupement corporatif des médecins d'asile, qui commençait à devenir un acteur important du débat².

Ce furent toutefois les consultations organisées à partir de 1927 au Sénat autour du projet Strauss de réforme de la loi de 1838 qui permirent au débat de cristalliser, et firent apparaître de manière nette les deux positions en présence³. Le projet, déposé par Strauss au moment de son passage au ministère en 1922, reprenait celui de 1913, mais y ajoutait, à la suite du débat sur les services libres, quelques unes des propositions de Raynier. Appelé à donner son avis par la commission du Sénat en charge du projet, Toulouse défendit un système global appuyé sur son analyse des clientèles du service libre, qui réservait l'internement pour les patients criminels ou dangereux, et prévoyait la création d'hospices pour les incurables non dangereux⁴. L'Amicale, de son côté, approuvait le projet Strauss tout en proposant un certain nombre d'améliorations⁵. De manière générale, le projet finalement rapporté au Sénat, par Strauss lui-même redevenu membre de l'assemblée, s'en tint à cette approche, tout en ajoutant le service libre à l'arsenal des moyens dont il fallait doter l'asile. Le projet, qui reprenait également un certain nombre de propositions faisant partie du bagage des projets de réforme discutés au Parlement avant la guerre, et en particulier le principe de l'intervention de la justice dans la procédure de l'internement, suscita toutefois d'importantes difficultés au cours de sa discussion, et, après une rapide délibération en séance, il fut renvoyé, en 1932, en commission, d'où il ne refit pas surface.

signalé plus haut, Toulouse recrutait une partie de ses collaborateurs en dehors du cadre des médecins d'asile.

¹ Sur ce point, il avait évolué par rapport à l'exposé qu'il avait fait en 1920, où il avait affirmé que la place du service libre était au sein des asiles, hôpitaux spécialisés pour les malades mentaux.

² Sur la montée de l'Amicale, cf. *infra* chapitre 5.

³ Demay, G., "Services ouverts, quartiers d'observation et placement direct à l'asile", *Annales Médico-psychologiques*, I, 1928, p. 193, cf. aussi Deltour, P.-G.-E., *Le régime des aliénés: réforme de la loi de 1838*, Thèse de médecine, Paris, 1929.

⁴ Toulouse, E. et R. Dupouy, "Organisation générale de l'assistance aux psychopathes", *Hygiène mentale*, 22, n° 5, 1927, pp. 61-62.

⁵ Hamel, J., "La réforme de la loi de 1838", *Aliéniste Français*, n° 1, 1928 et "Numéro spécial. Rapports sur quelques réformes à apporter dans l'assistance aux aliénés et l'organisation des asiles." *Aliéniste Français*, n° 9bis, 1930.

Dans le courant de la décennie 1930, le gouvernement restait décidé à faire avancer les choses. En 1936, le ministre de la santé, devant les difficultés à légiférer, décida de « changer de méthode » et chargea le Conseil supérieur de l'assistance publique d'élaborer un rapport pour préparer la publication d'une circulaire¹. Confié d'abord à Raynier, qui décéda brusquement durant l'été 1936, le rapport fut finalement rédigé par Jean Lauzier, un élève de Raynier, et Charles Haye, le directeur de l'Hygiène publique au ministère, sous le titre significatif : « l'hygiène et la prophylaxie mentales, bases de l'assistance psychiatrique »². Le rapport consacrait le service libre parmi d'autres mesures, comme les dispensaires ou les placements familiaux, et proposait leur organisation systématique sous la direction des médecins des asiles, et sur la base d'un plan départemental. La circulaire, qui fut promulguée en octobre 1937, reprit l'ensemble de ces propositions³. En 1939, le ministre de la Santé proposa par ailleurs à la Chambre des députés un projet de réforme de la loi de 1838 plus modeste que celui de Strauss. Il s'en tenait à introduire la mesure du « placement spontané » et encourageait par ailleurs la création des « services de cure libre », non soumis aux conditions de la loi de 1838, auprès des hôpitaux psychiatriques, de même que celle de consultations externes. La loi fut adoptée en première lecture à la Chambre des députés, mais, transmis au Sénat fin juin 1939, le texte n'eut pas le temps d'être discuté avant le début du conflit.

Dans l'ensemble, l'Amicale des aliénistes marquait des points : elle obtenait la création des services libres, mais à l'intérieur du dispositif de la loi de 1838, et sous l'autorité des médecins des asiles. Par ailleurs, avec le projet de 1939, l'assistance psychiatrique demeurait bien dans le cadre qu'ils avaient voulu. Mais un certain nombre de points restaient ouverts, comme la possibilité de généraliser la création de services psychiatriques dans les hôpitaux généraux. D'un autre côté, Toulouse et ses partisans n'abandonnaient pas la perspective de faire aboutir leurs vues. En 1939, Georges Heuyer, devenu dans les années 1930 l'un des collaborateurs les plus proches de Toulouse, publia ainsi les grandes lignes d'une analyse qui reprenait celle de son patron

¹ Sur le « changement de méthode », cf. les discussions du Conseil supérieur de l'assistance publique : Conseil supérieur de l'assistance publique, *Fascicule n° 145. Session ordinaire de 1937*, Melun, Imprimerie administrative, 1937.

² *Ibid* ; Haye, C. et J. Lauzier, "L'hygiène et la prophylaxie mentales bases de l'assistance psychiatrique." *Aliéniste Français*, n° 5, 1937, pp. 215-238.

³ Circulaire du 13 octobre 1937 relative à l'organisation de l'assistance aux malades mentaux dans le cadre départemental.

– et en particulier recommandait la création de services libres dans les hôpitaux généraux, à l'écart des asiles¹.

A la fin des années 1930, le débat avait ainsi singulièrement progressé, même si les résultats n'en étaient pas toujours visibles sur le terrain. Le problème des services libres s'est en fin de compte révélé un formidable opérateur pour faire avancer la réforme de l'assistance psychiatrique. L'une conséquence importante du débat sur les services libres est toutefois une réduction du problème à celui de la réforme de l'admission dans les asiles. C'est très spécifiquement sur ce point que la reprise du débat après la Seconde Guerre mondiale marquera un déplacement.

3. La Libération de la psychiatrie. Les « jeunes psychiatres » et la « médicalisation » de l'assistance psychiatrique

Comme pour la sécurité sociale ou l'organisation de la lutte antituberculeuse, la Libération aurait pu être pour l'assistance psychiatrique un aboutissement. En 1945, la réforme de l'assistance psychiatrique était un problème balisé par plusieurs décennies de discussions, des solutions étaient apparues avant la guerre et, si des divergences s'étaient exprimées, un consensus s'était fait sur un certain nombre de positions de fond. Le volontarisme du gouvernement provisoire, l'implication de plusieurs psychiatres dans la Résistance créaient par ailleurs une fenêtre d'opportunité pour faire aboutir des textes. Pourtant, loin de marquer un aboutissement, la Libération correspond pour la réforme de la loi de 1838 à un moment de relance. La cause en est l'irruption d'un nouveau groupe dans l'arène du problème qui, en cherchant à s'imposer dans le débat, lui fait subir un nouveau déplacement. En fin de compte les propositions de ce groupe échoueront à recueillir un consensus dans la profession, faisant achopper le processus réformateur. Cela marquera également la fin d'une manière de poser le problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques : à partir de 1945, ce n'est plus par un processus

¹ Heuyer, G., "A propos de la loi de 1838 et de son projet de révision", *Annales Médico-psychologiques*, 1939.

législatif, mais par un travail direct pour façonner le dispositif sur le terrain que se posera le problème.

J'analyse dans la fin de ce chapitre le débat qui eut lieu à la Libération, entre juin 1944 et la fin de l'année 1945, autour du problème de la réforme de la loi de 1838. Comme dans les sections précédentes, il s'agit de comprendre la formulation d'un problème, la nature des acteurs qui le façonnent, les positions que ceux-ci occupent. A l'égard des sections précédentes, le récit change toutefois de focale. S'il s'agissait, en effet, jusqu'à présent, de décrire un équilibre des forces sur des périodes de moyenne durée, il faut maintenant s'efforcer de saisir une conjoncture de changement sur une période courte. Avant d'analyser l'enjeu du débat, il faut d'abord donner des indications sur les conditions dans lesquelles il s'établit.

3.1. 1945, la mobilisation de la psychiatrie

Les expressions de « rénovation de la psychiatrie » ou de « révolution psychiatrique » qui sont employées à partir de 1945 ont suscité de nombreuses discussions pour savoir dans quelle mesure elles correspondaient effectivement ou non à des transformations significatives des conditions d'exercice de la psychiatrie et des conditions d'existence des malades dans les établissements¹. Peut-être n'a-t-on pas assez vu qu'elles signalent avant tout la participation de la psychiatrie à la grande fête de la Libération et aux espoirs qu'elle fait naître². L'atmosphère quasi-révolutionnaire de la fin de l'année 1944 et de l'année 1945 est propice aux plans, programmes, projets. Elle est surtout l'occasion d'un profond renouvellement des élites. La Résistance, l'éloignement du territoire de certaines d'entre elles, la mise en sommeil d'un certain nombre d'institutions de la Troisième République – ces différents éléments contribuent à imposer des hommes nouveaux dans un certain nombre de secteurs clefs de la société française.

Parmi les réseaux qui émergent à la Libération et qui marqueront durablement la France de l'après-guerre, un groupe occupera jusque dans les années 1970 une position

¹ Par exemple, récemment : *Questions à la "Révolution psychiatrique"*, Bron, Editions la Ferme du Vinatier, 2001.

² On le sait, c'est De Gaulle qui substitue au terme de révolution celui de rénovation. Kaspi, A., *La libération de la France. Juin 1944-janvier 1946*, Paris, Perrin, 2004, p. 171.

clef pour la psychiatrie, que j'appellerai, au moment où il émerge, les « jeunes psychiatres », du nom que certains de leurs collègues tendent à leur donner. Agés en 1945 de 30 à 45 ans, médecins des hôpitaux psychiatriques, anciens internes des asiles de la Seine, souvent anciens chefs de clinique, ils parviennent en quelques mois à s'imposer comme les nouveaux leaders du groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques : prise de contrôle des institutions représentatives du groupe ; élaboration de projets, chartes, manifestes qu'ils font acclamer par leurs collègues ; entrée dans les cabinets ministériels. Je reviendrai plus longuement dans les deux chapitres qui suivent sur la signification de l'émergence subite de ce groupe, qui constitue bien une génération nouvelle, je veux pour l'instant décrire les conditions et les circonstances du phénomène. Dans cette perspective, ce sont les deux expériences clefs qui marquent ce groupe qu'il faut évoquer rapidement – la guerre, la Libération.

Alors que les guerres sont souvent pour la médecine un facteur d'accélération de l'histoire, c'est plutôt un formidable bond en arrière que les psychiatres français ont eu l'impression de vivre durant la Seconde Guerre mondiale. Il faut sans doute se garder d'une lecture trop littérale des témoignages rétrospectifs, surtout lorsqu'ils visent à justifier l'élan que prit la spécialité à partir de la Libération. Reste que la Seconde Guerre mondiale a sans doute été l'une des périodes les plus sombres de l'histoire de la psychiatrie française¹.

De manière générale, les malades mentaux adultes n'ont guère intéressé le régime de Vichy. Comme pendant la Première Guerre mondiale, les hôpitaux psychiatriques se vident. Les travaux d'Isabelle von Bueltzingsloewen ont montré qu'il était impossible d'accuser le régime de Vichy d'avoir délibérément sacrifié les malades mentaux², mais le bilan reste : 45 000 malades meurent de faim, le nombre des admissions chute. La population asilaire, qui avait atteint à la veille du conflit le nombre de 110 000 internés, est tombée en 1945 à 67 000. Les psychiatres qui se sont retrouvés en 1942 à Montpellier pour leur première grande réunion depuis 1939, et la seule jusqu'en 1946, n'ont pu que constater leur impuissance à empêcher leurs malades de

¹ Pour un bilan de la psychiatrie française sous l'Occupation à partir du problème de la famine dans les hôpitaux psychiatriques, mais qui ne s'y résume pas, cf. l'ouvrage récent d'Isabelle von Bueltzingsloewen : von Bueltzingsloewen, I., *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier, 2007.

² *Ibid.*

succomber aux rigueurs du temps. Surtout, ils vivent la guerre dans une situation d'isolement matériel et intellectuel éprouvante : le manque de soutien des hiérarchies, les difficultés à se déplacer alors que certains établissements sont particulièrement reculés, à quoi s'ajoute pour un certain nombre de jeunes psychiatres en début de carrière le fait de devoir brusquement assumer seul la responsabilité de plusieurs centaines de malades et personnels soignants dans des conditions difficiles – tout cela concourt à faire de la guerre une expérience limite singulière. Dans ces conditions, la réforme de l'assistance psychiatrique est au point mort. Le projet débattu à l'été 1939 à la Chambre n'est pas repris, et bien que la question continue de passionner les psychiatres, au point que, pour la première fois, plusieurs se mettent à rédiger des propositions¹, ces projets ne trouvent guère d'écho auprès des autorités.

Il ne faut sans doute pas noircir le tableau à l'excès. La guerre voit également se mettre en place certains éléments qui joueront un rôle important dans la deuxième partie des années 1940 et les années 1950, comme la diffusion des techniques de choc ou l'organisation de la psychiatrie infantile – qui permet notamment l'émergence de certains des acteurs qui joueront un rôle de premier plan pour la psychiatrie adulte à la Libération². Mais pour les acteurs de l'après 1945, la psychiatrie des temps de guerre a d'abord été une psychiatrie des marges, une psychiatrie de l'informel et de la clandestinité. De manière très symbolique, si la Première Guerre mondiale avait consacré le progrès de la science psychiatrique avec la création des centres de traitement ouverts, les deux lieux emblématiques de la psychiatrie de la Seconde Guerre mondiale sont deux établissements reculés de province, l'hôpital psychiatrique de Saint Alban, en Lozère, et celui de la Charité sur Loire, dans la Nièvre : à Saint Alban, l'un des établissements les plus reculés de France, l'hôpital a été « transformé » dans son ensemble par les conditions singulières imposées à la fois par la lutte contre la famine et l'Occupation ; à la Charité sur Loire, le médecin-chef, Louis Le Guillant, a été témoin en 1940 du rétablissement soudain de malades qu'il considérait pourtant comme « chroniques » et incapables de mener une vie hors de l'hôpital, sortis par nécessité en

¹ Comme André Adnès, qui fait paraître son projet en livraison pendant la guerre : Adnès, A., "Projet de loi relative à l'assistance aux malades mentaux", *Hygiène Mentale*, 35, n° 1-6, 1942-1945 ; ou René Charpentier qui, lui, attend la fin du conflit : Charpentier, R., "Assistance psychiatrique et prophylaxie mentale. Prologue à une réforme de l'assistance psychiatrique en France", *Annales Médico-psychologiques*, 2, 1944, p. 217.

² Chauvière, M., *Enfance inadaptée: l'héritage de Vichy*, Paris, Editions ouvrières, 1980.

raison de l'avancée des allemands¹. Dans les deux cas, les médecins-chefs vivent avant tout des expériences limites qui marquent durablement leur rapport à leurs malades et à leur métier. Parmi d'autres, ces deux expériences constitueront plus généralement les éléments d'une rupture dans l'identité collective des médecins des hôpitaux psychiatriques. On aura l'occasion de revenir plus longuement sur ces différents points.

Après l'isolement, le bouillonnement. On trouve dans l'émergence du groupe des jeunes psychiatres à la Libération les principaux ingrédients des « conjonctures fluides » analysées par Michel Dobry² : la suspension du fonctionnement des institutions et la restauration des rapports de face-à-face. Restituer rapidement la chronologie des événements de 1944 à 1945 nous permettra de comprendre plus précisément les conditions dans lesquelles s'opère en quelques mois un passage de relais au sein du groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques, qui rend possible une reformulation d'ensemble du problème de la réforme de l'assistance psychiatrique.

C'est d'abord au sein des mouvements de la résistance médicale que les choses bougent. Partagés dans les premières années de l'Occupation entre plusieurs courants concurrents, les différents mouvements de la résistance médicale s'unifient en 1945 en une seule organisation, l'Union des Médecins Français³. Celle-ci est placée sous la direction de Robert Debré, l'un des rares mandarins parisiens à s'être engagé de bonne heure dans la Résistance. Passé à la clandestinité en octobre 1943, il a consacré une partie de son énergie pendant la guerre à tisser un réseau qui doit servir à la fois à soutenir les forces françaises au moment de la libération du territoire et à constituer les bases d'une réorganisation de la médecine à la Libération : c'est là que sont élaborés un certain nombre de projets qui marqueront durablement la médecine de l'après-guerre, et la psychiatrie y trouve un accueil naturel⁴.

¹ Sur Saint Alban, cf. le chapitre suivant. Sur la Charité sur Loire, cf. Le Guillant, L., "Une expérience de réadaptation sociale instituée par les événements de guerre", *Hygiène mentale*, n° 6, 1947, et von Buelzingsloewen, *L'hécatombe des fous*, op. cit., pp. 382 sq.

² Dobry, M., *Sociologie des crises politiques: la dynamique des mobilisations multisectorielles*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1986.

³ Simonin, A., "Le comité médical de la résistance: un succès différé", in A. Prost (dir.), *La Résistance, une histoire sociale*, Paris, les Éd. de l'Atelier-Éd. ouvrières, 1997, pp. 159-178.

⁴ Et en particulier la réforme des études médicales qui sera adoptée en 1958. Une étude reste à faire sur les idées défendues par la résistance médicale. Sur le rôle du mouvement dans l'élaboration du projet de réforme universitaire, cf. Debré, R., *L'honneur de vivre: témoignage*, Paris, Stock, 1974 ; Jamous, H., *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, CNRS, 1969.

La création, au sein de l'Union, d'une commission de psychiatrie, chargée plus spécifiquement de l'examen de la réforme de l'assistance aux malades mentaux, paraît être décidée dans le courant de l'année 1944. D'après ce qu'il rapporte, c'est Georges Heuyer qui en est à l'origine¹. Georges Heuyer (1884-1977), ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin-chef de l'Infirmierie spéciale de la préfecture de Police et futur titulaire de la chaire de neuropsychiatrie infantile, créée pour lui par le conseil général de la Seine en 1949, est, outre un collaborateur de Toulouse, un proche de Robert Debré², et ses activités pendant l'Occupation dans l'organisation de la psychiatrie infantile ne l'empêchent pas, à la Libération, de participer activement aux activités de la résistance³. Il a ressorti de ses cartons le projet qu'il avait élaboré en 1939, et celui-ci a paru suffisamment important pour que soit formé un groupe de travail chargé de l'examiner. En raison toutefois du décès brutal de deux de ses fils, Heuyer ne participe pas aux travaux de la commission pendant l'hiver 1945, et il est absent des Journées qui seront organisées en mars. Ce sont, du coup, selon ses termes, « quelques éléments actifs du cadre des médecins des hôpitaux psychiatriques » qui prennent la direction des débats⁴ : ceux-ci, de toute évidence, sont menés par Georges Daumézon et Lucien Bonnafé, qui se chargent en tous les cas des rapports préparatoires et publient les principaux comptes rendus et textes d'orientation. Bonnafé (1912-2003), ancien interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, est depuis 1942, date à laquelle il a été reçu au concours du médicament des hôpitaux psychiatriques, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint Alban. Il a joué un rôle de commandement dans les Forces Françaises de l'Intérieur, et son engagement au Parti Communiste lui vaudra bientôt d'être nommé conseiller technique auprès du ministre de la Santé François Billoux, lui-même issu du Parti. Après cette courte expérience, sa carrière se poursuivra à Rouen, puis, à partir de 1956, dans le département de la Seine et dans l'Essonne. En attendant, il est avec Pierre Fouquet, l'un de ses camarades d'internat, le secrétaire de la commission psychiatrie de l'Union. Georges Daumézon (1912-1979), quant à lui,

¹ Heuyer, G., "Pour une véritable assistance aux malades mentaux", *Le Médecin Français*, n° 51, 1945, p. 7.

² La clinique annexe de neuropsychiatrie infantile dont il a obtenu la création en 1925 dépend de la chaire de clinique des maladies de l'enfance, dont Debré est le titulaire, en même temps que de la chaire de clinique des maladies mentales.

³ Il fait partie du comité de rédaction du *Médecin Français*, l'organe de l'Union des médecins français. Sur Heuyer, cf. Ohayon, *L'impossible rencontre*, op. cit., p. 175 sq.

⁴ Heuyer, "Pour une véritable assistance aux malades mentaux".

s'impose dans le même temps comme le nouveau leader du groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques, dont il dirigera dès l'été 1945 le nouveau Syndicat, qui se substitue à l'Amicale. Reçu en 1936 au concours du médocat des hôpitaux psychiatriques – il est sans doute l'un des plus jeunes médecins-chefs de l'histoire des hôpitaux psychiatriques français –, il est d'abord brièvement médecin-chef à Sarreguemines, avant d'être nommé en 1938 à Fleury-lès-Aubrais, près d'Orléans, où il reste jusqu'en 1950. Il prendra en 1952 la direction du prestigieux service de l'admission de Sainte Anne, à Paris, où il finira sa carrière.

C'est probablement à la fin de l'année 1944 ou au début de 1945 que l'activité de la commission et la « propagande », selon leur terme, que mènent ses leaders auprès de l'administration centrale rallient le gouvernement provisoire à l'idée d'une réforme de la loi de 1838¹. Celui-ci veut désormais un projet pour l'été, de manière à adopter un texte par ordonnance, comme il prévoit de le faire pour la lutte antituberculeuse. Cet engagement paraît décider de l'organisation pour mars d'une grande réunion de psychiatrie, afin de consulter l'ensemble du corps sur les propositions qui circulent. Les sociétés psychiatriques ne peuvent dès lors que suivre le mouvement.

La Société médico-psychologique a au demeurant, dès l'été 1944, mis le problème à son ordre du jour. Elle est l'une des seules sociétés de psychiatrie à n'avoir pas arrêté ses activités pendant la guerre, et elle est durant l'Occupation la seule organisation où restent discutées les questions d'assistance psychiatrique. Dans une lettre qui parvient au bureau de la Société le 26 juin 1944, Henri Ey a proposé que celle-ci entame une réflexion autour de la réforme de la loi de 1838, de manière à élaborer des « vœux » qu'elle pourrait soumettre au gouvernement². L'initiative, il faut le noter, paraît indépendante de celle de Heuyer. En séance, Jean Lhermitte, président annuel de la Société, signale que l'intention du bureau était précisément de consacrer en octobre une séance spéciale aux problèmes d'assistance. En attendant, une commission est mise en place pour examiner la question. Elle est composée de Xavier Abély, Henri Beaudouin, Georges Demay, Léon Marchand, Jean Delay et Ey. En dehors de Ey et de Delay, qui à 37 ans assure l'intérim de la chaire des maladies mentales et de l'encéphale

¹ Sur la « propagande » auprès de l'administration, cf. : Daumézon, G., "Situation actuelle de la psychiatrie, ses perspectives d'avenir", *Information Psychiatrique*, 22, n° 1, 1945, pp. 7-8.

² Société médico-psychologique. Séance du 26 juin 1944, *Annales Médico-psychologiques*, II, n° 2, p. 159.

en l'absence de son titulaire, Lévy Valensi, dont on ne sait pas encore qu'il est mort en déportation, tous appartiennent à la génération aux commandes de la profession avant la guerre. La commission paraît toutefois ne pas se réunir – et les raisons en seraient compréhensibles dans le contexte des combats de la Libération ; en tous les cas rien ne filtre de ses travaux en octobre, alors que par ailleurs sont examinées dans une atmosphère consensuelle une série de communications sur des expériences locales. En février suivant, les projets du ministère de la Santé parviennent à la Société, qui décide alors de remettre la question à l'ordre du jour. On propose de déplacer la réunion ordinaire de mars pour la faire coïncider avec les Journées Psychiatriques Nationales, et d'y organiser une discussion autour de propositions qu'une commission serait chargée d'élaborer. Trois des membres de la commission de juin en font partie, Beaudouin, Demay et Xavier Abély, qui est nommé rapporteur, et deux nouveaux noms apparaissent : Jean Lauzier, qui avant la guerre a rédigé le rapport sur l'organisation de l'hygiène et la prophylaxie mentale pour le compte du Conseil supérieur de l'assistance publique, et Georges Heuyer – mais la commission est surtout dotée d'« adjoints » : Bonnafé, Daumézou, Fouquet, et Robert-Henri Hazemann, médecin inspecteur de l'Office Public d'Hygiène Sociale de la Seine¹. Cette fois, la commission marque l'avènement des jeunes psychiatres, et elle travaillera en communion avec la commission psychiatrie de l'Union des Médecins Français.

Les jeunes psychiatres décident par ailleurs de reprendre en main l'Association Amicale des Aliénistes et d'en faire, en la transformant en un Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, une structure plus offensive. Les circonstances dans lesquelles ils parviennent à s'imposer sont un peu confuses², mais là encore les journées

¹ Société médico-psychologique. Séance du lundi 26 mars 1945, *Annales Médico-psychologiques*, 1, n° 3, 1945, p. 268.

² Comment expliquer la soudaineté et le caractère massif de l'événement, qui conduit à l'exclusion de la quasi-totalité des leaders du groupe d'avant la guerre, comment surtout expliquer l'absence de transition dans les colonnes de la revue, *l'Information psychiatrique* ? Si la séquence correspond à un passage de relais d'une génération à une autre, il n'est pas à exclure que s'y joue également une forme d'épuration. La littérature secondaire comme les sources sont de façon générale très pudiques sur cette question, qui mériterait pourtant qu'on l'examine de plus près. J'ai relevé dans les informations administratives de *l'Information psychiatrique* deux cas de révocation de médecins-chefs de service des hôpitaux psychiatriques en 1945 et 1946. L'entretien que m'a accordé l'un des fonctionnaires du ministère de la Santé au lendemain de la guerre, Pierre Jean, suggère par ailleurs que le problème a pu se poser. En réponse à une question sur les critères de sélection des membres de la Commission d'Etude des Problèmes de Santé Mentale et de la Commission des maladies mentales au moment de leur constitution en 1947 et 1949, il m'a ainsi indiqué : « il y avait plusieurs choses, qui ont permis de constituer les

de mars et la position de force que les jeunes psychiatres ont acquise au sein du Médecin français paraissent constituer une opportunité. L'Amicale a été réactivée à l'été 1944, sous l'impulsion de l'équipe qui la dirigeait avant la guerre, et elle a déjà eu l'occasion de faire avancer au ministère un certain nombre de dossiers concernant les médecins des asiles¹. D'après les témoignages recueillis en 1975 par François Fourquet et Lion Murard auprès des protagonistes, c'est toutefois en marge de la commission du Médecin Français que les jeunes psychiatres s'entendent sur un projet de reprise de l'organisation². En mars 1945, ils font admettre à leurs collègues le principe de la transformation qu'ils souhaitent voir aboutir. En juillet suivant, la réforme est votée en assemblée générale, et Daumézon est élu secrétaire général du Syndicat, à la tête d'une équipe qui compte huit nouveaux noms et seulement quatre anciens.

Une dernière initiative importante dans l'organisation des réseaux de la psychiatrie à la Libération vient de Henri Ey et de son entreprise de refondation intellectuelle de la psychiatrie. Médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Bonneval, dans l'Eure et Loir, Henri Ey (1900-1977) s'impose à la Libération comme le guide intellectuel de la nouvelle génération de psychiatres : en témoigne l'intervention qu'il fait en introduction aux journées de mars sur « la folie et les valeurs humaines », vaste plaidoyer au souffle humaniste pour une psychiatrie « anthropologique »³. Ancien interne des asiles de la Seine, ancien chef de clinique à la clinique des maladies mentales et de l'encéphale, il a publié seul ou en collaboration avec ses « patrons », Henri Claude ou Paul Guiraud, des travaux qui relaient en France les perspectives dynamiques développées sur la schizophrénie depuis la Première Guerre mondiale dans les pays de langue allemande⁴, et a commencé à jouer un rôle important dans les débats

commissions : il y a eu d'abord, on a écarté les gens qui avaient été fortement marqués par la collaboration ou par Vichy. » Entretien du 20 juillet 2004.

¹ Ayme, J., *Chroniques de la psychiatrie publique à travers l'histoire d'un syndicat*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 1995.

² Fourquet, F. et L. Murard, "Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible?" *Recherches*, n° 17, 1975.

³ Ey, H., "La folie et les valeurs humaines", *Le Médecin Français*, V, n° 55, 1945, p. 10, reproduite dans : Ey, H., *Etudes psychiatriques. I. Historique - Méthodologie - Psychopathologie générale*, Paris, Desclée de Brouwer, 1948, 1^{ère} étude. Sur Ey et son œuvre cf. Clervoy, P., *Henri Ey (1900-1977) cinquante ans de psychiatrie en France*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1997 ; Garrabé, J., *Henri Ey et la pensée psychiatrique contemporaine*, Le Plessis Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1997.

⁴ Notamment : Ey, H., "Position actuelle des problèmes de la démence précoce et des états schizophréniques", *Evolution psychiatrique*, 8, n° 4, 1934, pp. 27-54 ; Guiraud, P. et H. Ey, "Remarques critiques sur la schizophrénie de Bleuler", *Annales Médico-psychologiques*, I, 1926, pp. 355-365, mais

doctrinaux des années 1930, notamment au sein du groupe de l'Évolution psychiatrique, dont il prendra la direction en 1947. Il se charge également depuis l'avant-guerre de la préparation des internes des asiles de la Seine au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques : une grande partie des psychiatres formés dans l'après-guerre jusqu'aux années 1970 passeront par cet enseignement clinique, donné à Sainte Anne en marge des enseignements de la faculté, qui sera pour beaucoup dans l'autorité morale qu'il exercera sur la profession jusqu'à sa mort. Il lance, parallèlement à ces activités, le principe d'une série de rencontres, organisées à Bonneval, qui visent à alimenter le débat de fond en mettant à l'épreuve le modèle « organo-dynamiste » qu'il construit depuis l'avant-guerre. Dans un contexte marqué en particulier par le débat sur la régulation des spécialités médicales, sur lequel on reviendra plus longuement¹, l'enjeu pour Ey est d'asseoir une définition de la psychiatrie comme discipline médicale autonome. Une première réunion a eu lieu en 1943, qui lui a permis de se confronter aux neurologues Henri Hécaen et Julian de Ajuriaguerra sur « les rapports entre neurologie et psychiatrie »², et depuis 1944 une seconde réunion s'organise qui doit voir Ey, les psychanalystes Jacques Lacan et Julien Rouart, et les psychiatres marxistes Lucien Bonnafé et Sven Follin débattre sur le problème de la « psychogenèse des névroses et des psychoses ».

Les Journées Psychiatriques Nationales de mars 1945 sont ainsi le point d'orgue d'un vaste ensemble de mobilisations et d'initiatives³. Organisées à l'instigation du Médecin français, dont elles sont aussi la première manifestation d'envergure, elles réunissent sur cinq jours, du 24 au 28 mars, les différentes composantes du mouvement qui s'organise depuis 1944. Les discussions sont ouvertes par le ministre de la Santé publique, François Billoux et par Paul Valéry, dont c'est également l'une des dernières apparitions publiques, et interviennent par ailleurs des figures comme Henri Wallon et Pierre Janet. Événement considérable, qui réunit à l'Académie de médecine et à la

également une série d'articles critiques sur des concepts fondamentaux de la psychiatrie : Ey, H., "La notion d'automatisme en psychiatrie", *Evolution psychiatrique*, IV, n° 3, 1932, pp. 11-35 ; Idem, "La notion de constitution. Essai critique", *Evolution Psychiatrique*, IV, n° 4, 1932, pp. 25-54. Une partie des articles de Ey sur la schizophrénie a été rassemblée récemment en un volume : Ey, H., *Schizophrénie: études cliniques et psychopathologiques*, Le Plessis-Robinson, Synthelabo, 1995.

¹ Cf. *infra* ch. 4.

² Ey, H. et al., *Les rapports de la neurologie et de la psychiatrie*, Paris, Hermann, 1947.

³ Un compte rendu succinct des journées est donné par Bonnafé, L., "Les journées psychiatriques", *Le Médecin Français*, V, n° 39, 1945, p. 11. Sur l'événement en général, cf. Fourquet et Murard, "Histoire de la psychiatrie de secteur", *op. cit.*

chapelle de l'hôpital Sainte Anne tout ce que compte la psychiatrie française ou presque, il met en scène l'unité de la psychiatrie autour du projet de réforme de la loi de 1838, qui occupe l'essentiel des discussions. Il consacre surtout, on l'aura compris, la nouvelle génération de psychiatres que la Libération a vu émerger, et, en son sein, un petit groupe, à qui ce contexte va permettre de faire avancer ses idées.

Avant d'analyser de plus près le projet issu des Journées, il faut s'arrêter brièvement sur les événements que l'on vient de retracer. On a souvent tendu à faire de ce qui se passe à la Libération un réveil de la psychiatrie après une longue période d'endormissement, une réaction face à un abandon prolongé, un grand mouvement de convergence permettant à une profession de communier à nouveau avec la société¹. Il s'agit de toute évidence d'une lecture « forcée » de l'histoire – lecture qui prend sens toutefois dans le contexte de la construction d'une histoire commune : rassemblement d'hommes nouveaux autour du problème de la réforme des asiles, les mobilisations de 1945 marquent bien en effet une rupture, on y reviendra. A les considérer plus froidement, ces mobilisations apparaissent toutefois relativement étroites, et en particulier elles ne paraissent guère émouvoir le grand public. Le dépouillement des index du journal *Le Monde* entre 1944 et 1953 suggère ainsi que c'est seulement en 1950, à l'occasion du 1^{er} Congrès mondial de psychiatrie organisé à Paris que le débat sur la psychiatrie sort des milieux professionnels². Il faut noter par ailleurs que c'est au début de la décennie 1950 que paraissent dans la presse les premiers textes lançant l'alerte sur l'état des hôpitaux psychiatriques : un communiqué du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques en 1948³, puis, surtout, en 1952, le numéro spécial de la revue *Esprit* « Misère de la psychiatrie ». En 1945, la France connaît d'autres événements sont néanmoins importants pour comprendre les raisons qui ont facilité l'adoption de cette grille de lecture. Un premier point concerne le financement des hôpitaux psychiatriques. Si ceux-ci n'ont pas connu l'abandon qu'on a voulu dire, les asiles n'avaient toutefois pas connu le même essor que les hôpitaux généraux avant

¹ Par exemple Fourquet et Murard, "Histoire de la psychiatrie de secteur", *op. cit.*

² C'est en particulier à l'occasion de ce congrès, qui suscite un intérêt soutenu de la part du quotidien, que celui-ci dresse pour la première fois depuis la Libération un bilan de l'état de la discipline : "Analyse des orientations de la médecine mentale", *Le Monde*, 1950.

³ "La grande misère des hôpitaux psychiatriques. Communiqué du syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques", *Le Monde*, 1948.

la guerre. Ceux-ci, en se voyant attribuer les bénéfices du pari mutuel par la loi sur l'assistance médicale gratuite de 1893, disposaient en effet de facilités de paiement qui avaient permis dès les années 1920 leur modernisation. Or ces facilités étaient interdites aux hôpitaux psychiatriques, qui ne pouvaient compter que sur la générosité des assemblées départementales – laquelle semble avoir été bien mesurée. L'implication, dès le lendemain de la Libération, de la Sécurité Sociale sur les questions de psychiatrie devait changer les choses, mais de fait un certain nombre de psychiatres et de personnalités intéressées par les questions de psychiatrie ont pu avoir la sensation d'un abandon relatif de la spécialité par rapport au reste de la médecine. Un second élément est la comparaison avec les Etats-Unis et le rôle des échanges internationaux dans la formation d'une historiographie commune de la discipline psychiatrique à l'ensemble des pays occidentaux. C'est en effet aux Etats-Unis qu'un réel mouvement d'opinion, sortant des milieux professionnels, prit corps dès 1946. Le livre du journaliste Albert Deutsch, *The shame of the States*¹, qui faisait un tableau particulièrement sombre de l'état des établissements psychiatriques américains en appelant à soutenir les efforts des psychiatres pour leur rénovation, puis celui de Jane Ward, *The snake pit*², vibrant plaidoyer pour une psychiatrie dotée de moyens, dont le film qui en est tiré par Anatole Litvak en 1948 avec Olivia de Havilland est un grand succès critique et populaire, devaient en effet durablement imposer le thème de la psychiatrie dans l'opinion publique. Ce type d'intervention venant de l'extérieur des milieux professionnels est toutefois absent en France dans l'immédiate après-guerre, et ce n'est en fait que plus tard, dans les années 1960, et dans une toute autre configuration, que la psychiatrie devait devenir véritablement un enjeu public.

3.2. Le projet de mars 1945

Si, comme on le verra dans la section suivante, le projet élaboré par le groupe des jeunes psychiatres à l'hiver et au printemps 1945 pour les Journées psychiatriques n'aboutit pas, il est toutefois important de comprendre la vision de la psychiatrie et de la maladie mentale qu'il véhicule, et la manière dont il problématise, dans le prolongement

¹ Deutsch, A., *The shame of the States*, New York, Harcourt, 1948.

² Ward, M. J., *The snake pit*, New York, Random House, 1946.

du débat de l'avant-guerre, la question de l'assistance psychiatrique. De façon générale, le projet peut être analysé grâce aux documents publiés autour des Journées de mars : les pièces principales en sont le projet lui-même, discuté lors des Journées et adopté par les participants, une « charte » en 24 points, adoptée également pendant les journées et présentée par la suite par les psychiatres comme un « serment du jeu de paume », et les rapports qui ont servi de base aux discussions¹. S'y ajoutent les commentaires que firent de leurs propositions les psychiatres dans la presse médicale. De manière générale, la longueur du projet des jeunes psychiatres dépassait de très loin celle de l'ensemble des propositions de loi discutées avant la guerre. Il décrivait une organisation globale du dispositif d'assistance psychiatrique, avec un luxe de détails proprement inédit jusque là². De fait, le projet correspondait pour les jeunes psychiatres à une volonté d'ajuster le droit à une vision compréhensive de la maladie mentale, dont on comprend en un sens que cela ait constitué un obstacle à son adoption. Dans cet ensemble particulièrement riche, deux axes permettent néanmoins de synthétiser les propositions des jeunes psychiatres, dans la ligne des analyses que l'on a proposé pour le débat de l'avant-guerre : la régulation de l'internement, et l'organisation du dispositif de prise en charge.

L'internement comme « faisceau de mesures hétérogènes » : du service libre à la liberté du psychiatre

L'annonce est spectaculaire, mais un peu obscure : « L'internement doit être aboli, en tant que faisceau de mesures hétérogènes ! Ses composantes doivent être, après dislocation, révisées et rendues applicables avec la plus grande souplesse et le maximum d'initiative médicale »³. On le voit, la proposition est radicale, dans sa forme tout au moins, et elle a pu faire se méprendre sur les intentions de ses auteurs. Il ne faut,

¹ Le projet et les « conclusions » ont été publiés dans *l'Information psychiatrique* dans le courant de l'année 1945 : Abély, X., "Avant-projet de loi sur l'assistance et l'hospitalisation des malades mentaux", *Information Psychiatrique*, 22, 1945, pp. 103-111, 161-167, 188-193, 213-220 ; "Conclusions des Journées Psychiatriques de Mars 1945", *Information Psychiatrique*, 22, 1945, pp. 19-21. Le rapport présenté par Abély lors des journées est paru quant à lui dans les *Annales Médico-Psychologiques* : Abély, X., "Rapport de M. Abély concernant les projets de réforme de la loi du 30 juin 1838", *Annales Médico-psychologiques*, 1, n° 3, 1945, p. 270. Les rapports de Daumézon et Bonnafé sont parus sous la forme du premier volume des *Documents de l'Information psychiatrique* en 1946 : Daumézon, G. et L. Bonnafé, *Le malade mental dans la société. Documents de l'Information Psychiatrique, 1*, Paris, Desclée de Brouwer, 1946. On trouvera les 24 conclusions reproduites en annexe.

² 94 articles, quand la loi de 1838 en comptait seulement 41 et que même le projet que Paul Strauss rapporta en 1928, que ses collègues parlementaires avaient pourtant déjà trouvé trop long et trop complexe, ne comptait que 57 articles.

³ "Conclusions des Journées Psychiatriques de Mars 1945", *op. cit.*, 13^{ème} conclusion.

toutefois, pas mal l'interpréter : par là les jeunes psychiatres n'invitent pas en effet à la suppression d'un régime d'exception. Ils proposent néanmoins une réflexion de fond sur ses principes et son fonctionnement. Leurs propositions sur l'internement contiennent en fait deux dimensions distinctes.

La première concerne la signification pour le malade de la mesure de l'internement et la nature du régime qui doit en découler. Dans l'analyse des psychiatres, les dispositions de la loi de 1838 constituaient un « groupement invariable d'éléments à contenu fixe »¹. Avec ce dispositif, interner une personne signifiait toujours mettre en œuvre, en même temps et de manière indissociable, une série d'actes médico-administratifs : un traitement, mais selon un mode spécifique, l'hospitalisation ; une mesure de contrôle, mais elle aussi limitée à un confinement à l'hôpital ; une mesure d'assistance, là encore limitée à une prise en charge à l'hôpital, et par ailleurs sans que le malade soit le plus souvent en mesure d'en faire lui-même la demande² ; et des mesures de gestion des biens du patient. Or, pour les jeunes psychiatres, aucune raison n'impose en fait de rendre ces dimensions à tout prix solidaires, et les situations diverses des patients doivent pouvoir justifier que l'on se serve de ces différents outils en les adaptant plus finement aux besoins des patients : « Actuellement, dans notre pensée nous ne pouvons guère nous débarrasser de cet instrument, et pourtant il faut bien reconnaître que, d'une part, le groupement pourrait s'établir sur d'autres bases ; d'autre part, le contenu de chaque élément pourrait aussi varier » suggère ainsi Daumézon³. Il donne quelques exemples : le placement pourrait se faire à l'hôpital, mais il pourrait également être réalisé sous forme d'une obligation de résidence, d'un placement familial – ou sous tout autre forme ; l'assistance, quant à elle, pourrait être réalisée sous forme d'un droit à l'hospitalisation comme dans la loi de 1838, mais également sous celle d'un droit à un travail protégé, ou à une indemnité ; le traitement pourrait, lui, être dispensé à l'hôpital, mais dans de nombreux cas il pourrait tout aussi bien l'être en consultation externe. Ces différents « éléments », dans un deuxième temps, doivent pouvoir être groupés selon des combinaisons variées. Dans un troisième temps, enfin, l'expérience doit montrer quelles combinaisons ont réellement une utilité

¹ Daumézon, G. et L. Bonnafé, "Vers une assistance psychiatrique renouvelée", *Le Médecin Français*, V, n° 45, 1945, pp. 12-13. C'est aussi le « faisceau de mesures hétérogènes » des conclusions des Journées.

² « La société lui doit ses soins malgré lui » selon l'une de leurs formules : Daumézon et Bonnafé, "Vers une assistance psychiatrique renouvelée", *op. cit.*, p. 12.

³ *Ibid.*

et un sens. De ce point de vue, on y reviendra, la démarche que proposaient les jeunes psychiatres était proprement expérimentale. De façon plus générale, il faut noter que la réflexion systématise en fait les discussions de l'avant-guerre sur les nouvelles formes d'assistance psychiatrique dans le cadre des services de cure libre. Le service libre de Toulouse correspondait en effet à un cas où un traitement et une forme d'assistance sont proposés sans les autres dimensions de l'internement – ni protection des biens, ni contrôle de la personne. La proposition du placement spontané de Raynier correspondait à l'inverse à un cas où l'on proposait aux patients un traitement, une assistance et la protection de leurs biens, mais sans contrôle de la personne, puisqu'ils pouvaient en principe sortir comme ils l'entendaient.

La deuxième dimension importante concerne le problème de la responsabilité du médecin et l'articulation de son intervention avec celle du droit. Dans un jeu de surenchère avec Georges Heuyer, qui leur reprochait la complexité de leur système, les jeunes psychiatres revendiquaient en effet selon leurs propres termes une « médicalisation » de l'assistance psychiatrique¹. Leur analyse va, de fait, nettement plus loin que celle d'un Toulouse avant la guerre. Selon eux, si la procédure d'internement codifiée dans la loi de 1838 imposait des obligations aux malades, elle imposait également une conduite aux médecins des hôpitaux psychiatriques, qui ne sont pas libres de choisir en fonction des besoins de leurs patients les traitements qui leur conviendraient le mieux. Le patient leur est adressé à l'issue d'une procédure qu'ils ne maîtrisent pas et dans des conditions qu'ils ne peuvent pas influencer. Les psychiatres apparaissent ainsi prisonniers d'une procédure dont le fondement et le cadre sont d'essence administrative. De cette analyse découle ce qui va devenir l'un des grands thèmes du débat psychiatrique des années d'après-guerre, répété, de façon parfois emphatique, tout au long des années 1950 et 1960, jusqu'à être l'un des motifs essentiels des courants antipsychiatriques de 1968, le thème de l'aliénation du psychiatre : enfermé, le psychiatre ne l'est pas moins dans l'hôpital psychiatrique que le malade mental². D'où la revendication d'une solidarité, voire d'une communauté de destin avec les patients : pour les jeunes psychiatres, le psychiatre est le porte-parole

¹ Daumézon, G. et L. Bonnafé, "Psychiatrie médicale ou administrative", *Le Médecin Français*, V, n° 54, 1945, p. 14-15. Les guillemets sont dans le texte.

² Le thème devait être développé plus longuement dans un texte sur lequel on reviendra dans le chapitre suivant : Bonnafé, L., "Le personnage du psychiatre", *Evolution Psychiatrique*, n° 3, 1948, pp. 23-56.

naturel du malade mental, dans la mesure où lui seul partage son expérience d'isolement dans une société qui les rejette tous deux à l'hôpital psychiatrique. On aura l'occasion de revenir sur ce point.

L'analyse ne règle pourtant pas le problème : quel degré d'initiative faut-il donner aux médecins des hôpitaux psychiatriques pour leur permettre d'assumer leur mission sans pour autant sacrifier les droits des malades ? Dans le projet de loi des jeunes psychiatres, c'est le médecin qui, après une période d'observation, doit pouvoir décider du mode de placement, c'est-à-dire du mode d'intervention de l'autorité administrative dans la procédure d'hospitalisation définitive du patient¹. Un simple certificat médical signé par le médecin-chef de l'établissement, envoyé par le préfet, suffit pour enclencher la décision. Le projet innove par ailleurs en ce qu'il donne le choix entre quatre modes de placement, quatre types d'intervention de l'autorité administrative, qui correspondent en fait aux quatre catégories de malades de Gilbert Ballet que nous avons rencontrées plus haut. Une formule d'hospitalisation « volontaire » s'adresse aux malades lucides, qui acceptent le principe de leur hospitalisation. Ces malades ne nécessitent pas de formalité particulière, mais le projet suggère qu'on leur fasse signer une décharge, qui constitue également un engagement à se plier aux demandes du médecin – soit, en anticipant un peu, une sorte de consentement éclairé. La deuxième catégorie est celle des « malades qui ne sont pas lucides, mais que l'on est obligé de retenir », dont l'hospitalisation doit être seulement « déclarée » au préfet, qui accuse alors réception de la déclaration. La troisième catégorie, les malades protestataires de Ballet, nécessite l'autorisation formelle du préfet, suscitée par l'envoi d'un certificat médical. L'hospitalisation « ordonnée », enfin, qui est destinée aux seuls malades « dangereux pour eux-mêmes, pour les autres personnes ou pour l'ordre public », repose sur un « ordre confirmatif d'hospitalisation » pris par arrêté préfectoral, lui aussi motivé par un certificat médical.

Comment comprendre cette revendication d'initiative médicale dans l'internement ? De façon générale, avec leurs propositions les jeunes psychiatres cherchent à faire du placement une mesure d'obligation de soin, initiée médicalement et médicalement assumée. Dans leur projet, les malades qui relèvent d'une hospitalisation

¹ Abély, "Avant-projet de loi sur l'assistance et l'hospitalisation des malades mentaux", *op. cit.*, Titre II, Section IV. « Séjour dans les hôpitaux ou services psychiatriques. Diverses situations administratives », p. 163-167.

autre qu'ordonnée doivent ainsi pouvoir être transférés vers les modes d'assistance qui leur conviennent le mieux sans nécessiter d'avis particulier du préfet. Le projet de loi prévoit trois modes d'assistance alternatifs à l'hôpital : en colonie familiale, au sein de familles isolées, ou auprès d'un employeur¹. En faisant ces propositions, les jeunes psychiatres opèrent un déplacement considérable à l'égard de la position de Toulouse. La compétence qu'ils revendiquent dépasse en effet de loin la seule situation transitoire de l'hospitalisation en service libre. Cette revendication couvre en fait deux dimensions distinctes. D'une part, il s'agit de permettre la mise en œuvre de mesures qui, en principe, devraient être demandées par le patient, mais que celui-ci ne peut pas toujours assumer. « Le malade dont le libre arbitre est altéré au point que l'idée de son consentement aux mesures thérapeutiques apparaisse absurde doit pouvoir être soigné malgré lui sans que l'autorisation légale d'appliquer ces soins donnée au médecin responsable soit liée à la forme des mesures d'assistance et de protection sociales » affirment ainsi Daumézon et Bonnafé². En formulant pour le patient la demande de soin, le praticien lui rend un droit qu'il ne peut exercer seul. Par ailleurs, l'expertise du psychiatre fait de lui le seul médiateur envisageable de l'exercice de ce droit, toute autre intervention ne pouvant que dévoyer le sens de la mesure en la transformant en une opération de police.

Mais, d'autre part, s'il s'agit pour eux de donner à la seule personne compétente, le médecin, la liberté de choisir, l'idée que le placement est une mesure médicale correspond bien à une vision spécifique du travail médical – et, en ce sens, c'est la prise de conscience de la nécessité d'une redéfinition du sens de la compétence du psychiatre qui se joue derrière cette revendication. Écoutons Daumézon et Bonnafé dans le feu de la polémique avec Heuyer :

La plus grave et la seule critique réelle que mérite la loi, est qu'elle n'accordait le droit à l'assistance et au traitement qu'à une catégorie restreinte de malades. Or les problèmes de la santé mentale sont aussi divers que ceux de la médecine tout entière et la législation nouvelle devra, pour être vraiment innovatrice, prévoir cette variété de situations que connaît le malade mental. Comme c'est une loi, elle devra, à côté des modalités de traitement, fixer les modalités d'assistance, la capacité juridique, éventuellement, le mode de gérance des biens et d'autres choses encore. Quelle est, face à cette nécessité inéluctable, la position de M. Heuyer ? Au nom de sa seule qualité de médecin, il refuse de

¹ Section V. « Autres modes de placements », p. 167

² Daumézon et Bonnafé, "Vers une assistance psychiatrique renouvelée", *op. cit.*

considérer les problèmes particuliers que soulève la folie, il proclame que maintenir un malade qui veut se suicider n'est pas différent de persuader un tuberculeux de rester dans un sanatorium.¹

« Les problèmes particuliers que soulève la folie » ou, comme dans la 2^{ème} « conclusion » des Journées de 1945, l'« originalité profonde des problèmes psychiatriques »² : en affirmant la spécificité de leur discipline, les psychiatres procèdent à l'ouverture d'un cadre nouveau pour l'exercice de leur métier. Ils cherchent à proposer une définition nouvelle du sens de l'activité psychiatrique et de la compétence qu'ils revendiquent. C'est un texte de Bonnafé paru en 1944 qui explicite le mieux les ressorts de ce mouvement : « En plus de ses tâches médicales, de l'aspect psychologique de son activité [le psychiatre] a pour but essentiel la réadaptation à la vie sociale de l'être qui lui est confié, la création d'une néo-société aux aspects complexes au sein même de ses services. [...] L'essentiel de la doctrine moderne est l'utilisation des capacités sociales restantes en vue de la réadaptation au monde extérieur ou du moins à une vie comportant le maximum de sociabilité dans l'établissement de cure. »³ Réadaptation, le mot est prononcé. Comme pour Maurice Legrain lors des discussions sur la convalescence des aliénés au début du siècle, la notion d'adaptation constitue le moyen pour les psychiatres de transformer en une question proprement médicale les problèmes sociaux, juridiques et moraux du traitement des malades mentaux – ou, plus exactement, de faire de l'assistance psychiatrique un enjeu proprement médical. A la détermination d'un statut par un droit, la notion d'adaptation permet en effet de substituer un principe de classement des malades en fonction de leur degré d'adaptation ou, selon une autre expression utilisée par Bonnafé, de leur « mode de sociabilité ». Fournir une assistance à un malade est bien une tâche médicale dans la mesure où il s'agit de l'orienter vers le milieu qui correspondra le mieux à son niveau d'adaptation. C'est pour cela qu'en tout état de cause le placement doit être entièrement initié et contrôlé par un médecin.

¹ Daumézon et Bonnafé, "Psychiatrie médicale ou administrative", *op. cit.*

² "Conclusions des Journées Psychiatriques de Mars 1945", *op. cit.*, 2^{ème} conclusion.

³ Bonnafé, L., "Assistance et prophylaxie psychiatrique", *Le Médecin Français*, IV, n° 31, 1944, p. 7. La notion de néo-société des patients est semble-t-il due à Laignel-Lavastine, titulaire de la chaire de Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale à la faculté de Paris de 1939 à 1942, et qui fait en 1940 un cours sur la « néo-sociabilité » des aliénés. Le cours a été publié ultérieurement : Laignel-Lavastine, M., "La néo-sociabilité des aliénés", *Archives internationales de neurologie*, 70, n° 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1951. Cf. aussi Delage, E., *La notion de Néo-sociabilité des aliénés*, Thèse de médecine, Paris, 1940.

De manière générale, les notions d'adaptation et de réadaptation sont, dans l'usage qu'en font les jeunes psychiatres, des concepts relativement plastiques, susceptibles d'être mobilisés dans de nombreuses situations, depuis le débat théorique ou « doctrinal » sur l'ontologie, la nature et l'étiologie des maladies mentales, jusqu'aux pratiques. Elles permettent à la fois de guider l'intervention psychiatrique dans l'interaction avec le patient et de produire des énoncés sur la place et le sens de la psychiatrie et de son travail dans la société tout entière. Il n'est pas nécessaire d'explorer ici toutes ces dimensions, qui apparaîtront mieux dans ce qui suit. Il n'est pas non plus utile de situer l'ensemble des influences qui contribuent, en 1945, à son adoption, mais on peut en citer deux, qui jouent de manière immédiate un rôle dans la conjoncture particulière de la Libération. La première est la psychiatrie infantile, où l'action du gouvernement de Vichy a joué un rôle important pour la réorganisation autour de la notion de « l'enfance inadaptée », avec des personnalités qui jouent un rôle de premier plan à la Libération¹. Un deuxième secteur, plus éloigné de leur monde mais que les psychiatres observent également avec attention, est celui du handicap et de la médecine fonctionnelle, qui connaît au lendemain de la guerre un nouvel essor. Dans l'un et l'autre cas, la force du concept a été de permettre de repenser les questions de guérison et d'incurabilité. Et c'est bien là, de manière cruciale, que se situe également sa puissance pour le projet des jeunes psychiatres.

Car la notion de réadaptation rend en effet possible un déplacement important, le rejet de la distinction entre malades curables et incurables, aigus et chroniques. Si les malades mentaux ne sont pas curables, à tout le moins sont-ils réadaptables. Dans l'article que j'ai cité plus haut, article de propagande destiné à la communauté médicale, Bonnafé dénonçait ainsi vigoureusement le « mythe de l'incurabilité » de la maladie mentale : « Dans l'immense majorité des cas, le malade mental a conservé une valeur sociale considérable ; au point de vue physique en particulier, sa valeur est bien souvent voisine de la normale » affirme-t-il². Ailleurs, Daumézon et Bonnafé affirment avec force : « la notion de chronicité, telle qu'elle est habituellement reçue, paraît archaïque et dangereuse »³. On retrouve bien, avec l'idée de valeur sociale, l'une des dimensions-clefs des notions de curabilité ou d'incurabilité que l'on a évoquée plus haut, ici abordée

¹ Chauvière, *Enfance inadaptée: l'héritage de Vichy*, *op. cit.*

² Bonnafé, "Assistance et prophylaxie psychiatrique", *op. cit.*

³ Daumézon et Bonnafé, "Psychiatrie médicale ou administrative", *op. cit.*, p. 15

de front. Le projet des jeunes psychiatres prenait bien à rebours les entreprises réformatrices de l'avant-guerre qui, on l'a vu, insistaient toutes sur la curabilité de certaines seulement des affections que les asiles doivent prendre en charge. Cette fois, *c'est à l'ensemble des pensionnaires des hôpitaux psychiatriques* que s'adresse le projet des jeunes psychiatres.

Il faut s'arrêter un moment sur ce point et essayer de comprendre plus précisément ce qu'il traduit à la Libération d'une vision d'ensemble de la maladie mentale, même s'il nous faudra y revenir plus loin lorsque nous examinerons les développements ultérieurs de l'entreprise des jeunes psychiatres. L'historiographie héroïque du mouvement a vu dans cet engagement – la volonté de ne pas séparer malades chroniques et aigus – son humanisme, tandis qu'en substance ses critiques l'ont dénoncé comme une forme d'opportunisme – médecins-chefs des hôpitaux psychiatriques, les jeunes psychiatres sont en effet par leur statut véritablement liés aux « chroniques » qui emplissent leurs services. Pour ceux-ci, il s'agit plutôt d'une dilution des concepts de chronicité et d'acuité dans une vision de la maladie mentale dont le cadre a en fait été dessiné dans le courant des années 1930.

L'un des efforts les plus aboutis pour en donner une expression d'ensemble est sans doute la théorie de l'organodynamisme de Henri Ey, dont il vaut la peine de dire quelques mots. Sans nécessairement adhérer à la théorie de l'organodynamisme, le travail des jeunes psychiatres s'inscrit bien en effet dans la compréhension globale qu'il traduit de la maladie mentale, mais qui le dépasse sans doute. Le modèle organodynamique est largement spéculatif, et s'il se présente jusqu'à un certain point comme une explication des phénomènes cliniques, Ey n'a pas cherché à le développer sous la forme d'un programme de recherche empirique¹. Comme un certain nombre de réflexions sur les concepts de maladie et de comportement dans le courant des années 1930 et 1940², l'organodynamisme s'inspire des idées développées par les neurologues Hughlings Jackson puis Kurt Goldstein, et en particulier de leur vision de l'organisme

¹ Il a en revanche suscité chez lui, je l'ai déjà noté, une abondante production théorique, dont certains aspects sont liés à des moments forts de la vie intellectuelle française des années 1950 et 1960, comme le colloque de Bonneval de 1960 sur l'inconscient : Ey, H. (dir.), *L'inconscient. 6e colloque de Bonneval*, Paris, Desclée de Brouwer, 1966.

² En particulier celles de Canguilhem et de Merleau-Ponty en philosophie.

comme hiérarchie de fonctions¹. Le modèle intègre par ailleurs certains des acquis de la psychopathologie et de la psychanalyse, dont Ey, sans toutefois s'engager dans le monde de la psychanalyse, a été dans les années 1930 un des relais en psychiatrie². L'organodynamisme se présente comme un modèle général d'explication de la maladie mentale, en en développant à la fois une ontologie et une étiologie. Pour Ey, le psychisme est une forme d'organisation personnelle adaptée, qui, selon son expression, « contient » l'organisme. La maladie mentale est liée à une « dissolution » des fonctions supérieures du cerveau, qui conduit à un effondrement du psychisme et à une rupture de l'adaptation de la personne à son environnement. C'est en ce sens que, selon l'une des formules les plus célèbres de Ey, la pathologie mentale est un amoindrissement de la liberté, dans la mesure où le processus pathologique organique est un empêchement à l'exercice par le sujet de sa liberté. Le travail du thérapeute dès lors est, certes, d'apporter un remède à l'affection organique qui cause la pathologie, mais également d'agir directement sur l'adaptation de la personne, en particulier à l'aide d'interventions psychothérapeutiques³.

Précisément, en fondant l'ensemble des pathologies dans un moule unique qui insiste sur le travail continu d'adaptation que le sujet doit fournir pour se raccrocher à la normalité, une vision de ce type peut à la limite ouvrir sur une vision de la maladie mentale comme essentiellement chronique. Cet exemple que donnent Daumézon et Bonnafé est de ce point de vue particulièrement significatif :

On dit surtout la médecine mentale est une médecine comme une autre. Nous le croyons tellement que l'un de nous a dit dans un précédent article, ici même que la psychiatrie était à la pointe de la médecine. Ceci posé, prenons un exemple simple : un déprimé vient dans un service psychiatrique : actuellement en quelques séances d'électro-choc, nous pouvons dissiper sa dépression. Mais si nous nous arrêtons là, nous n'avons fait que la moitié de notre tâche, cette dépression n'était qu'une traduction, à l'occasion d'une cause quelconque, d'un conflit, il faut découvrir et liquider ce conflit, il faut réadapter le malade à la vie, (et souvent quelques semaines, quelques jours de troubles ont suffi pour modifier du tout au tout sa situation sociale), il s'agira de tâches délicates très

¹ L'origine de la réflexion vient des années 1930 : Ey, H. et J. Rouart, *Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuro-psychiatrie*, Paris, G. Doin, 1936. Par la suite, Ey réaffirmera son modèle à chaque occasion, jusqu'à la fin de sa vie. Cf. en particulier : Ey, H., *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*, Toulouse, Privat, 1975.

² Ey, H., "Réflexions sur la valeur scientifique et morale de la psychanalyse (A propos de la thèse de Roland Dalbiez)", *Encéphale*, XXXIV, 1939, pp. 189-220.

³ Ey, H., "Efficacité de la psychothérapie", *Evolution Psychiatrique*, 1949, pp. 289-302.

spéciales nécessitant un personnel particulier, une ambiance choisie, des moyens étendus qui vont de la psychothérapie individuelle aux formes les plus variées de la psychothérapie collective, des ateliers, un climat spécial non pas du service, mais du centre de cure dans lequel le malade fera ses premiers pas ; n'oublions pas un service social dont la spécialisation est une impérieuse nécessité. Les aménagements ne sont pas de simples mesures de bon sens, ils sont l'application de doctrines et de techniques nées de la psycho-pathologie. Voilà en quoi la médecine mentale n'est pas une médecine ordinaire (et ceci ne signifie pas que les médecins ordinaires n'ont pas à s'inspirer largement de ses méthodes) c'est en quoi, et plus que personne, nous croyons à l'exactitude des paroles de Dupré « la psychiatrie est l'épanouissement de la médecine. »¹

Avec cet exemple, Daumézon et Bonnafé prennent une pathologie qui entre traditionnellement dans la catégorie aiguë pour mettre en évidence la proximité des problèmes qu'elle pose avec ceux des affections chroniques. C'est bien une unité d'ensemble du cadre des pathologies psychiatriques qui est ainsi réalisée.

Il faut toutefois noter d'emblée l'ambiguïté de cette position, dans la mesure où la chronicité continue d'organiser les nosographies psychiatriques². Si, comme on le verra, pour une part le projet des jeunes psychiatres repose sur une critique des nosographies comme moyen de connaissance, cette critique ne les conduira pas à rejeter globalement une approche, la clinique, qui, au contraire, constitue sans doute pour eux le seul fondement scientifique de la psychiatrie. A nouveau, ce sont l'enseignement et les travaux de Ey qui contiennent probablement l'exposé le plus complet des perspectives qui sous-tendent la vision que peuvent avoir de la nosographie psychiatrique les jeunes psychiatres³. D'une certaine manière, la nosographie que Ey élabore à partir du lendemain de la guerre est entièrement construite autour de la schizophrénie, à laquelle il a consacré ses premiers travaux en collaboration avec Henri Claude, et qui a sans doute été dans les années 1920 et 1930 à l'origine des discussions théoriques qui ont le plus marqué les psychiatres de sa génération, autour de la réception

¹ Daumézon et Bonnafé, "Psychiatrie médicale ou administrative", *op. cit.*

² Et d'une certaine manière, pour anticiper quelque peu, c'est la tension entre ces deux éléments – la volonté de passer outre l'incurabilité des malades dans l'affirmation d'un pouvoir nouveau du psychiatre contre la persistance de la chronicité dans les cadres organisant la pensée clinique – qui constituera l'une des dimensions cruciales des développements du problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques à partir des années 1950.

³ L'enseignement clinique que Ey a donné à Sainte Anne a nourri trois entreprises encyclopédiques d'envergure : les *Etudes psychiatriques*, dont le premier volume paraît en 1948, mais qui restera un chantier inachevé, le volume consacré à la psychiatrie dans *L'Encyclopédie médico-chirurgicale* qu'il dirige de 1955 à sa mort en 1977, et le *Manuel de psychiatrie*, qu'il rédige avec Paul Bernard et Charles Brisset dont la première édition paraît en 1960.

en France des conceptions développées par le psychiatre suisse Eugen Bleuler¹. Pour Bleuler, la schizophrénie est avant tout un mode d'être, un rapport au monde, dont, on le sait, la caractéristique première est la « dissociation ». Ce faisant, la maladie ne correspond pas à une constitution organique ou psychique qui, éventuellement héritée, serait première, mais à une atteinte de la personnalité constituée dans une histoire. L'approche fonde une nouvelle vision du rapport du normal au pathologique. L'un des relais important des approches psychopathologiques germaniques en France dans l'entre-deux-guerres, Eugène Minkowski, distingue ainsi deux types psychologiques, qu'il qualifie en termes de personnalité, de tempérament ou de « principe vital », la schizoïdie et la syntonie, caractérisées par la difficulté ou non d'établir un contact avec la réalité sociale². Ces entités lui permettent de constituer deux séries psychologiques, constituant les psychoses graves, schizophrénie et psychose maniaco-dépressive, en prolongement morbide des types schizoïde et syntone. Dans ce cas, l'analyse conduit à un brouillage des limites entre le normal et le pathologique. L'utilisation que Ey fait de l'idée de personnalité pathologique est différente, et elle consacre un autre découpage de la nosographie³. Pour Ey, l'idée de personnalité correspond en effet à un niveau d'intégration des fonctions vitales, comprenant « la trajectoire des valeurs existentielles et logiques, permanentes, de l'individu (croyances, principes rationnels et moraux, idéal de soi, etc.), le Moi en tant que système de développement historique et de construction de la Personne ». Les atteintes de la personnalité correspondent ainsi à une atteinte durable, soit, fondamentalement, aux affections chroniques : parmi celles-ci, Ey admet les délires chroniques de Magnan et la schizophrénie, mais également les démences et les névroses, ce dernier terme étant pris dans l'acception freudienne. A côté de ce premier ensemble, Ey regroupe l'ensemble des affections aiguës de la clinique traditionnelle, soit les épisodes maniaques, mais aussi les bouffées délirantes, pour lesquelles il élabore l'idée d'une « pathologie de la conscience », le « champ de la conscience » correspondant à un second niveau d'intégration des fonctions vitales,

¹ Sur ce point : Garrabé, J., *La schizophrénie: un siècle pour comprendre*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 2003.

² Minkowski, E., *La schizophrénie: psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*, Paris, Payot, 2002 [1927].

³ L'approche est explicitée dans : Ey, H., "Etude n°20. La classification des maladies mentales et le problème des psychoses aiguës", *Etudes psychiatriques. III. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience*, Paris, Desclée de Brouwer, 1954, d'où sont extraites les citations qui suivent.

« défini par l'activité psychique qui organise l'actualité du vécu présent ». D'où le résumé :

La pathologie de la conscience est constituée par les niveaux de dissolution ou de déstructuration qui décomposent son activité. C'est à chacun de ces niveaux de sa désagrégation que correspondent les « espèces » de psychoses aiguës. Qu'il s'agisse en effet de crises maniaco-dépressives, de bouffées délirantes et hallucinatoires, d'états confuso-oniriques, toutes ces psychoses aiguës représentent le spectre de la décomposition de la conscience : série de niveaux structuraux typiques de cette déstructuration de la conscience.

La pathologie de la personnalité définit les maladies mentales chroniques soit qu'elles contiennent en l'élargissant dans la perspective de la personnalité l'actualité des troubles de la conscience, soit qu'elles les organisent en mode d'existence durable. Ces formes de personnalité pathologiques supposent un seuil de réaction abaissé pour l'éclosion et l'organisation durable des crises ou psychoses aiguës. »¹

C'est donc sur un schéma particulièrement simple et dépouillé que repose la classification des maladies mentales de Ey, tout entier organisé autour de l'opposition entre maladie mentale aiguë et maladie chronique (cf. figure n° 5). Davantage encore, les maladies aiguës apparaissent comme un reste à expliquer une fois qu'ont été isolées les affections chroniques². Un autre aspect important de cette classification par rapport à celles qui ont dominé la discipline jusqu'au lendemain de la Première Guerre mondiale – pensons en particulier à celle de Magnan que l'on a examinée plus haut -, est la disparition de plusieurs catégories qui y jouaient un rôle important. L'une d'entre elles est celle des « états mixtes » de Magnan, soit les affections liées à une lésion organique : de fait, leur absence dans la classification de Ey correspond à leur moindre prégnance dans les établissements psychiatriques, en raison de la disparition d'un certain nombre d'entre elles, notamment celles liées à des infections, en raison des progrès de l'hygiène – que confirmera l'apparition des antibiothérapies – et à l'essor d'une nouvelle division du travail entre hôpitaux psychiatriques et hôpitaux généraux pour la prise en charge de certaines autres. Une deuxième catégorie de la classification de Magnan que Ey ne reprend pas correspond aux déficiences mentales. Dans les deux cas toutefois cela ne signifie pas que ces malades ont totalement disparu des établissements, et, par exemple, le *Manuel de psychiatrie* que Ey publiera en 1960

¹ *Ibid.*

² Sur ce point cf. Garrabé, *Henri Ey et la pensée psychiatrique contemporaine, op. cit.*

consacrera de nombreuses pages à ces deux groupes d'affection. Mais ce que réalise ainsi Ey, c'est, au moment de dire ce qu'est la psychiatrie comme discipline savante, un resserrement de son champ sur un petit segment de ce qui faisait jusqu'avant la guerre encore son objet, segment organisé précisément sur l'opposition entre chronicité et acuité.

Figure n° 5. La classification des maladies mentales selon Ey.

<i>PATHOLOGIE DE LA CONSCIENCE (Psychoses aiguës)</i>	<i>PATHOLOGIE DE LA PER- SONNALITÉ (Psychoses et Névroses chroniques)</i>
Crises maniaco-dépressives	Déséquilibre. Névroses
Bouffées délirantes et hallucinatoires. États oniroïdes	Délires chroniques et Schizophrénie
Psychoses confuso-oniriques	Démences

Extrait de : Ey, H., 1954, "Etude n°20. La classification des maladies mentales et le problème des psychoses aiguës." Etudes psychiatriques. III. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience, Paris, Desclée de Brouwer.

« L'unité de la psychiatrie » : l'organisation départementale des services psychiatriques et le holisme psychiatrique

La vision que développent les jeunes psychiatres de la question de l'internement repose ainsi sur l'attention portée aux problèmes que posent spécifiquement les malades mentaux en tant qu'ils sont atteints de pathologies qui affectent avant tout leur adaptation au monde. De façon cruciale, c'est à l'égard de ces malades que le psychiatre doit assumer ses plus grandes responsabilités. C'est donc pour eux, dans la durée et non pas seulement au moment de l'admission, que doit être repensé le dispositif de l'assistance psychiatrique. La deuxième proposition-phare du projet de mars 1945, la création d'un service psychiatrique départemental unifié¹, prolonge précisément ce point. Pour les jeunes psychiatres, la proposition se justifie par un principe général, affirmé avec force dans la 1^{ère} des « conclusions » des Journées de mars : « L'unité et l'indivisibilité de la prévention, de la prophylaxie, de la cure et de la post-cure doivent être respectées au maximum. »² On voit ici se mettre en place ce qui sera l'un des

¹ Article premier du projet de loi, Abély, "Avant-projet de loi sur l'assistance et l'hospitalisation des malades mentaux", *op. cit.*

² "Conclusions des Journées Psychiatriques de Mars 1945", *op. cit.*, 1^{ère} conclusion.

thèmes les plus puissants de la psychiatrie française de l'après-guerre : l'unité de la psychiatrie. Sa force est de traduire une volonté de rassemblement en même temps qu'une vision de la psychiatrie comme discipline médicale. Au-delà de la seule question des dispositifs de prise en charge, l'unité de la psychiatrie renvoie en effet à la fois à un mode d'organisation du groupe et à une conception de l'engagement des praticiens dans le travail psychiatrique. La permanence du thème, jusqu'à aujourd'hui encore, cache évidemment des déplacements, des aménagements et des reconfigurations. En 1945, on peut en fait distinguer trois niveaux dans la manière dont ce thème est élaboré par les jeunes psychiatres.

A un premier niveau, il renvoie à un enjeu institutionnel, la proposition de créer, donc, un service psychiatrique départemental unifié. C'est dans le rapport qu'il a rédigé pour préparer les Journées de 1945 que Daumézon décrit avec le plus de détails la manière dont les jeunes psychiatres conçoivent cette structure¹. Entité administrative originale, placé sous l'autorité d'un psychiatre fonctionnaire, le Centre Psychiatrique Départemental est supposé gérer l'ensemble des structures nécessaires pour assurer l'assistance psychiatrique des départements ou, pour reprendre une expression de Daumézon, « la protection de la santé mentale ». D'un côté, il comprend les différents types de formation hospitalière : services fermés, mais également services ouverts ou encore consultations de dispensaires, placement familial – de ce côté les propositions n'apportent rien de neuf. A côté de ce rôle de gestionnaire d'équipement, le Centre détient aussi une mission de « propagande », dirigée vers les populations et les professionnels du travail social, ainsi qu'une activité de conseil auprès des pouvoirs publics, conseil s'exerçant sur « tout ce qui concerne les désordres sociaux à base psychologique »². Si on retrouve ici la vision hygiéniste de la psychiatrie développée avant la guerre par la Ligue d'hygiène mentale, une autre influence est étrangère. Elle tient à l'impression forte qu'en 1945 les jeunes psychiatres ont retiré de la manière dont la psychiatrie anglaise a été mobilisée durant la guerre et du rôle qu'elle a su jouer dans le soutien à la nation ; au lendemain de la Libération celle-ci représente à leurs yeux le modèle d'une psychiatrie au contact de la société et engagée dans les combats de son

¹ Daumézon, G., "La protection de la santé mentale en France. Etat actuel et projet de rénovation", in G. Daumézon et L. Bonnafé (dir.), *Le malade mental dans la société. Documents de l'Information Psychiatrique, 1*, Paris, Desclée de Brouwer, 1946.

² Et, en particulier, l'alcoolisme, qui est la première cible visée par les psychiatres en termes de « désordres sociaux ».

époque qu'il faut également développer en France, à un moment où s'engage la construction d'une société nouvelle¹. La conférence lyrique que fait en 1946 à l'Evolution psychiatrique au retour d'un voyage de trois semaines en Grande-Bretagne Jacques Lacan, pourtant par la suite particulièrement rétif à toute forme de psychanalyse appliquée, est sans doute l'un des signes les plus forts de cet emballement².

Pour être réalisée, l'unité du dispositif suppose toutefois une unité professionnelle. A un deuxième niveau, l'unité de la psychiatrie renvoie ainsi à une dimension disciplinaire. Je reviendrai plus longuement, dans le chapitre 4, sur les enjeux de cette question, liée au développement de tentatives de réguler les spécialités médicales dans les années d'après-guerre. Dans l'immédiat, c'est autour de Henri Ey que commence à être mise en forme l'unité de la discipline par delà les divergences théoriques et les différences d'exercice qui peuvent éloigner ses membres. Les réunions qu'il organise à Bonneval à partir de 1942, que j'ai évoquées plus haut, visent ainsi, en réunissant autour d'une doctrine, l'organodynamisme, l'ensemble des psychiatres, à mettre en place un cadre pour faire exister une communauté intellectuelle ; c'est en ce sens également qu'il orientera le groupe dont il reprendra la direction à partir de 1946, l'Evolution psychiatrique.

A travers l'organodynamisme de Ey, à un troisième et dernier niveau, l'idée de l'unité de la psychiatrie renvoie également à une vision holiste, « dynamiste » ou encore « anthropologique » de la psychiatrie. L'organodynamisme repose, on l'a vu, sur l'affirmation d'une essence de la folie comme forme générique de toutes les psychoses et névroses. Plus largement, Ey situe son modèle dans une opposition, qu'il fait remonter jusqu'aux origines de la médecine, entre une vision « synthétique » et une vision « analytique » de la maladie, la première considérant la pathologie comme un dérèglement global, la seconde s'attachant à l'identifier comme une entité greffée sur un

¹ Avant les échanges qui se multiplieront avec les Etats-Unis et la Grande-Bretagne dans le courant des années 1950, un moment important est la conférence que donne à la Sorbonne à l'été 1944 le général John R. Rees, psychiatre en chef de l'armée britannique, par ailleurs l'une des figures du mouvement d'hygiène mentale anglo-saxon. Sur cet événement : Daumézon, G. et L. Bonnafé, "Perspectives de réforme psychiatrique en France depuis la Libération", *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française. 44e session, Genève et Lausanne, 22-27 juillet 1946*, Paris, Masson, 1946. Sur le rôle de la psychiatrie dans les armées britanniques et américaines pendant la Seconde Guerre mondiale, cf. : Grob, G. N., *From Asylum to Community. Mental Health Policy in Modern America.*, Princeton, Princeton University Press, 1991 ; Rose, N. S., *Governing the soul: the shaping of the private self*, London; New York, Free Association Books, 1999.

² Lacan, J., "La psychiatrie anglaise et la guerre", *Evolution Psychiatrique*, n° 1, 1947.

organe¹. Le principal adversaire qu'il se donne dans ce débat est Gaétan de Clérambault, qui avait dominé la science psychiatrique de l'entre-deux-guerres par la finesse de ses observations et la radicalité de ses options théoriques², et de fait la posture de Ey est dans une large mesure une manière de mettre en scène une rupture à l'égard des personnalités qui ont dominé la psychiatrie avant la guerre. D'un autre côté, Ey se positionne également comme l'héritier d'un courant néo-hippocratique qui a joué un rôle important dans la médecine française de l'entre-deux-guerres, et dont il a côtoyé certains protagonistes, comme le psychanalyste Allendy, à l'Evolution psychiatrique³.

C'est également ce holisme qui justifie la création d'un organisme nouveau tel que le Centre Psychiatrique Départemental. La proposition de Daumézon correspond en effet à une structure unique dans la médecine, sans équivalent même dans le domaine de la lutte antituberculeuse, pourtant à la pointe de la « médecine sociale », où le dispositif mis en place par l'ordonnance de 1945 se contente de recommander la création de dispensaires, services sociaux, sanatoriums, sans pour autant créer une telle superstructure. En défendant l'unité institutionnelle de la psychiatrie, les jeunes psychiatres défendent de toute évidence les intérêts du groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques. La proposition a des relents de corporatisme, et ce point a été l'un des aspects importants de sa critique. Laisser se développer la psychiatrie extrahospitalière sans pouvoir y participer fait courir le risque au groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques de se retrouver marginalisé. Le centre départemental de

¹ Ey, H., "Etude n° 2. Le rythme mécano-dynamiste de l'histoire de la médecine", *Etudes psychiatriques. I. Historique - Méthodologie - Psychopathologie générale*, Paris, Desclée de Brouwer, 1948 : « D'un côté une conception à la fois vitaliste, biologique humorale et totaliste, celle d'une pathologie synthétique relativement peu soucieuse de considérer la maladie comme un « corps étranger ». D'un autre côté une conception à la fois mécaniciste, anatomiste, solidiste et atomistique d'une pathologie analytique appliquée à isoler des « entités » « maladies ». C'est ce perpétuel (peut-être cet éternel) balancement entre deux doctrines, leur interférence, leur opposition, leur succession dans le succès de leur périodique hégémonie qui constituent le *rythme de l'histoire de la Médecine*. Nous proposons d'appeler ces deux types de pathologie : la pathologie *dynamiste* et la pathologie *mécaniciste*. » Une analyse et une discussion approfondies du holisme de Ey, dont le fondement était la doctrine jacksonienne de la hiérarchie des fonctions, mériteraient des développements qu'il n'est pas question de faire ici. Il faut noter que, malgré la substitution de la notion de syndrome à la notion de maladie, son holisme n'empêchait pas Ey de s'inscrire dans la tradition de la psychiatrie française classique, attachée à une approche diagnostique et nosographique de la pathologie mentale.

² Gaétan Gatian de Clérambault (1872-1934), ancien interne des asiles de la Seine, médecin-chef à l'Infirmierie spéciale près de la préfecture de la Seine était l'une des figures les plus étranges de la psychiatrie de l'entre-deux-guerres. Président de la Société médico-psychologique, de la Société clinique de médecine mentale, il est le farouche défenseur d'une psychiatrie adossée au laboratoire.

³ Weisz, G., "A Moment of synthesis: Medical holism in France between the Wars", in C. Lawrence et G. Weisz (dir.), *Greater than the parts: holism in biomedicine, 1920-1950*, New York, Oxford University Press, 1998.

Daumézon ne fait qu'étendre les prérogatives des psychiatres des hôpitaux à l'ensemble des structures que doit comporter le département. De ce point de vue, le Centre Psychiatrique Départemental s'inscrit dans la suite des revendications des aliénistes avant la guerre, lorsqu'ils demandaient qu'on leur donne également le contrôle des services libres et des dispensaires. D'un autre côté, la proposition se situe également, pour Daumézon, dans une perspective de santé publique. Elle s'inscrit dans le contexte des discussions suscitées par la mise en place de la Sécurité sociale, et plus généralement de la percée de l'hygiène sociale au niveau du ministère. Le projet de Daumézon comprend ainsi également un ensemble de propositions pour l'organisation de l'administration centrale : il demande en particulier la création d'un conseil technique placé près du ministère, et celle d'un corps d'inspecteurs généraux – cette dernière proposition étant un hommage rendu à Julien Raynier.

Cependant, et il faut y insister, le principal argument des jeunes psychiatres reste médical, voire clinique, et il correspond à leur vision globale de la maladie mentale. Écoutons Daumézon et Bonnafé formuler ce qui est un véritable programme : « Ce qui est en jeu est la personnalité totale de l'individu aussi bien du point de vue somatique que social et familial, envisagé tout au long d'une biographie elle-même indivisible. [...] La même indivisibilité que nous trouvons entre les divers aspects de l'individu lorsqu'on examine ses réactions psychopathologiques se reflète dans une assistance où les spécialisations nous apparaîtront comme peu souhaitables, sinon nuisibles. Le traitement des troubles aigus ne suffit pas en pathologie mentale, c'est l'encadrement constant de sujets fragiles qu'il faut réaliser. »¹ Sortir du cadre strictement hospitalier paraît ainsi nécessaire pour pouvoir suivre, dans tous les sens du terme, le malade dans toutes les sphères de sa vie. L'unité de la psychiatrie est nécessaire pour faire face à l'unité de la personne malade, touchée dans toutes les dimensions de la vie sociale. C'est une conception de l'intervention médicale et de la guérison qui est en jeu. Le service départemental développe ainsi un holisme en acte, peut-être plus social que celui de Ey et davantage inspiré de l'hygiénisme, mais qui a un sens dans le cadre de la vision générale que celui-ci s'est efforcé de mettre en place.

¹ Daumézon, "La protection de la santé mentale en France", *op. cit.*

Le projet de réforme de la loi de 1838 qu'élaborent en 1945 les jeunes psychiatres se présente ainsi avec une grande cohérence. Il propose une architecture globale qui peut prétendre rivaliser en systématisme avec le texte qu'il vise à remplacer. Il marque également un déplacement important par rapport au débat de l'avant-guerre, dont, d'une certaine manière, il retourne les positions. Car si, dans le débat avec les tenants du service libre, le projet s'inscrit nettement dans le prolongement de la position élaborée par Raynier par la volonté de maintenir l'articulation fine de l'intervention psychiatrique et de sa sanction par le droit, il renverse sa position en affirmant la responsabilité première du psychiatre. Au contraire du projet de Toulouse et de Heuyer, d'autre part, il procède à une refonte en profondeur de tout le système à partir d'une vision d'ensemble du sens de la mesure d'internement.

Adoptées dans une atmosphère d'unanimisme aux Journées de mars 1945, les propositions des jeunes psychiatres suscitent pourtant d'emblée un certain nombre de réactions réticentes, qui s'expriment dans la presse spécialisée. René Charpentier, le rédacteur en chef des *Annales Médico-Psychologiques*, et lui-même auteur d'un projet de réforme de la loi pendant la guerre, publie rapidement une appréciation critique de la vision développée par Daumézon et Bonnafé dans les documents préparatoires aux Journées, en soulignant la nécessité d'une spécialisation accrue des services psychiatriques, et, dans le même temps, d'une organisation régionale des pratiques¹. L'opposition la plus sérieuse vient toutefois, on a commencé à le voir, de Georges Heuyer, sur la base de son projet de l'avant-guerre. Cette opposition sera de fait l'un des éléments décisifs de l'échec du projet, qu'il faut analyser maintenant.

¹ Charpentier, R., "Analyses: *Le malade mental dans la société*, et *Au delà de l'Asile d'aliénés et de l'hôpital psychiatrique*", *Annales Médico-psychologiques*, I, n° 4, 1947, pp. 527-529. « Qui ne voit actuellement l'urgence d'avoir, en plus des hôpitaux psychiatriques et des services ouverts, des cadres spéciaux pour un traitement rationnel, efficace, des alcooliques, des épileptiques, des psychopathes pervers, difficiles, dangereux, la nécessité d'établissements spéciaux et séparés pour les enfants, d'instituts médico-pédagogiques, d'hospices pour infirmes (grands débiles, imbeciles, idiots) et déments tranquilles, d'hôpitaux sanatoria pour psychopathes tuberculeux, d'asiles colonies ou de colonies familiales plus nombreuses, de lieux de convalescence et de réadaptation sociale, etc. », ajoutait-il. Pour certains des équipements préconisés par Charpentier c'est effectivement sur une base régionale voire interrégionale qu'ils verront le jour. Charpentier avait développé son projet dans Charpentier, "Assistance psychiatrique et prophylaxie mentale".

3.3. L'échec du projet

Laissons les psychiatres raconter eux-mêmes la suite de l'histoire. A l'été 1945, dans l'éditorial du premier numéro de la nouvelle revue du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, *l'Information psychiatrique*, Daumézon, manifeste un optimisme prudent :

Le projet de loi issu des discussions des Journées psychiatriques de mars a été déposé au ministère. Une commission chargée d'examiner ce projet s'est réunie et a désigné une sous-commission pour l'étudier article par article. Lors de la réunion de la commission, le secrétaire général du ministère nous a dit son désir de voir aboutir ce projet avant les vacances.¹

Quelques semaines plus tard, toutefois, la situation a radicalement évolué. Stoppé en commission, le projet paraît désormais bien mal en point :

Le texte rédigé autour des Journées psychiatriques fut donc offert aux pouvoirs publics avant que nous ayons eu le temps, il faut bien le dire, non seulement d'en polir la rédaction, mais d'en préciser toutes les conséquences. Son approbation se heurta dans les commissions à un autre texte dont les fondements doctrinaux ne sont pas fort différents des nôtres, mais dont la conception est malheureusement très loin des réalités de notre vie quotidienne. Il en résulta une certaine perplexité de la part de l'Administration, et dès le milieu de la période des vacances, on nous fit savoir que la loi sur l'assistance psychiatrique ne pourrait être promulguée sous forme d'ordonnance, et qu'elle devrait être soumise à l'examen des Assemblées législatives.²

Le second projet soumis au ministère est de toute évidence la proposition de Georges Heuyer qui, pour n'avoir pas participé aux Journées psychiatriques de mars, reprend néanmoins l'initiative. A l'automne 1945, la controverse éclate dans les colonnes du *Médecin Français*. A un article de Daumézon et Bonnafé exposant les résultats des travaux des Journées³, Heuyer répond vivement en les accusant d'un coup de force et en réaffirmant son projet⁴. S'installe un différend qui va durablement marquer la psychiatrie. En attendant, les élections d'octobre 1945 et le retour à une politique des partis à l'hiver suivant marquent la fin de la parenthèse de la Libération, et

¹ Daumézon, "Situation actuelle de la psychiatrie, ses perspectives d'avenir", *op. cit.*

² Conseil syndical, "Les problèmes psychiatriques actuels", *Information Psychiatrique*, n° 4, 1945, p. 51 sq.

³ Daumézon et Bonnafé, "Vers une assistance psychiatrique renouvelée", *op. cit.*

⁴ Heuyer, "Pour une véritable assistance aux malades mentaux", *op. cit.*

l'abandon définitif du projet de législation. Il faudra attendre le retour à la normalité, à la fin de la décennie 1940, pour que l'administration centrale remette sur la table le problème de l'assistance psychiatrique, mais, comme on le verra, sur de tout autres bases.

Avant de conclure sur cette séquence, il convient de s'arrêter sur un aspect important des discussions de mars 1945. Il faut se garder en effet de voir dans la manière dont les jeunes psychiatres ont travaillé leur projet l'élaboration d'une ligne de conduite qu'il n'y aurait plus eu, dans les années suivantes, qu'à suivre pour voir se réaliser la réforme de l'assistance psychiatrique. A partir de 1945, c'est, on le verra, en réalité très progressivement que le projet des psychiatres se met en forme pour être incarné dans des entreprises comme la psychothérapie institutionnelle ou les expériences de psychiatrie de secteur des années 1960 et 1970. De manière immédiate, 1945 constitue un moment décisif d'ouverture des possibles, marqué par une disponibilité des interlocuteurs au ministère, une liberté à l'égard des cadres traditionnels de l'action publique, mais dont la conséquence est également l'absence de prédictibilité. Les articles publiés à l'époque permettent au demeurant de saisir dans sa densité ce moment charnière : les réserves formulées sur l'empressement à légiférer - « il importe en effet avant de discuter sur des possibilités de réforme, de se dégager de l'emprise de ces complexes d'idées ou de faits légués par l'expérience et qui interdisent une pensée neuve et constructive » -, l'impression d'un risque de précipitation, l'incertitude quant à la possibilité d'aboutir à un résultat - « nombre d'embûches nous guettent sur le chemin », « comme on le pense notre tâche n'est encore qu'ébauchée » -, ou encore l'expression significative de « serment de jeu de paume », référant à un engagement révolutionnaire mais aussi à une tentative de se rassurer dans un moment de trouble - l'ensemble de ces éléments signalent l'impression qu'ont les psychiatres de se trouver à un moment d'arrêt, face à un certain nombre de possibilités dont ils ne savent pas ce sur quoi elles sont susceptibles de déboucher. Davantage qu'un texte achevé, le projet des psychiatres ressemble peut-être à un programme, presque au sens que prend le mot en informatique : une analyse, une décomposition de l'action pour aboutir au but désiré, mais qui est une abstraction de second ordre par rapport à l'action envisagée. Cet aspect est particulièrement bien rendu dans l'idée importante formulée par Daumézon dans un article de 1946 que c'était en réalité une « méthode » de réforme de la loi que

les jeunes psychiatres avaient développée¹ : dans cette perspective le point-clef de l'avant-projet de loi adopté en mars était l'analyse qu'il avait permis de dégager du fonctionnement de l'internement, analyse dont, dans un second temps seulement, on devait pouvoir, d'une manière quasi expérimentale en en suivant les conséquences, dégager les grandes lignes d'une réforme de la loi de 1838. L'un des articles de Daumézon et Bonnafé rendant compte du travail des Journées est, de ce point de vue, particulièrement significatif². Il met en scène les psychiatres eux-mêmes et le législateur en train d'élaborer concrètement le projet : « convions par exemple le législateur à étudier quelle forme pourra prendre le placement et le maintien du sujet... », « même besogne pour chacun des éléments... », « ainsi sera dressé l'inventaire des besoins... ». L'utilisation de l'impératif, la décomposition de la procédure en étapes mettent de manière significative en scène l'écriture d'un texte en train de se faire, de manière pragmatique. C'est également en ce sens qu'il faut relativiser l'échec du processus réformateur amorcé en 1945. Ainsi que le souligne rapidement le Conseil syndical à l'automne 1945, l'enlisement de son texte ne signifiait pas un coup d'arrêt de la démarche réformatrice, mais au contraire une possibilité d'approfondir l'analyse et de faire des propositions plus précises et plus pertinentes. L'arrêt du processus allait peut-être permettre de prendre du recul par rapport à aux événements de mars et de faire progresser le projet :

Nous devons plutôt nous réjouir de cette procédure que la déplorer, car si elle fait courir de graves risques à la réalisation de nos espoirs, elle nous permettra par contre d'approfondir et de préciser la doctrine que nous voulons voir triompher. Bien loin d'abandonner nos réflexions, il faut au contraire sur la base du texte que nous avons élaboré, servant à peine d'avant-projet, qu'un intense travail soit accompli par chacun de nous pour préciser tous les points et également en dresser le prolongement indispensable. Il importe que ce texte soit largement diffusé, critiqué et finalement modifié de manière à pouvoir servir de base à nos propositions.³

¹ Daumézon, G., "La méthode pour rédiger une nouvelle loi sur les malades mentaux", *Annales Médico-psychologiques*, 2, n° 213, 1946.

² Daumézon et Bonnafé, "Vers une assistance psychiatrique renouvelée", *op. cit.*

³ Conseil syndical, "Les problèmes psychiatriques actuels", *op. cit.*

Conclusion

Le dispositif de la loi de 1838 a ainsi constitué une zone de rencontre entre le droit et la médecine. Dans une large mesure l'enjeu du processus de réforme des hôpitaux psychiatriques durant toute la Troisième République a été l'aménagement de cette zone frontière et des manières de faire travailler ensemble l'autorité publique et les médecins à l'intérieur du dispositif d'hospitalisation psychiatrique. A cet égard, la fin de la période a abouti à une situation nouvelle où, en insistant pour qu'on leur remette l'initiative et le contrôle de la procédure d'hospitalisation psychiatrique, les psychiatres ont pu revendiquer une compétence et une responsabilité proprement inédites. Pour autant, rien n'empêche d'imaginer que le débat aurait pu se poursuivre sous cette forme. On l'a vu, la permanence du problème et l'impossibilité de clore le débat sont venues de leur réouverture continue, liée à la fois à l'apparition de nouveaux acteurs, du mouvement d'hygiène mentale au groupe des jeunes psychiatres, et à l'invention continue de nouveaux dispositifs. Si le débat sur la loi de 1838 se clôt en 1945 pour ne plus se rouvrir de manière aussi globale, c'est moins en raison des solutions apportées aux questions qui le traversent que parce qu'aura évolué globalement le cadre à l'intérieur duquel il s'organisera. Mais, d'un autre côté, si l'émergence en 1945 du groupe des jeunes psychiatres est liée aux circonstances qui leur ont permis d'accéder directement au cœur de l'arène, leur engagement dépasse la situation qui les a vu s'affirmer. C'est dans une large mesure sa signification et ses conséquences qu'il faudra comprendre dans les chapitres suivants.

CHAPITRE 2. UN MONDE NOUVEAU. LA « PSYCHOTHÉRAPIE COLLECTIVE » COMME UTOPIE ET ACTION

A la fin de l'année 1945, les jeunes psychiatres prennent acte de l'échec de la réforme de la loi de 1838. En juillet 1946, dans une communication au premier Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de Langue Française de l'après-guerre, à Lausanne et Genève, Daumézon et Bonnafé présentent un premier bilan de ce qui a été commencé depuis la fin de l'année 1944. Si la mobilisation des psychiatres a échoué à faire aboutir la réforme de la loi de 1838, ils soulignent qu'ils n'abandonnent pas pour autant toute perspective de réforme. Alors que les institutions du pays tendent à revenir à un fonctionnement normal, il faut toutefois réorienter les efforts. Pour cela ils proposent à leurs collègues de se lancer dans un nouveau projet. Écoutons-les :

La première tâche à entreprendre, la plus urgente au point de vue pragmatique est de modifier l'attitude du public à l'égard de la folie. Si nous trouvons dans ce pays qui nous accueille [la Suisse] une assez large compréhension par le public de la maladie mentale, il n'en est pas de même partout et nous avons chez nous à lutter pour que l'homme de la rue et les autorités qui en émanent cessent d'avoir à l'égard de l'objet de notre étude et partant de notre spécialité, une attitude qui va de la crainte superstitieuse à l'ironie camouflant l'épouvante. [...] Mais en même temps un effort théorique et pratique doit être accompli par nous. Il consiste dans l'amélioration progressive de nos moyens

nous. Il consiste dans l'amélioration progressive de nos moyens de travail : enrichissement de l'outillage médical proprement dit de nos établissements, obtention de services sociaux, de dispensaires, de services dits ouverts. Nous savons quelles luttes représente chacune de ces créations contre des collectivités locales incompréhensives ou plus encore des autorités financières bornées. C'est pourquoi on ne peut dissocier les efforts de propagande des réalisations immédiates à poursuivre. Créer un *besoin psychiatrique* est le stade préalable de toute campagne d'envergure. Nous devons surtout apprendre à penser notre action hospitalière d'une façon différente de celle que nous a léguée la tradition. Nous savons qu'il ne suffit pas de garder des aliénés, il ne nous suffit pas d'appliquer les méthodes biologiques les plus modernes, mais il faut que l'établissement tout entier soit, selon l'expression d'Esquirol, un « instrument » de traitement. Cet instrument doit être utilisé selon des règles qu'il faut établir pour donner à notre action, à nos possibilités leur pleine efficacité. [...] Alors que la psychopathologie et la psychothérapie ont fait depuis 80 ans des progrès constants et étroitement solidaires, la psychothérapie collective qui doit être la base d'existence de nos organisations n'est pas encore née. Il s'agit de bâtir une technique de l'utilisation de la vie sociale à l'hôpital psychiatrique ou dans les autres annexes (placements familiaux, dispensaires, etc.). Technique intégrant tous les moyens traditionnels, travail, loisirs et vie sociale au moyen de ce que nous savons de mécanismes de guérison. Technique qui substituera à nos initiatives fragmentaires des règles d'utilisation générales, des indications précises.¹

Avec cette intervention, on le voit, Daumézon et Bonnafé proposent une analyse de la situation en même temps qu'une réorientation de leur entreprise de réforme de la psychiatrie. Pour les deux psychiatres, ce dont il s'agit, en 1946, c'est de repenser les moyens d'action de la psychiatrie. Pour faire avancer la réforme de la psychiatrie, il faut en effet d'abord que les psychiatres disposent entre eux d'un projet qui sera susceptible ensuite d'intéresser leurs partenaires. Pour cela il leur faut de nouvelles techniques, de nouvelles manières de faire – ce sera la psychothérapie collective. Avec elle, à partir de 1946, les jeunes psychiatres cherchent ainsi à jeter les bases d'un nouveau monde qui pourra incarner leur projet réformateur. C'est ce travail des jeunes psychiatres que j'examine dans ce chapitre.

La psychothérapie collective est l'un des objets les plus fascinants de l'histoire de la psychiatrie dans l'après-guerre. L'enjeu, formulé par Daumézon, était de faire de l'hôpital en tant que tel un instrument du traitement des malades mentaux. La

¹ Daumézon, G. et L. Bonnafé, "Perspectives de réforme psychiatrique en France depuis la Libération", *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française. 44e session, Genève et Lausanne, 22-27 juillet 1946*, Paris, Masson, 1946. Les passages soulignés le sont par les auteurs.

psychothérapie collective correspondait ainsi à l'utilisation de divers moyens collectifs, tels que le travail, mais aussi des activités récréationnelles comme le sport ou le théâtre, ou encore l'écriture de journaux, dans le soin aux malades. Plus largement toutefois, la psychothérapie collective était un regard porté sur l'institution psychiatrique insistant sur la dimension thérapeutique potentielle de l'ensemble des aspects du fonctionnement de l'établissement, depuis les soins dispensés au lit du malade jusqu'à la gestion des services administratifs. Les psychiatres soulignaient l'importance d'un contrôle médical sur la totalité de l'organisation hospitalière ; ils appelaient leurs collaborateurs à une attention accrue aux conséquences de leurs actions, quelles qu'elles soient, pour les malades. La psychothérapie collective correspondait ainsi à l'exercice d'une forme d'autocontrôle des équipes, qui passait en principe par la remise en cause du fonctionnement routinier de l'institution, par une critique de sa bureaucratisation, et pour cela par la multiplication des réunions et plus généralement par une libération de la parole. D'une certaine manière, ce projet proposait bien un retour aux origines de la psychiatrie et au projet développé par Esquirol lui-même au début du XIX^e siècle lorsque celui-ci énonçait, selon une formule célèbre, que l'asile est « l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales ». Se contenter de qualifier la psychothérapie collective de « néo-esquirolisme », comme l'on fait certains commentateurs¹, me semble toutefois trop restrictif pour en comprendre le sens et la portée.

Les analyses de cet épisode important de l'histoire de la psychiatrie après 1945 ont jusqu'à présent développé deux types d'explications pour rendre compte à la fois de l'engagement des jeunes psychiatres dans ce nouveau projet et de la psychothérapie collective elle-même. D'un côté, selon certains sociologues², mais également certains psychiatres, la psychothérapie collective aurait en fait correspondu un projet d'humanisation des hôpitaux psychiatriques ; les psychiatres animateurs du mouvement auraient été des philanthropes. L'expérience de la guerre, les épreuves subies par les malades pendant l'occupation, mais également la découverte des camps de concentration immédiatement après la Libération, auraient poussé les jeunes psychiatres à une prise de conscience du procès de déshumanisation que l'hôpital psychiatrique

¹ Castel, R., *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, Paris, Ed. de Minuit, 1982.

² *Ibid.*

faisait subir à ses patients. Ils auraient profité de la baisse du nombre de malades internés pour secouer les conservatismes et obtenir des améliorations substantielles du fonctionnement des hôpitaux psychiatriques. Au fond, la psychothérapie collective aurait été un mouvement de libéralisation des conditions de vie des malades dans les asiles, fondé sur une prise de conscience de leur humanité brisée par la maladie. Il n'y aurait alors rien à discuter dans le projet, qui coïnciderait en dernière analyse avec un mouvement naturel de la société vers la sortie de l'obscurantisme et la reconnaissance des droits des malades mentaux. D'un autre côté, une deuxième interprétation, qui n'est pas contradictoire avec la précédente et qui peut même la compléter, insiste sur le fait que la psychothérapie collective, en tant que discours sur l'hôpital psychiatrique, aurait été dictée par les intérêts du groupe et les contraintes du moment. Pour des médecins fonctionnaires comme l'étaient les médecins des hôpitaux psychiatriques, littéralement attachés au destin de leurs établissements, la psychothérapie collective aurait été, en justifiant l'existence de l'hôpital psychiatrique, un moyen de sauver le groupe, dans un contexte où les moyens thérapeutiques réellement efficaces pour traiter les clientèles des hôpitaux psychiatriques étaient rares, et où s'organisait une concurrence avec les psychiatres des hôpitaux généraux¹. Dans cette perspective, l'idée d'un pouvoir thérapeutique de l'institution dans son ensemble n'aurait été qu'une idéologie, dans le sens marxiste d'une fausse science, voire une illusion.

De façon générale, ces deux interprétations captent bien certains aspects importants du projet de psychothérapie collective et j'aurai l'occasion d'y revenir dans ce chapitre et le suivant. Pour autant, il me paraît important d'en souligner d'emblée les limites. Si en effet le projet de psychothérapie collective constituait, dans une perspective stratégique, une réponse aux problèmes qui se posaient au lendemain de la guerre aux médecins des hôpitaux psychiatriques, et de ce point de vue correspondait effectivement aux « intérêts » du groupe, d'autres solutions se présentaient également à eux pour y faire face. Pour cette raison même, ces deux interprétations me paraissent mal rendre compte des motifs qui expliquent l'engagement des jeunes psychiatres dans le projet de psychothérapie collective. Au lendemain de la guerre, le travail des jeunes psychiatres sur la psychothérapie collective coïncide en effet avec l'émergence en

¹ *Ibid.*, mais voir également : Pinell, P. et M. Zafiroopoulos, "La médicalisation de l'échec scolaire. De la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile", *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 24, 1978, pp. 23-49.

psychiatrie d'un espoir nouveau dans la thérapeutique, lié à la découverte à partir des années 1930 d'un ensemble nouveau de techniques « biologiques », des cures de sommeil aux diverses techniques de choc – cardiazol, insuline, électrochocs -, en passant par les lobotomies. Les travaux de Jack Pressman ont ainsi montré le rôle que pouvait avoir joué la lobotomie pour les médecins des asiles américains dans l'affirmation de leur identité collective¹ et, pour la France, j'évoquerai dans ce chapitre et le suivant des tentatives pour développer des projets alternatifs à celui des jeunes psychiatres et fondés sur une vision « biologique » de la psychiatrie. Loin de correspondre à une solution par défaut dans un contexte d'impasse thérapeutique, la psychothérapie collective constituait pour les jeunes psychiatres un choix réel. De leur point de vue, en effet, si les thérapeutiques biologiques marquaient effectivement un progrès inappréciable pour la psychiatrie, elles ne suffisaient pas pour fonder le travail psychiatrique. Avec la psychothérapie collective, c'était une manière différente de faire de la psychiatrie que les jeunes psychiatres voulaient constituer. Profondément, la psychothérapie collective correspondait pour eux à une vision de la psychiatrie et de son rôle dans la société.

Dans ce qui suit, mon objectif est de saisir la manière dont les jeunes psychiatres ont tenté de faire émerger à partir de 1945 la psychothérapie collective comme un monde social nouveau, c'est-à-dire comme une communauté de pratiques et de discours. A la Libération, les jeunes psychiatres se retrouvent en effet autour d'une vision de la maladie mentale et de la psychiatrie qu'ils cherchent à traduire dans des manières de faire nouvelles. Ils doivent y parvenir avec les moyens dont ils disposent à ce moment-là, c'est-à-dire essentiellement à partir de leur position de médecin chef de service. Certains membres du petit groupe pourront rapidement obtenir des moyens supplémentaires, mais pour la plupart d'entre eux, il s'agit d'une perspective lointaine, très éloignée de ce qu'ils peuvent espérer. Le monde qu'ils développent doit ainsi émerger au sein d'un monde qui existe avec ses institutions, l'hôpital psychiatrique, et ses acteurs, les malades et le personnel soignant. Pour les jeunes psychiatres, il s'agit ainsi de saisir ce qui dans leur expérience du travail psychiatrique peut constituer la psychothérapie collective. En même temps, il leur faut traduire ces pratiques dans un langage commun. En d'autres termes, il leur faut à la fois s'engager chacun de leur côté

¹ Pressman, J. D., *Last resort. Psychosurgery and the limits of medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998.

dans des pratiques innovantes et se mettre d'accord sur ce qu'ils font. Pour les jeunes psychiatres, la psychothérapie collective est en effet mobilisée pour deux objectifs différents : rendre visibles et transportables des pratiques de manière à faire émerger une identité collective, et élaborer ces pratiques, les poursuivre, les faire vivre. C'est précisément de la tension entre ces objectifs que naîtront les difficultés que rencontreront les jeunes psychiatres tout au long de la période. Celles-ci se traduiront à la fin des années 1940 par une série de controverses qui aboutiront à faire évoluer le projet dans la seconde partie des années 1950.

Une des dimensions de ces tensions peut se lire dans la difficulté même de mettre un nom sur le projet. Si j'utiliserai dans ce chapitre le terme de psychothérapie collective, qu'emploie sur la période que je considère ici, de 1945 à 1952, l'un des principaux entrepreneurs du projet, Georges Daumézon, d'autres expressions sont également utilisées par les jeunes psychiatres : sociothérapie, techniques de réadaptation, de resocialisation, thérapeutiques sociales, vie sociale, voire même des notions plus englobantes encore comme psychiatrie sociale. En 1952, Daumézon proposa au demeurant lui-même une nouvelle appellation pour son mouvement, sans doute pour distinguer plus nettement son projet des techniques de psychothérapie de groupe qui commençaient à se diffuser en France, appellation qui devait par la suite connaître une fortune considérable, la « psychothérapie institutionnelle ». Ce flou n'était pas seulement un problème de terminologie, il renvoie à mon sens et comme nous allons le voir à la difficulté d'isoler la signification même des pratiques de psychothérapie collective.

Cette analyse conduira en particulier à mettre l'accent sur les aspects idéologiques et utopiques de la psychothérapie collective. La notion d'idéologie a souvent été utilisée, et y compris, je l'ai souligné, à propos du projet de psychothérapie collective, pour insister sur la relativité des théories psychiatrique, ou au moins sur l'impossibilité de départager des discours nombreux et concurrents¹. Mon analyse et mon usage des notions d'idéologie et d'utopie sont sensiblement différents. De façon générale on peut emprunter à Paul Ricœur l'idée que l'idéologie et l'utopie, en tant que formes de l'imagination sociale, jouent un rôle central dans les processus du

¹ Sharaf, M. et D. Levinson, "Patterns of ideology and role definition among psychiatric residents", in M. Greenblatt et al. (dir.), *The patient and the mental hospital*, New York, The Free Press of Glencoe, 1957 ; Strauss, A. et al., *Psychiatric ideologies and institutions*, New York, Free Press of Glencoe, 1964.

changement social en constituant les vecteurs de visions globales sur la société. Si l'une et l'autre fonctionnent dans un mouvement de distorsion de la réalité, elles disposent également une fonction de légitimation, ainsi, profondément, qu'une fonction d'intégration sociale¹. Dans cette triple dimension, l'idéologie comme l'utopie posent un rapport spécifique à l'action, au pouvoir et aux identités collectives.

La première partie du chapitre est ainsi consacrée à saisir la dynamique générale du travail des jeunes psychiatres sur la psychothérapie collective jusqu'à 1952. Une dimension importante et singulière il me semble de la psychothérapie collective, est le fait qu'à son origine se trouve avant tout une vision normative de la psychiatrie. La sociologie de la médecine a souvent insisté sur le rôle d'innovations techniques ou plus généralement sur celui des connaissances dans l'émergence de nouvelles spécialités ou simplement de segments professionnels. Ici c'est autour d'une conception morale de la psychiatrie que se réunissent les jeunes psychiatres. Profondément c'est une vision de l'action et de son rapport aux normes qui sous-tend le projet des jeunes psychiatres. J'approfondirai ce point dans la seconde partie du chapitre².

1. Faire et dire ce que l'on fait. Le travail des jeunes psychiatres sur la psychothérapie collective

1.1. Dessiner le monde : « Les fondements de la psychothérapie collective » de G. Daumézon

A partir de 1946, les jeunes psychiatres s'attachent à faire vivre la psychothérapie collective, et pour cela à lui donner forme et contenu. Dans leurs services, ils cherchent à développer les manières de faire qui pourront incarner leur projet. Entre eux, ils discutent de leurs initiatives et s'efforcent de mettre en évidence des pratiques communes. Ce travail passe par des rencontres, des discussions informelles, par des visites dans les services des uns et des autres. « Une profonde unité

¹ Ricœur, P., *L'idéologie et l'utopie*, Paris, Seuil, 1997.

² Pour l'ensemble de ce chapitre, je me suis appuyé sur l'exploitation des nombreux écrits des jeunes psychiatres autour de la psychothérapie collective, le plus souvent sous la forme d'articles publiés dans les revues psychiatriques, mais également sous celle de thèses de médecine inspirées à leurs élèves.

de vue, de constants échanges unissent » les membres du groupe, note ainsi rétrospectivement Daumézon en 1952¹. Rapidement, ils s'efforcent également de donner une visibilité à leur projet, de dessiner ses contours.

Une première étape est, en janvier 1947, les Secondes Journées Psychiatriques Nationales². Organisées une nouvelle fois à l'initiative du mouvement du Médecin Français et, sur le modèle des Journées de 1945, partagées entre des séances plénières et des séances placées sous la responsabilité des sociétés savantes, ces nouvelles Journées permettent de faire un point sur l'état de la psychiatrie deux ans après la Libération. Après l'échec de la réforme de la loi de 1838, les discussions abordent les nouvelles questions brûlantes de l'actualité : Xavier Abély propose une nouvelle « étude des problèmes de législation psychiatrique » ; Lucien Bonnafé fait un rapport sur « la formule moderne de l'établissement psychiatrique de cure et de réadaptation », qui répond en particulier à la nécessité de faire le point des normes à mettre en œuvre dans la reconstruction des hôpitaux détruits par la guerre³ ; Henri Ey prononce un exposé sur « le diplôme de psychiatrie », qui s'inscrit quant à lui dans le contexte des discussions sur la régulation des spécialités médicales⁴ ; enfin deux autres rapports abordent des thèmes plus généraux : un rapport d'Albert Brousseau, Louis Le Guillant et André Beley examine la « Fonction du psychiatre dans la société », tandis qu'Eugène Minkowski et Pierre Chatagnon évoquent « Le tribut payé par la psychiatrie française à la guerre et à l'occupation », en hommage notamment à Lévy Valensi. Aucun des rapports n'aborde directement la question du contenu du travail psychiatrique, mais les jeunes psychiatres semblent néanmoins parvenir à imposer le thème. L'une des cinq « résolutions » adoptées en assemblée générale demande en effet l'organisation de nouvelles Journées sur « l'organisation de la vie sociale comme thérapeutique et

¹ Daumézon, G. et P. Koechlin, "La psychothérapie institutionnelle contemporaine", *Anais Portugese de psiquiatria*, 4, 1952, pp. 271-311.

² "Compte rendu des journées psychiatriques nationales 1947", *Information Psychiatrique*, n° 6, 1947, p. 147. Les textes des rapports présentés aux Journées n'ont pas été publiés à ma connaissance.

³ En 1946, le groupe de jeunes psychiatres a également publié un volume collectif sur le même thème, avec une contribution de Bonnafé qui de toute évidence anticipe sur son rapport : Bonnafé, L., "Essai sur la conception générale de l'établissement psychiatrique de cure et réadaptation", *Au delà de l'asile d'aliéné et de l'hôpital psychiatrique. Documents de l'Information psychiatrique*, 2, Paris, Desclée de Brouwer, 1946, pp. 54-79.

⁴ Sur ce point, cf. *infra*, chapitre suivant.

réadaptation »¹. Si ces troisièmes Journées n'auront pas lieu, à tout le moins le problème aura-t-il été posé collectivement.

La séance restreinte organisée par la Société médico-psychologique dans le cadre des Journées, consacrée aux « questions d'éducation, rééducation et réadaptation sociale en psychiatrie », est toutefois l'occasion de faire avancer plus directement la question. Dans un ensemble foisonnant et un peu disparate, qui rassemble à la fois des expériences limitées – par exemple sur la prévention du gâtisme par la rééducation excrémentielle – et des textes à portée plus théorique – dont une réflexion sur l'intérêt et la légitimité du travail obligatoire dans les hôpitaux psychiatriques -, trois communications émanent du groupe des jeunes psychiatres. Une communication de l'équipe de l'hôpital psychiatrique de Saint Alban, dirigée par Lucien Bonnafé, propose une réflexion sur l'organisation du travail thérapeutique dans les hôpitaux psychiatriques, et plus précisément sur la question de sa rémunération² : pour augmenter sa valeur réadaptative, les auteurs ont créé une ligue d'hygiène mentale qui, fonctionnant sur le modèle d'une coopérative, gère le produit du travail et permet ainsi de remplir « une fonction d'intermédiaire entre le malade, l'hôpital et la société ambiante ». Paul Sivadon et Paul Bernard donnent quant à eux deux comptes rendus de la mise en place de groupes d'activités dans leur service respectif. La communication de Sivadon donne une série d'indications sur quatre types d'activités de groupe qu'il s'est efforcé de développer : équipe encadrée, jeux, art dramatique et cercle de malades. Ces activités permettent la création de milieux sociaux artificiels réalisant un niveau croissant de complexité et correspondant finement aux capacités d'adaptation des sujets³. Bernard, de son côté, expose en détail une expérience de « cercle de malades » créée dans son service. Entièrement dirigé et animé par les malades, avec l'appui des infirmiers, le cercle organise des jeux et activités culturelles qui, en suscitant une mobilisation des patients, visent en dernier instance à combattre leur inactivité⁴. Par les

¹ Les autres résolutions concernent la psychiatrie infantile, la législation, la création « d'assemblées de psychiatres » et à partir du rapport de Lucien Bonnafé, les rapports de la psychiatrie aux hôpitaux généraux. Je reviendrai sur ce dernier point dans le prochain chapitre.

² Bonnafé, L. et al., "Quelques précisions théoriques et pratiques sur le travail des malades: valeur thérapeutique de la qualité, du rendement et de la rémunération", *Annales Médico-psychologiques*, 1, n° 2, 1947, p. 209.

³ Sivadon, P., "Les activités de groupe à l'hôpital psychiatrique", *Annales Médico-psychologiques*, 1, n° 2, 1947, p. 192.

⁴ Bernard, P., "Une expérience de psychothérapie collective à l'hôpital psychiatrique: le cercle de malades", *Annales Médico-psychologiques*, 1, n° 2, 1947, pp. 196-203.

renvois qu'elles font les unes aux autres, les trois communications tissent un réseau d'initiatives cohérentes et suggèrent l'unité autant que l'ambition des pratiques mises en œuvre. A deux psychiatres qui au cours de la discussion de la communication de Bernard font allusion à des expériences similaires avant la première guerre mondiale, Henri Ey rétorque ainsi sèchement : « On a raison de rappeler que, naguère, des efforts intéressants ont été tentés dans les asiles. Les fêtes et les travaux viennent rompre la monotonie de l'internement. Mais c'est dans un tout autre esprit que doit être envisagée actuellement la mise en œuvre de la psychothérapie de groupe et l'ergothérapie. » Précisément, cet « esprit » n'a pas été explicité pour lui-même, et c'est ce que très rapidement les jeunes psychiatres vont devoir faire.

La parution dès l'année suivante d'un numéro spécial de la revue *l'Evolution psychiatrique* sur la « Psychiatrie sociale » va de fait en partie combler cette attente. Le numéro réunit cinq contributions qui s'inscrivent dans des registres sensiblement différents, faisant voisiner des exposés théoriques ambitieux avec une revue de littérature et un compte rendu de voyage. Toutes ensemble, elles apparaissent néanmoins comme un premier bilan des outils dont disposent les jeunes psychiatres pour asseoir leur projet et lui donner une forme. Deux articles de Paul Bernard et Pierre Pichot proposent des synthèses de travaux anglo-saxons – le premier sur la psychothérapie de groupe et le deuxième sur l'utilisation des « techniques sociales » dans les établissements anglais¹. Les trois autres articles, qui au contraire des premiers sont également les textes de conférences prononcées à la Société de l'Evolution Psychiatrique, sont plus ambitieux. Louis Le Guillant donne un article de synthèse sur « [l']objet et [la] méthode de la neuro-psychiatrie infantile », soulignant qu'elle lui paraît appeler une nouvelle manière d'envisager l'action du psychiatre². Lucien Bonnafé propose une réflexion générale sur « le personnage du psychiatre », sur laquelle je

¹ Bernard, P., "Les psychothérapies de groupe", *Evolution Psychiatrique*, n° 3, 1948, pp. 1-21 ; Pichot, P., "Thérapeutiques sociales en Grande Bretagne", *Evolution Psychiatrique*, n° 3, 1948, pp. 87-94 La présence de Pierre Pichot (né en 1918) dans ce volume est peut-être plus inattendue. Ancien interne des hôpitaux de Paris, agrégé de psychiatrie, élève de Jean Delay, Pichot joue un rôle décisif dans le développement des échelles de test en France. Il a peu à voir avec le groupe des jeunes psychiatres, mais il paraît participer à des réunions du groupe de l'Evolution psychiatrique dans cette période.

² Le Guillant, L., "Objet et méthode de la neuro-psychiatrie infantile", *Evolution psychiatrique*, n° 3, 1948, pp. 95-133.

reviendrai plus loin¹. Je veux en revanche m'arrêter ici sur l'article de G. Daumézon, sur « les fondements de la psychothérapie collective »².

Avec cet article, Daumézon propose en effet les premiers éléments qui vont permettre de donner un corps au projet des jeunes psychiatres. Après sa communication avec Bonnafé au congrès de Genève et Lausanne de 1946, qui situait la psychothérapie collective par rapport au reste de la société et dans la continuité de leur engagement pour la réforme de la spécialité, il s'agit en effet cette fois pour Daumézon de fonder une unité du groupe et un travail entre soi. L'article s'ouvre sur une description de la trajectoire du groupe : « Depuis quelques années de façon discrète, depuis plus de deux ans avec plus de tapage, nous sommes quelques uns qui portons un grand intérêt dans les hôpitaux psychiatriques, à toute une série de procédés thérapeutiques collectifs : traitement par le travail, *recreational – occupational therapy* des américains, etc... Cet intérêt, faute d'être analysé, d'être présenté dans une synthèse risque d'être pris pour purement intuitif. » En revenant ainsi sur le travail réalisé par le groupe dans les mois qui précèdent, Daumézon cherche à légitimer son engagement dans le projet de psychothérapie collective. Il s'agit de montrer que les pratiques que les uns et les autres ont commencé à développer en commun peuvent constituer une manière efficace et humaine de faire de la psychiatrie. En ce sens l'enjeu de l'article est d'explicitier ce qui peut justifier à la fois l'intérêt et la portée des pratiques de psychothérapies collectives, montrer en quoi elles valent la peine d'être mobilisées, en même temps que proposer quelques indications sur les manières de faire avec elles³. Plus profondément toutefois, il s'agit pour Daumézon de dessiner les contours d'une nouvelle manière de considérer la psychiatrie, d'un monde nouveau qui pourrait incarner la psychiatrie des jeunes psychiatres. Examinons plus précisément ces points.

Faire exister la psychothérapie collective. La psychothérapie collective entre l'administration, la biologie et les psychothérapies

Pour établir un nouveau domaine de pratiques, il faut non seulement en avoir développé suffisamment le contenu, mais aussi être en mesure de marquer comment il

¹ Bonnafé, L., "Le personnage du psychiatre", *Evolution Psychiatrique*, n° 3, 1948, pp. 23-56.

² Daumézon, G., "Les fondements d'une psychothérapie collective", *Evolution Psychiatrique*, n° 3, 1948, pp. 57-85. Sauf indication contraire, les citations qui suivent dans cette partie sont extraites de cet article.

³ Strauss, A., "Social worlds and legitimation processes", in N. Denzin (dir.), *Studies in Symbolic Interaction*, Greenwich, CT, Jai Press, 1982, pp. 171-190.

se situe dans l'ensemble des manières de faire en psychiatrie, comment il s'en distingue ou peut leur apporter. Dans un premier temps de son argument, Daumézon dresse ainsi une sorte de cartographie rapide de la psychiatrie qui va lui permettre d'y insérer son propre projet.

Pour bien saisir l'enjeu de la démarche, il faut revenir sur la signification des pratiques sur lesquelles s'appuient Daumézon et ses collègues. Les activités collectives ne sont en effet pas réellement une innovation au lendemain de la guerre. Les comptes rendus sont nombreux d'événements comme les sorties collectives ou les kermesses, qui témoignent de l'attention que certains psychiatres ont pu avoir pour l'atmosphère de leurs établissements. Surtout, on a sans doute toujours travaillé dans les hôpitaux psychiatriques. A partir des années 1860, les asiles se sont dotés de terrains agricoles, où les patients inoffensifs et valides peuvent être envoyés pendant les journées. Certains domaines couvrent des surfaces considérables. Pour les malades qui ne peuvent pas être envoyés aux champs, les établissements peuvent disposer d'ateliers intérieurs où sont organisées des activités. Une expérience importante sont les ateliers fermés que Henri Colin fait créer dans le service pour malades difficiles qu'il ouvre à Villejuif en 1910. A la veille de la seconde guerre mondiale, on ne conçoit pas un hôpital psychiatrique sans ce type d'installation¹. De façon générale les aliénistes considèrent que mettre au travail les patients peut avoir un effet positif sur leur évolution. Le travail est un outil de la convalescence, il permet d'occuper les chroniques et il influe positivement sur l'atmosphère de l'établissement. Il a aussi une valeur économique. La production agricole des établissements allège leur budget. Le travail, l'activité des patients appartient donc bien au répertoire classique des techniques psychiatriques. Ainsi Daumézon y insiste-t-il à plusieurs reprises, il ne s'agit pas pour lui d'apporter des techniques nouvelles, mais plutôt de construire autrement celles dont il dispose, pour en faire des pratiques authentiquement psychiatriques.

Dans l'avant-guerre, en effet, le discours technique des psychiatres sur les pratiques de vie collective est d'abord d'ordre administratif. Faire travailler les patients suppose de gérer les ateliers ou les champs de culture dans le cadre du budget de l'établissement. De même l'organisation d'événements collectifs comme une sortie pose avant tout le problème de leur financement. Organiser la vie des asiles relève de la

¹ Cf. Raynier, J. et J. Lauzier, *La construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés*, Paris, 1935.

gestion et de l'administration autant si ce n'est davantage que de la médecine. La psychiatrie ne dispose pas d'un discours autonome sur la gestion de ses établissements. Cela explique du reste l'intérêt que les médecins chefs des asiles portent à la science administrative. L'une des spécificités du corps des médecins d'asile au sein de la médecine est en effet la place qu'ils lui accordent dans leur idéologie professionnelle. Le concours du médocat des hôpitaux psychiatriques, créé entre la fin du XIX^e siècle et le début du XX^e siècle, comporte ainsi depuis son origine une épreuve d'administration ; l'une des revendications les plus constantes des médecins des hôpitaux psychiatriques tout au long du siècle a été de pouvoir cumuler leurs responsabilités de chefs de service avec la direction administrative de leurs établissements. Or, loin de faiblir avec le progrès des techniques médicales, cette revendication d'une expertise administrative a sans doute connu un essor nouveau dans l'entre deux guerres, sous l'impulsion notamment d'une entreprise qui a joué un rôle important pour Daumézon lui-même.

Dans les années 1930, Julien Raynier a en effet fondé avec l'un de ses anciens camarades d'internat, Henri Beaudouin, médecin chef des asiles de la Seine, ce qui est presque une école française d'administration psychiatrique ou de psychiatrie administrative. Ensemble, et avec l'aide de plusieurs élèves ou collègues comme Jean Lauzier, Xavier Abély, Jacques Trivas, mais aussi Georges Daumézon, les deux médecins entreprennent une étude systématique des conditions d'exercice dans les établissements. Les résultats paraissent dans un imposant traité médico-administratif, *L'aliéné et l'asile d'aliénés* qui connaît trois éditions jusqu'à la fin des années 1950¹. L'une des convictions essentielles des auteurs est l'intrication des dimensions médicales et administratives du travail psychiatrique : « L'exercice de la médecine mentale et tout progrès d'ensemble dans l'art de guérir ou de soulager les psychopathes sont en définitive liés indissolublement à l'organisation légale et administrative des établissements d'aliénés » écrit ainsi Raynier dans le rapport qu'il rédige en 1922 pour l'Inspection Générale des Services, rapport qu'il présente du reste l'année suivante pour le prix Baillarger de l'Académie de médecine, destiné à récompenser tous les deux ans

¹ Raynier, J. et H. Beaudouin, *L'Aliéné et les asiles d'aliénés au point de vue administratif et juridique*, Paris, Le François, 1924.

« l'auteur du meilleur travail sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés »¹. Et de poursuivre :

Les moyens destinés dans leur organisation « à faire une plus large part au traitement moral et individuel », les progrès réalisés se traduisent nécessairement pour leur généralisation par des textes législatifs et réglementaires. Il n'est pas douteux en effet que toute amélioration dans le régime des aliénés et des asiles ; tout progrès dans l'art délicat d'administrer et de diriger ces établissements ; dans le recrutement des fonctionnaires, le statut du personnel ; de même que les modifications législatives adéquates en matière de placement, dans le but de permettre un traitement plus précoce ; les obligations nées d'un régime financier nouveau permettant la réalisation d'une assistance élargie ; l'élimination des services ordinaires d'asile des aliénés criminels, etc. ne retentissent heureusement sur la situation générale des malades, par conséquent sur leur état mental, et ne facilitent leur traitement à plus d'un titre. La condition juridique elle-même des psychopathes internés, qui paraît de prime abord une question de pur droit civil influe à l'occasion sur le traitement moral par le retentissement que les mesures prises pour protéger leurs intérêts ne manquent pas d'avoir éventuellement sur leur tranquillité d'esprit. Aussi paraît-il nécessaire que les progrès, quels qu'ils soient, pour avoir leur maximum de rendement, soient fixés dans des textes législatifs ou réglementaires.²

En soulignant l'influence des conditions matérielles et administratives des hôpitaux psychiatriques sur l'état mental des malades, Raynier a ainsi posé les bases d'une psychiatrie administrative, c'est-à-dire d'une manière de faire de la psychiatrie à partir d'une action administrative. Formé à la psychiatrie au début des années 1930, Georges Daumézon a été associé de près, je l'ai dit, à ce projet. En particulier, c'est Raynier qui a inspiré sa thèse de médecine, sur les conditions d'exercice des infirmiers des hôpitaux psychiatriques, réalisée à partir d'une enquête par questionnaire envoyée à tous les établissements de France – et qui a été couronnée par le prix Baillarger³. Avec la psychothérapie collective, Daumézon poursuit ainsi d'une certaine manière un intérêt ancien pour les problèmes d'organisation et de vie collective. Mais en 1948, il s'agit pour lui de construire différemment cet intérêt, en s'efforçant de l'inscrire plus nettement dans l'ensemble des pratiques psychiatriques. Dans l'article de *l'Evolution psychiatrique*, il propose ainsi cette formulation de l'enjeu de la psychothérapie collective :

¹ Raynier, J., "Rapport de l'inspection générale des services administratifs", *Journal Officiel*, 1923.

² *Ibid.*

³ Daumézon, G., *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés*, Cahors, Imprimerie A. Coueslant, 1935.

Une façon un peu brutale de poser la question pourrait être : Lorsqu'un Médecin-Directeur suscite la création d'une équipe de basket-ball, organise un bal, etc. en quoi son rôle est-il différent de celui d'un maire de village ? Certes il y a là un travers dans lequel on peut tomber et Esquirol a justement critiqué les initiatives en matière de théâtre de Royer Collard à Charenton, rappelant les lamentables et inutiles exhibitions du Divin Marquis sur une scène spécialement montée à l'intention d'un public parisien peu soucieux des malades, par un administrateur sans autre préoccupation que de réclame personnelle.

On le voit, pour Daumézon, il s'agit de construire la spécificité de l'intervention médicale sur la collectivité que représente son hôpital psychiatrique à l'égard d'une manière politique, ou administrative. En proposant le terme de psychothérapie collective, il cherche à dégager complètement ce travail sur l'hôpital psychiatrique de l'administration, à le requalifier pour en faire un mode d'intervention purement psychiatrique.

Pour cela, pour faire exister cette psychothérapie collective, il lui faut toutefois d'abord arriver à montrer que les activités qui en sont le cœur peuvent être développées par des psychiatres, qu'elles constituent bien une manière intéressante, efficace de soigner les malades. En particulier, Daumézon rappelle dès les premières lignes de son texte les critiques que les jeunes psychiatres ont dû essuyer de la part certains de leurs collègues qui considèrent que la psychiatrie est entièrement organisée autour des techniques biologiques :

Certains semblent prétendre que nous oublions que la psychothérapie n'est pas à elle seule toute la thérapeutique psychiatrique. M. Leconte nous rétorque : « Un P.G. [paralytique général] guérit parce qu'on lui a fait de la malaria et du stovarsol, et non parce qu'on lui a appris à confectionner des chaussons ». Nous n'ignorons certes pas l'importance primordiale d'un traitement physique, mais nous ne pouvons pas non plus nous dissimuler que la cure physique ne prendrait toute sa valeur que si une psychothérapie efficace et complète y était adjointe.¹

De fait le conflit entre une vision « biologique » et une vision « psychopathologique » de la psychiatrie n'est pas une nouveauté au lendemain de la guerre. Il connaît cependant une vigueur nouvelle dans le contexte de l'essor des techniques de choc : depuis la seconde moitié des années 1930, celles-ci, de la malariathérapie aux cures d'insuline, en passant par les électrochocs ou les chocs aux

¹ Daumézon, "Les fondements d'une psychothérapie collective", *op. cit.*, dont, sauf indication contraire, sont également extraites toutes les citations qui suivent.

cardiazol, font l'événement dans la psychiatrie française, paraissant pour la première fois proposer un traitement spécifique des psychoses. Or, dans les années 1940, le travail sur ces techniques dispose d'un programme cohérent, qui a été formulé dès avant la guerre¹ : poursuivre les expérimentations, cerner plus précisément les indications des différentes méthodes, mettre en place des protocoles d'utilisation plus rigoureux. Bon nombre de psychiatres s'engagent dans cette voie, et ces efforts joueront un rôle clef dans la découverte des chimiothérapies à partir de 1952. Par ailleurs, plusieurs tentatives de constituer des groupements dotés d'une identité organisée autour d'une vision « biologique » de la maladie mentale² ont commencé à s'organiser : c'est en particulier le cas d'un « Mouvement pour une psychiatrie biologique », lancé en 1947 sous l'impulsion d'un médecin-chef de la colonie familiale d'Ainay-le-Château, Leyritz, avec le soutien de Jean Delay³.

Pour Daumézon les critiques qui viennent de ces psychiatres, sans atteindre vraiment au fond de son projet, trahissent plutôt une vision fautive de la psychiatrie – un « défaut de position compréhensive dont beaucoup de psychiatres souffrent devant le trouble mental et la science psychiatrique ». Les techniques biologiques conduisent à une vision de la psychiatrie ramenée à la prescription d'un acte, qui occulte la dimension psychothérapique de la relation médecin-malade. Il ne s'agit donc pas pour lui d'opposer les techniques collectives aux techniques biologiques, en substituant les premières aux secondes. Au contraire Daumézon cherche à utiliser à plein les techniques biologiques, en les insérant dans une conception de la psychiatrie. Daumézon souligne que la psychothérapie collective se veut porteuse, profondément, d'une vision « plus large » de la psychiatrie, mieux en phase notamment avec « les diverses tendances psychologiques et philosophiques contemporaines ». Ce qui est en jeu, c'est une interprétation du sens de l'intervention psychiatrique. On reviendra plus loin sur ce point.

Précisément, cette vision, Daumézon estime de toute évidence qu'elle peut se trouver du côté des « psychothérapeutes », auprès de qui il est allé chercher audience :

¹ Claude, H. et P. Rubenovitch, *Thérapeutiques biologiques des affections mentales*, Paris, Masson, 1940.

² Vision qui ne se réduit pas à une conception « biologique » ou « organiciste » de l'étiologie des maladies mentales, puisque c'est par exemple la position de Henri Ey. De manière générale, on a, il me semble, eu tendance à beaucoup trop surestimer les querelles sur l'étiologie de la maladie mentale dans l'appréciation des divisions de la psychiatrie.

³ Je reviendrai sur ce point dans le prochain chapitre.

« Mon choix s'est porté sur notre Société pour évoquer ces problèmes à cause de la forte proportion de psychothérapeutes qu'elle compte, orientés vers une psychothérapie individuelle certes, mais en possession ou à la recherche d'une doctrine psychothérapique. Aussi bien ai-je cru important de développer devant eux l'exposé de faits et leur essai d'interprétation pour me soumettre à leur critique », souligne-t-il. En s'adressant aux psychothérapeutes Daumézon s'efforce ainsi de raccrocher son projet à ce qu'il identifie comme un segment particulièrement riche et dynamique de la psychiatrie. Après une première phase de développement au début du siècle, les psychothérapies ont en effet connu un nouvel essor depuis l'entre deux guerres, sous l'impulsion notamment de groupes comme la Société Psychanalytique de Paris ou, précisément, la Société de l'Evolution Psychiatrique¹. Après 1945, la psychothérapie commence à devenir un terrain très disputé, entre psychiatres, psychologues et psychanalystes. Elle se présente comme un ensemble de théories et de pratiques dominé par la psychanalyse, mais ouvert à l'expérimentation et l'innovation. Ce que Daumézon recherche chez les psychothérapeutes, c'est une expertise, une validation des analyses qu'il développe. De nombreux éléments de son intervention empruntent de fait à leur discours. En conclusion de l'article il propose par exemple une formulation globale de l'enjeu de la psychothérapie collective qui fait clairement référence à un certain nombre de concepts psychanalytiques, avec l'idée que le service psychiatrique doit permettre au patient « d'investir ses conflits », qu'il doit donner « des occasions prégnantes d'identification et de transfert ».

Pour autant, Daumézon cherche à marquer l'originalité de la psychothérapie collective à l'égard des autres psychothérapies, qui justifie qu'il ouvre ce chantier. La psychothérapie est en effet le plus souvent conçue uniquement comme des entretiens prolongés avec un patient, avec le but de provoquer une modification de son attitude vis-à-vis de sa pathologie. Or cette conception n'est pas adaptée à ce que sont les hôpitaux psychiatriques :

Telle quelle, sa place dans la pratique hospitalière courante est des plus restreinte. Hâtivement sur quelques sujets, parfois avec un peu plus de soins, nous nous appliquons à une psychothérapie. P. Guiraud expose volontiers le

¹ Carroy, J. (dir.), *Les psychothérapies dans leurs histoires*, Paris, L'Harmattan, 2000 ; Swain, G., "Du traitement moral aux psychothérapies. Remarques sur la formation de l'idée contemporaine de psychothérapie", *Dialogue avec l'insensé*, Paris, Gallimard, 1993.

rôle important, la valeur essentielle que revêtent des actes anodins : paroles d'encouragement, gestes d'attention, sourires, que le médecin prodigue au cours de sa visite. Chacun de nous intéressé par quelques cas, en général aux confins de la psychose et névrose, s'est attaché à des entretiens systématiques plus ou moins prolongés. Mais il m'est arrivé de penser que ces quelques heures passées avec tel malade névrotique ou tel schizophrène fruste sont presque autant que l'on vole à la totalité des malades du service.

Pour Daumézon, il s'agit ainsi avec la psychothérapie collective de constituer un moyen de faire profiter l'ensemble des populations de l'hôpital psychiatrique d'une action habituellement réservée à certains, en même temps que de mettre en évidence un débouché à l'activité psychothérapique du psychiatre. En ce sens la psychothérapie collective est une technique originale de psychothérapie. Plus largement toutefois, tout l'article vise à faire émerger la psychothérapie collective comme un problème davantage que comme une technique nouvelle susceptible d'être mobilisée par les praticiens. A aucun moment, Daumézon n'expose une théorie globale ou une méthode de psychothérapie collective. Profondément, ce point, l'ambiguïté du cadrage de la psychothérapie collective comme technique spécifique ou comme problème global, sera la source d'une série de désaccord qui joueront un rôle important pour la suite de son histoire.

Des théories pour construire le monde. L'héritage du XIX^e siècle et le bandwagon des psychothérapies de groupe

Dans un deuxième temps de son argument, Daumézon propose de passer en revue les éléments qui pourront constituer les fondements théoriques de la psychothérapie collective. Il le fait à deux niveaux. Tout d'abord, en constatant l'existence de préoccupations analogues aux siennes chez les fondateurs de la discipline, il inscrit son projet dans une histoire longue de la psychiatrie qui le légitime comme fondement possible d'un monde nouveau. Si on ne peut pas trouver trace dans la pratique des psychiatres de la génération précédente d'une préoccupation pour une psychothérapie collective, il n'en a pas toujours été ainsi, et au contraire la psychothérapie collective est en fait « la grande découverte » de la psychiatrie à son origine. C'est le sens de la maxime célèbre d'Esquirol, dans laquelle Daumézon voit la première grande contribution à l'élaboration d'une psychothérapie collective - « la première pierre de la psychothérapie collective ». L'invocation de cette autorité permet

ainsi de placer la psychothérapie collective au cœur de l'histoire de la psychiatrie. Par la suite, les élèves d'Esquirol se sont efforcés de reprendre l'intuition de leur maître et de la traduire dans des pratiques, et certains d'entre eux ont proposé quelques « essais de systématisation », concernant en particulier le travail. Moment fondateur de la psychiatrie, ces travaux n'ont pourtant été que l'expression d'un intérêt passager. La suite de l'histoire, malgré « quelques attitudes isolées chez tel ou tel de nos grands anciens », dont le souvenir n'est porté que par « la tradition orale », est celle d'une perte du sens de ces entreprises :

une fois passé sur cette période d'enthousiasme, le silence se fait sur toutes ces préoccupations, les sociétés retentiront de querelles nosographiques, sémiologiques, plus rarement étiologiques, mais on ne cherchera plus à savoir comment et pourquoi l'asile guérit.

Ces mouvements du XIX^e siècle ont laissé des restes importants qui attendent seulement qu'on les fasse revivre. S'en tenir là cependant ne représente qu'une « solution partielle ». Pour relancer une psychothérapie collective, il est nécessaire d'en repenser les fondements théoriques en fonction des progrès qu'a connus la psychiatrie dans l'entre-deux-guerres, et en particulier avec l'apport de la psychopathologie.

Daumézon poursuit ainsi son argument : précisément, « toute une série de réalisations étrangères » ont émergé dans les années qui précèdent le projet des jeunes psychiatres et peuvent constituer les bases de cette refondation. Ce sont elles en tous les cas qui ont « orienté » les réflexions du petit groupe. Deux mouvements en particulier ont contribué à alimenter leur travail. Le premier correspond aux travaux du psychiatre allemand Hermann Simon (1867-1947). Médecin directeur de la *Provinzial-Heil- und Pflgeanstalt* (hôpital psychiatrique régional) de Gütersloh en Rhénanie du Nord, Simon a en fait été dans la première moitié du XX^e siècle l'un des plus actifs entrepreneurs de ce qui, vu de France, apparaît alors comme l'une des spécificités des pays germanophones, le développement du travail thérapeutique dans les asiles¹. Dès avant la guerre plusieurs articles présentent au public français ces expériences, en soulignant à la fois l'esprit de système de leurs entrepreneurs et leurs effets impressionnants sur

¹ On peut en trouver un témoignage indirect dans le roman de F. S. Fitzgerald *Tendre est la nuit*, qui décrit les ateliers créés dans l'entre-deux-guerres dans une clinique suisse huppée.

l'atmosphère générale des établissements¹. A la Libération, les jeunes psychiatres découvrent ou approfondissent les conceptions théoriques de Simon. Ils adoptent surtout une position de discussion critique. Daumézon lui reproche ainsi l'aspect « rudimentaire » de ses théories : « la psychothérapie est rapprochée d'une éducation dont la conception est essentiellement réflexologique ». Dans d'autres publications, certains des jeunes psychiatres lui feront également reproche de son attitude autoritaire et d'avoir créé une organisation trop « militaire », voire « hitlérienne »². Mais Daumézon lui fait crédit d'une inventivité pratique dans l'organisation des activités qu'il propose à ses malades, et surtout de plusieurs intuitions importantes, au premier rang desquelles l'idée que les comportements pathologiques individuels des malades doivent être compris comme le résultat d'un dysfonctionnement du groupe dans lequel ils sont insérés : « Plus importante encore est l'idée de considérer chaque groupe : l'équipe, le pavillon, voire l'asile, comme un être en soi susceptible de présenter une maladie. Si X, Y, et Z ont cassé des carreaux cette semaine, c'est que le *pavillon est malade* et il convient d'étudier le phénomène global de cette maladie pour y porter remède, davantage que d'étudier l'état de X, Y ou Z. »³ Cette intuition, on la retrouve également, mais approfondie et mieux argumentée, dans le second mouvement qu'évoque Daumézon, celui des psychothérapie de groupe.

En 1945, lorsque la communication est rétablie avec le reste du monde, la psychothérapie de groupe apparaît aux praticiens français comme l'un des grands apports des sciences humaines et sociales anglo-saxonnes. De façon générale, les psychothérapies de groupe correspondent globalement à un ensemble de techniques thérapeutiques, des groupes de paroles au psychodrame, impliquant à chaque fois plusieurs patients, et qui ont toutes en commun de jouer sur les effets curateurs de la dynamique des relations entre participants. En même temps, ces pratiques de soins, qui

¹ Halberstadt, G., "A propos de l' "ergothérapie"", *Annales Médico-psychologiques*, I, 1929, p. 193 ; Mans, J., "Contribution à l'étude du travail dans les asiles d'aliénés", *Aliéniste Français*, n° 2, 1937 ; Vié, J., "Le traitement des malades mentaux par le travail. Les idées et les réalisations de H. Simon", *Aliéniste Français*, n° 6, 1936 un article de Simon est traduit dans *l'Hygiène mentale* Simon, H., "La psychothérapie à l'asile", *Hygiène Mentale*, n° 1, 1933.

² Bonnafé et al., "Quelques précisions théoriques et pratiques sur le travail des malades : valeur thérapeutique de la qualité, du rendement et de la rémunération", *op. cit.* Daumézon note lui-même : « H. Simon nous apparaît, à la lumière de ce livre, comme un praticien avisé, peut-être un peu imbu des tendances répressives fréquentes dans son pays. Ce que nous avons appris de l'évolution de certains de ses collaborateurs vers des idéologies fascistes est venu, malheureusement, confirmer ces craintes. » Daumézon, "Les fondements d'une psychothérapie collective", *op. cit.*, p. 67.

³ Daumézon, "Les fondements d'une psychothérapie collective", *op. cit.*

peuvent être mises en œuvre dans des dispositifs variés, voisinent étroitement avec un programme de recherche en sociologie ou en psychologie sociale sur les groupes restreints. Dans cet ensemble disciplinaire, les groupes apparaissent ainsi à la fois comme un enjeu de connaissance et comme le moyen d'une intervention à visée thérapeutique et éducative. Restituer rapidement les contours de ce mouvement permettra de mieux comprendre la manière dont les jeunes psychiatres se servent de ces techniques à partir de 1945¹.

L'essor des psychothérapies de groupe correspond globalement à une dynamique du type de celle que Joan Fujimura a analysée en sociologie des sciences avec son concept de *bandwagon* : par là Fujimura a proposé de caractériser la manière dont la biologie moléculaire a été transformée grâce à l'élaboration de « packages de théorie et de technologie », c'est-à-dire d'ensembles de pratiques standardisées et de savoirs que les scientifiques peuvent adopter en bloc facilement parce qu'elles leur permettent d'atteindre à moindre coût leurs objectifs, expliquant ainsi qu'un grand nombre d'entre eux aient fini par engager en même temps l'ensemble de leurs ressources dans une seule approche du problème². L'histoire des psychothérapies de groupe débute avec l'initiative d'un médecin de Boston de créer des « classes de malade » avec des patients atteints de tuberculose pour préserver leur moral. Dans le courant des années 1920 et 1930, des psychiatres ou des psychanalystes nord-américains élargissent cette technique en l'utilisant avec des malades souffrant de névroses ou de psychoses, et en développant plusieurs méthodes : certaines consistent en des réunions au cours desquelles sont discutés les concepts freudiens ; d'autres, sur le modèle de la cure analytique, invitent les malades à associer librement en groupe, sous la direction d'un meneur, le thérapeute. Rapidement est formalisée l'idée que c'est la participation au groupe en elle-même qui joue un rôle, via des phénomènes d'identification. En même temps sont développées sous l'impulsion de psychosociologues et de psychanalystes les idées qui formeront avec ces techniques le *package* de théorie et de technologie, et qui serviront d'assise aux

¹ Une histoire de la dynamique et des psychothérapies de groupe serait, à ma connaissance, entièrement à constituer, pour la France au moins. Je me suis ici contenté d'exploiter Klapman, J. W., *Group psychotherapy. Theory and practice*, New York, Grune & Stratton, 1946 ; Moreno, J. L., *Psychothérapie de groupe et psychodrame*, Paris, PUF, 1965 ; Slavson, S. R., *The practice of group therapy*, New York, International University Press, 1947. Voir également Paicheler, G., *Psychologie des influences sociales: contraindre, convaincre, persuader*, Neuchâtel, Delachaux & Niestlé, 1985.

² Fujimura, J. H., "The molecular biological bandwagon in cancer research: where social worlds meet", *Social problems*, 35, 1988, pp. 261-283.

pratiques des thérapeutes et leur donneront une unité. Leurs fondements reposent sur la psychologie des foules de Gustave Le Bon à la fin du XIX^e siècle, mais c'est toutefois surtout sous l'impulsion des écrits de Freud¹, puis, rapidement, grâce aux travaux du psychologue allemand émigré aux Etats-Unis Kurt Lewin et des psychologues de l'école des relations humaines, Elton Mayo puis Muzafer Sherif, qu'est systématisé un corpus d'hypothèses puis des pratiques de recherches portant spécifiquement sur les groupes. S'adjoignent également au mouvement les méthodes développées par un philosophe et thérapeute autrichien, Jacob Moreno, émigré aux Etats-Unis dans les années 1930 : le psychodrame, qu'il a élaboré en réaction à la méthode analytique de Freud dans les années 1910 à Vienne, puis la sociométrie, une méthode d'investigation de la dynamique de groupe.

L'ensemble de ces initiatives connaît surtout un développement exceptionnel pendant la seconde guerre mondiale, qui voit se multiplier les applications des techniques à des domaines de plus en plus divers, démontrant ainsi leur intérêt et leur potentiel. En Angleterre, les psychiatres militaires utilisent les méthodes de groupe pour le traitement des névroses de guerre. L'expérience la plus marquante est celle des psychanalystes Bion et Rickman, qui lance leur carrière². Aux Etats-Unis, des centres sont constitués à Boston autour du psychanalyste Slavson et à New York autour de Moreno. A la fin de la guerre, si les principales méthodes restent les techniques dramatiques et celles de groupe d'entretien, le mouvement représente un ensemble considérable d'expériences, qui vont du traitement en dispensaire de malades souffrant de névrose, à l'organisation de la vie d'un centre de rééducation pour militaire, en passant par des applications à des fins pédagogiques.

En 1945, au moment où les psychiatres français ont accès à ces expériences et cette littérature, la psychothérapie de groupe se présente ainsi comme un véritable mouvement social, avec ses manuels, ses sociétés, ses réunions, ses revues, ses débats. Le *bandwagon* a ainsi atteint une taille suffisante pour que les praticiens s'y engagent sans plus avoir à se justifier outre mesure. C'est ce qui explique en grande partie l'enthousiasme général avec lequel la psychothérapie de groupe est accueillie en

¹ Dans son article fameux de 1921 « Psychologie des foules et analyse du moi » : Freud, S., "Psychologie des foules et analyse du moi", *Essais de psychologie*, Paris, Payot, 1981 [1921].

² Bion, W. R., *Recherches sur les petits groupes*, Paris, PUF, 1965.

France¹. A la Libération, les jeunes psychiatres ne sont en effet que l'un des nombreux groupes à s'intéresser à une technique et un ensemble d'idées qui peut s'inscrire dans de nombreux champs disciplinaire : plusieurs mouvements de fondation ou de refondation disciplinaire, en psychanalyse, en psychologie sociale et en sociologie s'appuieront en effet de manière décisive sur elles². L'usage qu'en font les jeunes psychiatres dans la psychothérapie collective paraît pourtant assez spécifique.

Quelques uns des membres du groupe s'efforceront certes d'appliquer directement les techniques de psychodrame ou de groupes de parole dans leur service : à l'hôpital psychiatrique de Ville Evrard, en région parisienne, Paul Sivadon, qui dispose de moyens que n'ont pas la plupart de ses collègues, accueillera ainsi une expérience de psychodrame à la fin de la décennie 1940 – dont les résultats seront au demeurant assez mitigés³. Mais dans la plupart des établissements français, les pratiques anglo-saxonnes sont en l'état inapplicables. Commentant les techniques exposées dans un des manuels, Daumézon conclut ainsi : « Nous sommes en face d'installations qu'il nous paraît utopique d'espérer utiliser en France, du moins avant longtemps ». Pour l'essentiel elles ne permettent en effet de traiter qu'un petit nombre de malades à la fois, voire parfois un seul comme dans le psychodrame. Une exception lui paraît toutefois être le travail de Bion et Rickman, dont Jacques Lacan a fait une présentation émerveillée en 1946 à la Société de l'Evolution psychiatrique, au retour d'un voyage en Grande Bretagne⁴. Pour

¹ L'anecdote rapportée par Lebovici, qui devait devenir l'un des principaux théoriciens de la psychothérapie de groupe en France, selon laquelle il aurait lancé ses premières expériences après avoir seulement entendu le terme de psychothérapie de groupe et sans avoir seulement rien lu sur les expériences américaines, bien que peu probable, témoigne bien de cet enthousiasme. Lebovici, S. et M.-F. Castarède, *L'enfance retrouvée. Une vie en psychanalyse*, Paris, Flammarion, 1992 Plus lyrique et non moins démonstrative est l'intervention que fait Lacan à son retour de grande Bretagne sur l'expérience de Bion et Rickman. Cf. Lacan, J., "La psychiatrie anglaise et la guerre", *Evolution Psychiatrique*, n° 1, 1947, pp. 293-318.

² Sur la psychanalyse voir mes propres analyses plus loin. Sur la place de la psychosociologie américaine et en particulier celle de Moreno dans la reconstruction de la sociologie française à partir de la Libération, voir : Chapoulie, J.-M., "La seconde fondation de la sociologie française, les Etats-Unis et la classe ouvrière", *Revue Française de Sociologie*, 32, n° 3, 1991, pp. 321-364. Sur la fondation de la psychologie sociale sous l'impulsion de Daniel Lagache à la fin des années 1940, voir Ohayon, A., *L'impossible rencontre. Psychologie et psychanalyse en France 1919-1969*, Paris, La Découverte, 1999.

³ Ridoux, B., *Place du psychodrame dans les activités collectives d'un service psychiatrique adulte*, Thèse de médecine, Paris, 1950.

⁴ Au cours de la discussion de la communication de Lacan, Bonnafé souligne ainsi : « il m'est agréable de reconnaître la convergence des réalisations qui viennent de nous être exposées avec les perspectives doctrinales et les plans de reconstruction dont avec de nombreux collègues des Hôpitaux Psychiatriques, je me suis fait le défenseur, par une définition sociale de l'homme malade et pour une réforme radicale de la cure asilaire ». Lacan, "La psychiatrie anglaise et la guerre", *op. cit.* Un article de Bion et Rickman est traduit l'année suivante dans *l'Information psychiatrique*, la revue du Syndicat des médecins des hôpitaux

Daumézon, c'est surtout parce qu'elles reflètent une approche nouvelle du groupe comme enjeu du travail thérapeutique que les psychothérapies de groupe sont intéressantes. En ce sens, leur valeur est heuristique. La psychothérapie de groupe fournit un ensemble d'intuitions, d'idées voire de concepts que les psychiatres peuvent intégrer à leurs propres objets et faire avancer leur réflexion. C'est par exemple la démarche qu'entame l'article de Bernard publié dans le même numéro de *l'Evolution psychiatrique*¹. Après avoir exposé succinctement les principaux concepts de la dynamique de groupe et passé en revue les techniques développées par les praticiens anglo-saxons, Bernard propose en conclusion de son article une élaboration rapide de la manière dont ces concepts peuvent servir pour repenser l'organisation de l'hôpital – et il n'hésite pas à affirmer : « l'organisation thérapeutique de la vie sociale à l'hôpital psychiatrique doit être fondée sur les mêmes principes que ceux de la psychothérapie de groupe »². Mais, on aura l'occasion de revenir sur ce point, les concepts de la psychothérapie de groupe peuvent aussi permettre de penser des objets plus circonscrits comme le travail ou les réunions.

Un premier modèle pour le monde. Les bases de la psychothérapie collective dans les hôpitaux psychiatriques

Pour Daumézon, la psychothérapie collective ne peut simplement se déduire de l'application des techniques développées dans le cadre du mouvement de psychothérapie de groupe. Concluant son analyse sur ce point, il note ainsi : « Avant d'utiliser ces diverses avenues qui nous sont ouvertes, il me paraît préférable d'analyser les divers éléments que la pratique journalière nous offre pour la solution de ces difficultés. » Ce que propose en effet Daumézon, avant d'envisager de constituer une théorie de la psychothérapie collective, c'est de revenir sur ce qui apparaît comme une intuition initiale, fondatrice, qu'il s'agit de travailler pour faire émerger ensuite une série de principes ou de règles. Au début de son article il énonce en effet ce qui va constituer le cœur de la démarche : « Dans une démarche de compréhension plus large, une voie d'abord m'a toujours paru valable et peu utilisée : Dès mes premiers pas dans

psychiatriques que dirige Daumézon : Bion, W. et J. Rickman, "A l'étranger. Thérapeutiques de groupes", *Information Psychiatrique*, n° 5, 1947, p. 127.

¹ Bernard, "Les psychothérapies de groupe", *op. cit.*

² *Ibid.*, p. 18.

la vie asilaire, j'ai été frappé par un fait paradoxal, et auquel personne ne semblait attacher d'importance : l'asile, le vieil asile, guérit à lui seul des malades, non pas des sujets qui eussent guéri spontanément au dehors, mais des sujets qui, abandonnés, eussent sombré dans un état chronique. » Et, plus loin : « Je pense qu'il faut prendre conscience des divers mécanismes qui lui permettent [à l'hôpital psychiatrique] d'exercer une telle action [guérir], qu'il faut étudier aussi le passif de cet organisme pour pouvoir, avec ces matériaux, fonder les bases réelles d'une psychothérapie collective. » Il s'agit donc, dans un mouvement de retour sur les pratiques, de passer en revue les éléments constitutifs de la vie collective à l'hôpital psychiatrique afin de mettre en évidence la manière dont ils peuvent avoir un effet psychothérapeutique sur le patient, de montrer quels sont les principes thérapeutiques actifs dans l'hôpital psychiatrique et donc également quels peuvent être les objets de la connaissance psychiatrique au sein même l'hôpital psychiatrique. En 1952, Daumézon proposera une vision plus élaborée de ce qu'il qualifiera alors d' « études préparatoires » à l'élaboration de la psychothérapie collective, en distinguant nettement ce qui est du ressort de l'initiative des soignants et ce qui correspond au contexte de la mise en œuvre : d'un côté il s'agit d'étudier de manière approfondie chaque technique utilisée par les praticiens, « ses significations et ses modes d'action » ; de l'autre il s'agit également de conduire « l'étude sociologique des diverses tentatives menées dans les services pour les rendre plus efficaces »¹. Ce que propose ainsi Daumézon dans ces différents textes, c'est bien, en portant un regard nouveau sur les établissements psychiatriques, un regard sociologique, de donner une nouvelle interprétation de ce qui fait l'hôpital psychiatrique. Par là surtout, il s'agit pour lui de mettre en évidence le problème autour duquel s'organisera le monde de la psychothérapie collective, son activité centrale – sa *core activity* selon Anselm Strauss² - : *constituer l'hôpital psychiatrique en lieu thérapeutique, travailler à la dimension thérapeutique des comportements de chacun à l'hôpital psychiatrique.*

Dans le cadre de l'article de 1948, les analyses que propose Daumézon portent sur deux éléments distincts, l'admission et la « société » du pavillon. A propos de

¹ Daumézon, G., "Symposium sur la psychothérapie collective. Intervention de G. Daumézon", *Evolution psychiatrique*, 1952, pp. 574-576.

² Strauss, A., "Social world and their segmentation processes", in N. Denzin (dir.), *Studies in symbolic interaction*, Greenwich, CT, Jai Press, 1984, pp. 123-139.

l'admission, il note qu'elle a parfois un effet spectaculaire : « Chacun de nous a vu amener à l'hôpital psychiatrique un malade, jeune ou vieux, soigneusement ficelé, encadré de gardiens eux-mêmes terrorisés ; les liens enlevés, amené dans une salle relativement calme, le sujet se montre calme, les symptômes grossiers d'agitation ont disparu. » Cet effet s'explique principalement par « la disparition des conduites erronées antérieurement adoptées à l'égard du sujet » : celle-ci agit comme soit comme un « trauma affectif », qui provoque en fin de compte une « levée de l'angoisse », soit simplement parce qu'une partie des symptômes des malades mentaux s'explique comme une réaction au milieu.

Daumézon analyse également longuement la vie sociale de l'hôpital. Là encore peuvent s'observer des phénomènes de guérison inattendus : « Le séjour dans le pire des pavillon peut coïncider, on le sait aussi, avec la guérison, dont on peut dire qu'elle se lit et se lie dans l'adaptation sociale à la vie de ce pavillon. N'en voyons-nous pas la preuve dans l'utilisation de cette épreuve pratique courante qui consiste à demander au convalescent le nom du surveillant ou des divers infirmiers ? » Si une bonne adaptation du patient est liée à la capacité du pavillon de lui proposer une « coopération affective avec le personnel », celle-ci dépend également du climat créé au sein du pavillon ou, plus spécifiquement, du « type de société qu'il représente ». C'est ce type social qu'il faut commencer par mettre en évidence : « le climat du pavillon permet au malade, selon l'expression de Klapman, de revivre non seulement tout son drame familial mais aussi sans doute tout drame social ». Les analyses que propose Daumézon sur ce point reposent sur les acquis des recherches en dynamique de groupe. Il évoque ainsi, en citant le psychologue américain Redl, les types d'autorité patriarcal, leader ou tyrannique, qui peuvent être identifiés au sein des pavillons. Ces phénomènes sont également dynamiques et évoluent en fonction des événements qui affectent les protagonistes. Dans certains cas l'adaptation peut être plus complexe, et déboucher sur des phénomènes d' « enracinement à l'asile ». Daumézon cite ici et prolonge une série de communications à la Société médico-psychologique dans lesquelles il présentait des cas de patients « en apparence guéri[s] » et « cependant incapable[s] de quitter le milieu hospitalier »¹. En ce sens, l'adaptation du patient à l'hôpital apparaît comme un élément

¹ Daumézon, G. et L. Cassan, "Les malades guéris "enracinés" à l'asile", *Annales Médico-psychologiques*, 1, 1941, p. 300 ; Daumézon, G., "L'enracinement des malades guéris à l'asile", *Hygiène mentale*, n° 4, 1946 ; Idem, "Le vertige de la sortie", *Annales Médico-psychologiques*, I, n° 1, 1947, pp. 78-85.

moteur de la guérison, mais elle peut également faire courir le risque que le malade se fixe à l'hôpital. Le processus est ainsi caractérisé par une tension que Daumézon commente brièvement et qui sera l'un des thèmes majeurs des travaux des psychiatres, des psychologues ou des sociologues dans les années 1960 : « la solution des conflits sur le plan personnel est, nous le savons, aussi bien obtenue par le délire et l'aliénation que par l'intégration dans la société où le sujet doit retourner. Sans doute retrouvons-nous là une contradiction essentielle qui tient à la non-réconciliation, au déchirement fondamental de cette société, qui fut un des facteurs déterminant d'aliénation. » Le psychiatre peut par ailleurs intervenir sur l'adaptation du malade à l'asile en organisant les activités collectives, que ce soit le travail ou les loisirs. En s'impliquant ainsi dans l'organisation de la vie de son service, le rôle du psychiatre doit toutefois se limiter à la résolution des conflits qui ne manquent pas de survenir : « le jeu du médecin, soucieux d'utiliser ces crises dans un sens de psychothérapie consistera à s'appliquer à les résoudre non de façon autoritaire ou simplement personnelle mais plutôt de les étaler aussi publiquement qu'il pourra, d'en éclairer les mécanismes, d'en montrer la valeur général, et d'obtenir leur résolution par une prise de conscience aussi complète que possible des raisons de la crise par ses divers acteurs. »

Avec ces analyses, Daumézon esquisse ce qui est en fait un premier exemple des manières de faire dans le monde de la psychothérapie collective. Avant toute chose, la psychothérapie collective passe par une attention portée aux manières d'organiser les interactions à l'hôpital psychiatrique. Elle est d'abord attention aux manières d'être avec les malades, plutôt que conception de ce que sont les malades. Ce point est important. Si ce n'est de manière allusive, Daumézon n'explicite pas dans son article une vision de la maladie mentale, un objet de la pratique. Si comme l'écrit Daumézon la psychothérapie collective correspond à l'affirmation d'une « vision synthétique » de la psychiatrie, cette vision ne se résume pas à un discours doctrinal sur ce que sont la maladie mentale et son traitement, mais elle s'articule au contraire à ce qui est véritablement une vision éthique du rôle des soignants en institution. De manière significative, Daumézon note en conclusion de son article : « La psychothérapie collective qui sera un jour édifiée intègrera et systématisera ces diverses techniques et d'autres encore, mais elle proposera au premier rang la participation à la vie de l'Etablissement. Cette voie est la seule qui nous reste ouverte, et, dans la mesure où la

vie de l'établissement est celle de son chef, on peut en déduire toute une éthique du psychiatre. »

Le monde que s'efforce de construire Daumézon apparaît toutefois en définitive difficile à saisir, à la limite fuyant, disposant de multiples facettes sans que soit toujours explicitées la manière dont celles-ci sont liées les unes aux autres. Pour une part cela tient au fait que, dans l'esprit de Daumézon, on se trouve à un stade de la réflexion où l'on a affaire à un projet et non à des résultats. A de nombreuses reprises, il souligne en effet qu'au moment où il écrit, on se trouve au stade d'une première étape préalable dans la construction d'une psychothérapie collective. Ses analyses n'ont qu'un but prospectif. Ainsi en conclusion de l'article, il note : « J'ai jusqu'ici dressé rapidement l'inventaire des voies d'abord et des matériaux avec lesquels peut être conçue la psychothérapie collective. Il reste à d'autres le soin de grouper ces éléments et de les hiérarchiser, de les systématiser en vue d'une utilisation rationnelle. » La psychothérapie collective constitue un avenir de la psychiatrie, et en ce sens elle apparaît bien comme une forme d'utopie qu'il s'agit de s'efforcer de saisir, mais que l'on ne peut pas encore réaliser. Pour les jeunes psychiatres, la psychothérapie collective restera en effet sur toute la période comme un horizon d'attente plus que comme un monde déjà là : Paul Bernard, au moment de présenter les résultats de son travail à la Société médico-psychologique en 1947, souligne ainsi l'enjeu de sa communication : « il faut situer l'expérience que nous rapportons dans les recherches qui doivent nous mener à des méthodes actives de rééducation du malade mental. De telles méthodes sont encore à mettre au point. » Le discours sera le même au début de la décennie 1950, lorsqu'en introduction à un symposium sur la psychothérapie collective Henri Ey évoque la nécessité d'élaborer la technique de psychothérapie collective de façon à contrer l'impression de « banalité » que rendent les réalisations¹. Et on a vu qu'en 1952, pour Daumézon, le projet en est toujours au stade des études préparatoires. C'est un possible que dessine la psychothérapie collective. Il faut maintenant essayer de comprendre plus précisément comment les psychiatres articulent cette vision d'un possible à leur travail dans leurs services.

¹ Ey, H. et al., "Symposium sur la psychothérapie collective", *Evolution Psychiatrique*, n° 3, 1952, pp. 531-592.

1.2. L'expérience d'un engagement. La qualification des pratiques dans la psychothérapie collective

Pour les jeunes psychiatres, la psychothérapie collective correspondait avant tout au développement de nouvelles manières de faire dans les hôpitaux psychiatriques. C'est précisément l'imagination développée par les jeunes psychiatres que je veux examiner dans cette section. La sociologie des innovations a insisté sur le fait qu'une partie du travail d'invention consiste en la constitution des réseaux d'acteurs qui permettront de donner un sens aux innovations et de les faire circuler¹. Le cas de la psychothérapie collective nous introduit dans une situation où, au moment où les acteurs se lancent dans le développement d'une série d'innovations, tous les réseaux sont déjà en place. L'hôpital psychiatrique constitue en effet le cadre à l'intérieur duquel se déploiera le travail des jeunes psychiatres et il organise le recrutement de l'ensemble des acteurs qui constitueront le « réseau sociotechnique » de la psychothérapie collective - les malades qui seront la cible des pratiques, comme les professionnels qui seront concernés par elles, puisqu'il s'agit des médecins des hôpitaux psychiatriques et de leurs adjoints, les infirmiers. Pour le petit groupe des jeunes psychiatres, ce qui est en jeu n'est pas d'intéresser de nouveaux acteurs, mais de modifier les relations entre les différents protagonistes, dans un réseau déjà constitué. Précisément, c'est comprendre la manière dont les jeunes psychiatres qualifient les pratiques qui importe pour saisir la nature de leur projet. C'est l'objet de cette section. Pour cela, il n'est pas question de faire un bilan exhaustif des pratiques développées par les jeunes psychiatres – bilan que certains travaux d'histoire sociale ont du reste commencé à constituer² –, mais plutôt de revenir sur certaines de leurs innovations pour comprendre comment ils les construisent et ce qu'ils en font.

¹ Bijker, W. E. et al. (dir.), *The social construction of technological systems. New directions in the sociology and history of technology*, Cambridge (MA), The MIT Press, 1989 ; Callon, M. (dir.), *La science et ses réseaux. Genèse et circulation des faits scientifiques*, Paris, La découverte, Conseil de l'Europe, UNESCO, 1989.

² Voir par exemple pour le cas de l'hôpital psychiatrique du Vinatier : von Buelzingsloewen, I., "Révolution au quotidien, révolution du quotidien: les transformations de la pratique psychiatrique à l'hôpital du Vinatier dans les années cinquante", *Questions à la "révolution psychiatrique"*, Bron, Editions la Ferme du Vinatier, 2001.

L'authenticité d'une expérience. Saint Alban, « Mecque » de la psychothérapie collective

A partir de 1946, les membres du petit groupe des jeunes psychiatres se lancent de concert dans la réorganisation de leur service pour développer les pratiques qui pourront constituer la psychothérapie collective. Médecin chef à l'hôpital psychiatrique de Lommelet, dans le Nord, Paul Bernard crée, on l'a vu, un cercle de malades. Daumézon engage ses infirmiers et ses patients plus systématiquement dans l'organisation d'activités collectives. Paul Sivadon (1907-1992), médecin chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine à Ville Evrard, débute également par une expérience du même type, mais il développe rapidement un projet plus ambitieux avec l'aide de la sécurité sociale. Il obtient de celle-ci un financement qui lui permet d'équiper son service, de le rénover et surtout de le faire fonctionner avec moins de malades et davantage de personnel. Ainsi doté, son service, rebaptisé Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale du département de la Seine (CTRS), devient à partir de 1948 l'une des vitrines des réalisations des jeunes psychiatres et pour quelques années l'un des principaux centres de la psychiatrie française¹. Equipé d'installations permettant la mise en œuvre des derniers acquis thérapeutiques – traitement de choc ou électro-encéphalogramme –, mais également d'installations d'ergothérapie et de loisir, les patients y sont soumis à des programmes thérapeutiques individualisés et intensifs. Rapidement deux autres services obtiennent la même subvention, celui de Louis Le Guillant à Villejuif, dans la Seine, et celui de Henri Ey à Bonneval.

Entre toutes, c'est toutefois l'« expérience de Saint Alban », du nom de l'hôpital psychiatrique départemental de la Lozère, qui joue un rôle clef pour la psychothérapie collective. Elle en est, dans la seconde moitié des années 1940, l'un des principaux foyers. Pour les jeunes psychiatres, Saint Alban a fait la démonstration que l'on pouvait « transformer » radicalement un établissement aux installations archaïques en un instrument de soin efficace. En quelques années, Saint Alban est devenu un lieu bouillonnant d'initiatives. Comprendre plus précisément le sens que les jeunes psychiatres ont donné à l'expérience de Saint Alban va permettre de situer plus

¹ C'est en particulier ce service qui est proposé comme exemple de ce qui se fait en France aux congressistes et à la presse rassemblés à l'occasion du premier congrès mondial de psychiatrie en 1950 : "Pour réadapter les malades mentaux, les armes thérapeutiques sont insuffisantes, visite au service pilote de Ville Evrard. En marge du congrès", *Le Monde*, 13 octobre 1950.

généralement l'interprétation du sens de l'intervention psychiatrique. Avant cela, il faut d'abord donner quelques éléments qui permettront de situer ce qui s'y est joué¹.

Les circonstances

Saint Alban est l'un des établissements les plus reculés de France, installé dans un ancien château fort à mille mètres d'altitude à une quarantaine de kilomètres de la préfecture du département. La transformation de l'établissement débute lorsque, longtemps dirigé par un médecin en fin de carrière, l'établissement voit dans le courant des années 1930 arriver à sa tête de jeunes médecins, d'abord Agnès Masson, en 1934, puis en 1936, Paul Balvet (1907-2003), ancien interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, tout juste reçu au concours du médicament des hôpitaux psychiatriques. Balvet y restera jusqu'en 1942, avant de prendre un poste à Lyon, où il poursuivra et finira sa carrière. Seul médecin de l'établissement dans un premier temps, assisté de sa femme, qui est également son interne, il profite de la mise en place de la journée de huit heures, accordée par le Front Populaire, pour augmenter le personnel, introduit les cures d'insuline et développe systématiquement l'ergothérapie. Entre-temps, l'établissement a dû accueillir un certain nombre de malades évacués au moment de l'exode des hôpitaux psychiatriques d'Alsace Lorraine.

En 1939, Balvet fait venir pour le seconder un psychiatre espagnol, François Tosquellès, qu'il rencontre dans un camp d'internement où il est appelé en consultation par les autorités. Engagé dans l'armée républicaine espagnol, Tosquellès (1912-1994) est passé en France au moment de la victoire du franquisme. Au contraire de Balvet, il s'installe durablement à Saint Alban où il restera jusqu'au début des années 1960, d'abord dans un statut provisoire puis, après avoir obtenu l'équivalence de ses diplômes espagnols, soutenu en 1948 une thèse de médecine et passé en 1952 le concours du médicament, comme médecin-chef. Ensemble les deux médecins s'engagent dans un certain nombre d'initiatives : formation des infirmiers, création d'un lieu de vie dans une salle commune, ou encore promotion de l'ergothérapie. Tosquellès apporte surtout avec lui une bonne culture de la psychiatrie allemande, et en particulier de l'œuvre de Hermann Simon, qui oriente désormais le travail des deux psychiatres. En 1941, l'établissement

¹ L'« expérience de Saint Alban » a souvent été décrite et commentée par les professionnels, un peu moins par les historiens. Isabelle von Buelzingsloewen en a toutefois restitué l'essentiel : von Buelzingsloewen, I., *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier, 2007.

voit arriver un second médecin chef, André Chaurand, affecté précédemment à l'hôpital psychiatrique du Puy, puis au début de l'année 1943, Lucien Bonnafé, qui vient d'être nommé au médicat, succède à Balvet comme médecin directeur de l'hôpital. Il quittera l'établissement à la fin de la guerre, d'abord en raison de ses activités dans la résistance et dans la France libérée, puis pour être nommé médecin-chef à Sotteville-lès-Rouen en Seine Maritime. Chaurand ne tardera pas à le suivre et deux autres médecins chefs les remplaceront. Grâce à la présence continue de Tosquellès, les uns et les autres poursuivront toutefois le travail dans le même esprit, en développant l'activité thérapeutique de l'établissement. A la Libération, l'hôpital psychiatrique de Saint Alban continue ainsi à étoffer son dispositif. Un club de malades y est créé, tandis que l'équipe de l'hôpital participe en 1947 à la création de la Société d'Hygiène Mentale du Centre, qui sera l'un des noyaux de la Fédération des Croix Marines¹.

A la Libération, l'ensemble des initiatives prises à Saint Alban, l'esprit général qui anime le travail de ses responsables, apparaissent comme un ferment pour la psychothérapie collective. En 1952, l'un des internes de Georges Daumézon écrit ainsi : « Il faut aller en pèlerinage à St Alban... « C'est la Mecque de la psychiatrie française ». Cette phrase est unanimement dans la bouche de quelques initiés, de tous ceux qui s'y sont rendus une fois. »² Et la même année, Ey salue dans *l'Evolution psychiatrique*, dont il assure le secrétariat, l'expérience de Saint Alban comme une « œuvre » à part entière, qu'il compare aux travaux cliniques que la revue publie habituellement :

Sous cette rubrique « l'actualité psychiatrique » nous rendons compte ici des ouvrages, travaux etc. qui nous paraissent mériter une particulière attention. Mais l'activité scientifique ne se limite pas en médecine aux travaux de laboratoire ou d'érudition et outre les monographies, articles et livres qu'il peut écrire, un médecin peut consacrer le meilleur de lui-même à une « œuvre » non écrite. Tout aussi scientifique que les plus « savantes » communications aux plus « savantes » sociétés peut être une réalisation d'assistance hospitalière. De telles « œuvres » - surtout quand leur réussite les érige au rang de chef d'œuvre – méritent d'être présentées comme des exemples et des modèles.

C'est le cas de l'œuvre psychiatrique réalisée par une phalange de pionniers qui depuis 15 ans ont dans l'ombre, le silence, et l'isolement, monté à St Alban un merveilleux organisme d'assistance.

¹ Sur le mouvement des Croix-Marines, cf. *infra* ch. 5.

² Paumelle, P., *Essais de traitement collectif du quartier d'agités*, Thèse de médecine, Paris, 1952.

Saint Alban a acquis au fil des années une dimension quasi mythique pour les psychiatres français, dans un grand récit où se croisent résistance à l'occupant allemand, rencontre avec le surréalisme – Eluard s'y est réfugié un moment pendant la guerre – et, donc, invention de la psychothérapie collective¹. Au-delà de l'évaluation de ce qui s'est réellement passé ou non à Saint Alban, de ce qu'y ont vraiment fait et entrepris ses médecins et de l'éventuelle dimension « mythique » des récits que Saint Alban a suscités par la suite, la question qui se pose pour nous est plutôt de savoir comment l'« expérience de Saint Alban » est devenue après la guerre un haut lieu ou un centre de la psychothérapie collective, un pôle dans le monde de la psychothérapie collective. Que Saint Alban ait été transformé par ses protagonistes, cela ne fait guère de doute en effet : la multiplication de ses effectifs médicaux, leur rajeunissement, l'introduction des techniques de choc et de l'ergothérapie suffisent à expliquer la sensation de changement profond qu'ont ressenti les acteurs. Toutefois on ne peut pas a priori attribuer l'importance que Saint Alban prendra dans la psychiatrie française après la guerre à ces transformations – ne serait-ce que parce que d'autres établissements connaissent en effet sur la période un certain nombre de transformations proches. Ce n'est pas par ce que les acteurs ont effectivement accompli à Saint Alban que l'on peut expliquer le rôle spécifique que Saint Alban a joué après la guerre pour la psychothérapie collective. Il nous faut donc renverser la question : comment les changements survenus à Saint Alban ont-ils pris un sens spécifique dans l'action collective des jeunes psychiatres à partir de la Libération ? En ce sens, ce sont bien deux questions distinctes qui se posent : celle de l'émergence d'un lieu singulier dans le monde en cours de constitution de la psychothérapie collective d'une part, et, d'autre part, celle de la qualification de ce lieu et des pratiques qui y sont développées.

L'émergence d'une expérience

Saisir l'émergence d'une « expérience » comme Saint Alban dans un mouvement comme la psychothérapie collective, c'est d'abord saisir le moment où surgit une intention s'inscrivant à la fois dans des pratiques locales et dans un projet collectif. C'est en 1942 que l'idée que Saint Alban est le siège d'une « expérience » singulière est formulée par Balvet, dans une communication au Congrès des Médecins

¹ Pour un exposé standard du mythe, voir Fourquet, F. et L. Murard, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, Paris, Encres, 1980 [1975], p. 60 sq..

Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française, à Montpellier. Premier Congrès organisée depuis le début du conflit, la réunion de Montpellier marque les retrouvailles de la profession après deux ans d'isolement forcé dans leurs services en raison des restrictions imposées par l'occupation. C'est l'occasion d'un premier bilan de la technique des électrochocs, qui a été découverte avant la guerre et s'est diffusée rapidement depuis 1940, ainsi que d'un cri d'alarme sur la malnutrition qui règne dans les établissements psychiatriques¹. Au sein d'un ensemble riche et foisonnant, Balvet fait trois communications avec ou sans son équipe. L'une d'entre elles est un bilan froid de la surmortalité survenue à Saint Alban en liaison avec les difficultés d'approvisionnement. La deuxième lui permet de donner la contribution de son équipe à l'appréciation des résultats des électrochocs². La communication insiste sur la manière dont les électrochocs ont transformé les rapports des infirmiers à leur travail et souligne l'intérêt de la technique pour un hôpital rural comme Saint Alban³. C'est toutefois la troisième communication qui marque véritablement ce qui deviendra par la suite le projet des jeunes psychiatres. Intitulée « Asile et hôpital psychiatrique : l'expérience d'un établissement rural » elle est un appel à un renouvellement des cadres de la psychiatrie, et surtout une vision du sens et de la vocation de l'hôpital psychiatrique comme « asile village ». Il vaut la peine de l'examiner de près.

La communication s'ouvre sur une déploration de « la grande misère de l'Assistance psychiatrique française », pointant notamment le retard pris par les psychiatres français dans l'application des techniques de choc en regard de leurs collègues à l'étranger :

L'asile d'aliénés a changé de nom, la réalité est restée. Ce n'est pas sans humiliation que nous voyons depuis quelques années se succéder en psychiatrie des méthodes de traitement enfin efficaces, dont aucune ne porte un nom français. Il y a des vérités dures à dire ; il est pénible d'aller à contre-courant. Il ne s'agit pas de découvertes, nous n'en sommes pas jaloux ; il s'agit d'organisation. Lorsqu'après des années de succès à l'étranger, la pénurie de médicaments ne se fais[ant] pas encore sentir, combien d'hôpitaux psychiatriques de chez nous ignoraient-ils encore l'insulinothérapie réglée ?

¹ Sur ce point, von Buelzingsloewen, *L'hécatombe des fous*, op. cit., p. 192 sq.

² Balvet, P. et al., "Considérations techniques et statistiques sur 60 malades traités par électrochoc", in P. Combemale et P. Hugues (dir.), *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. XLIIIe session. Montpellier, 28, 29, 30 octobre 1942. Comptes rendus*, Paris, Masson, 1942.

³ Balvet, P., "Asile et hôpital psychiatrique: l'expérience d'un établissement rural", in *Ibid*, pp. 399-402..

Cette abstention surprenante est un signe parmi d'autres ; il s'agit de plus que de l'introduction en France des seules thérapeutiques de choc. Mais c'est parce que celles-ci sont faciles à acquérir que leur méconnaissance pratique est dans nos hôpitaux un si grave symptôme.

Plus qu'un retard conjoncturel, cette abstention apparaît en effet comme le signe d'un retrait ou d'une perte d'élan de la psychiatrie, et de ses acteurs centraux, les médecins. Ce qui est en jeu, c'est bien la perte d'une vocation, que Balvet analyse en des termes lyriques, presque mystiques :

Quelques tentatives isolées ne prouvent rien contre une situation générale profondément déprimante. En beaucoup d'établissements français, le médecin a depuis bien longtemps cessé d'être un chef ; ce n'est plus le maître qui a donné vie à son œuvre et qui, né en tant que maître avec elle, la connaît. Séparé désormais de l'établissement, ne réagissant plus à son complexe d'infériorité, il se fait petit, se contentant de l'outillage professionnel qu'on lui donne ; une table, un porte-plume lui suffisent. L'asile, qui est une matière à quoi le médecin donne forme et qui ne prend signification que par lui, l'asile à qui il donne vie, n'est plus désormais qu'un corps sans âme. Au lieu de l'unité de l'asile vivant nous n'avons plus que la décomposition mortelle entre une administration sans élan et une intelligence sans emploi, qui erre comme une âme qui n'a plus de corps à informer. L'unité de la vie rompue, elle se dépense dès lors en agitations et sous ses aspects dégradés.

Balvet ne s'arrête toutefois pas à cette plainte. Dans un second temps, il développe en effet une vision de ce que doit être l'hôpital psychiatrique. pointe qu'il ne s'agit pas d'adopter « la conception courante de l'hôpital psychiatrique moderne » : « L'établissement que nous voulons n'est pas seulement un hôpital pour maladies du cerveau ou pour troubles nerveux d'origine biliaire. Si l'hôpital général pour maladies aiguës peut être à la rigueur considéré comme un atelier de réparations, ici c'est de « personnes » au contraire qu'il s'agit. » L'hôpital psychiatrique ne peut en fait réellement jouer son rôle auprès des malades qu'à condition d'être conçu comme un « asile village »¹, reposant sur l' « humanisation » et la « vivification » des outils du soin :

L'asile village [...] est seul adéquat à son objet. L'aliéné est essentiellement une personne (mais déjà divisée, déjà en voie de mort) qui recherche, schizophrène, son unité intérieure, ou, névrosé, cette autre unité qu'est son adaptation au monde. L'asile village, pédagogue et image de l'aliéné, ne sera

¹ Sur ce terme d'asile ou d'hôpital village, voir le chapitre suivant.

donc pas composé lui non plus. Le laboratoire, l'outillage thérapeutique sont des organes ; comme l'économat et les services médicaux ; ils ne sauraient être juxtaposés. L'asile village est unité, simplicité ; il est élan, il est corps qu'un esprit anime ; il est pour tout dire, une personne. Mener un tel établissement n'est pas affaire d'administration au sens courant du mot ; c'est l'acte d'un vivant qui est son « chef » (c'est-à-dire sa tête) et qui, âme et idée réelle de l'établissement l'informe et lui donne nom et signification vitale.

On le voit, « l'expérience » que cherche à transmettre Balvet repose avant tout sur la vision d'une relation spécifique du médecin à son établissement. Pour remplir son rôle, le médecin doit réinvestir sa fonction de chef de service et d'organisateur de la vie de l'hôpital. La communication de Balvet présente ce qui est bien un projet, même si celui-ci n'est pas formulé en termes concrets d'un programme d'action.

La communication de Balvet est-elle réellement un événement, suscite-t-elle un mouvement d'ampleur ? En 1952, Daumézon souligne qu'elle a en fait eu peu de retentissement¹. Elle permet en tous les cas la constitution d'un petit réseau qui préfigure ce qui sera le groupe des jeunes psychiatres à la Libération. Ancien camarade d'internat de Balvet, Daumézon l'avait néanmoins perdu de vue depuis leur prise de poste². L'intervention de Balvet paraît agir pour lui comme un révélateur. Daumézon retrouve véritablement Balvet, il fait également la connaissance de Tosquellès³, et il leur présente Bonnafé qui vient d'être nommé au concours et qui doit remplacer Balvet. A partir de ce moment-là un contact étroit est établi entre les quatre psychiatres.

Dans le même temps, les médecins de Saint Alban acquièrent de toute évidence la sensation par leur travail même de faire aboutir des changements majeurs. Ils se lancent dans une réflexion ambitieuse sur les concepts de base de la psychopathologie, dont ils publieront les résultats à la Libération⁴. Sur le terrain, les pratiques qu'ils

¹ Daumézon et Koechlin, "La psychothérapie institutionnelle contemporaine", *op. cit.*

² Sur ce passage, voir le témoignage de G. Daumézon, in Fourquet et Murard, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, *op. cit.*, p. 75.

³ Resté toutefois aux portes du congrès, en tant qu'étranger, cf. von Bueltzingsloewen, *L'hécatombe des fous*, *op. cit.*, p. 193.

⁴ Dans une série de communications à la Société Médico-Psychologique : Bonnafé, L. et F. Tosquellès, "Expérience onirique, début d'un accès maniaque. Au sujet du test du Rohrschach", *Annales Médico-psychologiques*, 1, 1944, p. 168 ; Bonnafé, L. et al., "Première note sur la notion de structure: ambiguïté du terme", *Annales Médico-psychologiques*, 1, 1945, pp. 89-93 ; Idem, "Structure et sens de l'événement morbide", *Annales Médico-psychologiques*, 1, 1945, pp. 174-181 ; Bonnafé, L. et A. Chaurand, "La direction médicale, condition essentielle de l'unité de l'assistance psychiatrique", *Annales Médico-psychologiques*, 1, 1945, pp. 167-174 ; Bonnafé, L. et al., "Gestalt-théorie et structures en psychiatrie: la dialectique fond-figure dans la nosologie et la séméiologie." *Annales Médico-psychologiques*, 2, 1945, pp. 275-279 ; Idem, "L'évolution du béhaviorisme et la notion de structure en psychiatrie", *Annales*

développent prennent l'ampleur d'une « révolution »¹. Des années après, Tosquellès a bien saisi l'atmosphère dans laquelle les médecins de Saint Alban travaillaient leur pratiques. Répondant à Ey, qui demandait que l'on précise davantage l'assise théorique des pratiques de psychothérapie collective, il convient qu'il s'agit bien là d'une dimension nécessaire du travail, mais note :

Toutefois en face des problèmes de l'ergothérapie et de la socialthérapie, nous nous heurtons à ce dilemme : ou l'on s'engage dans l'action de transformation de l'instrument précité (et en ce faisant on commence à pouvoir dégager un certain volume d'expérience clinique qui permettra, seulement après l'affirmation des théories) ; ou par contre l'on reste inactif sans pouvoir légitimement aborder le problème des inter-relations sociales de nos malades : problème qui au moins en partie a fort contribué à les définir comme aliénés.

A la Libération les protagonistes de Saint Alban se retrouvent donc en première ligne dans les réseaux réformateurs. Dès que les possibilités de circuler dans toute la France se sont rétablies, G. Daumézon se rend régulièrement à St Alban – tous les étés rapporte-t-il, sur la route de ses vacances. Il y envoie également ses élèves, tandis qu'il introduit François Tosquellès dans les cercles parisiens auxquels il participe². D'un autre côté, André Chaurand est lié avec le nouvel homme fort de la psychanalyse et de la psychologie à la Libération, Lagache, dont il fait venir certains élèves en stage³. Lorsqu'en 1946 Daumézon et Bonnafé – qui n'est plus à Saint Alban – lancent le projet de psychothérapie collective, les initiatives développées à Saint Alban, clubs de malades, réunions, ergothérapie apparaissent à la fois comme les précurseurs et comme le noyau des pratiques qui peuvent constituer la psychothérapie collective. Les efforts de l'équipe de Saint Alban depuis le début de la guerre sont ainsi insérés dans le projet

Médico-psychologiques, 2, 1945, pp. 555-559 ; Idem, "Valeur de la théorie de la forme en psychiatrie: la dialectique du moi, du monde et de l'évènement morbide", *Annales Médico-psychologiques*, 2, 1945, pp. 279-284 ; Idem, "L'inconscient et les instincts dans une vue structurale de l'évènement psychopathologique", *Annales Médico-psychologiques*, I, 1946, pp. 96-101 ; Idem, "Note sur l'originalité du pathologique d'après la psychanalyse et sur la valeur du complexe comme perspective structurale dans l'existence pathologique", *Annales Médico-psychologiques*, II, 1946, pp. 58-63 .

¹ Cité par von Bueltingersloewen, *L'hécatombe des fous*, op. cit., p. 371.

² Tosquellès participe ainsi à la réunion de Bonneval de 1946, il participe ensuite à un cercle de conférences organisées à l'Ecole Normale Supérieure sous l'impulsion de G. Gusdorf, caïman de philosophie, et ami de Daumézon – relation qui conduira parmi d'autres normaliens Michel Foucault à un stage dans le service de Daumézon. Cf. Eribon, D., *Michel Foucault*, Paris, Flammarion, 1989, p. 60.

³ Dont Mireille Monod, qui est à l'origine d'une des premières expériences de psychodrame en France, au Centre Claude Bernard. Cf. Tosquellès, F., "L'effervescence saint-albanaise", *Information Psychiatrique*, 63, n° 8, 1987. Voir aussi Moreno, *Psychothérapie de groupe et psychodrame*, op. cit.

de psychothérapie collective porté par Daumézon et les jeunes psychiatres¹. Rapidement, alors que d'autres expériences sont mises en place, des échanges plus denses permettent de comparer ce qui se fait et de travailler collectivement les pratiques. A travers ces différentes interactions, le sens de l'expérience de Saint Alban change également. Si « l'expérience » qu'essayait de faire passer Balvet correspondait à une vision normative et générale de l'hôpital psychiatrique, désormais il s'agit de mettre en évidence ce qui fait la spécificité des pratiques de Saint Alban, de repérer ce qui peut être transporté et adapté ailleurs. Le regard des psychiatres sur Saint Alban devient ainsi rétrospectif : l'expérience a eu lieu, il s'agit de la reproduire.

La mise à l'épreuve d'une vocation

De quoi, plus précisément, est fait ce regard ? L'histoire de la médecine au XX^e siècle a insisté sur la montée en puissance d'une évaluation scientifique des pratiques médicales². De fait, d'autres « expériences » se prêteront mieux à la quantification des résultats obtenus par les praticiens, comme celle de Paul Sivadon, on aura l'occasion de revenir sur ce point. Mais de manière significative, la rhétorique déployée autour de l'expérience de Saint Alban à la fin des années 1940 et au début des années 1950 emprunte davantage au domaine de l'art qu'à celui de la science. Pour les jeunes psychiatres, Saint Alban a certes fait la preuve de ses résultats thérapeutiques : dans la présentation qu'il fait en 1952 de l'« œuvre » de Saint Alban, Ey souligne ainsi, admiratif : « mon service est à peu près de la même importance numérique et du même type de recrutement que celui du Dr. Tosquellès ; je sais ce que peuvent coûter d'efforts des résultats comme ceux que j'y obtiens, aussi est-ce avec admiration que j'ai pu constater les résultats thérapeutiques supérieurs obtenus à St Alban »³. Mais il n'en dit pas davantage, et pour lui comme pour ses collègues l'intérêt de Saint Alban se situe avant tout au niveau plus profond d'une expérience sensible. Concluant sa présentation,

¹ En 1986, à l'occasion d'une commémoration de Saint Alban, Tosquellès par exemple à propos du terme de psychothérapie institutionnelle : « pour ma part, jusqu'à son travail de 1952 [de Daumézon] publié d'ailleurs au Portugal, je n'avais jamais songé à qualifier nos « activités » de thérapeutiques d'institutionnelles. Je vous renvoie aux textes de l'époque repris dans « le vécu de la fin du monde dans la folie ». [...] Jamais à cette époque nous n'avons parlé d'institution. » Tosquellès, "L'effervescence saint-albanaise", *op. cit.*

² Marks, H., *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1999 [1997].

³ Ey, H., "A propos d'une réalisation d'assistance psychiatrique à Saint Alban", *Evolution psychiatrique*, n° 3, 1952, pp. 579-582, d'où sont également tirées les citations qui suivent.

Ey note ainsi : Saint Alban « est pour nous tous non pas une « expérience » au sens d'une conjecturale tentative, mais une expérience au sens d'une magistrale leçon. » Saint Alban donne directement à voir quelque chose qu'il faut aller saisir sur place. De manière significative, Ey fait débiter sa présentation par la mise en scène d'un visiteur qui découvre l'établissement en s'y rendant sur place. Après avoir décrit son installation dans un château fort, qui donne un aspect « baroque » à l'aménagement des différents services, Ey poursuit :

Au travers de ce pittoresque et de ce baroque, ce que nous rencontrons c'est l'œuvre – qui, de suite, saisit. Là où le cadre laisserait attendre le régime asilaire avec son cortège de scènes de « fosse aux serpents », on est tout surpris de s'apercevoir que dans cet « asile » où il n'y a ni « agité » ni « gâteux » il n'y a pas d'« asile ». – On pénètre de plein pied dans une atmosphère tout à la fois familiale et scientifique, d'une tonalité assez nouvelle pour forcer l'admiration.

Saint Alban donne ainsi à ses visiteurs l'expérience d'une surprise et d'un saisissement, fait du contraste entre les « attentes » que suscite l'installation de l'établissement et la réalité de l'atmosphère qui y règne. Précisément, ce que Saint Alban donne directement à voir c'est la transformation de l'asile avec ses travers, c'est la substitution à l'asile d'un hôpital d'un nouveau type. En conclusion de son article Ey note encore :

Certains ne manqueront pas de se demander si l'œuvre ici présentée comme essentiellement « scientifique » n'est pas plutôt une sorte de bienfaisance et philanthropie billesvée, bien plus propre à amuser qu'à être prise au sérieux. J'aurais trahi l'esprit même de l'œuvre dont je me proposais de représenter ici la rigoureuse densité si précisément on ne pouvait tirer de cette œuvre l'argument décisif pour répondre à ces ironiques questions. Car enfin ce que montre Saint Alban, c'est précisément que le « médecin d'asile » de l'ancien style n'existe plus – que l'asile n'y existe plus – et que l'administration même de l'asile est pliée et comme asservie aux exigences proprement médicales et thérapeutiques. Le psychiatre y apparaît alors dans son vrai visage, dans l'accomplissement de sa mission la plus authentique.

Ce qui importe dans l'expérience de Saint Alban c'est, davantage que l'efficacité de ses cadres, la réalisation d'une vocation. A Saint Alban, la psychiatrie apparaît dans sa signification véritable. Or l'accomplissement d'une vocation ne se mesure pas, il se juge aux qualités d'engagement de ses protagonistes, à leur authenticité. Commentant en 1952 un exposé de Tosquellès, Daumézon souligne ainsi : « Aussi bien est-il

impossible de juger de la valeur de telle ou telle tentative de psychothérapie au cours d'une simple visite. C'est en vivant la vie d'un service qu'on peut sentir le ton juste ou faux des tentatives dont il est le théâtre. De nombreux voyages à Saint Alban me permettent d'affirmer l'authenticité de l'œuvre qui y fut entreprise et qui nous a servi à tous de modèle. »¹ Et, allant dans le même sens, l'un des élèves de Daumézon, Philippe Paumelle, souligne ainsi dans un chapitre de sa thèse de médecine consacré à l'expérience : « Ce qui frappe lorsqu'on visite Saint Alban à l'heure actuelle c'est le caractère extrêmement profond des réformes opérées : rien n'y paraît artificiel, forcé, « plaqué ». On y a horreur des débats et problèmes théoriques, mais bien plutôt on y vit une expérience, avec le maximum d'objectivité. »² La manière dont Paumelle rend compte de l'expérience est au demeurant extrêmement significative. Paumelle va littéralement à la recherche de ce qui a permis à l'hôpital de résorber l'agitation de ses malades en construisant un récit fondé sur les souvenirs de ses principaux protagonistes, à l'exception des malades. Son récit est constitué autour d'« événements », organisation de l'insulinothérapie, introduction d'électrochocs, qui ont un « retentissement » sur les acteurs, en ce qu'ils leur permettent d'assimiler le trajet parcouru, et marquent ainsi une étape dans ce qui est moins la résorption de comportements indésirables qu'une mue d'ensemble des protagonistes, malades comme soignants.

Plus généralement, cette manière de qualifier l'expérience de Saint Alban recourt à une rhétorique de la subjectivité ou de la singularité, contre une rhétorique de l'universel et de l'objectivité. L'expérience et les pratiques qui y sont mises en œuvre sont fortement attachées aux personnes. Plus largement, cette qualification met également en forme leur mode de reproduction. Dans la seconde moitié des années 1940, les jeunes psychiatres qui veulent entreprendre quelque chose dans leurs services envoient leurs infirmiers se rendre compte par eux-mêmes de ce qui se fait dans l'une ou l'autre des expériences de leurs collègues. Pour autant reproduire Saint Alban ne signifie pas copier ce qui s'y fait mécaniquement en reproduisant les gestes et les comportements des protagonistes de l'expérience - je reviendrai plus loin sur certaines expériences qualifiées de « caricatures » de Saint Alban. Chaque expérience est unique et fortement déterminée par la personnalité de ses protagonistes. En ce sens une bonne expérience de psychothérapie collective est celle qui tout en reprenant éventuellement

¹ Daumézon, "Symposium sur la psychothérapie collective. Intervention de G. Daumézon", *op. cit.*

² Paumelle, *Essais de traitement collectif du quartier d'agités*, *op. cit.*, p. 72.

certains « trucs » à Saint Alban – ou ailleurs – parvient à recréer en son sein une atmosphère comparable mais nécessairement différente.

Une méthode pour créer « une vie collective utile aux malades »

Ce problème de la reproduction des expériences de psychothérapie collective est précisément au cœur d'un article que fait paraître Daumézon en 1955 sur « la vie collective du malade mental »¹. Daumézon présente son travail comme une méthode pour créer « une vie sociale utile aux malades ». La conception d'une méthode de psychothérapie collective est pourtant en un sens une vraie gageure. Comment en effet guider les soignants vers un engagement authentique dans les pratiques ? Par définition l'authenticité est en effet une qualité qui échappe à la volonté consciente : vouloir agir de manière naturelle et authentique, c'est déjà dénaturer la qualité de son engagement. Daumézon présente en fait sa démarche en trois étapes. La première est la préparation. Il faut au psychiatre comprendre « le mécanisme même de la vie de son service », et pour cela « déterminer les personnalités essentielles [du service], leur « rôle social », en inventorier les facteurs régressifs et les facteurs utiles (en général, il s'agira de éléments techniques solides : infirmiers spécialement qualifiés, techniciens de tous ordres, de l'économiste au chef jardinier) ». Daumézon attache en particulier une grande importance au rôle que jouent les uns vis à vis des autres les différents acteurs du service, infirmiers comme malades. A ce moment-là le psychiatre doit aussi s'efforcer d'influer sur l'image qu'ont de lui infirmiers et patients : il « doit faire admettre à chacun le personnage de thérapeute qu'il représente. [...] Il devra attendre d'avoir été accepté et reconnu tant par le personnel que par les autorités administratives locales, comme se préoccupant de façon exclusive du traitement des malades ». L'identité que doit avoir le psychiatre dans l'esprit de tous est donc celle d'un thérapeute désintéressé, et non plus celle d'un chef de service, supérieur hiérarchique des infirmiers et patron lointain du service. Daumézon suggère pour cela d'utiliser les techniques de choc : en introduisant les méthodes thérapeutiques nouvelles, le psychiatre montrera où se situent réellement ses intérêts.

Dans un second temps, le médecin lance ses infirmiers sur la voie de l'organisation d'activités avec les patients : « le médecin ayant choisi quelques

¹ Daumézon, G., "La vie collective du malade mental", *Encyclopédie française. XIV. La civilisation quotidienne*, Paris, 1955, pp. 7-13, dont sont tirées les citations qui suivent.

personnalités efficaces, s'efforcera de susciter en elles le désir de créer des éléments de vie sociale thérapeutique dans le service. » Pour susciter cet engagement, Daumézon suggère d'envoyer ses infirmiers à l'étranger, ou dans des services hospitaliers où une expérience de psychothérapie collective est en cours. « Au retour de ces expériences, on assistera à des tentatives variées : tel infirmier, ancien sportif tente de créer une équipe de football, de basket-ball ou de volley-ball. Tel autre, ayant découvert un « débouché » proposera l'organisation d'un atelier de poupées, d'objets de raphia, de fabrication de charpie. Tel autre « lancera » des veillées récréatives. » Dans un troisième temps, le médecin, sans lui-même s'engager directement, observe le déroulement des activités et veille à leur bon déroulement. Son rôle est, spécifiquement, de gérer et canaliser les conflits et les tensions qui surgissent au cours de ces entreprises, en organisant des réunions avec l'ensemble des parties. Daumézon souligne en particulier quelques consignes : que les activités soient ouvertes à tous les malades, et qu'elles n'en excluent pas d'emblée certains ; qu'elles aient surtout « une orientation strictement thérapeutique, subordonnant toujours toute décision au but du traitement » : « l'équipe n'est pas faite pour gagner des matches, l'atelier pour faire de beaux travaux, faciles à vendre, flatteurs à l'exposition, la veillée ne doit pas être l'occasion du « triomphe » de ses organisateurs. »

La description de Daumézon correspond à une tentative d'élaborer une démarche qui mettra les soignants dans des conditions qui leur permettront de retrouver la signification de l'expérience de Saint Alban. Elle correspond, pour reprendre les termes de Glaser et Strauss, à la création d'un contexte de conscience fermée, dans lequel le psychiatre parvient à créer chez ses soignants une illusion sur ce qu'il est et ce qu'ils font¹. Les infirmiers organisent des groupes d'activité, équipe de football, ateliers de production, où ceux-ci devront jouer des matches, produire des objets, mais ces activités visent à soigner les patients – et la qualité du soin dépend précisément de la possibilité pour les soignants d'être suffisamment détachés à l'égard des résultats de l'action. D'une certaine manière, Daumézon s'efforce de reproduire les conditions de l'expérience réformatrice des jeunes psychiatres survenue à Saint Alban, et par surcroît à l'égard de ce que les jeunes psychiatres cherchaient à obtenir.

¹ Glaser, B. et A. Strauss, "Awareness contexts and social interaction", *American sociological review*, 29, 1964, pp. 669-679.

Comme les discours sur l'expérience de Saint Alban, la description de Daumézon est également une construction discursive du psychiatre et de ses infirmiers. Précisément, cette construction correspond à l'expérience spécifique de jeunes psychiatres parisiens, parachutés par le ministère dans des hôpitaux de province parfois reculés à l'issue d'un concours, et devant faire leurs preuves sur le terrain pour se faire accepter par leurs collaborateurs. On aura l'occasion de revenir dans le prochain chapitre sur cette analyse. Avant cela, il faut poursuivre l'examen de la psychothérapie collective. Cette manière de travailler les pratiques se retrouve en effet également au niveau de techniques particulières.

Une technique à tout faire : la découverte des réunions

Après la phase de constitution du projet, immédiatement après la guerre, à la fin des années 1940, la psychothérapie collective entre dans une sorte de routine. Elle fonctionne alors comme un paradigme. Les jeunes psychiatres, puis rapidement un certain nombre de leurs collègues se lancent dans leurs services dans l'exploration systématique de toute une série de pratiques : journaux de malades¹, club sportifs², kermesses³ et bien sûr ergothérapie – de loin l'activité thérapeutique qui suscite le plus d'intérêt parmi les médecins⁴. De ces réalisations témoignent des publications abondantes, qui deviendront de plus en plus nombreuses par la suite. En 1949, l'équipe du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques décide en particulier de dédier une partie de sa revue, *l'Information psychiatrique*, à ce type de comptes rendus : à côté des informations syndicales et des articles « doctrinaux », elle publiera des textes rédigés par les psychiatres sur les problèmes qu'ils rencontrent dans l'exercice de leur métier, et de plus en plus souvent des comptes rendus d'expériences⁵. On ne peut guère

¹ Benoiston, J., *Le journal de l'hôpital psychiatrique. L'information comme moyen thérapeutique*, Thèse de médecine, Paris, 1952 ; Daumézon, G. et al., "Le journal de l'hôpital psychiatrique, instrument de psychothérapie collective", *Annales Médico-psychologiques*, II, 1948, p. 204 Voir aussi von Buelzingsloewen, "Révolution au quotidien, révolution du quotidien: les transformations de la pratique psychiatrique à l'hôpital du Vinatier dans les années cinquante", *op. cit.*

² Daumézon, G., "Le sport à l'hôpital psychiatrique", *Annales Médico-psychologiques*, II, 1949, p. 444

³ Tosquellès, F., "Symposium sur la psychothérapie collective. Intervention de Tosquellès", *Evolution psychiatrique*, 1952.

⁴ Un premier bilan dans l'après-guerre se trouve dans Koechlin, P., *Etude sur la place du travail dans la thérapie psychiatrique actuelle*, Thèse pour le doctorat en médecine, Paris, 1951

⁵ Daumézon note à cette occasion dans l'éditorial du premier numéro de l'année : « Notre programme se distingue nettement de celui des publications psychiatriques existantes. Nous désirons publier, non des articles de psychiatrie générale, de thérapeutique, de psychopathologie, mais des textes traitant des

passer en revue l'ensemble des pratiques qui sont ainsi développées par les psychiatres. Technique privilégiée pour faire vivre un collectif, le cas des réunions est toutefois intéressant. Les réunions représentent en effet l'une des innovations les plus importantes du mouvement, et elles constitueront jusqu'aux années 1980 une dimension clef du travail psychiatrique dans la suite de l'entreprise de réforme des jeunes psychiatres. A ce titre, comprendre la manière dont ceux-ci ont développé ces pratiques à la fin des années 1940 permettra de préciser certaines dimensions clef de leur projet. Pour cela, on peut s'appuyer sur deux numéros que consacre en 1949 *l'Information psychiatrique* consacre à la question, totalisant cinq contributions, qui témoignent du travail collectif qui a été accompli autour de cette pratique¹.

Organiser des réunions avec les malades et les infirmiers, séparément ou ensemble, ou encore susciter des réunions des uns et des autres en dehors de la présence des médecins, participe d'une vision du travail médical qui tranche avec les pratiques hospitalières traditionnelles. De nombreux travaux ont en effet bien mis en évidence les traits de la médecine hospitalière qui se développe dans le courant du XIX^e siècle et s'établit jusqu'à la veille de seconde guerre mondiale² : présence du médecin restreinte au lit du malade, coopération informelle entre les praticiens, importance de la hiérarchie, la relation entre le médecin et ses infirmiers étant médiatisée par le corps malade. En permettant au médecin d'avoir une présence plus importante dans son service, en obligeant à une formalisation de la coopération et en permettant la prise de parole des soignants et des malades, on voit combien les réunions marquent une rupture à l'égard de cette organisation.

En 1949, pour l'ensemble des jeunes psychiatres qui ont participé aux deux numéros de *l'Information Psychiatrique*, l'expérience est récente. Georges Daumézou dit l'avoir débutée deux ans auparavant. André Beley évoque une pratique mise en place

problèmes concrets que pose la pratique de la psychiatrie collective qui nous incombe. Notre originalité est d'être des psychiatres d'institutions et la matière de notre journal, qu'il s'agisse de textes réglementaires ou d'articles psychopathologiques, est l'exposé des problèmes de la direction d'un service psychiatrique. » Daumézou, G., "Editorial", *Information Psychiatrique*, 25, n° 1, 1949, pp. 6-7 On peut citer quelques titres d'articles qui illustrent le genre : « Réflexions sur l'alcoolisme dans une colonie familiale de femmes » (1951), « Rapport sur l'installation d'un atelier à l'intérieur d'un pavillon de l'hôpital de Maison-Blanche » (1951), « Problèmes alimentaires en psychothérapie collective » (1952) « Naissance de l'ergothérapie à l'hôpital psychiatrique Montperrin d'Aix en Provence » (1954).

¹ *Ibid.*, n° 6 et 8.

² Cf. par exemple : Rosenberg, C. E., *The care of strangers: the rise of America's hospital system*, New York, Basic Books, 1987 ; Faure, O., *Genèse de l'hôpital moderne*, Paris; Lyon, Editions du CNRS; Presses Universitaires de Lyon, 1981.

« depuis quelques années » seulement. Paul Balvet, de son côté, fait des réunions la phase ultime du développement des hôpitaux psychiatriques comme organismes sociaux vivants¹. Pourtant, dans le même temps, faire des réunions avec le personnel et les malades apparaît aux jeunes psychiatres comme une nécessité ancrée dans un habitus profond. Bonnafé explique ainsi :

Je ne peux envisager de faire œuvre utile dans un service sans réunions du personnel. Cette réflexion préalable pose sans doute le problème de la personnalité du psychiatre. Je ne pose pas en principe que l'on ne puisse faire de bonne psychiatrie sans ces réunions. Je constate seulement que, pour ma part, je me sens désarmé sans cette technique et je témoigne, sans que le cadre restreint de cette note me permette d'argumenter par l'observation détaillée de la vie du service, que celui-ci marche moins bien lorsque la pratique des réunions se relâche.²

Faire des réunions relève pour Bonnafé d'une conviction intime, liée à des éléments personnels et impossible à objectiver dans une argumentation rationnelle. Paul Balvet propose une vision qui va dans le même sens : les réunions d'équipes, dit-il, ne sont pas « le fait du psychiatre en tant qu'homme d'une pensée directrice extérieure à son objet, mais production spontanée de l'établissement au moment où (à notre insu en grande partie) il atteint un certain stade d'évolution ». D'un autre côté, les articles insistent également sur l'importance des réunions dans la constitution d'une atmosphère de coopération. Sven Follin, assistant de Paul Sivadon à Ville Evrard, analyse ainsi le sens de son expérience :

1. Avec le développement des méthodes actives de réadaptation sociale, la vie des pavillons est transformée.

Il s'agit de créer des conditions de vie telles pour le malade qu'il collabore au traitement plus qu'il ne le subit. La réussite de cet objectif serait du moins un gage essentiel de succès.

2. Il en découle pour le personnel la nécessité de réformer quelques habitudes d'autoritarisme de sectarisme étroit, de craintes d'incidents qui se produisent d'autant plus facilement que l'on accumule ostensiblement les précautions pour les éviter. En d'autres termes, il s'agit d'obtenir une collaboration du personnel et des malades à tout ce qui constitue la vie du pavillon. Un exemple : mieux qu'un malade balaie le dortoir, vaut une collectivité de malades balayant chacun sous son lit en s'arrangeant entre eux pour un roulement des différentes corvées que l'on ne peut partager.

¹ Balvet, P., "A propos des réunions d'équipe et pour prendre position", *Information Psychiatrique*, n° 8, 1949, pp. 270-274.

² Bonnafé, L., "Sur les réunions du personnel", *Information Psychiatrique*, 25, n° 8, 1949, pp. 275-279.

Il est clair que dans le premier cas et c'est la tradition, il suffit d'un ordre impératif à un malade choisi pour sa docilité naturelle.

Dans le deuxième cas, il faut une confiance réciproque et une collaboration étroite entre tous ceux qui participent à la vie du pavillon : les malades et les infirmiers qui pour la durée de leur service en sont comptables comme représentants du médecin.

3. Pour aboutir à ce résultat il est nécessaire de rompre les habitudes, d'orienter constamment l'activité de chacun, de favoriser l'exercice d'une véritable responsabilité collective.

Pour nous médecins, un premier écueil à éviter est de se laisser prendre à la routine. Ceci se traduit traditionnellement par nos plaintes sur l'inertie du personnel, voire son incapacité. Or s'il est sans doute vrai que quelques très anciens infirmiers sont encroûtés dans leurs vieilles habitudes, il n'est pas vrai que ce soit le cas de la majorité. Un très grand nombre d'infirmiers cherchent à se rendre utile et veulent sincèrement sortir de leur situation de gardes chiourmes. Il nous appartient d'élever en même temps que leur qualification technique leur responsabilité et leur conscience de l'importance du rôle que nous leur demandons de jouer.¹

Pour les psychiatres, la pratique des réunions permet ainsi de réaliser une rupture à l'égard de la tradition, d'assouplir la hiérarchie des rapports entre les intervenants du service. Follin note en conclusion de son article que les réunions contribuent à l'« exercice de l'essentiel de notre profession, être moins médecin chef que médecin responsable ». La réunion, on le voit, apparaît comme un principe abstrait, et, à la limite, idéologique, dans le sens où il véhicule certaines des valeurs du groupe et qu'il introduit une distorsion par rapport à la réalité. Le concept de réunion permet de qualifier un style de relation sociale².

En ce sens, les expériences que décrivent les articles font apparaître la réunion comme une pratique polymorphe, relevant d'enjeux relativement divers. Un certain nombre d'expériences sont ainsi mises en place pour traiter publiquement, et en collaboration avec les principaux intéressés, malades et infirmiers, les problèmes pratiques de l'organisation du service, tels que l'organisation du tour de garde des

¹ Follin, S., "Les réunions du personnel", *Information Psychiatrique*, n° 6, 1949, p. 222.

² De ce point de vue elles tranchent avec l'introduction de mode de travail plus coopératif dans d'autres parties de la médecine, comme dans le cas de la médecine de la douleur étudié par Isabelle Baszanger. Baszanger, I., *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Le Seuil, 1995 Pour une analyse ethnographique proche de ces analyses, voir Ogien, A., "Le travail en équipe: l'imposition de la collégialité dans l'exercice de la psychiatrie", *Sciences sociales et santé*, 5, n° 2, 1987, pp. 61-84.

infirmiers, celle de certaines tâches qui peuvent être confiées aux malades. La pratique s'inspire ici plus ou moins directement des comités d'entreprise, créés quelques années auparavant. Un second type de réunions est utilisé pour discuter des cas en traitement avec les infirmiers. Elles ont alors une visée planificatrice, elles permettent d'établir et de surveiller des plans thérapeutiques. Pour d'autres, les expériences s'inscrivent dans une visée pédagogique, dans le cadre de la formation des infirmiers médicaux. Dans certaines expériences, les réunions sont plus directement liées à l'organisation des activités de psychothérapie collective. Dans le service de Daumézon, les réunions servent à organiser l'emploi du temps des malades. Elles ont lieu autour d'un tableau, où, en face du nom de chaque malade, sont inscrits son travail, ses responsabilités, ses loisirs et le régime de sortie auquel il a droit. La réunion permet d'examiner la situation de chacun, et en particulier des entrants et des inactifs. Dans ce dispositif, c'est la tenue du tableau qui oblige à la réunion. A un niveau plus informel encore, les réunions participent à la limite d'une expérience liminale du social. L'expérience rapportée par Bonnafé est ici très significative :

La pratique des réunions de personnel et les aspirations à une « action de groupe » sur les malade m'ont peu à peu conduit à généraliser dans mes propres méthodes de travail, une manière de faire dont l'efficacité est absolument constante et que je m'efforce de systématiser de plus en plus en fonction des résultats obtenus. Passant dans le service je m'efforce de cristalliser des groupes où je laisse et fais parler malades et infirmières. Tout personnage présent, interne, surveillante, visiteur de passage même a son rôle à jouer qui se définit par l'action qui se déroule, le « jeu » qui se joue. J'entends bien que chacun de nous connaît par la pratique de telles modalités d'action, mais je parle d'une exploitation systématique, généralisée, soutenue par tout ce que peut nous apporter la culture moderne quant à la connaissance du jeu des symboles et des champs de significations.¹

Dans cette expérience, les réunions renvoient en réalité à un niveau de sociabilité élémentaire au sein du service. La pratique des réunions participe avant tout d'une prise de conscience par les psychiatres des rapports sociaux dans lesquels ils s'engagent avec leurs collaborateurs et les malades. Les analyses de Bonnafé permettent de préciser les choses. Bonnafé rappelle qu'il a commencé à faire des réunions avec ses infirmiers et ses malades dès son internat : « L'une des sources principales de mon intérêt pour la

¹ Bonnafé, "Sur les réunions du personnel", *op. cit.*

méthode est la conscience que j'ai d'avoir, au cours de mon internat, acquis par la pratique d'entretiens prolongés avec les infirmiers des vues assez nouvelles sur la vie du service. » Parler aux infirmier lui donne en effet une nouvelle « vision du malade » : d'un côté, en positif, le malade apparaît de façon plus « humaine », les infirmiers véhiculent « une représentation de « M. X. » hospitalisé au pavillon Y qui complète fort heureusement et même rectifie ce que peut avoir d'artificiel la notion du « schizophrène X » vu dans une perspective forcément trop contaminée par les schémas nosographiques » ; de l'autre, en négatif, il prend également conscience de la distorsion qu'introduit l'infirmier comme intermédiaire dans la relation du psychiatre avec le patient. La méthode prend néanmoins un caractère tout à fait nouveau lorsque Bonnafé prend connaissance des travaux du mouvement de psychothérapie de groupe :

Lorsque, à partir de 1944, nous avons eu connaissance des expériences de thérapie de groupe réalisées ailleurs, j'ai pu constater combien l'expérience des réunions de personnel dont j'avais la pratique était comparable à celle du maniement thérapeutique des groupes de malades. Et ce n'est sans doute pas un hasard que j'aie pu songer à des psychothérapies qui soient littéralement « de groupe » en partant de réflexions sur les réunions de personnel, alors que les techniques de psychothérapie collective qui m'avaient d'abord retenu étaient assez différentes, se situant bien plus sur le plan d'une action sur la collectivité (thérapies sociales proprement dites) que sur le plan d'une action sur la collectivité (thérapies individuelles utilisant des moyens collectifs dirait Daumézou).¹

Confirmant son engagement dans la pratique des réunions, la psychothérapie de groupe permet à Bonnafé de voir ce qui y est véritablement en jeu : un maniement du groupe des infirmiers et des malades qui permet d'agir sur la pathologie. Elle fonctionne alors comme une sorte de révélation, qui souligne l'intérêt de ces pratiques, et confirme l'engagement du psychiatre. Plus encore, la psychothérapie de groupe permet de *voir* les réunions comme enjeu du travail psychiatrique.

Plus profondément, comme l'expérience de Saint Alban, les réunions sont qualifiées non pas dans un registre d'efficacité, de rendement, mais au niveau d'un engagement personnel non objectivable. Elles reposent sur un registre de qualification personnelle des pratiques. Cette approche se retrouve également dans les autres pratiques. Dans une thèse consacrée au travail thérapeutique, un élève de Daumézou

¹ *Ibid.*

note ainsi que contrairement aux thérapeutiques biologique, le travail thérapeutique ne peut pas reposer sur des prescriptions précises et unilatérales : « Il demande une participation active et personnelle du sujet, ses effets ne peuvent pas être mesurés : ils ne sont pas fonction de la quantité de travail à fournir, ni du rendement, ni même du type de travail »¹. Le travail thérapeutique ne peut s'évaluer que dans la manière dont les personnes s'y engagent. Les pratiques qui constituent la psychothérapie collective sont ainsi caractérisées à partir de la manière dont elles réalisent une vocation première. Pour compléter cette analyse, on peut examiner pour finir la manière dont certaines expériences voisines de celles des jeunes psychiatres

« Caricatures » de la psychothérapie collective et expériences déviantes

Au-delà du petit groupe des jeunes psychiatres et de leurs élèves, l'intérêt pour les approches qu'ils développent dans la psychothérapie collective touche également d'autres psychiatres qui ont observé leurs activités, ont commencé à s'y intéresser, et se sont engagés eux-mêmes dans le développement de dispositifs de sociothérapie plus ou moins proche de ceux des jeunes psychiatres. Si dans beaucoup de cas, surtout à partir des années 1950, leur travail contribuera au corpus des travaux de psychothérapie collective, dans certains cas toutefois ces expériences ne parviennent pas à s'inscrire dans le cadre du mouvement des jeunes psychiatres. En 1952, Daumézon et Koechlin notent ainsi : « A la suite de publications de ces expériences, un certain nombre de collègues ont, à leur tour, créé des ateliers ou des formations diverses à tendance sociothérapique. Il est juste de signaler la réussite de certains, comme d'indiquer aussi que bien d'autres se sont livrés à des imitations formelles, sans doctrine et sans direction réfléchie. Une naïve caricature en fut même donnée, qui fournit l'occasion à l'un de nous de préciser que le rôle du médecin n'est pas celui d'un maire de village désireux d'étayer sa popularité par la prospérité de ses bals ou de ses voyages organisés. »² La critique de certaines expériences que les jeunes psychiatres considèrent comme de

¹ Koechlin, *Etude sur la place du travail dans la thérapeutique psychiatrique actuelle*, op. cit.

² Daumézon et Koechlin, "La psychothérapie institutionnelle contemporaine", op. cit., p. 280.

« naïves caricatures » est particulièrement significative¹. L'idée de caricature évoque une dénaturation du projet dans ce qui est une pâle copie, un simulacre ou un succédané de l'original, qui ne parvient qu'à le reproduire que de manière superficielle sans toucher à sa signification profonde, en présentant du même coup une face ridicule. Ce qui est visé par cette critique, ce sont des psychiatres qui, au contraire des psychiatres biologistes, partagent une vision de la psychiatrie proche de celles des jeunes psychiatres sans toutefois parvenir à s'inscrire dans leur projet, et sont par là directement en concurrence avec eux. Je voudrais revenir ici sur deux de ces expériences.

L'une d'entre elle aura une place importante dans la psychiatrie française dans les années 1950, celle de Henri Ueberschlag. D'origine alsacienne, reçu au concours du médecin en 1939 sans être passé par un internat parisien, Ueberschlag est nommé pendant la guerre à l'hôpital psychiatrique de Lannemezan, dans les Hautes-Pyrénées, l'un des deux seuls établissements construits dans les années 1930, et qui a ouvert en 1937. Il en prend la direction administrative en 1948 et y développe dès lors une expérience qui ressemble fort à la psychothérapie collective, sans toutefois s'inscrire nettement dans le cadre du mouvement des jeunes psychiatres. Le travail d'Ueberschlag suscite d'emblée la circonspection des jeunes psychiatres, et rapidement s'attire de vives critiques. En 1954, une vive controverse éclate lorsque l'on découvre² qu'il a fait installer une « salle de police » dans l'établissement, destinée à mettre en scène la punition des malades ayant perturbé l'ordre de l'établissement de la visite. Les jeunes psychiatres montent au créneau, et un débat s'engage dans les revues professionnelles, qui dure jusqu'en 1956³. Ce parfum de controverse qui l'entoure n'empêche pas toutefois Ueberschlag de faire avancer son entreprise, qui dans le courant des années

¹ C'est aussi le terme qu'utilise dans ses souvenirs Jean Ayme pour caractériser l'expérience d'Henri Ueberschlag à Lannemezan : Ayme, J., *Chroniques de la psychiatrie publique à travers l'histoire d'un syndicat*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 1995, p. 121.

² A l'occasion de la visite de son établissement en marge du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française.

³ Dans les *Annales Médico-Psychologiques* tout d'abord : Daumézon, G., "Le médecin ne peut punir", *Annales Médico-psychologiques*, II, 1954, p. 231 ; Ueberschlag, H., "Le problème de la sanction en psychiatrie hospitalière par M. G. Daumézon", *Annales Médico-psychologiques*, I, 1955 ; puis dans *l'Information psychiatrique* : Follin, S. et C. Balier, "Le médecin n'est pas un juge mais un psychothérapeute", *Information Psychiatrique*, n° 10, 1954, p. 405 ; Ueberschlag, H., "Peut-on prendre des sanctions à l'égard d'un malade mental hospitalisé", *Information Psychiatrique*, n° 7, 1954, p. 262. Le point d'orgue de la controverse a été un numéro spécial de *l'Information psychiatrique* en 1956 : "Controverse autour de l'attitude rétributive en psychiatrie hospitalière", *Information Psychiatrique*, 32, n° 6, 1956.

1950 lui donne en effet une notoriété et une reconnaissance sociale que n'ont pas la plupart de ses collègues. Il publie de nombreux articles de portée générale dans des revues diverses et son initiative est bien accueillie de la part de l'administration. Bien noté, il est fait chevalier de la Légion d'Honneur en 1954, et est nommé en 1955 à la Commission des maladies mentales du Ministère de la santé. Il est par exemple pris pour modèle par l'écrivain Jacques Borel dans un roman en partie autobiographique, *l'Adoration*, lauréat du prix Goncourt 1965¹. Cette notoriété n'est au demeurant pas pour rien dans la défiance que lui vouent ses collègues.

Henri Ueberschlag parvient ainsi à développer une entreprise parallèle à celle des jeunes psychiatres, avec un certain succès. Une autre expérience, moins heureuse celle-ci, mais peut-être plus significative du climat de l'immédiate après-guerre, est celle que développe Agnès Masson. Née Agnès Chiarli en 1900, ancienne interne de l'asile de Saint-Ylie, près de Dôle dans le Jura, elle soutient en 1929 à Lyon une thèse de médecine sur une technique de protéinothérapie². Elle fait jusqu'en 1933 plusieurs communications à la Société médico-psychologique sur les techniques biologiques avec son patron à Saint Ylie, Desruelles. Admise au concours du médicament des asiles en 1933, elle est nommée médecin directeur à Saint Alban, où elle précède Balvet, puis médecin-chef à Limoges et, en 1944, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique de Châlons-sur-Marne. Elle publie en 1935 une étude sur le travestissement, préfacée par Maxime Laignel-Lavastine, professeur à la faculté de médecine de Paris et futur titulaire de la chaire de clinique des maladies mentales et de l'encéphale³, et en 1936 elle est élue membre correspondant de la Société médico-psychologique, où elle fait encore une communication en 1939 sur un cas de travestissement. Outre ses engagements professionnels, elle est également militante à la SFIO, élue dans l'après-guerre au conseil municipal de Châlons-sur-Marne. Elle publiera une brochure sur Jaurès pour le cercle Jean Jaurès et deux études pour la Fédération nationale des élus socialistes municipaux et cantonaux sur la protection maternelle et infantile et sur les problèmes de la reconstruction. Elle obtient également de Suzanne Lacore, l'une des quatre ministres femmes du gouvernement Blum en 1936, une préface à l'ouvrage qu'elle publie en

¹ Cette information m'a été donnée par Jacques Postel.

² Chiarli, A., *Contribution à l'étude de la protéinothérapie. L'Autohémothérapie citratée dans le traitement des maladies mentales*, Thèse de médecine, Lyon, 1929.

³ Masson, A., *Le Travestissement, essai de psycho-pathologie sexuelle. Préface du professeur Laignel-Lavastine*, Paris, Éditions Hippocrate, 1935.

1948 sur l'assistance psychiatrique – préface dans laquelle S. Lacore note qu'elle a été à Saint Alban la première femme médecin-directeur d'un hôpital psychiatrique en France.

Dans le récit qu'il consacre dans sa thèse à l'expérience de St Alban, Philippe Paumelle donne quelques indications sur le passage qu'y fait Agnès Masson. Il rapporte qu'elle a assuré la modernisation de l'établissement, amenant l'eau courante et l'électricité, dont jusque là il était dépourvu, et engageant un certain nombre de travaux. Elle introduit par ailleurs certaines techniques de choc, et régleme l'usage des camisoles. Mais Paumelle note, dans un commentaire laconique qui est toutefois peut-être inspiré par la suite de la carrière de Masson, que son passage laisse « un souvenir impérissable mais partiel, semble-t-il, dans l'esprit des sœurs et du personnel », qui lui auraient reproché son peu d'engagement dans la vie de ses services¹. C'est toutefois après la guerre qu'elle se lance dans une entreprise plus ambitieuse. En 1944, alors qu'elle est médecin-directeur de l'hôpital de Châlons-sur-Marne, elle commence une expérience de réorganisation de la vie sociale de son établissement, mais aussi une carrière d'entrepreneur en réforme. L'expérience semble rencontrer certain écho dans la presse, jusqu'à l'étranger, au point de gagner le titre d' « expérience de Châlons-sur-Marne », et de 1948 à 1952, elle publie plusieurs articles dans des revues psychiatriques, parmi lesquels plusieurs communications à la Société médico-psychologique, tandis que deux de ces articles paraissent en encart dans *l'Information psychiatrique*. Certains de ces articles sont réunis dès 1948 dans un ouvrage publié à Châlons-sur-Marne². En 1952 elle lance une revue : *L'assistance psychiatrique*, éditée à Paris, qui toutefois ne paraît avoir que deux numéros³. Destinée à faire passer les idées de réforme de sa secrétaire, la revue reproduit une documentation sur des expériences en cours. On y trouve ainsi des articles sur des expériences françaises – et notamment plusieurs articles sur l'expérience d'Ueberschlag – des extraits de journaux d'hôpitaux, et, dans le premier numéro une imposante bibliographie, couvrant la période 1944-1950. Outre ces diverses publications, Masson fait également à la Société médico-

¹ Dans les entretiens qu'il a donné à Fourquet et Murard en 1975, Bonnafé raconte aussi que Masson – qu'il cite comme « ce personnage étonnant qui avait précédé Balvet » - « avait acheté une des autochenilles de la croisière jaune ou noire de la maison Citroën pour pouvoir aller chercher les malades » en hiver dans les montagnes autour de Saint Alban. Fourquet et Murard, *Histoire de la psychiatrie de secteur, op. cit.*, p. 69.

² Masson, A., *L'Assistance psychiatrique nouvelle. Préface de Suzanne Lacore*, Châlons, Éditions champenoises, 1948.

³ *L'Assistance psychiatrique. Sociothérapie, ergothérapie, ludothérapie. Revue psychiatrique*, oct. 1952-janv./avr. 1953, éditée chez Le François.

psychologique des communications de portée plus générale sur « le critérium médico-social de guérison des aliénés » ou sur « les séquelles des états réactionnels ».

Pour Masson, le point de départ de son entreprise est une définition de « l'aliéné » comme « devenu étranger à la société parce que celle-ci n'a pas bien su le comprendre dans des circonstances déterminées ou pour tout autre raison » : « l'aliéné est un désaxé. Il faut le remettre dans l'axe d'une vie normale, en utilisant ce qui est encore utilisable chez lui, en l'entraînant à dominer ce qui est extrasocial », ou encore : « il faut lui réapprendre à vivre », et :

Il faut lui faire oublier sa maladie. Et pour cela – je vais encore écrire des choses iconoclastes – il faut faire machine arrière vis-à-vis de certains progrès de l'assistance psychiatrique. En effet, tendait à prévaloir il y a quelque temps, du moins sur le papier parce que les circonstances matérielles et budgétaires n'en permettaient pas généralement la réalisation, la tendance à considérer que les hôpitaux devaient se présenter avec la majesté de « vrais hôpitaux », avec des services au personnel stylé et très nombreux aux formalités multiples et impeccables. En somme de quoi devenir malade si on ne l'était pas, aussi loin de la vie que possible ; le culte de la maladie. Cette conception oublie que l'ambiance culte de la maladie si utile chez le malade physique pour lui donner confiance dans la guérison, est nuisible chez le malade mental. Car que faut-il pour aider le malade mental à sortir de sa maladie ? Il faut la lui faire oublier.

Pour faire oublier sa maladie au malade, il faut donc éviter de le plonger dans un milieu qui lui rappelle qu'il est pris en charge par la psychiatrie. Contre une vision technicienne de la psychiatrie, une dimension importante du projet de Masson passe ainsi par une valorisation de la perspective profane sur la maladie mentale. D'un autre côté cette approche permet de situer le problème de la psychiatrie dans un horizon plus large :

Je bannis délibérément de cette note tout langage technique ou même tout langage psychiatrique qui ne soit courant et universellement accepté. Je n'envisage, en effet, ici que le côté humain et non le côté « scientifique » de l'assistance psychiatrique, côté humain qui peut et doit se décrire en mots courants, accessibles à des profanes ou à des semi-profanes, et sans lequel cependant le côté scientifique est plus ou moins inopérant (c'est ce côté qui fait la différence de rendement thérapeutique entre deux services différents par l'installation matérielle et son influence sur le psychisme et aussi entre deux médecins ayant des connaissances scientifiques sensiblement égales). D'autre part on ne pourrait comparer les données humaines du problème de l'assistance psychiatrique avec les données humaines d'autres problèmes qui ont cependant certains côtés comparables, si l'on n'adoptait pas le même langage.

Une autre dimension du projet est son insistance sur la nécessité de permettre dans la mesure du possible aux malades de « vivre sans aucune surveillance », le plus librement possible à l'intérieur de l'établissement. De manière générale Masson recommande aux psychiatres de travailler avec un personnel peu nombreux : « S'il est trop nombreux, il aura tendance à diminuer encore davantage l'initiative des malades, qu'il doit au contraire essayer de susciter en vue de multiples tâches qui sont habituellement confiées au personnel. » Comme Daumézon, Masson donne également des consignes pour les différents moments de la vie à l'hôpital psychiatrique : à partir de l'admission, où « le malade ne doit être ni bousculé ni intimidé », puis pour la conduite de la vie sociale de l'établissement :

Autant un hôpital ordinaire doit inspirer la tranquillité et le repos, autant un hôpital psychiatrique doit être vivant, animé, plus semblable à un petit village qu'à un hôpital (un observateur inintelligent pourra voir du désordre là où il n'y a que la vie, une insuffisance d'organisation là où on a brisé volontairement les cadres d'une organisation routinière et stérilisante).

Dans l'analyse qu'elle fait de son expérience, Masson insiste également sur la nécessité pour le psychiatre de développer une implication personnelle, une proximité avec ses patients. Dans une communication de 1952 à la Société médico-psychologique, elle souligne en particulier l'importance d'instaurer un rapport de familiarité avec les patients, en créant une « atmosphère de famille » et en n'hésitant pas même à employer leurs manières de parler. Elle donne ainsi un exemple :

Il est évident que pour un ouvrier habitué au langage rude de l'usine ou du chantier, la phrase : « comment allez-vous monsieur ? » n'aura que peu de retentissement, ou que même elle déclenchera une réaction d'hostilité violente et nuisible. Tandis que la phrase : « Alors ça va mon gars ? » ou « Ça ne gaze pas, qu'est-ce qu'il y a ? » accompagnée d'un geste familier remplira ses yeux de joie et fera battre son cœur.¹

Au fondement de son engagement, Masson souligne par ailleurs l'importance de la guerre. Si les pratiques qu'elle défend ont existé de tout temps, dit-elle, « c'est l'expérience de la guerre qui nous a permis d'en saisir la vérité profonde ». C'est en

¹ Masson, A., "Les éléments du contact de l'aliéniste des services publics avec ses malades", *Annales Médico-psychologiques*, I, n° 242-247, 1952.

particulier la découverte des déportés de retour des camps qui a été pour elle une révélation, révélation qu'elle cultive dans plusieurs articles, à partir des écrits de David Rousset et de Louis Martin-Chauffier¹ :

Ceux qui ont été en contact avec les prisonniers et les déportés ont été frappés par le récit que ces derniers ont pu leur faire de leurs souffrances morales et par la description de cette usure lente à laquelle ils avaient parfois craint de succomber moralement. Les circonstances nées de la guerre ont montré ce que peuvent détruire – ou étouffer momentanément – dans la personnalité humaine, la terreur, la brutalité, l'asservissement, la misère physique, le dépaysement et l'éloignement du milieu habituel. Certains prisonniers ou déportés sincères ont pu parler du sentiment d'avilissement qu'ils éprouvaient devant des défaillances morales, inévitables dans une vaste collectivité. Si l'on a eu le courage de regarder nos services, - même les mieux tenus – à la lumière de ces impressions et des réflexions qu'elles ont pu susciter, l'on s'est aperçu que des éléments de démoralisation et de destruction de la personnalité humaine pouvaient se retrouver dans une certaine conception traditionnelle de la vie d'asile.²

La comparaison avec les camps de concentration est utilisée dans une dimension clinique pour mettre en évidence ce qui est presque un syndrome de l'interné. On peut noter tout de suite qu'elle tranche avec certains usages qui sera fait de la même comparaison par les jeunes psychiatres puis leurs épigones, soit pour mettre en évidence la structure des rapports de pouvoir dans les établissements psychiatriques – et je reviendrai sur ce point dans la deuxième partie du chapitre -, soit pour dénoncer, surtout à partir des années 1960 et 1970, le caractère organisé de l'oppression des malades mentaux dans les sociétés contemporaines.

Plusieurs des ingrédients de la démarche des jeunes psychiatres se retrouvent ainsi dans le projet d'Agnès Masson : l'importance de la guerre, donc, et la comparaison avec les camps de concentration, l'insistance sur la « vie sociale » en général et sur le rôle des activités ludiques dans le traitement des malades, la critique de l'administration. Malgré cela, l'entreprise de Masson ne suscite guère l'enthousiasme des jeunes psychiatres, au contraire – et c'est probablement à elle que fait allusion la remarque de Daumézon et Koechlin que j'ai citée plus haut. Si en effet l'expérience ne suscite pas la controverse au même point que celle d'Ueberschlag, une confrontation a

¹ Martin-Chauffier, L., *L'homme et la bête*, Paris, Gallimard, 1947 ; Rousset, D., *L'Univers concentrationnaire*, Paris, Editions du Pavois, 1946 ; Idem, *Les Jours de notre mort*, Paris, Editions du Pavois, 1947.

² Masson, A., "La vie sociale des malades à l'hôpital psychiatrique: l'expérience de Châlons-sur-Marne", *Annales Médico-psychologiques*, I, 1948, p. 342.

néanmoins lieu en 1948 à la Société médico-psychologique. A l'issue d'une communication de Masson, Daumézon intervient brutalement pour marquer sa désapprobation¹ : « Les difficultés soulevées par des initiatives de cet ordre se rencontrent de tout temps. Esquirol a condamné le théâtre de Sade à Charenton, Parchappe le journal de l'asile d'Edimbourg. Mais ces condamnations naissent lorsque le but thérapeutiques des initiatives de vie collective n'est pas suffisamment évident. » Et, après avoir rappelé les idées forces de sa psychothérapie collective, il conclut : « C'est en publiant les fondements les mécanismes de notre action que nous éviterons de voir confondre celle-ci avec un vulgaire désir de propagande personnelle. » A tout le moins, les jeunes psychiatres ne reconnaissent pas dans le projet de Masson une proximité avec leur propre entreprise. La critique de la pauvreté théorique du projet touche au reste un point sensible. Commentant dans son ouvrage, publié quelques mois plus tard, la remarque de Daumézon, Masson est obligée de convenir des limites de sa démarche « scientifique », et elle signale au demeurant que les jeunes psychiatres n'ont peut-être pas été les seuls à le lui reprocher :

Certes les faits l'ont montré depuis, il aurait mieux valu que je fasse connaître plus tôt dans un exposé scientifique, les résultats déjà obtenus. Mais – tout orfèvre aime son métier et vise à la perfection – je trouvais que mon programme n'était pas complètement réalisé et qu'un ou deux ans de plus auraient permis de parachever « l'expérience de Châlons » donnant leur plein rendement à certains éléments et en permettant la réalisation matérielle d'autres éléments, retardés par les conditions de la vie d'alors. L'incompréhension administrative ne l'a pas voulu. Châlons qui était en train de devenir un modèle en France est en train de redevenir un asile comme tous les autres. Mais l'étincelle ne mourra pas. Je l'ai écrit et répété ailleurs : lorsque la vérité est en marche, rien ne peut l'arrêter, elle finit tôt ou tard par s'imposer. Et le mouvement se prouve aussi bien en reculant qu'en avançant.

De fait c'est du côté de l'administration qu'un certain nombre de difficultés sur sa route sont venues. A partir de 1948, la carrière de Masson est en effet des plus chaotique. D'après l'introduction de son ouvrage de 1948, elle obtient du ministre, Pierre Schneider – son « compatriote » élu de la Marne, et ministre de la santé de juillet 1948 à août 1951 – une disponibilité « pour que je puisse défendre librement ces idées » - celles de la réforme des hôpitaux psychiatriques. Le *Journal officiel* suggère toutefois

¹ *Ibid.*

une autre version, plus heurtée : elle est en effet suspendue dans ses fonctions en juillet 1947 avant d'être en décembre suivant déplacée d'office, et nommée en janvier médecin chef à Saint Venant, dans le Pas-de-Calais. La sanction est grave, et elle explique sans doute une partie des réactions de ses collègues. La critique que lui fait Daumézon en 1948 est ainsi peut-être une manière de se désolidariser de sa collègue tandis que pour une part son ouvrage de 1948 apparaît comme une tentative de justification. Elle ne reste cependant pas longtemps à son nouveau poste, puisqu'elle est deux ans plus tard, en août 1950, à nouveau mise en disponibilité, cette fois à sa demande, pour être réintégrée en février 1951, affectée à titre intérimaire à Sotteville, près de Rouen, avant d'être nommée définitivement à Alençon. En mai 1952, elle est à nouveau suspendue de ses fonctions, et mise en disponibilité d'office à compter de juin 1952. Elle est toutefois rapidement réintégrée – en mai 1953 – et affectée à l'hôpital psychiatrique de Cadillac, dans la Gironde, où elle reste jusqu'en 1955, date à laquelle elle semble quitter définitivement le cadre. Les raisons de ces déboires ne transparaissent pas dans les documents que j'ai consultés, mais la lourdeur et l'accumulation des sanctions trahissent à tout le moins des relations difficiles avec sa hiérarchie.

Mais, plus généralement, l'expérience d'Agnès Masson est de toute évidence un raté. Elle n'est pas parvenue à créer un sens autour de son engagement, à faire accepter l'authenticité de son expérience et à l'inscrire durablement dans le monde de la psychothérapie collective. Son engagement réformateur ne l'a pas conduite à créer un mouvement, mais au contraire l'a conduite à sur une ligne déviante, d'autant plus significative qu'elle avait commencé brillamment sa carrière. Et c'est bien les pratiques qu'elle a développées dans son hôpital qui paraissent avoir précipité sa perte.

1.3. Des guérisons individuelles et collectives. Le travail psychiatrique dans la psychothérapie collective

Cette manière de faire émerger et de qualifier les pratiques psychiatriques dans le monde de la psychothérapie collective correspond plus généralement à une forme de compréhension du travail psychiatrique, que je voudrais essayer de préciser maintenant. Je l'ai évoqué dans le chapitre précédent, c'est autour de la notion d'adaptation que les jeunes psychiatres conçoivent le sens de leur intervention. La pathologie mentale leur

apparaît de façon très générale comme une pathologie de l'adaptation, le travail psychiatrique ayant pour but de faire retrouver au patient une adaptation correcte au monde qui l'entoure¹. A l'intérieur de ce cadre d'ensemble, on peut de toute évidence mettre en évidence des variations ou des différences, parfois importantes, entre les conceptions portées par les jeunes psychiatres, qui peuvent se référer à des notions telles que la régression, le conflit ou encore la dissolution. De façon générale, la vision de la réadaptation portée dans les textes de la fin des années 1940 correspond à une vision de la maladie mentale qui, comme l'a observé Alain Ehrenberg mêle le conflit et le déficit² : réadapter c'est mettre un terme aux conflits auxquels fait face la personne aussi bien que combler un déficit.

Malgré ces fluctuations, les jeunes psychiatres se rejoignent toutefois dans une vision par étape du traitement de la maladie mentale, inscrite dans le temps et supposant du psychiatre un engagement continu sur une période longue³. Les articles des jeunes psychiatres explicitant les principes de traitement mis en œuvre dans leurs services – réorganisés, donc, dans la perspective de la psychothérapie collective – illustrent bien ce point⁴. Le traitement est généralement découpé en trois grands moments. Dans un premier temps, il faut parvenir à faire sortir le malade de « l'autisme » qui le caractérise lorsqu'il est admis dans le service, soit l'intéresser, réaliser son « accrochage » : « Devant le malade ahuri par son brusque passage du monde libre au monde asilaire, la première tâche est de l'intégrer à un groupe, de l'intéresser, de le compromettre » écrivent Daumézon et Koechlin⁵. Sivadon de son côté parle « d'offrir au malade un milieu de vie artificiellement conditionné, qui lui permette une adaptation par le moyen de structures archaïques de sa personnalité, structures anciennement acquises et donc plus solides » et de « reprise de contact avec le milieu ». Pour cela il s'agit de proposer au malade une possibilité de « contact » dans le service, après avoir éventuellement mis en place les traitements physiques qui faciliteront le processus. Dans un deuxième

¹ Voir en particulier le dossier réuni par la revue *Réadaptation* en 1956, "La réadaptation des malades mentaux", *Réadaptation*, n° 34, 1956 – et notamment l'article de Henri Ey : Ey, H., "La maladie mentale, maladie de l'adaptation sociale", *Réadaptation*, n° 34, 1956, pp. 8-19.

² Ehrenberg, A., *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob, 1998.

³ Une synthèse se trouve dans Koechlin, *Etude sur la place du travail dans la thérapie psychiatrique actuelle*, *op. cit.*

⁴ Voir Daumézon et Koechlin, "La psychothérapie institutionnelle contemporaine", pp. 287-288 ; Daumézon, G., "La réadaptation en milieu hospitalier", *Réadaptation*, n° 34, 1956 ; Sivadon, P., "Une réalisation d'assistance psychiatrique hospitalière: le CTRS de Ville Evrard", *Annales Médico-psychologiques*, II, n° 3, 1952, pp. 329-367, pp. 337-338.

⁵ Daumézon et Koechlin, "La psychothérapie institutionnelle contemporaine", *op. cit.*

temps, une fois cet accrochage réalisé, il s'agit de s'efforcer de développer les capacités sociales du malade, en l'amenant à s'engager dans des activités de plus en plus larges : « C'est alors que des tâches prendront un sens, dans un groupe déterminé, que des responsabilités pourront être assumées » notent Daumézon et Koechlin. Le troisième temps, le temps de la « résolution » et de la « réadaptation sociale », ou encore de la pérennisation des capacités adaptatives des patients, leur permettra de quitter le monde psychiatrique et reprendre une vie autonome.

Au-delà de la vision stylisée que renvoient les psychiatres lorsqu'ils cherchent à énoncer les « positions doctrinales » ou plus généralement la théorie qui guide leur action, on peut saisir plus finement la manière dont les psychiatres construisent leurs interventions à l'aide des cas cliniques publiés dans la littérature. Se présentant comme une reconstruction du cours de la maladie, ces derniers réalisent en effet une contextualisation de la manière dont les psychiatres considèrent la maladie et le travail psychiatrique en donnant à voir la construction qu'ils font des patients et des soignants comme acteurs. Les cas publiés dans le cadre du travail des jeunes psychiatres sur la psychothérapie collective sont en fait peu nombreux, mais trois longs cas que fait paraître en 1952 Daumézon pour démontrer l' « action individuelle de la psychothérapie collective ». Ils suffiront pour mon objectif¹, comprendre plus précisément la manière dont les jeunes psychiatres mobilisent des techniques qui ne sont pas centrales dans le monde qu'ils essaient de faire émerger mais qui sont néanmoins importantes pour eux, et en particulier les techniques de choc. On tend en général à mettre ces techniques en opposition avec les techniques de psychothérapie, mais dans les faits le problème se pose moins en termes de l'efficacité relative des différentes techniques auxquels peuvent avoir recours les psychiatres qu'en termes du sens qu'une conception du travail psychiatrique leur accorde. Plus spécifiquement une grande partie du travail des jeunes psychiatres sur leurs pratiques découlent en fait et s'insère dans une conception générale des notions de thérapeutique et de guérison. Pour comprendre ce point, il faut toutefois d'abord revenir en amont, sur la conception qui émerge à partir de la fin des années 1930 du mécanisme des techniques de choc en termes, précisément, de choc.

¹ Daumézon, G., "Action individuelle de la psychothérapie collective", *Evolution Psychiatrique*, n° 3, 1952, pp. 475-506. D'autres cas paraissent dans les thèses de médecine inspirées par les jeunes psychiatres.

Le choc comme technique

L'idée que l'on peut caractériser par le choc l'ensemble des techniques thérapeutiques qui s'élaborent dans le courant des années 1930, de la cure insulinique aux électrochocs en passant par la cardiazolthérapie et les méthodes pyrétothérapeutiques, est peut-être moins évidente qu'il n'y paraît¹. En France, elle s'impose notamment avec le travail de Henri Claude, titulaire de la chaire de Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale de la Faculté de médecine de Paris jusqu'à la veille de la guerre. L'ouvrage qu'il consacre en 1940, en collaboration avec Pierre Rubenovitch, à l'ensemble de ces méthodes, et qui est également le premier ouvrage de synthèse sur la question, est sans doute l'une des tentatives les plus systématiques pour élaborer une conception globale de leur mode opératoire en l'articulant à une vision cohérente de la maladie mentale². Initialement, en effet, c'est l'empirisme qui domine. Si l'on en croit les récits rapportés dans la littérature, les praticiens à l'origine des différentes méthodes sont mus par des hypothèses variées. La malariathérapie proposée par Wagner-Jauregg après la première guerre mondiale, qui repose sur l'inoculation au patient de la malaria afin de susciter des crises pyrétiques, s'appuie sur l'observation de l'effet bénéfique des états fébriles sur les troubles mentaux. Elle est d'abord destinée à la paralysie générale, avant d'être ensuite appliquée aux psychoses. La cardiazolthérapie, développée par von Meduna en 1935, qui consiste à provoquer des convulsions chez le patient en lui injectant un stimulant cardiaque, le cardiazol, paraît avoir été élaborée à partir de l'idée d'un antagonisme entre épilepsie et schizophrénie. C'est également l'hypothèse sur laquelle

¹ Des analyses un peu rapide ont tendance à ramener les thérapeutiques de choc à un procédé empirique relativement primaire en en faisant l'équivalent moderne de l'utilisation de la frayeur ou de procédés comme les bains surprises ou les chaises rotatives développées par certains aliénistes du XIX^e siècle. Voir par exemple Morel, P. et C. Quérel, *Médecines de la folie*, Paris, Hachette, 1985. C'est oublier que le médicament, et plus généralement la thérapeutique moderne, est, comme l'a souligné Dagonnet, un construit, un artifice, et se distingue précisément en cela des thérapeutiques du passé. Dagonnet, F., *La raison et les remèdes*, Paris, PUF, 1964. Au demeurant on peut noter des tentatives de reconstruire le mécanisme de ces procédés thérapeutiques du XIX^e siècle dans le nouveau contexte des thérapeutiques de choc à la fin des années 1930 : Buvat-Pochon, C., *Les Traitements de choc d'autrefois en psychiatrie, leurs liens avec les thérapeutiques modernes.*, Thèse de médecine, Paris, 1939.

De façon générale, une histoire de la thérapeutique psychiatrique avant les neuroleptiques reste à constituer. Le cas de la lobotomie a été analysé, pour les Etats-Unis, par Jack Pressman : Pressman, *Last resort. Psychosurgery and the limits of medicine*. Sur les méthodes de choc, on trouvera quelques éléments, mais très factuels et insuffisants, dans les articles de G. Berrios Berrios, G. E., "The scientific origins of electroconvulsive therapy: a conceptual history", *History of Psychiatry*, 8, 1997, pp. 105-119 ; Berrios, G. E., "Early electroconvulsive therapy in Britain, France and Germany: a conceptual history", in H. Freeman et G.E. Berrios (dir.), *150 years of British psychiatry*, Londres, Athlone, 1996.

² Claude et Rubenovitch, *Thérapeutiques biologiques des affections mentales*, op. cit.

s'appuie dans un premier temps l'électrochoc, proposée en 1938 par Cerletti comme alternative au cardiazol. L'insulinothérapie de Sakel de son côté suscite tout un ensemble d'hypothèses sur l'effet de l'insuline comme agent physique, même si l'on s'accorde en général sur le fait que c'est le coma qui est l'agent efficace. Rassembler l'ensemble de ces méthodes en mettant au jour un mécanisme commun repose d'abord sur l'élaboration proprement médicale de l'idée même de choc.

C'est à la fin du XIX^e siècle, que la notion de choc a acquis un statut d'entité en médecine, à la suite en particulier de l'observation des traumatismes liés aux accidents de chemin de fer. Le choc caractérise l'état physiologique d'un sujet après un traumatisme violent. Il correspond à une perturbation subite et transitoire des paramètres vitaux du patient – formule sanguine, tension artérielle, tonus nerveux. La notion de choc subit une élaboration neurologique puis psychiatrique, qu'a retracée Allan Young¹, dans le concept de névrose traumatique, mais elle reste également un concept opératoire en physiologie jusque dans l'entre deux guerres, dans l'œuvre du chirurgien René Leriche notamment². Les psychiatres ne sont pas les seuls ni les premiers à se saisir du choc physiologique pour en faire un instrument thérapeutique. Ils sont précédés en particulier par Fernand Widal, qui semble de façon générale introduire en France la notion de choc. Celui-ci propose une méthode de traitement de certaines infections grâce à un choc provoqué artificiellement par l'inoculation d'un corps étranger dans le sang – méthode du choc hémoclasique. Dans l'entre deux guerres, la méthode des chocs est de façon générale une technique largement utilisée dans une variété de domaines, depuis les maladies vénériennes, jusqu'aux maladies des articulations.

La transposition au domaine des maladies mentales est dans un premier temps rien moins qu'évidente. Si quelques essais du choc hémoclasique sur les maladies mentales sont tentés dans les années 1920³, la généralisation de la méthode ne va pas de

¹ Young, A., *The harmony of illusions. Inventing post-traumatic stress disorder*, Princeton, Princeton University Press, 1995.

² On peut noter en passant que c'est à la suite des travaux de Leriche que Henri Laborit mène les recherches qui le conduiront à la découverte des neuroleptiques en 1952. Sur ce point voir : Laborit, H. et C. Grenié, *Henri Laborit: derniers entretiens avec Claude Grenié*, Paris, Ed. du Félin, 1996 ; Swazey, J. P., *Chlorpromazine in psychiatry: a study of therapeutic innovation*, Cambridge, Mass.; London, MIT press, 1974 et *infra*, cf. chapitre 6.

³ En témoignent en particulier deux thèses soutenues au début des années 1920 : Giorgi-Eragne, A., *Le Délire aigu infectieux et son traitement par le choc colloïdal. Thèse pour le doctorat en médecine*, Thèse

soi. Au début des années 1930, Georges Genil-Perrin fait ainsi l'observation suivante : « Cette thérapeutique des chocs, en neurologie et en psychiatrie, ne donne pas de résultats comparables à ceux que l'on obtient dans le domaine des infections. Mais il est utile d'en poursuivre systématiquement l'expérimentation. Dans les états anxieux, les succès ne sont pas rares. »¹ La situation a sensiblement évolué à la fin de la décennie, sous l'effet des découvertes des méthodes de Sakel, de von Meduna, puis des électrochocs, qui conduisent également à une réévaluation de la malariathérapie. Pour les psychiatres, la notion de choc permet en effet de rendre compte du mode opératoire de ces diverses méthodes, tout en satisfaisant leur parti pris constitutionnaliste, qui rapporte la pathologie mentale à une propriété globale de la personne². Claude conçoit ainsi l'action de ces diverses méthodes comme provoquant une perturbation globale du « terrain » sur lequel se développe la maladie mentale, soit à la fois les « facteurs somatiques », mais également « les constantes psychologiques qui sous-tendent la structure mentale d'un individu »³. Dans le cas de l'insuline, la méthode à laquelle ils consacrent la section la plus importante de leur ouvrage, Claude et Rubenovitch décrivent ainsi longuement les symptômes et les mécanismes biologiques du choc, à partir d'une étude approfondie de la physiologie associée : courbes de glycémie, analyse de la formule sanguine, analyse hormonale. Pour les autres méthodes, ils constatent les analogies physiologiques profondes avec la méthode insulinique⁴.

De façon générale, le choc apparaît comme un événement singulier qui met le patient dans un état nouveau. « On peut avancer qu'il y a peu de cas qui restent sans modification aucune à la suite de la cure. Même lorsque le traitement n'est pas suivi d'une guérison ou d'une nette amélioration, on assiste presque toujours au moins à une certaine transformation de la formule psychopathique dans un sens plus favorable »

pour le doctorat en médecine, Alger, 1925 ; Téminian, O., *Le Choc hémoclasique dans quelques maladies mentales et nerveuses*, Genève, 1923.

¹ Genil-Perrin, G., *Maladies nerveuses et mentales*, Paris, Larousse, 1931, p. 187.

² Pour l'élaboration de la notion de constitution dans l'entre deux guerres voir "[Numéro spécial sur la notion de constitution]", *Evolution psychiatrique*, IV, n° 2, 1932.

³ Claude et Rubenovitch, *Thérapeutiques biologiques des affections mentales*, *op. cit.*, p. 5.

⁴ Dans le cas du cardiazol, ils n'hésitent pas à faire appel au cinéma pour le comparer à la méthode insulinique : « L'analogie profonde entre ces deux modalités de choc en apparence si différentes est bien démontrée par les films cinématographiques de Bersot, de Finkelman, Steinberg et Liebert. Ces films projetés au ralenti montrent que le sujet qui subit une crise convulsive par la cardiazol passe exactement par les mêmes phases que celui qui subit un choc insulinique poussé jusqu'au coma. Mais tandis que la « crise » évolue en trois ou quatre heures avec l'insuline, elle dure cinq minutes avec le cardiazol ». *Ibid.*, p. 297.

notent ainsi Claude et Rubenovitch¹. L'amélioration doit s'observer immédiatement au réveil du patient : les hallucinations cessent, la sémiologie s'améliore. Claude introduit le terme de « déblocage » pour caractériser, d'abord dans le cas du syndrome catatonique, ce phénomène spectaculaire de levée subite des symptômes. Le patient développe alors une prise de conscience de son état antérieur et en particulier une critique de son délire ou de ses hallucinations. Claude et Rubenovitch soulignent néanmoins que ces améliorations sont le plus souvent fragiles. Ils suggèrent que les chocs ne suffisent pas à garantir durablement la guérison, mais qu'il faut considérer le patient comme un convalescent dont le suivi doit se poursuivre longtemps après le traitement. Dans le cas de la méthode insulinique, les auteurs soulignent ainsi l'importance de la psychothérapie pour accompagner le choc et parachever la guérison. Si celle-ci ne permet pas la guérison à elle seule, son absence risque d'entraîner l'échec – et les auteurs suggèrent en particulier que les mauvais résultats d'un certain nombre de praticiens peuvent être imputés à leur absence de considération pour cet aspect du traitement. Dans l'ensemble ils ne décrivent toutefois que grossièrement cette prise en charge, en donnant seulement quelques indications rapides sur la nécessité de changer le patient de milieu et de rapidement lui donner une activité, en tous les cas de lui permettre d'oublier sa pathologie. C'est précisément ce point, cet état particulier du patient après les chocs, que les jeunes psychiatres se proposent d'ouvrir, pour en faire une zone travaillable par le psychiatre.

Une prise pour la guérison

Pour les jeunes psychiatres, on a commencé à le voir, la guérison, ou en tous les cas l'amélioration, ne repose plus seulement sur l'effet mécanique de la perturbation du terrain, mais sur l'intégration de cette perturbation dans un processus long, qui correspond en fait à une reconstruction biographique de la personne. Ce processus, on peut en trouver l'illustration dans les observations que publie Daumézon en 1952. L'un des cas les plus significatifs concerne une jeune femme, Nicole B., qu'il vaut la peine d'examiner de plus près.

L'observation débute par un long récit de l'histoire de la patiente jusqu'à son arrivée dans le service de Daumézon. Elle est le troisième enfant d'une famille qui

¹ *Ibid.*, p. 221.

semble aisée mais instable. Le père, qui « paraît avoir été un sujet brillant aventureux, et probablement un peu instable », « est chef de service dans une grande entreprise ». La mère « au contraire était une petite bourgeoise très étreinée, exclusivement attachée à des aspects très conservateurs de toutes les valeurs matérielles (et accessoirement de morale traditionnelle) ». Les parents se séparent lorsque Nicole a seize ans - le père, après « quelques aventures extraconjugales », « quitte la famille pour se fixer aux colonies. » Le frère aîné poursuit néanmoins des études brillantes qui le conduisent à « une grande école », puis à un poste élevé dans l'administration. Le second en revanche mène très tôt « une carrière de déséquilibré. »

Après le départ du père, l'existence de la jeune femme s'organise autour de sa mère, qui développe rapidement des troubles du caractère. Daumézon signale ainsi l'apparition d'« une série d'attitudes névrotiques avec réactions hypocondriaques dont l'effet sinon le but est de tyranniser l'entourage. » Nicole fait un apprentissage de couture, puis achète un magasin « de petits ouvrages féminins » dans « une petite ville aristocratique » pour rester auprès de la mère, qui, selon Daumézon accapare de plus en plus son existence. Elle finit par être internée en 1936. Le père fait alors son retour, « usé par la vie coloniale et ses excès ». Nicole s'occupe de lui jusqu'à son décès, qui paraît survenir rapidement. La mère quant à elle mourra à l'hôpital psychiatrique en 1949, ce que Daumézon signalera à la fin de l'observation pour marquer les progrès réalisés par sa patiente.

Tout au long de ce récit, Daumézon souligne les attitudes « strictes », la rigidité de caractère qu'acquiert très tôt selon lui la jeune femme : il pointe ainsi ses « pratiques religieuses rigoureuses », son « absence complète de relations avec les voisins ou n'importe lequel de ses concitoyens ». C'est toutefois à un geste déplacé du notaire chargé de la succession du père qu'il impute la dégradation de son état : « A partir de cette époque, elle montre une attitude craintive, soupçonneuse, et redouble ses pratiques religieuses. Par contre son activité baisse, Nicole se plaint de douleurs atroces du dos, elle s'allonge de longues heures. Au bout de quelque mois, la malade s'est considérablement amaigrie, elle ne s'occupe plus de son commerce, son frère la fait alors entrer dans une maison de santé. » Elle y reste un an, avant d'être transférée à un hôpital psychiatrique en raison de « nécessités économiques ». Elle est alors admise dans le service dirigé par Daumézon, à la fin de 1938.

Daumézon souligne qu'elle est à ce moment-là « en fort mauvais état physique » et la décrit ainsi :

Elle reste alitée, souvent les yeux clos, ne s'alimente que sur incitations. Au médecin qui l'interroge, elle ne livre que des bribes de son histoire et spécialement des déclarations d'indignité et d'inutilité de tout effort pour la guérir : « laissez-moi, dit-elle souvent, occupez-vous des autres ». Toute cette période reste marquée par des phénomènes délirants à contenu anxieux et très probablement hallucinatoire, une série de phantasmes seront évoqués plus tard, il est difficile de dire si ces propos ont une pleine valeur ou s'ils traduisent une conviction rétrospective. Néanmoins si la malade ne manifeste aucun soin d'habillement, se contente d'une tenue des plus médiocres, elle reste propre et extériorise même parfois à défaut d'élégance certains soucis de netteté.

Daumézon signale plus loin dans le récit qu'il tente dès ce moment-là une première série de chocs au cardiazol, qui toutefois « n'apportent aucun résultat ». Nicole reste dans « un état stationnaire » pendant plus d'un an, jusqu'à ce qu'il décide de tenter une seconde série de chocs au début de 1941. C'est, semble-t-il, une série d'« entretiens plus prolongés » qu'il a menés avec elle les mois précédents qui le décident à tenter à nouveau quelque chose. Daumézon note à ce moment-là qu'« il semble au cours de ces derniers [ces entretiens] que la malade est plus détendue, sa mimique moins rigide, ses gestes moins saccadés ». Il n'indique pas cependant ce qui le détermine à mener ces entretiens.

L'effet des chocs est en tous les cas cette fois spectaculaire : « Aussitôt la malade semble se réveiller et les conversations avec le médecin permettent d'entrevoir le curriculum vitae à peu près tel que nous l'avons exposé [...]. On cherche alors à obtenir un résultat durable et à fixer l'activité de la malade. » On lui confie un élevage de lapin, qu'elle rend « prospère ». Son état est « stabilisé », mais paraît encore insatisfaisant : « le comportement est cependant plein de bizarreries, la malade marche les yeux baissés, s'affaire, n'adresse la parole qu'à la sœur, chef de pavillon, pour lui faire de brèves demandes. » D'où cette résolution : « en 1942, le médecin, pour obtenir un nouveau progrès, applique une série d'électrochocs. »

A partir de ce moment-là Daumézon commence à impliquer de plus en plus Nicole dans sa propre vie. Il lui propose tout d'abord de surveiller les devoirs de ses enfants. Nicole commence de son côté à lui écrire très régulièrement de longs courriers. A la fin de l'année 1944, Daumézon a avec elle une série d'« entretiens psycho-

thérapeutiques » qui mettent au jour le traumatisme causé par le geste du notaire. Elle est durant quelques mois standardiste de nuit tout en continuant à s'occuper des enfants de Daumézon. Celui-ci lui propose alors un travail au secrétariat de l'hôpital, où elle apprend la dactylo, et elle va ensuite suivre des cours de sténo à l'extérieur de l'hôpital. Elle est alors administrativement sortie de l'établissement et son internement est levé, pour être admise dans le « cadre d' « aides » anciennes malades », statut qui lui permet de rester à l'hôpital psychiatrique et d'y travailler en étant rémunérée. Au printemps 1945 elle devient la secrétaire médicale de Daumézon. Elle commence également la formation d'infirmier dispensée par l'hôpital et, à partir de 1946, elle devient l'« une des chevilles ouvrières et des propagandistes les plus enthousiastes » de l'expérience de psychothérapie collective que monte Daumézon. Elle paraît alors très nettement améliorée :

De 47 à 51 elle est devenue une secrétaire d'un dévouement absolu, heureuse de se consacrer à des travaux souvent écrasants, vivant avec une extrême sensibilité chaque aventure du service, chaque événement où son patron est impliqué, se dévouant corps et âme aux malades. Le temps qu'elle ne passe pas aux travaux de secrétariat, elle le consacre à certaines malades déshéritées qu'elle fait sortir et promène avec une infinie patience. Bien des attitudes névrotiques sont liquidées. Elle s'habille avec soin et parvient même à se maquiller légèrement. Elle témoigne d'une parfaite compréhension à l'égard d'une situation socialement irrégulière. Ses pratiques religieuses se sont normalisées. De temps en temps elle fait des voyages à Paris au cours desquels pour la première fois de sa vie, elle va au théâtre et au cinéma, parfois avec des camarades, mais souvent aussi seule. Elle s'est remise à lire et a repris des contacts détendus et sans amertume avec ses frères. En 1948, visite à la mère, envoi de quelques colis, en 1949 décès de la mère. Elle porte un deuil très discret, reconnaît franchement le soulagement qu'elle en éprouve.

Daumézon quitte finalement le service en 1951, et Nicole devient alors infirmière, affectée aux cures d'insuline. A la fin du récit, treize ans se sont écoulés depuis l'admission dans le service de Daumézon. La patiente a trouvé un rôle qui soit acceptable à la fois pour elle et pour son psychiatre. Elle s'est construite au sein de l'hôpital une existence nouvelle qui consacre le processus de guérison.

Ce récit traduit bien le travail biographique réalisé conjointement par le médecin et sa malade. En racontant ce processus long et symétrique de chute dans la maladie et de reconquête de la santé, Daumézon inscrit l'événement morbide dans une histoire qui fait sens pour lui, et probablement également pour la malade. Le processus de guérison

correspond, dans la manière dont le médecin le reconstitue ici, à une série d'étapes qui signent la reconquête par sa patiente d'une autonomie nouvelle, marquée par sa sortie progressive de l'hôpital psychiatrique et l'engagement dans des expériences de plus en plus ouvertes au monde. En ce sens ce récit est un récit de formation, presque un *Bildungsroman*, en ce qu'il fait passer la personne par des épreuves qui lui permettront d'atteindre une maturité, ou au moins une nouvelle phase de sa vie. Prenant un sens à la fois pour le médecin et la malade, ces épreuves aboutissent à la constitution d'une personnalité plus riche, intégrant l'histoire de la malade en même temps qu'elle ouvre sur des perspectives d'avenir prometteuses.

Les chocs jouent un rôle clef dans le récit que construit Daumézon, en ce qu'ils marquent la charnière, le moment de retournement entre la chute dans la maladie et la guérison. Toutefois leur rôle réside moins dans leur effet sur le processus pathologique, que de manière plus globale dans la prise qu'ils donnent pour le travail biographique. Ils marquent la reprise en main de la malade par son thérapeute, soit immédiatement à son arrivée, soit plus tard, après une période où la patiente, qui n'a pas réagi aux premiers chocs, est délaissée par le médecin, ou en tous les cas n'est plus soumise à une thérapie active. Le fait que Daumézon ne mentionne qu'après coup la première série de chocs qu'il a réalisée sur sa malade lors de son arrivée apparaît de ce point de vue significatif. Plus généralement toutefois, dans les différents cas que publie Daumézon, le choc est un événement dans un récit structuré, qui marque un tournant dans la prise en charge. En ce sens, au-delà des techniques de choc à proprement parler, d'autres éléments peuvent constituer cette rupture. Dans un article paru en 1949 Daumézon dresse ainsi un parallèle entre lobotomies et techniques de choc, en soulignant « l'identité foncière » des problèmes posés par le traitement dans les deux techniques¹. Mais l'événement peut être d'origine simplement psychologique. Dans un autre des trois cas rapportés en 1952, c'est le comportement d'une sœur de l'encadrement qui joue structurellement le rôle que jouent les chocs au cardiazol dans le premier cas. Daumézon décrit celle-ci comme une « robuste fille bretonne, énergique, voire par instants brusque, qui dirige d'une main ferme un groupe de « filles » (expression dont elle se sert pour désigner les infirmières). » Il décrit ainsi son rôle dans

¹ Daumézon, G., "Expérience de la thérapeutique par lobotomie dans un service", *Evolution psychiatrique*, n° 4, 1949, p. 521.

ce qu'il appelle lui-même la « mise en train » de la patiente, cette fois une patiente discordante entrée depuis quelques années dans une phase chronique¹ :

La sœur, chef de pavillon, au bout de quelques mois, obtient une discipline plus stricte de la part de Jeannette. Au cours de l'été 1939, elle la fait régulièrement sortir dans la cour du pavillon. Jeannette y accomplit des trajets stéréotypés à l'intérieur du grillage. A l'automne la cour est encombrée de feuilles. La sœur a l'idée de lui confier un balai et tente de lui faire balayer la cour. Les premiers essais aboutissent à des gestes stéréotypés, la malade balayant vers le centre de façon concentrique ; le travail n'a d'abord aucune valeur, aboutissant simplement à la constitution d'un chemin déblayé sur lequel la malade reprend sa ronde. Mais avec l'autorité qui la caractérise, la sœur obtient qu'une fois le chemin déblayé, Jeannette reprenne son ouvrage pour amonceler les feuilles en tas au milieu de la cour. L'hiver vient qui stoppe tous nouveaux progrès, si tant est qu'une telle activité stéréotypée puisse être considérée comme un progrès.

Malgré son caractère stéréotypé, ce début d'activité est le point de départ d'une série de progrès continus sous la tutelle de la sœur, qui amènent la patiente à prendre davantage de responsabilité dans la vie du service, et finalement à pouvoir quitter l'hôpital lorsque la sœur est affectée par sa hiérarchie à un hospice, où elle obtient que sa protégée soit engagée en qualité d'employée.

La psychothérapie collective consacre ainsi l'intégration du choc dans une construction sociale de la personne. Il faut noter dans cette perspective plusieurs éléments significatifs : le premier est que si le choc dans ces différents cas a valeur de rupture, c'est qu'il marque également une reprise en main du patient par le personnel soignant. Il coïncide avec une reconnaissance du malade comme personne. C'est précisément ce qui manque dans le cas de la première série de chocs à laquelle est soumise la première patiente. D'autres éléments peuvent être relevés : l'engagement total du médecin pour sa malade, qui le conduit à lui donner des travaux dans son foyer même, à l'intégrer à sa vie privée. Une autre dimension est l'absence de diagnostic pour déterminer la conduite du médecin. Dans le cas de Nicole, le diagnostic probable de schizophrénie n'est mentionné qu'en passant : « Dès cette époque, la malade écrit à propos de son « entreprise » quelques brèves remarques dans un style elliptique, concis, elle y pose de façon abrupte des problèmes vitaux généraux comme on le constate

¹ Il la décrit ainsi : « la malade se présente comme une affaiblie, discordante, vivant dans une profonde incurie, recevant avec indifférence les visites maternelles et ne manifestant aucune émotion à l'annonce, retardée de plusieurs années, du décès de son père. »

souvent chez les schizophrènes. » La prise en charge ne repose pas sur un plan découlant d'un diagnostic global de la pathologie du malade mais sur une analyse évolutive des capacités de réponse du malade à la situation à laquelle il est confronté. Dans le même sens, le recueil de l'histoire du patient avant sa prise en charge ne vise pas à éclairer un diagnostic ou un processus pathologique, dans la perspective d'une explication du trouble mental et de la planification de la conduite à tenir, mais au contraire, ce récit a une dimension essentiellement pratique, dans la mesure où il permet l'intégration de la prise en charge dans un processus long.

Une motivation collective

Au-delà de ce travail sur des cas individuels, toutefois, les jeunes psychiatres insistent on l'a vu sur leur rôle dans l'animation de la vie collective de leurs établissements. Si pour un grand nombre d'entre eux, il s'agit d'une certaine manière seulement d'une prise de conscience d'un aspect particulier de leur rôle de chef de service, pour certains cela se traduit par l'idée que « guérir » les services psychiatriques correspond bien à une forme de travail psychiatrique au même titre que celui engagé auprès des malades. J'ai évoqué, avec le cas de Saint Alban, la manière dont les jeunes psychiatres comprenaient le sens des expériences menées à l'échelle de leurs services. Au-delà du constat un peu convenu que les techniques de choc, puis, pour anticiper un peu, à partir du début des années 1950, les neuroleptiques ont transformé les hôpitaux psychiatriques, certaines publications des jeunes psychiatres traduisent des tentatives conscientes d'instrumenter ces outils pour guider les transformations des services qu'ils dirigent¹. Un aspect de ce travail est l'émergence de ce qui est presque un nouveau genre d'écriture scientifique, la monographie d'institution. Proche par bien des aspects des cas cliniques individuels, ces documents anticipent sur les « interventions » qui seront développées par les psychosociologues à partir des années 1960². On peut tenter d'en éclairer certains aspects à partir des analyses de l'un des élèves de Daumézon, Philippe Paumelle, dans sa thèse de médecine soutenue en 1952³.

¹ Ey, H., "Neuroleptiques et services psychiatriques hospitaliers", *Confrontations psychiatriques*, n° 13, 1975, pp. 19-59. Pour le témoignage d'un infirmier voir Roumieux, A., *Je travaille à l'asile d'aliénés*, Paris, Éditions Champ Libre, 1974.

² Mendel, G. et J.-L. Prades, *Les méthodes de l'intervention psychosociologique*, Paris, La Découverte, 2002.

³ Paumelle, *Essais de traitement collectif du quartier d'agités*, op. cit.

La thèse de Paumelle se présente comme une expérience de « traitement collectif du quartier d'agité », et elle retrace la tentative de modifier en profondeur les rapports sociaux à l'intérieur d'un pavillon de l'hôpital Maison Blanche, en région parisienne. Le pavillon des agités est décrit comme un organisme malade, dont Paumelle décrit avec rigueur les différents aspects. Ce qu'il s'agit de réaliser c'est une mutation globale des rapports sociaux dans un univers sclérosé. Pour débiter son analyse, Paumelle décrit la structure des relations sociales dans le pavillon d'agités avant son intervention. Il met en évidence le caractère structurel des attitudes et comportements adoptés par les différents protagonistes du pavillon, placés dans une relation de dépendance les uns par rapport aux autres, et souligne en dernière instance le rôle que fait jouer à la psychiatrie la société. Le médecin est une figure lointaine, à la fois théoriquement omnipotent et dans les faits absolument impuissant. Son autorité « est liée à son éloignement du malade, à sa rigidité apparente, à son pouvoir absolu en ce qui concerne le maintien dans le quartier ou la sortie ». Il « souffre de la situation que la structure tend à lui imposer », mais est incapable de la changer. Ses interventions se réduisent le plus souvent à des attitudes répressives :

Malgré lui les différentes thérapeutiques biologiques qu'il peut proposer au 6 [un pavillon] entrent progressivement dans la catégorie des moyens de répression ; nous trouvons dans le rapport du 17 octobre 1934 la phrase suivante : « Mme X. impulsive, menaçante envers le personnel a eu un abcès de fixation¹. »

Les infirmiers de leur côté sont obsédés par le maintien de l'ordre dans le service et par la crainte d'attirer sur eux l'attention du médecin. Pour faire régner le calme, ils s'engagent dans un rapport de force avec les patients qui les fait osciller entre répression et gratification, utilisant les faveurs qu'ils ont à leur disposition pour amadouer les malades - « un beefsteak supplémentaire », « les bonbons ou quelques cigarettes ou un peu d'argent » -, ou au contraire des « moyens de terreur » pour les forcer à se tenir tranquille – camisole ou rapport au médecin chef. Les malades enfin subissent cet arbitraire et développent des conduites réactionnelles de nature névrotiques et des conduites d'adaptation : « Nous sommes frappés par le caractère forcé, artificiel, en un mot réactionnel des types d'agitation observés à l'intérieur des quartiers réservés à cet

¹ Abcès provoqué artificiellement de manière à développer une infection générale et un choc. Il est ici utilisé comme punition.

effet. Ils sont pour nous des manifestations d'opposition plus ou moins élaborées, plus ou moins adaptées, plus ou moins instinctives suivant le degré de dissolution du malade. » Remédier à la situation, traiter cette pathologie hospitalière commande une mutation globale des esprits :

Le tableau que nous venons de dresser montre à l'évidence que la transformation d'un tel pavillon d'agités ne peut s'opérer par quelques modifications superficielles touchant par exemple à la vie sociale dans le quartier, à la technique d'organisation de l'ergothérapie, des distractions, etc. Elle ne se résoudra pas non plus à l'introduction de techniques de traitements individuels biologiques ou psychothérapeutiques. Historiquement il s'agit, il ne peut s'agir à notre sens que d'un travail de prise de conscience journalière des caractéristiques pathologiques et pathogènes immédiatement réformables.

Paumelle rapporte son expérience en plusieurs étapes. Dans un premier temps, il met en place un système de réunions avec ses infirmières, qui, très rapidement, ont pour effet une véritable libération de la parole – Paumelle intitule la section « l'ouverture du monde clos ». Il décrit notamment la manière dont l'une des patientes du service s'installe en évidence pour écrire à destination du médecin et développer une description de certains aspects de la vie du service qu'il retranscrit sans commentaire. La seconde étape – qu'il nomme : « le progrès de la vie sociale » - repose sur la mise en place de premiers projets de vie collective. Les patientes commencent à faire des choses ensemble, et avec les infirmières. L'un des événements est la construction d'un terrain de basket sur une terrasse, qui, après avoir rencontré de nombreux obstacles, finalement « signe l'écrasement de nombreuses résistances » : « bien plus que l'amélioration notable de quelques malades difficiles et notamment de maniaques, la terrasse marque la fin du règne de la peur ». Après quelque temps, Paumelle introduit alors des traitements biologiques « sur une large échelle ». Il s'attaque aux malades dont l'agitation perdure et les traite de manière intensive par des séries de chocs, en privilégiant trois méthodes : électrochocs, cardiazol et maxiton-choc, c'est-à-dire un choc aux amphétamines. L'enjeu, précise-t-il, n'est pas d'obtenir de guérison individuelle, « mais avant tout une amélioration globale du pavillon par des traitements symptomatiques de l'agitation » :

L'aspect le plus important de la conduite de ces traitements est le suivant : au début notre but était, pour employer l'expression du personnel, de « débloquer »

la malade, c'est à dire de transformer son comportement habituel par une intervention aussi fréquente qu'il serait nécessaire. Par ailleurs ces mêmes malades étaient l'objet des soins les plus attentifs de l'interne et du personnel : examen somatique à chaque séance, et surtout décamisolage pour le traitement et mise au travail dès le réveil.

Au début nous revenions chaque jour pour choquer quelques nouvelles et réintervenir si leur comportement ne s'était pas modifié auprès des patientes de la veille. Toutes nos vieilles malades ont été favorablement influencées par ce traitement ; après un « déblocage » qui exigeait suivant les cas trois cinq exceptionnellement dix séances quotidiennes ou tri-hebdomadaires, se produisait une rémission plus ou moins prolongée de l'état d'agitation au minimum huit jours, au bout desquels il nous fallait intervenir dès le moindre signe de rechute ; un seul traitement de choc suffisait le plus souvent pour récupérer l'état d'amélioration antérieure. Pour d'autres la rémission atteignait trois semaines, un mois ; quelques unes se sont maintenues pendant plusieurs mois sans qu'il nous paraisse nécessaire de rétablir le traitement.

Les indications des traitements suivent, selon les termes mêmes de Paumelle, des critères cliniques « vagues », qui ne correspondent pas à un diagnostic, mais reposent sur les observations recueillies au plus près des patientes. Les infirmières acquièrent ici un rôle clef : « Progressivement pour la bonne marche du traitement, les infirmières se sont habituées à noter des caractéristiques plus fines : le degré et la continuité dans l'activité, l'anxiété ou la détente, la distinction entre les propos délirants et les propos adaptés, entre l'agitation et les réactions de protestations justifiées, entre le calme et l'immobilité catatonique. » D'un autre côté, Paumelle souligne que les malades elles-mêmes éprouvent la situation comme un relâchement ou, peut-être davantage, un soulagement : « Une réaction fréquente nous a beaucoup surpris : les remerciements de plusieurs malades pour ces nouveaux traitements ; les plus démentes d'entre elles avaient sans aucun doute souffert d'être abandonnées par la médecine pendant des années ; plus ou moins consciemment, elles désespéraient de guérir et ces tentatives représentaient pour elles un nouvel espoir. » Le succès ainsi est manifeste : les patientes qui étaient encore camisolées sont libérées et s'engagent dans une activité d'ergothérapie. Le personnel infirmier coopère à l'entreprise. Paumelle introduit par ailleurs des critères objectifs pour mesurer l'amélioration du service, comme les courbes de poids des malades, une statistique de l'utilisation des moyens de contention physique ou du nombre de malades gâteuses. L'expérience ne dure cependant que trois mois, d'octobre à décembre 1951, à l'issue desquels Paumelle, « constatant l'amélioration du climat général du pavillon »,

décide de l'interrompre : « une partie du personnel ne comprit qu'imparfaitement cette mesure ; certaines infirmières espéraient de ces thérapeutiques une guérison magique et nous leur annoncions au contraire que l'amélioration obtenue ne pourrait se maintenir que par un effort accru pour parfaire l'intégration sociale des plus démentes. » Il vaut la peine de citer dans son intégralité le commentaire que fait Paumelle de l'expérience :

Cet exemple précis exprime bien ce que nous appelions la dialectique permanente entre l'amélioration de la vie sociale et les traitements biologiques :
- parvenue à un certain stade, la vie collective exige le traitement médical de tels ou tels groupes de malades qui ne s'intègrent pas (par exemple certaines malades du grand dortoir incapables d'atteindre d'emblée une activité coordonnée au diapason de la majorité des autres) ;

- à l'inverse, comme nous venons de le voir, les traitements médicaux isolés ne suffisent pas : pour en tirer tout le fruit possible, une adaptation de l'ensemble de la communauté s'impose : modification de l'attitude des infirmières comme des autres malades, modification de certaines structures – nous l'avons dit, l'institution de la charpie, travail de bas niveau, s'est imposé.

C'est en ce sens que cette troisième période, d'octobre à janvier 1952 [qui correspond donc à l'introduction massive des traitements de choc dans le pavillon], marque le tournant décisif dans l'évolution du pavillon. Elle a montré, à l'évidence, que tous les gestes tous les actes et toutes les habitudes doivent prendre un caractère thérapeutique. Cette affirmation qui par certains côtés prend des allures de vérité première nous paraît être la clé de toute réflexion concrète, individuelle ou collective, du personnel médical et infirmier. Elle permet d'éviter certaines habitudes d'abandon devant des cas rebelles : « si telle malade ne change pas, c'est que nous n'avons pas su nous y prendre. » Après la période des traitements symptomatiques de l'agitation, à partir de janvier 1952 nous avons tendu sur le plan médical à instituer ou à reprendre les traitements individuels en fonction des indications classiques ; nous nous sommes livré à des explorations cliniques et de laboratoire, pour adapter au mieux le traitement de certaines maniaques. Quelques anciennes manies chroniques nous ont donné l'occasion d'expérimenter le traitement proposé récemment (Stovarsol) par notre ancien collègue Oulès ; six schizophrènes d'évolution relativement récente furent transférées à l'infirmerie pour des cures de Sakel ; une vieille mélancolique chronique présentant de longues périodes de mutisme et d'opposition avec anorexie mentale pour qui on avait abandonné depuis plusieurs années l'électrochoc fut reprise en main avec un certain succès. Nous avions demandé aux infirmières de nous la signaler dès les premiers signes de rechute. Ainsi, un ou deux électrochocs ont permis à chaque fois de rendre cette malade à une activité très satisfaisante.

A partir de ce moment-là, l'enjeu est pour Paumelle de préserver ce que cette phase de traitement intensif a permis d'acquérir, en maintenant un niveau de

coopération important entre le personnel soignant et en s'attachant à engager les patientes dans des activités qui permettront de prévenir l'agitation et de limiter le recours aux moyens de contention.

Le récit constitué par Paumelle de son expérience est proche, dans sa structure, de celui composé par Daumézon avec sa malade. Dans les deux cas il s'agit d'établir par étape un nouvel ordre de relation entre la ou les malades, le médecin et le reste du monde. Les traitements de choc introduits à grande échelle dans le pavillon ont permis de susciter une modification globale de l'attitude des protagonistes du pavillon, de ses malades et de ses soignants à l'égard de la maladie mentale. Les chocs jouent un rôle structurellement identique dans le récit proposé par Paumelle et dans les cas rapportés par Daumézon que j'ai analysés plus haut. Ils interviennent comme une rupture événementielle qui permet de reconstruire le sens de l'action collective : rupture biographique pour les malades, rupture de la routine dans le cas du pavillon des agités. Ils donnent alors une prise pour une reconstruction de l'ordre des choses, en permettant d'établir une attitude nouvelle des malades et des soignants à l'égard des éléments morbides qui les affectent – vécu malade dans le cas individuel, ou troubles comportementaux dans le cas collectif.

1.4. Les difficultés d'une approche commune. Le symposium sur la psychothérapie collective de 1951

Avec leurs différentes publications, les jeunes psychiatres ont donné une forme à la psychothérapie collective et ils disposent de moyens et d'arguments pour diffuser leurs idées. Au tournant des années 1950, la psychothérapie collective des jeunes psychiatres connaît pourtant un développement singulier. Les pratiques qu'ils développent, leur insistance sur la vie collective des malades, séduisent de toute évidence non seulement leurs collègues, mais également l'administration : à partir de 1949, c'est autour des propositions découlant de la vision globale de l'hôpital psychiatrique portée par les jeunes psychiatres que s'organise l'intervention du Ministère de la Santé en matière de psychiatrie. Cependant la psychothérapie collective rencontre en fait en tant que telle peu d'écho parmi les psychiatres français. Peu d'entre eux se saisissent véritablement du terme et surtout du projet de Daumézon de constituer

une théorie de la psychothérapie collective. Au début des années 1950, les psychiatres ne développent en particulier aucune perspective d'institutionnalisation de la psychothérapie collective dans une société ou un manuel. Pour une part, cela tient à la nature même du projet des jeunes psychiatres. La psychothérapie collective ne nécessite pas pour exister un investissement sous la forme de nouvelles structures ou institutions, ou même de moyens coûteux comme pourrait l'être un équipement de laboratoire, ou un matériel chirurgical sophistiqué. D'une certaine manière on peut faire de la psychothérapie collective sans le dire, et à l'inverse on peut dire que l'on fait ou que l'on adhère à la psychothérapie collective sans changer fondamentalement ses manières de faire. J'examinerai dans le prochain chapitre la manière dont les jeunes psychiatres ont pu de fait s'appuyer sur elle pour développer une représentation de la psychiatrie rassemblant largement au-delà de leur petit cercle. Une autre raison tient toutefois à la manière dont les jeunes psychiatres conduisent leur projet, et, plus précisément, à leurs difficultés à se mettre d'accord sur une approche commune de la psychothérapie collective. En 1951 un symposium sur la psychothérapie collective organisé par Henri Ey à l'hôpital psychiatrique de Bonneval débouche ainsi sur un différend ouvert entre les jeunes psychiatres eux-mêmes. Comprendre les raisons de ce conflit permettra de préciser la trajectoire ultérieure du projet des jeunes psychiatres.

Seul un compte rendu partiel des discussions a été publié dans *l'Evolution psychiatrique*, qui ne comprend que quatre interventions, précédées d'une présentation de Ey, mais il permet de prendre la mesure du débat et de saisir ses enjeux¹. Le prétexte de la réunion est semble-t-il la discussion d'un article du psychiatre R. A. Solow sur « le travail de groupe chez les malades mentaux chroniques », paru dans une revue anglaise². La réunion paraît néanmoins dépasser le cadre d'un simple groupe de travail, car elle bénéficie de la présence du Directeur de l'Hygiène Sociale au Ministère de la Santé, Eugène Aujaleu, qui est toutefois inexplicité dans le compte rendu dont on dispose. D'après l'introduction que donne Ey au volume des comptes rendus, on peut du reste penser que l'article de Solow a été examiné en peu de temps, et les discussions ont

¹ Ey et al., "Symposium sur la psychothérapie collective" , *op. cit.* On trouvera une analyse du débat sous l'angle spécifique des conceptions développées par les divers protagonistes du travail thérapeutique dans l'ouvrage d'Isabelle Billiard : Billiard, I., *Santé mentale et travail. L'émergence de la psychopathologie du travail*, Paris, La dispute, 2001.

² Solow, R. A., "Group work with chronic mental patients", *Journal of clinical and experimental psychopathology*, 13, n° 1, 1952, pp. 31-39.

rapidement tourné autour des dispositifs et des techniques mis en place par les différents médecins présents à la réunion. C'est en fait la définition même de la psychothérapie collective qui est en jeu. L'assistance comprend à la fois tout ce qui compte parmi les psychiatres engagés dans le projet de psychothérapie collective, mais également certains de leurs élèves, comme Philippe Koechlin, ainsi que les psychanalystes spécialistes des psychothérapies de groupe, comme Serge Lebovici et René Diatkine, ou encore des médecins de maison de santé. Dans leurs contributions respectives, Tosquellès et Sivadon décrivent le dispositif qu'ils ont mis en place dans leurs services, à Saint Alban et au CTRS de Ville Evrard. Après ces deux exposés centrés sur les pratiques, Le Guillant, dans une longue intervention, lance une attaque en règle des expériences de ses collègues. Tosquellès et Daumézon, enfin, interviennent pour répondre à Le Guillant et proposer une défense des expériences développées par les uns et les autres. Pour comprendre les enjeux du débat, on peut partir de la communication de Le Guillant.

Le Guillant distingue deux « grands courants » dans l'utilisation qu'ont fait les psychiatres des techniques de psychothérapie collective. Le premier se situe délibérément à l'écart de la science et de toute forme de rationalisation, il « correspond tout simplement à la nécessité immédiate, pressante, d'organiser au mieux l'existence des individus, quels qu'ils soient, rassemblés dans un même établissement. » Dans cette perspective, en fait de psychothérapie collective il s'agit en réalité de répondre à un impératif humanitaire, qui s'impose à tout gestionnaire d'ensembles humains, comme le sont les administrateurs et les médecins chefs des hôpitaux psychiatriques. C'est une approche empirique, ad hoc du travail psychiatrique, qui ne se présente pas comme une percée scientifique. Le second courant en revanche est plus ambitieux. Il « mêle aux nécessités et aux intentions [du premier courant] un certain nombre de concepts émanant manifestement du fond commun des doctrines psychanalytiques ou de diverses théories « sociologiques » d'inspiration voisine ». A ce courant Le Guillant rattache les tentatives de théorisation du mouvement rassemblées dans le numéro spécial de *l'Evolution psychiatrique* de 1948, ainsi que les interventions des collègues qui, à Bonneval, le précèdent à la tribune. Le Guillant analyse ainsi longuement l'article de Paul Bernard publié dans le numéro spécial de *l'Evolution psychiatrique* en 1948, pour conclure, en le citant :

Pouvons-nous cependant fonder notre action, l'organisation de nos services sur de tels principes ? Est-il bien établi « que le groupe peut être considéré comme l'image de la société en général, et que ce groupe « schéma de la société est aussi le substitut du groupe social le plus simple et peut-être le plus primitif : la famille » ? « Le phénomène d'identification » est-il vraiment en fin de compte à la base de toute sociabilité » ? Le médecin « personnifie »-t-il à l'égal du père prêtre, du chef militaire et du Général Marshall, « le but de la vie du groupe » ? Je pense qu'on peut légitimement en douter et pour ma part je n'en crois rien.

Et de compléter : « la plupart [de ces conceptions] flottent à mi-chemin entre des concepts psychanalytiques imprécis et une « sociologie » approximative ». Plus profondément, Le Guillant signale le décalage entre ces théorisations et les pratiques engagées sur le terrain. D'une part, Le Guillant signale que les pratiques développées par les psychanalystes en matière de psychothérapie de groupe ne s'appuient pas sur le type de notions « imprécises » que l'on retrouve dans les écrits des psychiatres. D'autre part il pointe que les psychiatres eux-mêmes ont « recours à une autre psychologie » lorsqu'il s'agit de développer effectivement sur le terrain des pratiques de psychothérapie collective et d'organiser le travail de leurs collaborateurs. Les élaborations théoriques de la psychothérapie collective apparaissent ainsi comme des discours éloignés des pratiques, artificiellement plaqués sur elles, qui surtout ne rendent pas compte véritablement de ces pratiques. On le voit, c'est directement la manière dont un certain nombre de ses collègues mettent en forme dans leurs écrits la psychothérapie collective que rejette Le Guillant. Comment comprendre cette critique ?

Derrière cette controverse, on peut en fait isoler plusieurs éléments. En reprochant aux praticiens d'élaborer trop rapidement un discours englobant sur les pratiques de psychothérapie collective, et d'oublier que l'hôpital psychiatrique, avant d'être un milieu thérapeutique, est surtout la forme imposée du traitement des malades mentaux dans la société du milieu du XX^e siècle, Le Guillant opère un dévoilement du cadre. Celui-ci procède de deux mouvements. Le premier est une réticence à l'égard de pratiques et de théories jugées trop anglo-saxonnes et contraires à la culture française, dans un contexte de tensions exacerbées par le début de la guerre froide. Malgré l'enthousiasme suscité à la Libération par la psychothérapie de groupe, très rapidement une forme d'ambivalence est palpable dans un certain nombre de réserves formulées par la plupart des membres du petit groupe des jeunes psychiatres dès leurs premières publications. A partir de la fin des années 1940, les critiques portent plus ouvertement

sur le manque de rigueur des conceptions américaines et surtout leur aspect idéologique, et s'inscriront dans le cadre de la critique en masse des développements anglo-saxons de la psychologie et la psychanalyse par les praticiens français¹. La guerre froide et le durcissement des positions d'une partie de la gauche française ajoutent encore aux tensions. En 1949, le Parti Communiste condamne officiellement la psychanalyse comme « idéologie réactionnaire »². L'année précédente, la psychiatrie française a vivement réagi à un Congrès d'hygiène mentale réuni à Londres sur le thème de la « citoyenneté mondiale »³. Membre du Parti Communiste depuis 1947, fortement marqué par le marxisme, Le Guillant (1900-1968) qui fonde en 1951 une revue, *La Raison*, qui devient bientôt le relais pavlovisme en France, est à la pointe de ces débats⁴. Au-delà toutefois de la posture intellectuelle et de l'affrontement idéologique, c'est un questionnement plus général sur le statut de la psychothérapie qui est en jeu.

Plus profondément en effet, la difficulté porte sur la manière de définir le sens et la portée de l'intervention psychothérapique revendiquée par les psychiatres. On l'a vu, dans son article de 1948, Daumézon avait proposé une définition très large de la psychothérapie qui en faisait une dimension générale du travail psychiatrique - « la psychothérapie n'est en somme qu'un des aspects de la rencontre médecin-malade »⁵. A partir de la fin des années 1940, la place prise par la psychanalyse dans le champ des psychothérapies rend difficile de tenir ce discours. Depuis les années 1930, les psychanalystes ont en effet commencé à apparaître en France comme l'un des seuls groupes à proposer une réflexion approfondie sur les enjeux de la cure de l'âme, et

¹ Ohayon, *L'impossible rencontre* ; Turkle, S., *La France freudienne*, Paris, Grasset, 1982 [1978] Selon Jean-Michel Chapoulie, la même évolution fut sensible dans les sciences sociales à l'égard de la psychosociologie américaine. Chapoulie, "La seconde fondation de la sociologie française", *op. cit.*

² La condamnation de la psychanalyse par le parti communiste fut de courte durée, puisqu'elle fut levée dans la seconde moitié des années 1950. Elle n'empêcha pas au demeurant Louis Le Guillant, probablement le psychiatre le plus engagé au PCF, de travailler avec des psychanalystes, comme Jean Kestemberg. Sur ces différents épisodes, voir Ohayon, *L'impossible rencontre*, *op. cit.* ; pour la place montante des psychanalystes dans les hôpitaux psychiatriques dans les années 1950, voir aussi chapitre suivant.

³ Sur ce point, cf. *infra*, ch. 4.

⁴ Le Guillant a été par ailleurs jusqu'en 1947 conseiller technique du ministre de la Santé chargé des questions de l'enfance inadaptée, domaine dans lequel il a acquis une expertise pendant la guerre, en participant notamment à partir de 1943 au Conseil technique de l'enfance déficiente. cf. Chauvière, M., *Enfance inadaptée: l'héritage de Vichy*, Paris, Editions ouvrières, 1980. Ancien interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, ancien chef de clinique, Le Guillant a été nommé médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine en 1947, et dirige depuis lors un service à Villejuif, qui est érigé en 1948 en Centre de traitement et de réadaptation sociale, avec l'aide de la Sécurité sociale.

⁵ Daumézon, "Les fondements d'une psychothérapie collective", *op. cit.*

surtout à articuler cette réflexion à un dispositif technique¹. La parenthèse de la Seconde Guerre mondiale, qui voit le groupe se dissoudre et ses institutions être mises en sommeil, paraît un moment remettre en cause cette position privilégiée, mais en quelques années après la Libération, les psychanalystes redeviennent les acteurs incontournables de la réflexion sur la psychothérapie qu'ils étaient avant le conflit. La recréation rapide de la Société Psychanalytique de Paris à la Libération, son ouverture à de jeunes médecins des hôpitaux de Paris, comme Serge Lebovici ou Jenny Roudinesco, marquent un nouvel essor du groupe². Davantage encore, les psychanalystes s'imposent désormais sur une série de terrains qui sont en pleine expansion : le développement de la psychiatrie de l'enfant, avec la création d'institutions nouvelles dans lesquelles ils jouent un rôle essentiel – IMP et surtout centres médico-psycho-pédagogiques -, l'institutionnalisation de la psychologie universitaire, la poursuite du développement de la pratique de la psychanalyse en cabinet et bientôt les débouchés créés à l'intérieur des hôpitaux psychiatriques par le mouvement de psychothérapie collective, sont autant d'opportunités dont ils se saisissent. Le tournant des années 1950 les voit ainsi s'engager dans une intense activité autour d'une définition de la psychothérapie qui garantisse leur position. Ils ont la conviction que « si la psychanalyse n'est ni la seule psychothérapie, ni applicable à tous les cas, elle seule a apporté une théorie générale des psychothérapies et assure au psychothérapeute une formation satisfaisante dont l'analyse didactique est la base »³. Plusieurs éléments marquent l'extension et le succès du mouvement. La recréation d'un Institut de psychanalyse en 1954 permet la mise en place d'une formation qui drainera de plus en plus de jeunes praticiens. Le procès pour exercice illégal de la médecine engagé contre une psychanalyste non médecin d'origine américaine, Margaret Clark-Williams, qui aboutit en 1953 à une condamnation légère, signale l'extension de la psychanalyse au champ social⁴. La tentative de créer un statut d'auxiliaires de psychanalyse, la création sans lendemain d'un « Syndicat national des

¹ Swain, "Du traitement moral aux psychothérapies", *op. cit.*

² Serge Lebovici, qui est alors interne dans le service de psychiatrie infantile de G. Heuyer, découvre ainsi la psychanalyse en 1945, et devient membre titulaire de la société, responsable du séminaire sur la psychanalyse d'enfant, moins de deux ans après, en 1947.

³ "Les Conseillers et Conseillères d'Enfants agréés par la Société Psychanalytique de Paris. Rapport de la Commission de l'Enseignement", *Revue Française de Psychanalyse*, 13, n° 3, 1949, pp. 436-441, ici p. 436.

⁴ Ohayon, *L'impossible rencontre*, *op. cit.*, pp. 297-308.

médecins psychanalystes », puis celle plus durable d'un « Syndicat national de psychologues psychanalystes » enfin consacrent l'autonomie du groupe¹.

Le rôle que les psychanalystes prennent dans la définition des pratiques de psychothérapie de groupe, et par ricochet dans la psychothérapie collective, participe de ce mouvement d'ensemble. Comme pour les jeunes psychiatres, en 1945 la psychothérapie de groupe est pour les psychanalystes français une découverte. Ce sont d'abord des praticiens jeunes, travaillant dans le domaine de l'enfance et en institution, qui s'intéressent à ces techniques. Deux groupes de psychodrame animés par des psychanalystes fonctionnent à partir de 1947, l'un dans le service de Georges Heuyer aux Enfants malades sous la direction de Serge Lebovici, l'autre dans une institution pilote, le Centre Psycho-pédagogique Claude Bernard, créé par Mireille Monod, qui est allée faire un stage auprès de Moreno à New York. Ces initiatives participent d'un double mouvement de légitimation : elles permettent à leurs instigateurs de développer une pratique qui leur donne une opportunité de s'affirmer au sein du monde de la psychanalyse, et elles étendent le bénéfice de la psychanalyse à des populations doublement à l'écart de son intervention – des enfants, traités en institution². Rapidement les deux groupes travaillent ensemble et étendent l'expérience à d'autres publics, dont des malades adultes, à l'hôpital Henri Rousselle de Sainte Anne³. A la fin des années 1940, ces praticiens sont en mesure de proposer une redéfinition globale de ces pratiques. Dans une conférence prononcée en 1951 à l'Evolution psychiatrique Serge Lebovici et ses collègues élaborent ainsi une évaluation des phénomènes dynamiques en jeu au cours des traitements par la psychothérapie de groupe⁴. Ils proposent d'abord une typologie nouvelle des techniques qu'ils utilisent – psychanalyse de groupe, psychothérapie d'interview, psychanalyse dramatique de groupe, psychodrame analytique – qui marque l'ancrage théorique de leur approche. De façon générale, s'ils soulignent l'intérêt des techniques et des phénomènes qu'elles mettent en

¹ Sur ces points, cf. Perron, R., "Psychanalyse et psychothérapie en France après la seconde guerre mondiale. Conférence à la Société Psychanalytique de Paris, 15 mai 2001", <http://www.spp.asso.fr/main/HistoirePsy/Articles/Items/2.htm>, 2001.

² Sur ce dernier point les préoccupations des psychanalystes rejoignent celles des jeunes psychiatres.

³ Des membres des deux groupes lancent ainsi une expérience à l'hôpital Henri Rousselle en 1949, tandis qu'une autre expérience est organisée dans le service de Paul Sivadon, sous la direction de son assistant, Sven Follin. Diatkine, R. et al., "Le transfert en psychothérapie collective", *L'Encéphale*, n° 3, 1950 et Ridoux, *Place du psychodrame dans les activités collectives d'un service psychiatrique adulte*, op. cit.

⁴ Lebovici, S. et al., "Applications de la psychanalyse à la psychothérapie de groupe et à la psychothérapie dramatique en France", *Evolution Psychiatrique*, n° 3, 1952, p. 397.

jeu, ils rejettent l'idée que ceux-ci puissent être comparés au phénomène du transfert tel qu'il survient dans la cure psychanalytique type. Ce point est essentiel : au début des années 1950 les questions de la définition et de la maîtrise pratique du transfert apparaissent aux psychanalystes français comme l'un des problèmes centraux qui se pose à eux dans la mise au jour de leur identité collective. Le problème occupe largement les discussions doctrinales et il est mis à l'ordre du jour de la conférence annuel des psychanalystes de langue française de 1952. « Si étroits que soient les rapports de la théorie et de la technique, il est permis de considérer la psychanalyse comme étant principalement une méthode thérapeutique, dont la manipulation du transfert est l'instrument essentiel » affirme par exemple Daniel Lagache, l'un des principaux leaders du groupe à la Libération¹.

Ces perspectives sur les techniques de groupe placent les psychanalystes en bonne position pour dire ce qu'est la psychothérapie collective à la place des psychiatres. En ramenant ainsi les psychothérapies de groupe dans l'orbite de la psychanalyse, ils savent en effet ce qui était pour Daumézon et ses collègues l'un des fondements de la psychothérapie collective. Dès le début des années 1950, les jeunes psychiatres doivent proposer des aménagements à leur projet, qui dans un premier temps prennent deux voies différentes. D'un côté, s'installe l'idée qu'il faut distinguer nettement les psychothérapies de groupe telles qu'elles sont élaborées par les psychanalystes, qui elles peuvent prétendre à un véritable effet psychothérapeutique, et les techniques reposant sur l'organisation de la vie collective des malades mentaux, au statut plus ambigu. C'est par exemple la position qu'adopte Henri Ey dans sa présentation du compte rendu du symposium lorsqu'il résume le débat en concluant que les deux plans d'activité sont nécessaires et peuvent être complémentaires :

la question a été soulevée et discutée de savoir s'il faut créer une société et une entreprise de travail « réelles » soit pour donner aux malades qui ne peuvent pas être réadaptés un cadre d'existence aussi proche que possible des conditions sociales normales ou s'il faut moins de « groupes » artificiels et recourir aux techniques de psychanalyse collective. De la discussion s'est dégagée l'idée qu'une véritable sociothérapie exige ces deux plans d'activité thérapeutique et qu'il est nécessaire de recourir à la psychothérapie de groupe sur le modèle psychanalytique pour les cas qui exigent une véritable psychothérapie c'est à

¹ Lagache, D., "Quelques aspects du transfert", *Revue Française de Psychanalyse*, 15, n° 3, 1951, pp. 406-424.

dire une modification substantielle de la vie psychique incapable de socialisation par une simple « occupational therapy ».¹

D'un autre côté, certains psychiatres proposent de distinguer la psychothérapie collective des techniques psychanalytiques en caractérisant leur action comme une intervention « dans l'activité réelle et concrète du malade, et non point dans le monde du phantasme », par opposition à la psychothérapie analytique². Cette théorisation sera un des points clefs de l'élaboration de la position des psychiatres vis-à-vis des psychanalystes dans les années 1960.

Le projet de psychothérapie collective tel que G. Daumézon le formule dans la seconde moitié des années 1940 marque ainsi un moment charnière pour la psychiatrie, une tentative d'articuler une réflexion globale sur les outils de la psychiatrie à la revendication d'une expertise en psychothérapie. La situation évoluera rapidement dans le courant de la décennie 1950, avec l'expansion de la psychanalyse, et surtout sa pénétration croissante des hôpitaux psychiatriques, mais également son éclatement en écoles concurrentes. Si un projet de psychothérapie institutionnelle se poursuit à la fin des années 1950 et dans le courant des années 1960, c'est autour d'une autre question, celle de la place de la psychanalyse et des psychanalystes dans les institutions de soin, qu'il se posera. Avant de revenir sur ce point dans le prochain chapitre, je voudrais toutefois d'abord revenir de façon plus générale sur la signification de l'engagement réformateur des jeunes psychiatres.

2. Le sens d'un engagement. Le problème de la norme et la question des modèles d'action en psychiatrie

Avant de poursuivre le récit, je voudrais marquer une pause et revenir sur certains aspects du projet des jeunes psychiatres à la Libération. On l'a vu à de nombreuses reprises dans les pages précédentes, la psychothérapie collective traduisait une vision normative de ce qu'est l'hôpital psychiatrique. Du point de vue des jeunes

¹ Ey et al., "Symposium sur la psychothérapie collective", *op. cit.*

² Daumézon et Koechlin, "La psychothérapie institutionnelle contemporaine", *op. cit.*

psychiatres, développer de nouvelles pratiques apparaissait comme une nécessité, qui découlait d'une vision d'ensemble profondément ancrée de la psychiatrie et de l'institution psychiatrique. En un sens, la psychothérapie collective correspondait à une transposition de l'entreprise de réforme de la psychiatrie sur le terrain des pratiques, à l'intérieur même des établissements. Plus largement, je voudrais maintenant éclairer les ressorts de ce mouvement et tenter d'en saisir la portée d'ensemble.

2.1. La remise en question du sens de l'hôpital psychiatrique

La question du sens de l'hospitalisation en psychiatrie

Avoir mis en question et proposé une nouvelle élaboration du sens de l'hôpital psychiatrique me paraît être l'une des dimensions fondamentale du projet des jeunes psychiatres tel qu'ils le formulent à partir de 1945. En liant le problème de la réforme de l'institution psychiatrique à celui de l'évolution des pratiques psychiatriques, ils ont cherché à redéfinir dans son ensemble la signification du mandat qui leur était confié. Pour comprendre la portée de cette analyse, il faut toutefois d'abord revenir sur ce que j'entends par le sens de l'hôpital psychiatrique. Dans ce qui suit, j'envisage le sens d'une institution comme l'hôpital psychiatrique comme un discours qui cadre les interventions des acteurs au sein de l'institution. Dire quel est le sens de l'hospitalisation, c'est expliciter à la fois la portée de l'intervention sur ses clients – stabiliser, guérir, contrôler, donner un refuge... -, les modèles d'action que suivent les acteurs – surveiller, soigner, traiter... -, et le bénéfice que la société est supposée en retirer – rendre un malade à la vie active, en protéger ou en débarrasser la société... L'enjeu du sens de l'institution hospitalière se situe ainsi indissociablement aux deux niveaux de la finalité de l'action – les objectifs visés par les acteurs – et de sa signification éthique – comme dans la question : cela a-t-il un sens de tenter quelque chose à cette fin ? Cette perspective s'appuie plus largement sur une vision des institutions comme entreprises collectives, dont l'existence s'inscrit selon un processus temporel, mais dont la permanence va de pair avec la définition continue d'un ordre auquel participent ses acteurs, et qui les fonde comme organisation formelle¹. Pour que les acteurs puissent

¹ Hughes, E. C., "Les institutions américaines comme *entreprises collectives*", *Le regard sociologique*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1996 [1962] ; Strauss, A. et al., "The

remplir leur rôle à l'intérieur des hôpitaux psychiatriques, il leur faut en effet une définition de ce qu'ils sont et de ce qu'ils font en fonction des buts qui sont fixés à l'institution. Un discours sur le sens d'une institution comme l'hôpital psychiatrique apparaît ainsi comme une manière de décliner le mandat de la psychiatrie au niveau des pratiques engagées par les acteurs. Il relie l'expérience du travail en institution à un discours public qui insère l'hôpital dans l'ordre de la société. Il propose des modèles de comportement et il donne un style à l'action.

Cette manière d'envisager le problème du sens de l'institution hospitalière ne suppose pas que ce sens soit un ensemble de valeurs ou un cadre en quelque sorte flottant au dessus des pratiques, qui guiderait de loin les acteurs¹. A l'inverse, il doit être conçu comme un accomplissement continu, qui n'est réellement efficient que dans la mesure où les acteurs s'y réfèrent, ne serait-ce qu'implicitement. Un discours sur le sens de l'hospitalisation soutient les manières de s'engager dans l'interaction avec les malades parce qu'il dispose dans une grammaire cohérente les rôles et les modes de présentation de soi. Il fournit aux acteurs des répertoires de justification vis-à-vis des populations sur lesquelles ils travaillent, ainsi que des éléments de motivations pour soutenir leur engagement dans l'action. L'un des enjeux de ce discours est en effet de maintenir l'engagement des acteurs dans un travail – le soin aux malades mentaux – par nature répétitif et souvent peu gratifiant. En ce sens, les motifs fournis aux acteurs peuvent se déployer en termes de bénéfices personnels ou sous la forme d'arguments généraux invoquant le bien de la société – ou encore le plus souvent des deux manières à la fois. Par ailleurs, le sens de l'hôpital psychiatrique peut également être mis, littéralement, dans certains dispositifs, comme des règlements ou des formes architecturales, qui sont autant de formes objectivées grâce auxquelles il est susceptible de cadrer l'action. De façon générale, je suggère que l'élaboration du sens de l'hôpital psychiatrique repose sur un véritable travail de mise en forme et de mise en cohérence d'arguments qui, pris individuellement, n'auraient pas nécessairement la portée qu'ils peuvent avoir lorsqu'ils sont insérés dans une vision globale. C'est parce qu'il forme un

hospital and its negotiated order", in E. Freidson (dir.), *The hospital in modern society*, New York, The Free Press, 1963. Pour une élaboration plus générale de la sociologie de l'action sur laquelle s'appuie cette perspective, voir : Strauss, A., *Continual permutations of action*, New York, Aldine de Gruyter, 1993.

¹ Sur ce point voir la mise au point récente de Daniel Cefaï : Cefaï, D., "Les cadres de l'action collective. Définitions et problèmes", in D. Cefaï et D. Trom (dir.), *Les formes de l'action collective*, Paris, Ed. de l'EHESS, 2001, pp. 51-97.

ensemble logique, dont on peut déduire des réponses cohérentes à des questions susceptibles d'émerger dans des situations variées, que le sens des institutions est opérant. Les arguments à partir desquels cette grammaire est constituée peuvent venir d'horizons variés, mais c'est parce qu'ils auront été fondus dans un texte qu'ils pourront effectivement prétendre rendre compte du sens de l'hospitalisation.

Pour autant, et malgré la consistance et l'homogénéité du résultat obtenu, le sens des institutions peut toujours changer – être perdu, défait, détruit, amendé ou réformé. De façon générale, les évolutions du sens d'une institution comme l'hôpital psychiatrique peuvent survenir en fonction de transformations de l'environnement dans lequel elles s'insèrent ou de l'évolution des techniques et des savoirs qui y sont mis en œuvre, les deux phénomènes pouvant évidemment jouer ensemble. L'histoire longue de l'hôpital dans nos sociétés présente une bonne illustration de la façon dont a varié le sens d'une institution en dépit de sa remarquable permanence¹. Apparus au Ve siècle de notre ère, les hôtels-dieu et les *hospitalia* s'inscrivent d'abord dans une conception chrétienne des secours aux malheureux. Administrés par des ordres hospitaliers ou des congrégations religieuses, ils fournissent nourriture et hébergement aux indigents, aux pèlerins et aux vagabonds, auprès de qui ils ont également une mission d'évangélisation. Ces établissements acquièrent ensuite une dimension de contrôle social à la fin du Moyen-âge, dans la rencontre avec un pouvoir séculier fort. A partir de la fin du XIII^e siècle, les hôpitaux, repris en main par l'administration laïque, ont ainsi pour fonction d'enclaver vagabonds et indigents valides pour les mettre au travail et éliminer la mendicité des centres urbains². Le sens de l'hôpital est à nouveau entièrement redéfini au début du XIX^e siècle lorsque celui-ci devient un enjeu dans la production du savoir médical³. C'est à ce moment-là que sont créés les asiles, qui, précisément, lient un modèle de prise en charge des malades mentaux comme déviants à un modèle de développement de la science aliéniste. Le renforcement de la présence médicale, la division des établissements en services selon les caractéristiques des patients, en même temps que la création du statut de l'aliéné sont les traits principaux de cette nouvelle institution. C'est précisément le sens que donne à l'institution asilaire

¹ Sur l'histoire longue de l'hôpital, voir : Imbert, J., *Histoire des hôpitaux en France*, Toulouse, Privat, 1982.

² Geremek, B., *La Potence ou la pitié. L'Europe et les pauvres du Moyen Age à nos jours*, Paris, Gallimard, 1987.

³ Foucault, M., *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963.

cette articulation du contrôle social et de la production des savoirs que les jeunes psychiatres critiquent et s'efforcent de reformuler à partir des années 1945. Et ce mouvement apparaît avant tout comme un mouvement d'ordre éthique.

Un discours sur le sens de l'hôpital psychiatrique comporte en effet une dimension éthique, à deux niveaux au moins. A un premier niveau, il propose en effet des modèles de comportement supposés s'imposer aux acteurs. Un discours sur le sens de l'hospitalisation prend la forme d'interdits et d'obligations adressés aux différents acteurs de l'institution – médecins, infirmiers, malades, ... Il indique ce qui doit être fait et les conditions dans lesquelles il faut le faire. Plus profondément toutefois, et à un second niveau, un discours sur les institutions médicales s'inscrit nécessairement dans un registre éthique car elles ont à accomplir un travail de normalisation. C'est ce qu'ont bien souligné les deux principales approches qui ont marqué la réflexion des sciences sociales sur la médecine dans la seconde moitié du XX^e siècle, la philosophie de Georges Canguilhem et la sociologie de Talcott Parsons¹. L'hôpital, et l'hôpital psychiatrique tout particulièrement, traite les populations auxquelles il s'adresse en les réinscrivant dans un ordre social. Il accomplit une fonction de socialisation de la maladie. Ce travail peut cependant s'appuyer sur des visions variées de la norme et de la normalisation. Michel Foucault a ainsi brillamment mis en évidence avec son analyse des disciplines le fait que la création de l'institution asilaire avait coïncidé avec l'émergence au début du XIX^e siècle d'une nouvelle conception de la normalisation, qui s'est également incarnée dans des dispositifs variés, comme la prison, l'école, l'hôpital². Les disciplines inscrivaient la norme dans un rapport d'extériorité aux acteurs en la faisant opérer selon des processus de marquage des corps et de triage des populations. Je suggère que c'est précisément à cette conception de la normalisation que dans l'après-guerre les jeunes psychiatres se sont attaqués, pour en proposer une nouvelle interprétation radicalement différente et qui repose sur l'idée d'une immanence de la norme à l'interaction sociale.

¹ Canguilhem, G., *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, Thèse de médecine, Strasbourg, Université de Strasbourg, 1943 ; Parsons, T., "Chapitre X. Structure sociale et processus dynamique: le cas de la pratique médicale moderne", *Éléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, 1955 [1951]. Sur ce point chez Canguilhem, voir : Sinding, C., "The Power of Norms. Georges Canguilhem and Michel Foucault on History of Medicine", in F. Huisman et J.H. Warner (dir.), *Locating Medical History: The Stories and their Meanings*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 2004, pp. 262-284.

² Foucault, M., *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.

Il me faut commenter davantage ce point et plus généralement l'analyse d'ensemble dans lequel elle s'inscrit. En soulignant qu'au cœur du mouvement des jeunes psychiatres se trouve la question du sens des institutions psychiatriques, je voudrais en effet insister sur la spécificité d'un modèle de changement. Dans ses derniers écrits, Foucault suggérait que l'on pouvait aborder la question du sujet moderne selon trois dimensions : le sujet du pouvoir, le sujet de la connaissance et le sujet éthique¹. Précisément, je veux ici suggérer que c'est sur cette dernière dimension que se situe l'enjeu du mouvement des jeunes psychiatres et la signification de leur engagement. Par là, je ne veux pas dire que les jeunes psychiatres auraient eu un comportement guidé par la morale plus que par les intérêts, que c'est guidés par des valeurs morales telles que le bien, la bonté ou la générosité qu'ils auraient agi. Plus profondément, je veux souligner que c'est véritablement le problème du sens d'une conduite éthique en psychiatrie qu'ils ont cherché à aborder de front, et plus profondément encore le problème des fondements normatifs de l'action en psychiatrie. De ce point de vue, à rebours de ce qu'a souvent tendu à suggérer l'historiographie de cette période clef de l'histoire de la psychiatrie française, il me semble que ce sont moins les questions du pouvoir et de la connaissance qui ont été en jeu dans le mouvement des jeunes psychiatres. Au milieu des années 1940, ce ne sont ni les cadres cognitifs de la psychiatrie, ni, dans une large mesure, ses cadres d'exercice qu'ils ont remis en cause. On a commencé à le voir dans le chapitre précédent, la clinique psychiatrique n'a guère été pour eux un enjeu. Leur vision de la maladie mentale s'inscrivait dans le prolongement de celle élaborée dans l'entre deux guerres. Si les savoirs psychiatriques ont fait problème, c'est à partir de la question de leur signification dans le cadre de la relation thérapeutique. De même, si les jeunes psychiatres ont abordé la question du pouvoir, c'est avant tout à partir du problème de son effectuation. Le tournant de la guerre a selon moi d'abord correspondu pour les psychiatres à un tournant moral, et leur mouvement a d'abord été un mouvement de réforme éthique, dont la signification peut sans doute être pour une part saisie dans le cadre des grands processus d'individualisation et de désenchantement du monde qu'a analysé Max Weber à partir du cas de la Réforme protestante². Pour les jeunes

¹ Foucault, M., "A propos de la généalogie de l'éthique: un aperçu du travail en cours", *Dits et Ecrits*, Paris, Gallimard, 2001 [1984], pp. 1428-1450.

² Weber, M., *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme, suivi d'autres essais*, Paris, Gallimard, 2003.

psychiatres, le ressort de leur entreprise a avant tout été une tentative d'aborder de front et de repenser le problème de l'engagement moral du psychiatre face à son malade. L'un des textes importants de cette réflexion, que j'ai déjà évoqué mais que j'analyserai plus en détail plus loin, portait précisément pour titre « le personnage du psychiatre »¹. En insistant sur la dimension éthique du travail des jeunes psychiatres, je ne veux pas toutefois minimiser les enjeux du pouvoir et de la connaissance. Comme le souligne Foucault, ces trois dimensions – l'éthique, la connaissance et le pouvoir – sont intimement liées. Le travail des jeunes psychiatres a de toute évidence débouché sur de nouvelles formes de pratiques elles-mêmes susceptibles d'ouvrir sur de nouvelles formes de connaissances ou de nouveaux modes d'exercice du pouvoir. Dans une large mesure les travaux foucauldien mettant en évidence le passage d'une société disciplinaire à une société de contrôle ont su capter ces mouvements². Mon insistance sur la dimension éthique du travail des jeunes psychiatres tient au fait je cherche ici à saisir spécifiquement une problématisation historiquement située.

Avant de poursuivre l'analyse, je voudrais faire une dernière remarque sur sa signification globale. Ma façon de concevoir la question du sens de l'hospitalisation repose elle-même sur une conception de la norme qui est proche de celle élaborée par les jeunes psychiatres. Il y a à cela des raisons d'ordre historique dans la mesure où, comme on a déjà commencé à le voir, mais cela apparaîtra mieux encore dans la suite, les mouvements d'idées dans lesquels s'inscrivent les projets des jeunes psychiatres sont proches d'un certain nombre de perspectives théoriques qui guide mon propre travail. Le travail des jeunes psychiatres s'est en effet profondément nourri de l'apport des sciences humaines et de la philosophie de son temps, qu'il a de son côté aussi contribué à alimenter. Il faut noter de ce point de vue que la difficulté des sciences sociales à saisir ce qui a été en jeu dans la psychiatrie française à la Libération est peut-être venue de cette proximité, que des travaux s'inscrivant dans une veine critique ne pouvaient que difficilement admettre. Mais plus profondément toutefois, je suggère qu'il est difficile de comprendre la portée pratique de conceptions mettant l'accent sur la normativité de l'action dans un modèle reposant lui-même sur une conception transcendante de la norme.

¹ Bonnafé, "Le personnage du psychiatre", *op. cit.*

² En particulier Castel, *La gestion des risques*, *op. cit.*

L'expérience critique : épreuves de réalité, travail biographique et histoire

Dans ce qui suit je ne cherche pas à examiner en détail le sens de l'institution psychiatrique tel qu'il est affirmé avant la guerre et réélaboré par les jeunes psychiatres à la Libération. Je cherche plutôt à cerner globalement l'écart ou la variation qu'y ont introduit, avec leur projet, les jeunes psychiatres. Dans cette perspective, l'un des enjeux clefs de l'analyse est de rendre compte des conditions dans lesquelles des acteurs peuvent être en mesure d'apporter ce changement. Qu'est-ce qui rend efficace un discours remettant en cause le sens d'une institution comme l'hôpital psychiatrique ? Si le sens de l'hôpital psychiatrique rend compte de l'ordre sur lequel il s'appuie comme institution, en proposer une reformulation suppose une rupture avec cet ordre. La critique est la condition première de cette remise en cause.

L'importance de la critique dans la vie sociale a été soulignée depuis une vingtaine d'années par les travaux suscités par le modèle en termes de « cités » développé par Luc Boltanski et Laurent Thévenot¹. Les cités visent à rendre compte de la cohérence de la hiérarchie des grandeurs des acteurs et des choses à partir de l'idée que ces grandeurs reposent sur des jugements mobilisant des constructions du raisonnement appuyées sur l'existence de mondes communs et mis en jeu dans des processus d'« épreuves », elles-mêmes spécifiques à chaque cité. Le modèle a surtout été utilisé dans un premier temps pour mettre en évidence les logiques conflictuelles à l'œuvre dans des arènes où se posent des questions de justice. Il repose alors sur la construction d'un nombre limité de cités pouvant rendre compte de l'ensemble des situations rencontrées². Dans ce type d'approche, la critique correspond à la contestation d'une épreuve d'une cité donnée, fondée sur la mobilisation de ressources argumentatives empruntées à une autre cité. Dans les travaux que Boltanski a consacré par la suite aux transformations de « l'esprit du capitalisme » au cours de la deuxième moitié du vingtième siècle, en collaboration avec Eve Chiappello, la critique est apparue comme ce qui, en mettant en demeure le capitalisme de s'expliquer, l'oblige à élaborer sans cesse de nouvelles justifications et par là lui permet d'accomplir une mue, le conduisant en l'occurrence à proposer un nouveau répertoire de justification dans ce que

¹ Boltanski, L. et L. Thévenot, *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991.

² *Justesse et justice dans le travail*, Paris, PUF, 1989.

les deux auteurs appellent la « cité par projet »¹. Leur analyse permet ainsi d'intégrer la critique à un modèle de changement qui vise à rendre compte, à travers la formation d'une nouvelle cité, d'un certain nombre de transformations dans les modes d'organisation industrielle. La critique n'est toutefois ici un élément de changement et d'innovation que dans la mesure où ses cibles ressentent la nécessité d'évoluer pour pouvoir perdurer. L'analyse de Boltanski et Chiappello conduit ainsi au constat d'un échec des critiques du capitalisme en raison de leur incapacité à constituer de manière parfaitement cohérente un ordre alternatif à l'ordre capitaliste, et parce que le capitalisme parvient toujours à les neutraliser en les récupérant dans la construction de son propre ordre. À l'inverse, une critique réussie du capitalisme correspondrait à la mobilisation de ressources argumentatives en mesure de lui substituer un ordre alternatif. Dans cette perspective, c'est seulement en s'appuyant sur la cohérence d'une cité déjà constituée que les critiques du capitalisme pourraient avoir une efficacité, de sorte que la critique n'est jamais productive en elle-même du changement.

À la différence de ce modèle, je fais jouer ici à la critique elle-même un rôle clef dans mon approche du changement. Je considère en effet avant tout la critique comme une attitude des acteurs qui peut déboucher sur une perspective de changement parce qu'elle suscite un rapport nouveau au monde et à soi. L'attitude critique correspond à une prise de conscience que les choses ne vont pas dans le monde tel qu'il fonctionne et qu'il faut faire les choses autrement. Elle est une expérience créatrice parce qu'elle engage celui qui l'éprouve à la réflexion et à l'imagination. Au fondement de l'attitude critique se trouve ainsi une opération de prise de distance à l'égard de ce monde. Pour qui a fortement été engagé dans le monde, l'engagement dans la critique correspond ainsi à une expérience singulière, qui marque durablement l'individu en constituant pour lui une rupture, et l'amène à un sentiment d'étrangeté vis-à-vis de lui-même et de ce qu'il a été : comment ai-je pu penser ainsi ? De façon générale, ce modèle repose sur l'une des dimensions clefs de la vision de l'action développée par l'interactionnisme symbolique, l'idée que les acteurs sont en mesure d'opérer un retour réflexif sur ce qu'ils ont accompli, et de réorienter leur action en fonction de l'image qu'ils se sont ainsi construite d'eux-mêmes et de leur action². Pour qu'une expérience critique puisse jouer un rôle dans un processus de changement de grande envergure comme l'est celui

¹ Boltanski, L. et È. Chiappello, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999.

² Strauss, A., *Miroirs et masques*, Paris, Métailié, 1992 [1959].

de l'hôpital psychiatrique, il faut toutefois qu'elle soit travaillée collectivement par les acteurs sous la forme d'un projet qui leur permette de lier une vision de leur engagement à un diagnostic sur ce qui ne va pas dans l'ordre du monde et qu'il faut changer. En ce sens, et pour paraphraser l'analyse qu'Albert Ogien et Louis Quéré ont proposé de la notion pragmatiste d'expérience, la constitution d'une expérience critique correspond à l'exploration par les acteurs de la situation dans laquelle ils sont engagés pour en réduire les tensions et proposer « un mouvement orienté vers la composition d'un tout intégré »¹. Ce processus passe à la fois par un travail biographique individuel qui conduit chacun à identifier cette expérience dans sa propre trajectoire et à se constituer en producteur du projet, et par un travail collectif qui permet au noyau du groupe réformateur de s'accorder sur le sens de leur expérience et éventuellement de l'élargir de manière à rallier d'autres acteurs à leur projet, en constituant une histoire et une trajectoire collective qui en retour donneront un appui au travail biographique individuel².

Ce double travail, qui s'apparente pour les acteurs à l'expérience d'une conversion³, on peut en voir les traces à des degrés divers dans la plupart des publications des jeunes psychiatres après la guerre. Il apparaît dans ces textes sous la forme de récits rétrospectifs associant à des éléments récurrents un déclic expliquant une prise de conscience et l'engagement dans quelque chose de nouveau. Parmi ces éléments, on retrouve un certain nombre d'événements que l'on a évoqués dans les pages qui précèdent : l'intervention de Paul Balvet au congrès de 1942, les premières expériences avec les techniques de choc, l'occupation allemande et la famine endurée dans les hôpitaux pendant la guerre, les effets inattendus sur certains patients des conditions exceptionnelles du conflit, l'isolement vécu dans les hôpitaux psychiatriques. L'un des textes les plus significatifs en ce sens est la contribution que donne en 1946 Louis Le Guillant au second volume des « Documents de l'Information Psychiatrique », dans laquelle il décrit la rénovation de l'hôpital psychiatrique de la Charité sur Loire

¹ Ogien, A. et L. Quéré, "Expérience", *Le vocabulaire de la sociologie de l'action*, Paris, Ellipses, 2005, pp. 37-43.

² Sur la notion de travail biographique dans un contexte un peu différent, celui des maladies chroniques, voir Corbin, J. M. et A. L. Strauss, *Unending work and care: managing chronic illness at home*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1988.

³ Snow, D. et R. Machalek, "The sociology of conversion", *Annual Review of Sociology*, 10, 1984, pp. 167-190.

sous sa direction au début des années 1930, alors qu'il était tout jeune médecin chef¹. Le Guillant relate ce qu'il qualifie lui-même comme « une expérience »², qui s'avère de fait être l'expérience d'un dessillement, voire d'une déception, le conduisant à une sorte de retournement personnel. Il vaut la peine de s'arrêter un instant sur ce texte.

Pouvoir lancer des travaux de ce type est avant la guerre une chance rare dans la carrière d'un médecin chef des hôpitaux psychiatriques, et en l'occurrence elle est liée à la fois à un besoin pressant, l'état de dégradation de l'établissement, et surtout, selon les termes de Le Guillant, à « une opportunité « politico-administrative » exceptionnelle ». Ces conditions un peu particulières font que le chantier doit être réalisé dans des conditions d'urgence qui empêchent d'appliquer des normes optimales. Malgré cela, Le Guillant souligne que la construction, qui s'inspire de réalisations récentes en France et à l'étranger, reflète bien une sorte d'état moyen de la psychiatrie française dans les années 1930 :

Toute création est déterminée par un certain nombre d'idées, formulées ou non, dont nous prenons ou non conscience. Elle exprime involontairement – et dans la mesure même où elle n'a pas tenté de faire œuvre originale, l'attitude générale de l'opinion, des techniciens, de la société tout entière, devant un problème à un moment donné. Si donc on la considère avec un recul suffisant un certain sens s'en dégage inévitablement. Dans cet esprit, si je me retourne vers le passé pour tenter de découvrir la tendance générale qui a dominé l'élaboration du projet, je vois clairement aujourd'hui que c'est avant tout son caractère « médical ». C'est l'analogie – et même l'identification – avec le décor, l'organisation, les disciplines, l'ambiance même d'un hôpital de médecine générale qui ont été recherchées et réalisées. La disposition « rationnellement » simplifiée des locaux, les sols carrelés, les murs clairs et nus, les vastes baies, le mobilier métallique, les appareils d'éclairage et de chauffage du type « hôpital », etc. le style même des pavillons, d'un modernisme assez agressif, accentuent cette ressemblance.

Dans un premier temps, ce nouvel « instrument de travail » apporte un certain contentement à Le Guillant. L'ensemble marque évidemment un progrès considérable par rapport à l'état antérieur de l'établissement, qui comptait encore des cellules dans lesquelles certains patients étaient couchés sur de la paille. Mais bien davantage, ce

¹ Le Guillant, L., "Remarques à propos de la reconstruction de l'hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire", *Au-delà de l'asile d'aliéné et de l'hôpital psychiatrique. Documents de l'Information psychiatrique*, 2, Paris, Desclée de Brouwer, 1946, dont sont tirées les citations qui suivent.

² « Comme on le verra, je suis bien éloigné de considérer cette entreprise comme une réussite. Mais elle constitue – en quelque sorte nécessairement – une expérience. A ce titre elle devait être commentée brièvement dans ce numéro. »

nouvel environnement de travail a un remarquable effet positif sur l'ensemble des personnels : pour le médecin, il crée une « ambiance « moderne » assez stimulante » ; « sur le personnel [...] le nouvel hôpital a eu manifestement une influence profondément bienfaisante » en constituant pour eux « une véritable promotion » ; les malades eux-mêmes en ont tiré bénéfice : « il est sans doute difficile de faire la part de l'activité thérapeutique nouvelle déployée par les médecins et le personnel, mais cependant, dans l'ensemble leur tenue générale, leur propr[e]té corporelle vestimentaire se sont améliorées, leur santé a été mieux surveillée ». L'ensemble de l'hôpital a ainsi pu développer une activité thérapeutique plus marquée, qui en fin de compte a abouti également à un « progrès marqué de l'opinion générale », des familles et des autorités locales.

Rapidement, cependant, Le Guillant souligne un changement dans son appréciation. Un sentiment d'insatisfaction le gagne en effet : « Et cependant ces dernières années, il me semblait que le nouvel hôpital n'était pas vraiment adéquat à son objet. » A l'origine de cette évolution, Le Guillant pointe celle de certaines de ses idées - « sans doute mes idées personnelles avaient-elles profondément évolué » - vers une prise en compte des aspects psychologiques de la maladie mentale, évolution liée en partie à la guerre, et en particulier à « un certain rapprochement affectif lié aux souffrances endurées par mes pensionnaires ». L'un des éléments de ce revirement personnel est sans aucun doute l'expérience qu'il vit au début de la guerre, et que j'ai évoquée rapidement dans le chapitre précédent, lorsqu'il constate le rétablissement inattendu de malades chroniques sortis involontairement de l'hôpital psychiatrique au moment de l'invasion allemande. Ainsi, profondément, c'est une inadéquation du nouvel hôpital à son objet qui lui apparaît soudainement : « Mais d'autre part, sur le terrain où nous nous tenons aujourd'hui, celui de l'assistance aux aliénés, du dispositif matériel, architectural, par lequel elle se réalise, j'avais dû constater que la forme qui lui avait été donnée n'était pas réellement adaptée au problème original posé par les troubles mentaux. » C'est ainsi la perception soudaine d'un décalage entre le dispositif architectural et le rôle que l'hôpital doit remplir auprès des malades – la manière dont il doit répondre au « problème original » des troubles mentaux – qui est, profondément, à l'origine d'un retournement personnel. L'article met ainsi particulièrement bien en évidence le rapport d'étrangeté qu'il entretient désormais avec ce qui était auparavant

son monde : Le Guillant évoque un « sentiment de malaise », ou encore utilise l'expression de « désenchantement », qui signale bien la mesure du changement produit en lui-même.

Le récit auquel se livre Le Guillant dans cet article correspond, on le voit, à la mise en scène d'une épreuve de réalité, qui le conduit à une révision de ses conceptions et à une première identification de ce qu'il convient désormais de faire pour changer les choses. En particulier ce travail rend évident et brutal un processus de rupture, qui permet de voir autrement le monde et de saisir des éléments à partir duquel pourra être reconstruit un nouvel ordre. Cette rupture correspond à une sorte de solution de continuité, qui permet aux acteurs de s'inscrire dans la suite d'une histoire tout en marquant l'originalité de leur engagement. Dans le même temps, Le Guillant inscrit son récit dans le cadre d'une expérience partagée et partageable par ses collègues, faisant sens pour le petit groupe des psychiatres réformateurs. Notant ainsi que ses « remarques », pour reprendre ses termes, sont proches de celles que fait au même moment Lucien Bonnafé¹, il écrit : « Leur seule valeur [de ces remarques] réside dans le fait que l'expérience particulière qu'elles relatent avec sincérité atteint au même point [que les analyses de Bonnafé], [et] que l'isolement fécond de ces dernières années ait permis à plusieurs d'entre nous la même prise de conscience ». De fait on a déjà vu dans les textes que l'on a évoqué jusqu'à présent l'analyse d'une série d'expériences proches dans leur dynamique de celle de Le Guillant : ainsi par exemple de Daumézon, qui situe au départ de sa psychothérapie collective une impression ou une intuition des débuts de sa pratique, explicitée après la guerre.

De nombreux aspects du récit de Le Guillant en font par ailleurs le reflet d'une expérience qui dépasse son seul cas personnel : l'identification derrière le plan de reconstruction de l'hôpital psychiatrique de tendances générales de la psychiatrie des années 1930, certaines expressions comme le « problème original » de la folie, qui correspondent à un vocabulaire que les jeunes psychiatres se sont forgés depuis la Libération, ou encore l'identification derrière son évolution personnelle d'un sentiment ressortissant au sens commun – le « rapprochement affectif » avec ses malades en temps de guerre –, pour ne rien dire du sens qu'il donne à cette rupture, que j'analyserai dans les sections suivantes. Ce récit permet ainsi à son auteur de contextualiser son

¹ Dans Bonnafé, L., "Vers une conception urbaniste de l'architecture médicale. L'apport critique et constructif de la psychologie sociale et de la psychiatrie", *Techniques hospitalières*, 1, n° 8, 1946, p. 1.

expérience si singulière soit-elle dans une dynamique temporelle qui dépasse le seul enjeu de son évolution personnelle. En même temps il participe à la constitution de cette dynamique collective. En explicitant les enjeux du moment spécifique où se constitue son expérience et celles de ses camarades, il propose une reconstruction de l'histoire de la psychiatrie d'une manière qui l'éclaire sous un jour nouveau. Cette reconstruction historique se retrouve davantage étayée dans d'autres écrits du groupe, et notamment l'article de Daumézon que j'ai analysé plus haut, et elle prendra par la suite de l'ampleur jusqu'à constituer une sorte de vulgate imprégnant l'ensemble des textes autour du mouvement des jeunes psychiatres. Elle correspond au récit d'une réaction contre une situation de déclin et d'abandon de la psychiatrie avant la guerre, au profit d'un retour aux intuitions des fondateurs de la discipline. On retrouve ainsi dans les différents textes du groupe de nombreux éléments qui participent de cette construction : ainsi Philippe Paumelle, dans sa thèse, rappelle les normes édictées par Parchappe au milieu du XIX^e siècle en matière de construction des pavillons pour, par comparaison, critiquer vivement celles de Raynier et Jean Lauzier – et cette critique est également latente dans le texte de Le Guillant, qui signale que Raynier avait approuvé le plan de la Charité sur Loire¹. Daumézon, on l'a vu, cherche à retrouver dans son projet de psychothérapie collective le sens d'une pratique des débuts de la psychiatrie, perdue par la suite. Henri Ey, on l'a vu également, critique les conceptions doctrinales de Gaétan de Clérambault pour proposer un retour à un vitalisme des débuts de la médecine mentale². La clinothérapie ou thérapeutique par l'alitement de Magnan, le service libre et la doctrine de l'hygiène mentale sont encore autant d'éléments critiqués et évacués de l'histoire telle que la racontent les jeunes psychiatres.

Le travail critique des jeunes psychiatres correspond ainsi à une série de processus de construction des identités et des engagements individuels et collectifs. Pour autant, ce travail ne peut réussir que dans la mesure où le groupe parvient à faire partager sa critique et faire vivre un certain nombre de propositions cohérentes susceptibles de former les bases d'un nouvel arrangement du sens des institutions psychiatriques. Précisément c'est ce point qu'il faut examiner maintenant, en commençant par analyser le sens de la critique que portent les jeunes psychiatres à l'hôpital psychiatrique. _____

¹ Paumelle, *Essais de traitement collectif du quartier d'agités*, op. cit.

² Ey, H., *Etudes psychiatriques. I. Historique - Méthodologie - Psychopathologie générale*, Paris, Desclée de Brouwer, 1948.

2.2. L'isolement et sa critique : la distance à la norme

L'isolement comme fondement du sens de l'asile

Les indices sont nombreux de la rupture du sens qui s'est opérée en psychiatrie dans le courant du XX^e siècle, dans un processus dont de toute évidence le mouvement des jeunes psychiatres a marqué une étape clef. L'impossibilité de penser que l'asile ait jamais pu être autre chose qu'une utopie irréalisable ou un lieu de coercition, la discréditation même du terme d'asile¹, signalent combien l'hôpital psychiatrique a changé de vocation en l'espace d'un siècle. C'est autour du thème de l'isolement qu'au lendemain de la Libération les jeunes psychiatres ont construit leur critique de l'institution asilaire. La plupart des textes de l'après-guerre font ainsi de l'isolement le fondement ultime de l'ordre asilaire. Particulièrement significative est cette analyse de Daumézon et d'un de ses élèves, Philippe Koechlin :

En dehors de l'image d'Epinal qui fait de l'hôpital un « asile » et plus encore un lieu de traitement, l'établissement apparaît beaucoup plus réellement comme un *monde clos* auquel il convient d'appliquer une technique d'examen de type sociologique.

L'élément déterminant essentiel en est l'isolement : isolement géographique, nombre d'hôpitaux ont été conçus à une époque où l'on faisait du retour à la campagne une touchante panacée ; nombreux sont ceux qui ont été installés dans une banlieue écartée ; ceux même qui se trouvent au centre de la ville sont alors entourés d'une haute barrière, d'un mur dont on ne saurait nier l'importance morale plus encore que matérielle.

Dans notre société l'hôpital psychiatrique est encore un lieu maudit devant lequel une bonne partie de la population passe en éprouvant une crainte magique, et toutes les personnes qui touchent à lui : personnel, personnel administratif, médecin, sont entourés au dehors d'un halo d'étrangeté qui s'exprimera même dans les milieux se disant les plus cultivés, voire les plus affranchis. Le malade mental n'est pas encore un malade comme les autres et partant le médecin des fous n'est pas un médecin comme les autres ; jusqu'à sa famille, tout s'en trouve contaminé. On pourrait longuement broder sur le thème de cet isolement.²

¹ Notons en effet que dans des phrases comme « On est retourné à l'asile », que l'on peut lire ou entendre si fréquemment sous la plume ou dans la bouche des soignants en psychiatrie pour dénoncer ou déplorer la sensation d'une dégradation de leurs conditions de travail, c'est bien la perspective d'un retour à des pratiques révolues qui est en jeu, dans l'idée que la psychiatrie, précisément, est parvenue à une sorte d'émancipation ou à un âge adulte qui lui a permis de rompre avec un passé obscur.

² Daumézon et Koechlin, "La psychothérapie institutionnelle contemporaine", *op. cit.*, souligné par les auteurs.

Dans le même sens, dans un texte sur lequel on reviendra, Bonnafé fait plus largement de l'isolement une caractéristique globale de la psychiatrie : « La malédiction qui pèse sur la folie se projette sur l'homme de la folie, et c'est dans la notion d'aliénation que baignent les rapports entre le psychiatre et le monde. [...] La psychiatrie est, en masse, la psychiatrie asilaire, le psychiatre, aux yeux du monde, est le psychiatre d'asile, ce fait et ce sentiment sont particulièrement significatifs. C'est le principe de ségrégation qui domine l'ensemble du problème. C'est le phénomène de l'isolement qui caractérise centralement le personnage du psychiatre dans la société. » Et en appelant, selon une formule qui est depuis lors devenue l'un des lieux communs de la psychiatrie française, à « la désaliénation du fait psychiatrique – malade, organisation des soins, médecin », Bonnafé fait de la négation de l'isolement le fondement de la psychiatrie nouvelle.

Sociologues et historiens se sont rarement interrogés sur le sens et la portée de cette critique. Une raison en est peut-être l'apparente transparence de l'isolement. Celle-ci a pourtant une histoire longue en psychiatrie. Jan Goldstein a montré que c'est au moment du débat sur la loi de 1838 que l'isolement est devenu un thème central dans la manière dont les aliénistes ont pensé le sens de leurs institutions¹. Dans un mémoire présenté en 1832 à l'Institut de France, Esquirol expliquait que l'isolement visait à soustraire les malades à leur famille pour les soumettre à l'influence bienfaisante d'un milieu contrôlé, dans lequel seraient maîtrisées leurs passions. La doctrine reprenait en particulier un certain nombre d'idées- forces développées dans le cadre de la réflexion sur le traitement moral de la folie, mais elle captait dans le même temps une demande sociale en se présentant comme une solution au problème de l'encadrement légal de l'internement. En ce sens, avec l'isolement, Esquirol proposait la formulation d'un mandat de la psychiatrie, qui devait trouver une sanction officielle avec le vote de la loi sur les aliénés. Si le vocabulaire des passions a rapidement été abandonné, l'isolement est resté jusqu'à l'entre deux guerres une dimension clef de la conception que les aliénistes pouvaient avoir du sens de leurs institutions. Au plus fort de la vague de critique dont les aliénistes furent l'objet à la fin du Second Empire et au début de la Troisième République, c'est à la positivité de la doctrine qu'ils se raccrochèrent pour se

¹ Goldstein, J., *Consoler et classifier. L'essor de la psychiatrie française*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1997 [1987], p. 365 sq.

rassurer¹. En 1897, au plus fort de la controverse sur le *non restraint*, c'est également à cette question que fut consacrée la réunion du Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue Française². Et en 1914 encore, Emmanuel Régis ouvrait la section thérapeutique de son *Précis de psychiâtrie*, le manuel de psychiatrie le plus utilisé de l'époque, par la considération suivante : « Les agents généraux de la thérapeutique psychiatrique se résument dans la méthode connue sous le nom d'Isolement. »³

Si la notion d'isolement traverse cette histoire c'est avant tout parce qu'elle comporte une dimension positive, et c'est par rapport à celle-ci que la critique des jeunes psychiatres prend réellement son sens⁴. De façon générale, si l'isolement permet effectivement de justifier que l'on restreigne les libertés des malades en les retirant de la société, il ne se confond pas pour autant simplement avec la claustration. Dans le manuel que j'ai cité plus haut, Régis énumérait ainsi différentes manières d'organiser l'isolement des malades : « L'isolement peut être pratiqué à l'hôpital, dans un établissement spécial d'aliénés, une colonie agricole ou une famille étrangère, dans un établissement pour psycho-névroses ou un Institut hydrothérapique, dans une maison de campagne. Le voyage est aussi un moyen d'isolement. » Comme l'indique cette liste, la portée de l'isolement va au-delà des établissements régis par la loi de 1838. Et comme le suggèrent également les termes utilisés par Régis, l'isolement correspond à une pratique active. « Agent général » du traitement de l'aliénation, l'isolement se distingue dans le manuel de Régis d'une série d'« agents spéciaux », comprenant agents hygiéniques – vêtement, habitation, alimentation, coucher... -, psychiques – traitement moral et suggestion -, physiques – alitement, balnéo-, hydro-, électrothérapie... -, chirurgicaux – révulsion, saignée, sérothérapie... - et pharmaceutiques – purgatifs, calmants, hypnotiques, toniques... L'isolement apparaît ainsi comme une composante

¹ Lunier, L., "De l'isolement des aliénés considéré comme moyen de traitement et comme mesure d'ordre public", *Annales Médico-psychologiques*, 1, n° 1, 1871, p. 27.

² Garnier, P., "Internement des aliénés", in Vernet (dir.), *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Septième session tenue à Nancy du 1er au 5 août 1896*, Paris, Masson, 1897.

³ Régis, E., *Précis de psychiâtrie, 5e édition*, Paris, O. Doin, 1914. La majuscule est dans le texte.

⁴ De ce point de vue il ne faut pas, il me semble, surdéterminer les tentatives de libéraliser les asiles de la fin du XIX^e siècle dans les mouvements comme le *non restraint*, dont il me semble qu'elles n'empêchent pas nécessairement leurs auteurs de rester attachés à l'isolement. Pour ne prendre qu'un exemple, Emmanuel Régis, qui lui-même n'est pas médecin des asiles, peut, à la fois s'engager dans le débat pour le non restraint et, comme on vient de le voir ci-dessous, faire de l'isolement la méthode générale de traitement de la folie. Ce point serait toutefois à approfondir au cas par cas.

des pratiques thérapeutiques, une manière d'organiser les comportements face aux malades. Si de ce point de vue l'isolement a pu correspondre à des pratiques fort diverses, il me semble que l'on peut schématiquement y distinguer trois dimensions spécifiques.

La première correspond à un objectif de protection – de la société bien entendu, mais du malade également. En réalisant la mise à l'écart de certaines populations, l'internement les empêche de porter atteinte à l'ordre social. S'il ne faut pas réduire à ce motif l'internement, il en est de fait une dimension cruciale, que pour une part revendiquaient explicitement les aliénistes. A partir de la fin du XIX^e siècle et jusqu'au lendemain de la première guerre mondiale, paraissait ainsi dans les *Annales Médico-Psychologiques* une chronique qui, sous le titre « les aliénés en liberté », recensait les délits et crimes commis par des malades mentaux en liberté – qu'ils aient été sortis prématurément, ou qu'on ne les ait pas « dépistés » à temps -, et qu'un des rédacteurs de la revue compilait à partir d'une revue de la presse grand public, traduisant de fait l'attachement des psychiatres à cette dimension de leur rôle social¹. Mais en soumettant les patients à un contrôle rigoureux il s'agit également de les protéger eux-mêmes. Outre que l'internement correspondait, on l'a vu, à une mesure d'assistance, il visait également à éviter que les malades se donnent la mort - et le suicide était, dans les asiles, avec l'évasion, la crainte la plus prégnante, et la faute la plus importante qui pouvait être reprochée aux infirmiers.

Au-delà du contrôle social, une deuxième dimension de l'isolement correspond à la mise hors du monde. Talcott Parsons a sans doute été le premier à développer systématiquement l'idée que la maladie était une forme de déviance et coïncide avec une suspension du cours normal des choses², mais c'est Michel Foucault qui dans *l'Histoire de la folie* a donné la description la plus forte de l'expérience de la maladie mentale comme ascèse³. De ce point de vue, l'isolement de l'aliéné rencontre le thème religieux de la retraite, la cure même correspondant à un processus de retour sur soi – et l'on sait que classiquement, pour les psychiatres, la critique du délire est l'un des

¹ Ainsi que la fascination de la France fin de siècle pour ce genre de déviance.

² Parsons, "Chapitre X. Structure sociale et processus dynamique: le cas de la pratique médicale moderne", *op. cit.*

³ Sur la maladie « libératrice » parce qu'elle permet de se soustraire aux influences du monde, et de s'accomplir dans un travail sur soi, voir Herzlich, C., *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris, La Haye, Mouton, 1969.

critères de la guérison. Dans des écrits plus tardifs, Michel Foucault a également souligné la parenté entre les techniques de l'aveu d'une part, de la psychanalyse d'autre part, et celles de la confession religieuse¹.

La modernité industrielle a toutefois vu émerger dans le courant du XIX^e siècle une autre figure sociale de la mise hors du monde, celle du loisir, du voyage et du dépaysement. Ce mouvement correspond également à l'apparition de nouvelles pathologies, qui ne se caractérisent pas par l'agitation ou la confusion, mais par la lassitude ou le spleen – comme la neurasthénie, le surmenage ou de manière générale la fatigue². Dans cette perspective, l'isolement coïncide avec l'inactivité et la suspension des obligations de rôle. Les « maisons de santé » qui se développent durant tout le XIX^e siècle représentent au plus haut point cet idéal³. Si celles-ci concernent au premier chef les malades issus des milieux sociaux les plus aisés, les asiles sont toutefois également concernés par cette idéologie : en témoigne la campagne menée à la fin du XIX^e siècle sous l'impulsion de Valentin Magnan en faveur du traitement des malades mentaux par l'alitement, ou clinothérapie, dans les asiles, qui aboutit en 1900 au vote d'une motion au congrès mondial de médecine⁴. Si l'alitement apparaît aux yeux de ses promoteurs comme la base du traitement de l'agitation, il signifie également le succès d'une vision de la cure des maladies mentales par le repos⁵.

¹ Foucault, M., *L'herméneutique du sujet. Cours au Collège de France. 1981-1982*, Paris, Gallimard-Seuil, 2001.

² Rabinbach, A., *Le moteur humain. L'énergie, la fatigue et les origines de la modernité*, Paris, La fabrique, 2004 [1990] Sur ce point ces remarques tirées du manuel de Genil-Perrin, paru en 1931, sont significatives : « Les voyages étaient autrefois très conseillés dans les affections nerveuses, dans les convalescences de psychopathies. La littérature romantique nous a souvent montré le jeune lord tourmenté par le spleen parcourant en calèche les routes d'Italie. A notre époque on ne peut vraiment plus demander grand-chose aux voyages, à cause de leur pollution par la civilisation contemporaine. Avant la guerre, il était encore possible d'envoyer quelques malades pérégriner de ville en ville et jouir à la fois d'un climat convenable, de la nouveauté des sites, de la découverte des paysages et des monuments. Aujourd'hui le voyage est une telle source de fatigue physique et morale que nous ne saurions les conseiller aux nerveux même les mieux entourés, les mieux déchargés des soucis matériels. C'est partout la cohue, la foule, l'agitation. » Genil-Perrin, *Maladies nerveuses et mentales*, *op. cit.*, p. 201.

³ Voir par exemple Murat, L., *La maison du docteur Blanche: histoire d'un asile et de ses pensionnaires, de Nerval à Maupassant*, Paris, JC Lattès, 2001.

⁴ Ritti, A. (dir.), *XIIIe congrès international de médecine. Paris 1900. Section de psychiatrie. Comptes rendus*, Paris, Masson, 1901. Sur la clinothérapie, voir le travail d'un élève de Magnan, Pochon, G., *Etude sur le traitement des aliénés agités par le repos au lit*, Thèse de médecine, Paris, 1899. Voir aussi le rapport de l'Inspection Générale de 1923, sous la plume de Julien Raynier : Raynier, "Rapport de l'inspection générale des services administratifs", *op. cit.*

⁵ Pour une analyse de la place changeante du lit à l'hôpital, voir : Armstrong, D., "Decline of the hospital: reconstructing institutional dangers", *Sociology of Health and Illness*, 20, n° 4, 1998, p. 445.

La dernière dimension de l'ordre sur lequel repose l'hôpital psychiatrique à la veille de la guerre est l'observation scientifique. Pour Magnan, en permettant de rapprocher l'atmosphère et l'aspect des asiles de ceux des hôpitaux généraux, la clinothérapie correspondait également à un projet de médicalisation. Je l'ai évoqué dans le chapitre précédent, à partir de la fin du XIX^e siècle, les réformateurs de la psychiatrie appuient leurs projets sur la volonté de refonder la médecine mentale sur la science. En 1908 est ainsi créée à Paris, toujours sous l'impulsion de Magnan, une Société Clinique de Médecine Mentale, qui vise à relancer l'activité clinique des spécialistes de médecine mentale. Basée à l'hôpital Sainte Anne dans le service de Magnan, par contraste avec la Société médico-psychologique dont les réunions ont lieu dans un appartement rue de Seine, la Société doit permettre de remettre le malade au cœur de l'activité intellectuelle de la spécialité, et de rompre avec une tendance de la science aliénistes à la spéculation philosophique et doctrinale¹. Quelques années plus tard, ce mouvement aboutit à l'affirmation d'une liaison nouvelle avec le laboratoire. Celle-ci se traduit en 1930 par l'ouverture sous l'impulsion de Gaëtan de Clérambault de la Société, jusqu'alors restreinte à des médecins, aux biologistes fondamentalistes². Plus largement, à l'instar de l'hôpital Henri Rousselle d'Edouard Toulouse, les hôpitaux psychiatriques se dotent de laboratoires, qui permettent aux psychiatres de mener de front avec leur charge médicale des recherches en psychologie expérimentale, mais également en physiologie du cerveau. En 1937 est créée une revue spécialement dédiée à renforcer les liens entre cliniques et laboratoire, *Laboratoire et psychiatrie*, qui paraît jusqu'au deuxième trimestre 1939. Fondée sous l'impulsion de Théodore Simon, le successeur de Toulouse

¹ Ses responsables commentent ainsi la création de la Société dans le premier numéro de son Bulletin : « Le but de cette société est de réunir, pour les examiner en commun, les cas rares et d'un diagnostic particulièrement difficile qui se trouvent dans les services si riches des établissements de la Seine destinés au traitement des aliénés. Il est souvent impossible et toujours pénible de faire transporter les malades au siège de la Société Médico-Psychologique ; c'est pourquoi il a semblé préférable de réserver à cette dernière société le caractère didactique et doctrinal qui lui appartient en propre, et de la compléter par un groupement médical, d'ordre exclusivement clinique, ayant pour objet la présentation des malades, l'examen des pièces anatomiques, la description d'appareils ou d'instruments nouveaux, et l'exposé de méthodes techniques particulières relatives à l'étude de la pathologie mentale. » "Société clinique de médecine mentale", *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, 1, n° 1, 1908, p. 1.

² « 10 nouveaux membres seront à nommer, et à choisir, non point parmi les aliénistes, mais parmi les représentants des sciences biologiques diverses auxquelles de plus en plus notre spécialité demande des moyens de certitude ; c'est assez dire que la psychologie philosophique, qui, si longtemps, a retardé les progrès de notre spécialité, et toute idéologie similaire, en seront exclues » commente en 1929 Clérambault. Discours de M. de Clérambault, "Société clinique de médecine mentale. Séance du 21 janvier 1929" *Bulletin de la Société Clinique de Médecine Mentale*, 1929, 1, pp. 1-2. Sous cette forme, l'existence de la Société sera courte, une réorganisation des sociétés de psychiatrie parisienne débouchant deux ans après sur la fusion de la Société avec la Société Médico-Psychologique.

à Henri Rousselle, et de Maurice Delaville, chef du laboratoire de l'établissement, elle vise à apporter aux médecins chefs les derniers résultats obtenus par la science en même temps qu'à diffuser des techniques et des procédés qu'ils pourront utiliser dans leur pratique. Dans l'entre deux guerres, les asiles sont ainsi le terrain d'un réel engouement pour les activités de laboratoire.

Ces trois dimensions peuvent paraître étrangères les unes aux autres, elles contribuent pourtant ensemble à donner un style bien défini aux institutions psychiatriques. En mettant en scène de manière vivante un médecin tentant de justifier face à un malade le sens du traitement qu'il lui propose, cet extrait d'un manuel grand public paru en 1931 illustre bien leur intrication dans une vision globale et partagée :

Je vois fréquemment arriver dans mon cabinet des hommes d'affaires surmenés se plaignant de lassitude, d'insomnie, de difficulté de l'effort intellectuel, de manque de confiance en eux et dans l'avenir. Leur volonté faiblit ; chaque décision à prendre est une source d'angoisse. Cette inquiétude est d'ailleurs légitime car une défaillance peut compromettre la bonne marche de leurs entreprises. Ils viennent me demander l'illusion, mais je dois les mettre en présence de la réalité. Sauf circonstances très exceptionnelles, je ne leur rendrais aucun service en leur prescrivant un stimulant trompeur, qui leur permettrait de continuer pendant quelques semaines à se surmener et à s'intoxiquer, pour tomber ensuite de plus haut. Je dois leur faire comprendre la teneur de plusieurs chapitres de cet ouvrage, leur expliquer à fond le mécanisme de la fatigue, du surmenage, de l'auto-intoxication, la nécessité d'un repos relatif ou complet, l'utilité foncière de restreindre leur activité. Vous comprenez bien que cela ne va pas sans difficulté, que le malade se cabre, argue l'impossibilité de quitter ou de modérer ses affaires. Mais je ne me tiens pas d'emblée pour battu. Je sais bien qu'un chef d'industrie ne peut pas tout lâcher pour se soigner. Je fais quelques concessions et lui tiens ce langage : « Si vous ne pouvez pas faire mon traitement tout de suite, allez comme vous pourrez pendant un mois ou deux. Préparez votre congé, mettez au courant un collaborateur ménagez vous la possibilité d'un mois de vacances comme si vous deviez aller faire une saison à Vichy. Puis vous reviendrez me voir, et alors seulement nous ferons la véritable cure. Je vous désintoxiquerai à fond, je vous ferai dormir, je vous procurerai une détente nerveuse complète. Votre organisme physique sera étudié dans le menu ; le laboratoire nous apprendra ce que valent votre foie, vos reins, vos artères et nous prendrons des mesures en conséquence. Vous retrouverez à ce prix un regain de vigueur légitime et durable.¹

¹ Genil-Perrin, *Maladies nerveuses et mentales*, *op. cit.*

On le voit à travers cet extrait, l'isolement ouvre sur un mode de relation spécifique entre les personnels des institutions de soin et leurs malades. Celui-ci est fait d'attention et d'observation, mais plus largement de distance et de compassion, de discipline et d'autorité. Ce sont les manuels destinés aux infirmiers psychiatriques, dont les premiers paraissent au début du siècle, qui par la manière dont ils mettent en forme une série de recommandations à la fois concrètes et générales à destination de leurs publics, permettent sans doute de se faire l'idée la plus précise de ce qui est à la fois un projet proprement médical et un ensemble de recommandations d'ordre moral¹. On peut ainsi citer la description que donne du sens général de l'asile le manuel de Roger Mignot et Ludovic Marchand, dont la première édition date de 1912 et qui, mis à jour, est réédité jusqu'en 1952² :

L'asile d'aliénés est en réalité un hôpital spécial dans lequel tout doit être mis en œuvre pour traiter et guérir les malades, pour les protéger contre eux-mêmes, pour protéger la société contre les conséquences dangereuses qui peuvent résulter de la folie. Il n'y a pas d'assistance qui ne procède de soins matériels ; il n'y a pas d'action morale qui n'ait pour base les soins du corps. Les aliénés, incapables de se diriger seuls, de subvenir à leurs besoins doivent trouver à l'asile un milieu dans lequel ils seront tenus de suivre les règles de l'hygiène, dans lequel ils trouveront les meilleures conditions morales, telles que le calme, l'absence d'excitations extérieures, la bienveillance d'un personnel médical. Ce sera le principal rôle du personnel infirmier de veiller à leur propreté, à leur alimentation, à leur habillement, à leur coucher, etc. C'est en procédant ainsi que les infirmiers pourront exercer une action morale bienfaisante sur les malades confiés à leurs soins et contribuer à leur rendre la raison.³

L'insistance sur la surveillance dans la triple dimension du respect des règles, de la bienveillance et de la protection est l'aspect qui frappe le plus dans cette description. L'ensemble du manuel s'appuie au demeurant sur la mise en avant d'une discipline, qui se traduit non seulement dans les chapitres cliniques, consacrés à la définition et la description des pathologies mentales, mais également dans la description que donnent Mignot et Marchand des gestes à accomplir auprès des malades, et ce non seulement pour ce qui concerne les soins proprement médicaux – bandages, piqûres... – mais

¹ Pour une histoire des infirmiers psychiatriques et une revue des manuels qui leur sont destinés, voir Jaeger, M., "Garder, surveiller, soigner. Essais d'histoire de la profession d'infirmier psychiatrique", *Cahiers VST*, n° 3, 1990.

² Je cite la seconde édition, de 1931 Mignot, R. et L. Marchand, *Manuel technique pour les infirmiers des établissements d'aliénés*, Paris, Doin, 1931.

³ *Ibid.*

également les soins généraux – de l'alimentation au couchage, en passant par l'habillement, la toilette ou la promenade. La description qu'ils font de cette dernière, qui correspond pourtant à un moment de détente dans la journée, est particulièrement significative : la promenade ne doit pas excéder une heure, elle est entrecoupée d'une pause qui sera supprimée par mauvais temps, allongée par forte chaleur. La promenade ayant pour but de faire prendre de l'exercice aux malades, il s'agit donc de les faire marcher et non pas de les encourager à la flânerie. Mignot et Marchand insistent également sur la surveillance que l'infirmier doit exercer sans relâchement tout au long de la promenade, qui doit déboucher sur un rapport au médecin-chef au moment du retour au pavillon. Œil du médecin, relais de l'autorité médicale, l'infirmier est ainsi placé dans une situation de surplomb ou en tous les cas de distance à l'égard du malade vis-à-vis duquel il se présente comme une sorte de tuteur.

Les implicites moraux de cette conception du rôle des infirmiers psychiatriques apparaissent mieux dans le manuel de Théodore Simon, paru en 1911¹. Simon insiste longuement sur les vertus et les qualités dont doit faire preuve le personnel des asiles : « La liste des qualités morales à exiger de l'infirmier comprendrait toutes les vertus. Il faut à l'infirmier de l'attention pour ne négliger aucune des précautions qu'exige la surveillance ; il lui faut de la mémoire pour n'oublier aucune des prescriptions journalières ; il faut enfin à l'infirmier de la douceur, de la patience, etc. »² Cette liste fait de l'infirmier une figure tendue, presque en suspension face au malade. Plus loin Simon insiste également sur la mise en œuvre de ces qualités dans des situations précises, concrètes, où parfois l'infirmier doit faire face aux insultes, aux menaces, voir aux coups des patients. Dans ces situations, le comportement de l'infirmier doit être guidé par une « correction d'attitude », synonyme de réserve et de retrait, qu'il doit conserver de façon générale en toute circonstance, jusque dans la démonstration de sa bienveillance : si celle-ci doit ainsi être au fondement du regard infirmier sur le malade, elle ne doit pas être « entachée par [un] rappel constant de la misère de celui que vous soignez. Vous en neutralisez [alors] l'effet moral [...]. Non, il faut une attitude commandée par une charité sincère ». L'infirmier doit ainsi faire preuve de « tenue », dans le double sens de retenue morale et de bonne tenue ou de maintien physique. Il

¹ Simon, T., *L'aliéné, l'asile, l'infirmier.*, Paris, Librairie O. Berthier, 1911.

² *Ibid.*

s'agit à la fois d'une disposition d'esprit, et d'une attitude générale à adopter jusque dans son *hexis* corporelle.

Dans une brochure parue en 1937, un autre aliéniste, Frantz Adam, médecin chef de l'hôpital psychiatrique de Rouffach, dresse une liste proche de celle de Simon¹ : bonté, douceur, confiance en autrui, tact et secret professionnel, patience et honnêteté sont les principales qualités du bon infirmier. Il va jusqu'à recommander la lecture de manuels de savoir-vivre, déplorant la perte des bonnes manières chez les jeunes infirmiers. Et s'il cite également « l'initiative » parmi les vertus que ceux-ci devraient cultiver, c'est essentiellement pour insister sur le devoir qu'a l'infirmier de relayer scrupuleusement l'autorité du médecin auprès du malade, en s'assurant notamment du respect de ses ordonnances, et à l'inverse en lui demandant de remonter à ses supérieurs tout ce qui pourrait lui paraître suspect dans la conduite du malade². L'infirmier apparaît ainsi comme un relais attentif et modeste de l'autorité médicale, une figure à la fois rassurante mais lointaine et qui ne doit pas faire preuve d'une présence trop engagée vis-à-vis de ses malades.

Dans l'ensemble, on le voit, c'est une vision d'une grande cohérence qui se dégage à travers ces différents discours. S'il faut se garder d'en faire un reflet trop direct de la réalité des pratiques, ils traduisent néanmoins la consistance d'un ordre dont la portée se dévoile également à travers la critique que prennent la peine d'en proposer les jeunes psychiatres après la guerre. C'est celle-ci qu'il faut examiner maintenant.

La critique de l'hôpital comme monde clos : l'inauthenticité de la vie asilaire

Ce sont en effet toutes les dimensions de cette vision du sens de l'institution psychiatrique qui sont remises en cause par les jeunes psychiatres à partir de la

¹ Adam, F., *Devoirs de l'infirmier des hôpitaux psychiatriques*, Colmal, Huffel, 1937.

² « Vous observerez donc les malades à vous confiés ; vous signalerez au médecin qu'un tel, qui jusqu'à ce jour paraissait gai, semble verser dans la tristesse ; que tel autre, au contraire, sort de sa dépression (la notion de psychose circulaire vous révélera bientôt l'importance de ces renseignements). Si le médecin au cours de sa visite a recommandé à un sujet amélioré d'écrire à sa famille, vous rappellerez la chose à ce patient s'il ne la fait pas, et s'il hésite, s'il semble ne pas savoir « comment commencer », vous l'aidez discrètement, de vos conseils. Voyez-vous deux malades chercher à s'isoler, s'entretenir à voix basse, essayer d'échapper à votre surveillance, vous vous demanderez s'ils n'organisent pas quelque évasion ou pour certains (les jeunes surtout ou même un homme mûr et un jeune garçon) s'ils n'ont pas de ces tendances vicieuses dont il vous sera parlé. De tels sujets, vous les surveillerez particulièrement et vous rendrez compte de leur attitude au médecin, lors de ses visites. » *Ibid.*

Libération. La source de leur indignation est « l'inhumanité » du traitement proposé dans les hôpitaux psychiatriques et son inadéquation à des malades qu'il faut considérer comme des personnes humaines. La critique qui s'élabore sous leur plume prend toutefois deux formes distinctes et s'ouvre sur un double front : celui de l'isolement comme fermeture des institutions sur elles-mêmes, celui de l'appui que croit devoir chercher la psychiatrie dans la science. Examinons d'abord le premier volet de la critique, en réservant le second pour la section suivante.

En dénonçant l'isolement comme caractéristique globale de la psychiatrie les jeunes psychiatres proposent en effet une réinterprétation en profondeur du concept : isolement signifie pour eux relégation et mise à l'écart, abandon du patient et exclusion de la vie sociale. S'il renvoie avant tout à l'isolement spatial et physique des établissements psychiatriques, situés à l'écart de la vie social et retirés derrière leurs murs, l'isolement a pour les jeunes psychiatres une dimension à la fois sociale et existentielle. Il est mise à l'écart géographique, mais comporte également une dimension anthropologique voire religieuse, comme lorsque Daumézon et Koechlin évoquent « un lieu maudit » ou « une crainte magique »¹. L'isolement des établissements psychiatriques se traduit par l'inauthenticité des relations sociales en son sein, la dégradation des conditions de vie de chacun et un dévoiement des activités médicales, qui conduisent en fin de compte aux phénomènes d'enracinement à l'asile et à l'aggravation de la pathologie des patients plutôt que leur guérison. Daumézon et Koechlin concluent ainsi l'analyse dont j'ai cité le début plus haut : « Il est inutile d'insister sur tous les dangers que présente cet « isolat sociologique », sa fermeture, son absence d'orientation vers l'extérieur et spécialement les investissements régressifs qu'il fournit de manière privilégiée aux malades. Les relations sont strictement des relations de dépendance, d'autorité sadique ou au moins captative, s'offrant aussi bien pour le personnel que pour les pensionnaires. Certains de ces derniers s'y adaptent tellement que bien que guéris, bien qu'invités à quitter l'hôpital, ils s'y refusent. »² C'est bien Georges Daumézon et son groupe d'élèves qui expriment avec le plus d'acuité cette conscience, dans des analyses qui annoncent souvent largement celles développées par la sociologie dans les années 1960, et en particulier celles d'Erving

¹ cf. citation *supra*.

² Daumézon et Koechlin, "La psychothérapie institutionnelle contemporaine", *op. cit.*

Goffmann¹. Ils y ancrent toute leur conception de la psychothérapie collective, qui apparaît en définitive comme une correction organisée du style de relations sociales induit par l'isolement asilaire. J'ai déjà longuement évoqué ces analyses, mais je veux rapidement revenir dessus pour cette fois en saisir plus précisément leur sens normatif.

La critique porte en fait sur plusieurs dimensions de la vie hospitalière. Un premier aspect est la mise en évidence de « l'inactivité imposée » aux malades, interprétée comme une figure première de l'aliénation. Je l'ai dit, souligner l'effet positif de l'activité sur les patients a probablement toujours été l'un des éléments de la rhétorique des aliénistes. Avant la seconde guerre mondiale, la conception qu'ils avaient de leur rôle les conduisait toutefois à privilégier une pratique au lit du malade – tendance illustrée à l'extrême par le mouvement en faveur de la clinothérapie. Par contraste, la dénonciation par les jeunes psychiatres des dangers de l'inactivité des malades prend un caractère plus essentiel. Cette consigne donnée dans le manuel d'instruction aux infirmiers psychiatriques publié par le groupe en 1950 le marque clairement :

Une salle d'hôpital psychiatrique ne doit plus être un lot de malades isolés dans leur désœuvrement et sans liens sociaux entre eux. Un simple coup d'œil sur les salles ou les cours des asiles d'aliénés d'autrefois aurait été suffisamment évocateur à cet égard. L'éparpillement désordonné des malades, seulement contenus par les limites des quatre murs s'opérait au gré de leur comportement désadapté. Les uns arpentant toujours le même espace restreint, d'autres adossés à un angle, d'autres ne s'abordant que pour manifester leur hostilité et leur agressivité. D'un autre côté les infirmiers se livrant à une occupation personnelle : lecture du journal, courte conversation entre eux ou plus désinvoltement fumant leur cigarette. Tel est le tableau schématique d'une salle d'asile que l'on ne doit plus voir. Une salle de malades doit former un véritable groupe humain où l'activité si modeste soit-elle de ses membres fait partie d'un plan de vie collective.²

La critique que font les jeunes psychiatres de l'inactivité imposée aux patients est fondamentalement d'ordre existentiel. Elle repose sur une vision du travail comme accomplissement de l'homme qui emprunte à l'anthropologie du Marx des *Manuscrits*

¹ Ce point a été relevé par Robert Castel, Introduction à Goffman, E., *Asiles*, Paris, Ed. de Minuit, 1968 [1961]. Voir particulièrement les analyses de Philippe Paumelle, que j'ai déjà citées, et celles de Jacques Alizon : Alizon, J., *Les jeunes déséquilibrées caractérielles à l'hôpital psychiatrique*, Thèse de médecine, Paris, 1951 ; Paumelle, *Essais de traitement collectif du quartier d'agités*, op. cit.

² Bernard, P., *Psychiatrie pratique. Formation, spécialisation et sélection des auxiliaires médico-sociaux du psychiatre. I. Formation psychiatrique générale. Documents de l'Information Psychiatrique*, 4, Paris, Centre d'Éditions Psychiatriques, 1949.

de 1844. Par là, cette critique s'inscrit dans un courant de réflexion qui traverse largement les sciences humaines et sociales à la Libération, dont une des dimensions importantes est la sociologie du travail de Georges Friedmann, et qui, s'il est lié à l'influence des intellectuels communistes, ne s'y limite pas¹. On peut ainsi citer ces analyses de Philippe Paumelle :

De même que la lecture de l'inventaire exprime la pauvreté des biens personnels et collectifs, une photographie prise à un moment quelconque de la journée montrerait d'abord nous semble-t-il cette inactivité générale. Dans le petit dortoir, trois ou quatre malades camisolées au lit, les autres couchées ; souvent la tête sous les couvertures, quelques unes griffonnant sur un papier de journal leurs écrits délirants habituels ; près de l'entrée, quelques malades autorisées à coudre ou à tricoter dans leur lit, sous la surveillance de l'infirmière du dortoir, qui elle-même assise à l'entrée se livre à des travaux du même genre. Dans le long corridor, quelques unes circulent sans arrêt, beuglant ou murmurant leurs propos délirants, nu-pieds et en chemise.

Le grand dortoir apparaît lui avec une majorité de pensionnaires fixées au lit, 10 à 15 sur 20. Ici aucun travail n'est autorisé même pour les infirmières. Ces deux constantes de la vie collective du pavillon – au 6 on ne possède rien et on ne fait rien – donneront une teinte particulière au scénario d'une journée, à tel point que si l'on cherche à en décrire le déroulement, les épisodes en seront strictement marqués par les actes des infirmières se reproduisant chaque jour identiques à eux-mêmes.²

Le désœuvrement apparaît ici comme une privation, assimilée à un dépouillement matériel – comme en témoigne le parallèle dressé avec la pauvreté des biens laissés aux malades. Les patients vivent dans un univers appauvri, réduit à la répétition quotidienne par les infirmières des mêmes gestes, mécaniques et vains. L'inactivité apparaît bien ainsi comme une forme d'aliénation, que l'on peut comprendre ici dans le sens d'une dépossession de soi. A cet égard, un autre élément de la critique des jeunes psychiatres concerne l'organisation du travail thérapeutique dans les hôpitaux psychiatriques. Le règlement intérieur type des hôpitaux psychiatriques promulgué en 1938 faisait du produit du travail des malades la propriété de l'établissement. Que ce soit par les travaux qu'ils fournissaient directement au bénéfice de l'établissement, dans les services généraux ou dans les fermes annexes des établissements, ou par la revente de sa force de travail, le travail des malades contribuait

¹ Friedmann, G., *Problèmes humains du machinisme industriel*, Paris, Gallimard, 1946.

² Paumelle, *Essais de traitement collectif du quartier d'agités*, op. cit.

ainsi largement à l'économie de l'établissement¹. Pour les jeunes psychiatres, cette disposition revenait à spolier les malades, en subtilisant le produit de leur travail. Ce point sera l'un des éléments du travail qu'ils mèneront avec l'administration centrale dans le courant des années 1950².

Un second aspect de la critique des jeunes psychiatres concerne l'institution psychiatrique comme organisation hiérarchique. L'isolement des établissements se traduit par une structure rigide, fermée sur elle-même, générant des groupes opposés les uns aux autres. J'ai cité plus haut les analyses que fait Paumelle des rôles que l'institution amène les différents groupes qui y travaillent à endosser – administration, corps médical, personnel secondaire, et malades : éloignement et attitude répressive du médecin, usage dévoyé des techniques de choc, obsession du maintien de l'ordre des infirmiers, économie parallèle et formes d'adaptation secondaires³. Ce qu'impose l'asile, c'est une étrangeté à soi, un comportement contre nature. Dans l'article qu'il publie en 1952 avec Koechlin, Daumézon propose une série d'analyses des relations entre les différentes catégories de personnels des hôpitaux psychiatriques en les caractérisant comme des castes radicalement séparées les unes des autres, d'une manière qui annonce largement les analyses de Goffmann, mais également en France celles de critiques de l'administration comme Michel Crozier, et qui plus largement vaut largement en violence les critiques « antipsychiatriques » des années 1960 et 1970 :

Alors qu'on pourrait fort bien concevoir que ces divers éléments [constituant l'isolement de l'établissement] engendrent une homogénéité, une solidarité

¹ Dans son rapport d'inspection de 1922, Julien Raynier notait ainsi que « le nombre des aliénés travailleurs dans un asile est en quelque sorte réglé par les besoins de l'établissement en main d'œuvre. L'inspection générale a constaté que les asiles qui ont la bonne fortune de posséder une exploitation assez étendue ont toujours les moyens de mener à bien les travaux de culture et que dans ces conditions nombre d'entre eux ont pu réaliser une diminution notable du prix de journée. » Raynier, "Rapport de l'inspection générale des services administratifs".

² En définitive, ce point trouvera une solution dans un arrêté paru en février 1958 créant un fonds de solidarité alimenté par l'excédent des recettes découlant du produit du travail des malades. Arrêté du 4 février 1958 relatif à l'organisation du travail thérapeutique dans les hôpitaux psychiatriques, *Journal Officiel*, 14 février 1958, 1645-1646. Sur ce point voir les témoignages significatifs recueillis par Lamarche-Vadel et Préli : Lamarche-Vadel, G. et G. Préli, "L'asile", *Recherches*, n° 31, 1978, p. 149 sq. Notons à ce sujet que les pratiques de travail thérapeutique développée après la guerre ont été très variables d'un établissement à un autre, et même à l'intérieur d'un établissement entre les différents services, en fonction du sens qui lui était donné, de l'origine professionnelle du personnel d'encadrement.

³ Sur ce point voir Alizon, *Les jeunes déséquilibrées caractérielles à l'hôpital psychiatrique*, qui développe une analyse de « l'économie de pénurie » qui caractérise l'asile proche de celle des adaptations secondaires de Goffman.

réelle entre les participants, ceux-ci sont divisés en castes rigoureusement étanches qu'on peut schématiser en trois couches distinctes : les dirigeants, eux-mêmes séparés strictement entre administrateurs et médecins, le personnel secondaire, les malades. Ces castes sont liées par des relations officielles de subordination, le plus souvent un uniforme strictement tranché caractérise chaque groupe. Le passage d'une catégorie à l'autre est exclu et toute une série de tabous assez stricts s'ensuivent.¹

La structure d'ensemble conduit le personnel et les malades à adopter des rôles stéréotypés et pauvres : « le « bon travailleur » qui accomplit des tâches variées, en général ménagères, pour le compte des infirmiers. Le travailleur recherché pour son habileté dans certains travaux personnels ». Dans le pire des cas, elle donne aux « irrégularités » et aux « prévarications » normales dans toute organisation un caractère odieux et dégradant :

Quand le rond de cuir de Courteline prend son bain de pied dans son bureau, il est grotesque ; mais il suffit qu'après le morne de repas de cent fous entassés dans un réfectoire, une demi-douzaine de joyeux infirmiers s'attablent commodément à l'une de ces mêmes tables, cette fois garnie de nappe, qu'ils mangent et boivent servis par un bon malade, pour que s'installe une forme odieuse d'inégalité – si pour son service le fou travailleur reçoit quelques reliefs, mangés dans la cuisine en cachette des autres, nous voici en pleine formule d'esclavage.²

D'un autre côté, les règlements ne forment qu'une « superstructure », constituant en fait des « rituels » aberrants, inauthentiques et profondément conservateurs :

citons au hasard le rite des inventaires du matériel, le rituel de surveillance du personnel, la valeur affective tant pour le personnel que pour les malades de la hiérarchie des quartiers : gâteaux, agités, travailleurs ; les clés, matérialisation suprême du pouvoir, jalousement conservées, orgueilleusement portées ; les uniformes plus ou moins rigoureusement respectés évoluant au cours des âges selon un mode résolument conservateur (l'uniforme des services de femmes ou des services d'hommes reproduit à peu de chose près les vêtements d'il y a un siècle).³

¹ Daumézon et Koechlin, "La psychothérapie institutionnelle contemporaine", p. 282. On notera que le cas de Nicole, que j'ai présenté plus haut, et qui à la fin de sa trajectoire devient infirmière préposée aux cures d'insuline, propose précisément une transgression de ces interdits de castes.

² *Ibid.*

³ *Ibid.*, p. 283.

Le directeur administratif est un personnage qui a pour seule ambition de « faire vivre l'hôpital sur lui-même », et l'ensemble des acteurs ont tendance à se comporter comme des fonctionnaires mesquins – l'évocation par les auteurs du rond de cuir de Courteline est de ce point de vue particulièrement significative. De façon générale, cette critique du caractère désincarné de l'administration s'inscrit dans le cadre du conflit entre autorité médicale et autorité administrative que les sociologues des organisations ont bien analysé depuis, mais celui-ci est porté ici à un acmé qui témoigne de la sensibilité des psychiatres à cet enjeu¹. Daumézon et Koechlin n'hésitent pas en effet à comparer « l'univers asilaire » à « l'univers concentrationnaire », citant David Rousset et Eugen Kogon, et amorçant ainsi une comparaison qui se révélera particulièrement fertile pour les trente ou quarante années à venir – tout en notant que « néanmoins existe une différence fondamentale : le camp de concentration toujours assuré de son recrutement a pour but l'élimination, la liquidation de la classe des internés ; à l'inverse, l'asile adopte comme règle fondamentale la conservation de l'interné et il n'est pire scandale que l'évasion ou le suicide ».

La science comme mystification

Le deuxième axe de la critique des jeunes psychiatres porte sur le rapport aux savoirs. Plus spécifiquement, leurs réflexions s'attaquent au statut des savoirs comme fondement de l'action psychiatrique. La discipline asilaire s'appuyait en effet à la fois, je l'ai évoqué, sur un ordre moral et un ordre scientifique, dont l'une des expressions importantes, en psychiatrie, était l'édifice monumental de la nosographie. C'est précisément cet édifice, en tant qu'il repose sur l'élaboration d'un savoir sur la maladie mentale à distance du sujet, que les jeunes psychiatres remettent en cause. Dans leur analyse du fonctionnement hospitalier, Daumézon et Koechlin font des activités de recherche du psychiatre une réaction à l'aliénation asilaire, analogue au délire du malade : « signalons aussi des « formules d'évasion » », notent-ils ainsi au cours d'une longue énumération, « telles que l'activité dite scientifique pour le médecin, ou certaines formes délirantes chez les malades. »² De façon générale la seconde guerre mondiale marque bien, comme l'ont souvent noté les historiens, la fin d'un âge d'or de

¹ Par exemple les analyses classiques de Perrow, C., "The analysis of goals in complex organizations", *American sociological review*, 26, n° 6, 1961, pp. 854-866.

² Daumézon et Koechlin, "La psychothérapie institutionnelle contemporaine", *op. cit.*, p. 285.

la clinique psychiatrique, caractérisée par le projet encyclopédique de déchiffrement et de classification des formes de la maladie mentale à partir¹. A nouveau, cette critique des savoirs psychiatriques annonce pour une part les critiques de la psychiatrie des années 1960, même si elle contient moins que ces dernières une critique du caractère déshumanisant d'un savoir objectif sur l'homme : en 1945 c'est la vanité de ces savoirs qui est en cause². On peut isoler spécifiquement deux séries d'éléments derrière cette critique.

Les premiers sont liés aux bouleversements induits par les thérapeutiques de choc. On a souvent noté que les techniques de choc, puis les chimiothérapies, avaient obligé à réviser la définition d'un certain nombre d'entités cliniques³. A partir des années 1950, la réaction des patients aux traitements devient un argument clef pour repenser un certain nombre d'entités cliniques qui avaient été relativement stabilisées dans l'entre deux guerres. Une voie plus radicale pour certains psychiatres a cependant été le refus de la nosographie et de la clinique. L'un des aspects de ce refus est une conscience aiguë de la faiblesse des justifications scientifiques sur lesquelles s'appuient les nouveaux moyens thérapeutiques. Les techniques de choc apparaissent comme des pratiques finalement très empiriques, dont la clinique ne parvient que difficilement à prédire l'efficacité. Parmi les motivations qui l'ont guidé dans l'élaboration de sa psychothérapie collective, Daumézon souligne ainsi le « divorce entre la psychiatrie classique, ses descriptions et ses distinctions, ses byzantinismes nosographiques, sa psychopathologie plus ou moins développée selon les auteurs d'une part, et la psychiatrie thérapeutique contemporaine d'autre part, telle qu'elle est pratiquée quotidiennement, alliant des traitements presque univoques à des distinctions cliniques élémentaires. »⁴ Pour les jeunes psychiatres, les thérapeutiques de choc font la preuve que la clinique est en partie vaine, et que les théories ont un rôle au plus instrumental dans le travail psychiatrique. C'est plus généralement également vrai de la plupart des pratiques qu'ils mettent en œuvre. Dans le cadre du débat engagé avec Le Guillant en

¹ Bercherie, P., *Histoire et structure du savoir psychiatrique. Les fondements de la clinique 1*, Paris, L'Harmattan, 2004 ; Lantéri-Laura, G., *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Paris, Editions du temps, 1998.

² Même si celles-ci s'appuient davantage sur une critique du savoir sur l'homme à la fois comme déshumanisation d'une part et comme instrument de contrôle social d'autre part. Ces deux thèmes sont relativement absents à la Libération.

³ Sur le cas de la dépression et les discussions sur dépression endogènes voir Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, *op. cit.*

⁴ Daumézon, "Les fondements d'une psychothérapie collective", *op. cit.*

1952 à l'occasion du symposium sur la psychothérapie collective de Bonneval, Daumézon note ainsi :

L'expérience montre la faible importance finale des théories, rationalisations que chaque auteur élabore pour justifier ses pratiques : Hermann Simon prétend fonder sa pratique sur une réflexologie de mauvais aloi : « Il convient, dit-il à peu près, de dresser le malade comme on dresse l'enfant en faisant succéder des conséquences heureuses à des actes adaptés et pénibles à des actes inadaptés ». [...] Mais l'efficacité des publications d'Hermann Simon est ailleurs : si l'auteur n'avait fait que publier sa théorie, voire ses plans, nul n'y aurait prêté attention, mais il a suscité une émulation par sa pratique.

Une seconde ligne critique vient des sciences humaines et de la philosophie. A partir des années 1930, l'essor de la phénoménologie renouvelle la philosophie de la connaissance. Dans le *Normal et le pathologique*, Canguilhem propose l'idée d'une normativité propre au vivant, interdisant l'objectivation du fait pathologique comme déviation quantitative par rapport à une norme. Il fonde son analyse sur une critique du positivisme d'Auguste Comte et Claude Bernard, en l'appuyant sur les analyses développées par le chirurgien René Leriche et surtout le neurologue allemand Kurt Goldstein. Il est proche sur ce point du « dynamisme » revendiqué par Henri Ey¹. C'est toutefois la critique de la psychologie menée au début des années 1930 par le philosophe Georges Politzer qui paraît constituer l'influence la plus déterminante dans les réflexions des jeunes psychiatres à la Libération². De Lacan aux psychiatres marxistes réunis à partir de 1951 dans la revue *la Raison*, les analyses de Politzer dominent en effet la réflexion théorique sur la psychiatrie, la psychologie et la psychanalyse dans l'après-guerre, et constituent une sorte de socle sur lequel les uns et les autres peuvent s'entendre³. Dans sa *Critique des fondements de la psychologie*,

¹ Qu'il cite au demeurant. Canguilhem, G., *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966.

² Né en Hongrie en 1903, Politzer s'installe en France en 1921 après avoir séjourné à Vienne, où il rencontre Freud et suit les séminaires de la Société psychanalytique. Il publie en 1928 son ouvrage le plus célèbre, la *Critique des fondements de la psychologie*. Il fonde l'année suivante une *Revue de psychologie concrète*, qui n'a que deux numéros, et adhère au même moment au parti communiste. Son adhésion au marxisme le conduit à prendre ses distances à l'égard de la psychologie, et il devient à la fin des années 1930 un critique radical de la psychologie en général et de la psychanalyse en particulier. Il meurt en 1942, fusillé par les allemands. Pour une analyse de l'œuvre de Politzer et de son positionnement dans les débats sur psychologie et psychanalyse dans l'entre deux guerres, voir Ohayon, *L'impossible rencontre*, op. cit., pp. 124-134. On pourra voir également Roudinesco, E., *La bataille de cent ans. Histoire de la psychanalyse en France. 2. 1925-1985*, Paris, Seuil, 1986.

³ Sur ce point voir le débat de Bonneval Bonnafé, L. et al., *Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses*, Paris, Desclée de Brouwer, 1950, voir aussi Bonnafé et al., "Note sur l'originalité du pathologique d'après la psychanalyse et sur la valeur du complexe comme perspective structurale dans

Politzer dénonçait la psychologie classique comme une science abstraite et fautive lorsqu'elle essayait d'objectiver le fait psychique en mimant les sciences physiques. Il en appelait à une « psychologie concrète », science essentiellement empirique qui permettrait de saisir le fait psychologique comme un fait « en première personne », sur le plan du « drame personnel » vécu par l'individu¹. Cette perspective nouvelle, trois courants, la théorie de la Gestalt, le Behaviorisme et la psychanalyse, lui paraissaient commencer à la mettre en œuvre, et lui-même se proposait d'en dresser un bilan pour refonder la psychologie. La *Critique des fondements de la psychologie* était plus spécifiquement consacrée à la psychanalyse, deux volumes devant suivre sur les deux autres courants, qui ne virent pas le jour. De la psychanalyse, Politzer retenait ainsi plus spécifiquement sa méthode d'interprétation, mise en œuvre par Freud d'abord dans la *Traumdeutung*, pour ce qu'elle proposait précisément une manière de comprendre le rêve en le rattachant, dans sa forme concrète, aux faits marquants de la biographie de l'individu – c'est le postulat fameux selon lequel tout rêve est la réalisation d'un désir –, alors que l'approche classique du rêve, fondée sur la physiologie, s'efforçait de le saisir comme le produit de facteurs impersonnels. Mais il voyait également dans l'élaboration par Freud de son modèle de l'inconscient la part condamnable de la psychanalyse, le point où elle avait cédé à l'abstraction².

Dans la lignée de ces analyses, la dénonciation de la science comme mystification devient un motif récurrent dans les années d'après-guerre. Dans l'article que j'ai déjà cité, Le Guillant, évoquait ainsi l'artificialité du décor que ses options « médicales » l'avaient conduit à créer au sein de son hôpital :

Quand on s'interroge sur les principes qui fondent le « style clinique »³, on est amené à y retrouver les règles, peu conscientes mais rigides d'un dogme : celui

l'existence pathologique". Le « politzerisme » de Lacan s'exprime dans Lacan, J., "Au-delà du principe de réalité", *Evolution psychiatrique*, n° 3, 1936, pp. 67-86.

¹ Politzer, G., *Critique des fondements de la psychologie. La psychologie et la psychanalyse*, Paris, Presses universitaires de France, 2003 [1928], p. 42 sq.

² De façon générale, cette lecture de la psychanalyse paraît fondamentale pour comprendre les évolutions de l'ensemble du champ « psy » après la seconde guerre mondiale, et en particulier la lecture qu'eurent les psychanalystes français de leur opposition à la psychanalyse anglo-saxonne. Ce point mériterait une étude à lui tout seul. On pourra voir Turkle, *La France freudienne*, *op. cit.*

³ Le Guillant place ici une longue note comparant ce style clinique aux tendances modernistes de l'architecture contemporaine, l'un et l'autre se rejoignant dans la création de décors « inhumains » : « Personne ne songe à confier la reconstruction de nos villes détruites à M. Le Corbusier. Il est aujourd'hui démontré que les hommes se refusent à vivre dans un cadre organisé selon les seules exigences d'une adaptation rationnelle à certaines règles et à certaines nécessités définies in abstracto. »

d'une asepsie, d'une hygiène quelque peu dépassées ou métaphysiques. Ce blanc, cette luminosité implacable, cette nudité et cet ordre rigoureux, cette austérité – qui vont bien au-delà de la commodité et de la propreté – apparaissent à y bien réfléchir non seulement marqués d'un scientisme naïf, mais entachés d'obscures intentions purificatives, expiatrices.¹

Avec cette analyse, Le Guillant dévoile la dimension symbolique de la science, reposant sur des codes d'habillement et de couleur, sur un appareillage et une discipline. Il pointe une efficacité de la science qui n'est pas seulement fondée rationnellement, mais est également d'ordre rituel, quasi-magique, comme en témoigne la référence à « un dogme », ou l'allusion à un rituel d'expiation. A cette vision de la science comme système symbolique ressortit également la manière dont Daumézon ou Paumelle rapportent leur utilisation stratégique des techniques biologiques pour mobiliser les infirmiers². C'est parce que les techniques biologiques ont tous les attributs de la médecine et de la science qu'elles intéressent les infirmiers, et peuvent être ainsi utilisées par les psychiatres afin de les engager dans le travail psychiatrique. Cette intervention de Daumézon dans le cours d'un débat sur la lobotomie organisé par la Société de l'Evolution Psychiatrique en 1949, participe de la même préoccupation :

Une intervention chirurgicale pratiquée dans un service psychiatrique traditionnel suscite nécessairement dans celui-ci un intérêt un sursaut de préoccupations médicales, de prestige, aussi bien à l'égard des éléments étrangers (visite de chirurgiens curieux) que du personnel tout entier. D'autre part, la nécessité d'allier une attitude psychothérapique très active à des soins médicochirurgicaux d'apparence au moins délicats représente l'idéal même que nous proposons pour la pratique psychiatrique courante. C'est dire l'intérêt considérable que présente la pratique des lobotomies à l'hôpital psychiatrique même et les services inestimables que nous rendent les chirurgiens qui consentent à venir opérer dans des conditions souvent fatigantes, physiquement pénibles et au surplus parfaitement désintéressées.³

Que ce soit sur le rapport aux savoirs ou sur l'isolement, la critique des jeunes psychiatres est sévère on le voit. Pour une large part elle n'est sans doute pas entièrement nouvelle. Les commentateurs ont souvent souligné le précédent de la vague

¹ Le Guillant, "Remarques à propos de la reconstruction de l'hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire", pp. 25-26.

² cf. *supra*.

³ Daumézon, "Expérience de la thérapeutique par lobotomie dans un service", *op. cit.*

de critique de la psychiatrie des années 1860, que j'ai évoquée dans le chapitre précédent, et l'on pourrait également mentionner les critiques adressées par le mouvement surréaliste dans l'entre deux guerres. Je voudrais toutefois suggérer que la force de la critique des jeunes psychiatres tient à son articulation un programme positif, alternatif à la conception portée par les aliénistes avant la guerre, qui constitue pour eux les bases d'une reconstruction du sens de l'hôpital psychiatrique. Ce sont les fondements sur lesquels repose ce nouvel ordre des choses qu'il faut examiner maintenant.

2.3. L'intervention : la normativité de la relation

Le soignant, un acteur dans une relation

L'activité psychiatrique doit rompre avec l'isolement, elle ne se confond pas avec la science. Dans les deux critiques, c'est une conception de l'action qui est en jeu. C'est en élaborant une vision nouvelle de l'action en psychiatrie que les jeunes psychiatres s'efforcent de dépasser ces critiques. Comme plus haut, on peut entrer dans l'analyse en examinant la conception que les jeunes psychiatres proposent du rôle des infirmiers psychiatriques dans les hôpitaux psychiatriques.

A la Libération, le problème des infirmiers apparaît en effet aux jeunes psychiatres comme l'un des chantiers-clefs de la rénovation de la psychiatrie. La thèse de médecine de Daumézon consacrée à la situation des infirmiers dans les hôpitaux psychiatriques de France avait été la première enquête d'envergure sur la question¹. Au sein du petit groupe des jeunes psychiatres c'est Paul Bernard qui se charge plus spécifiquement de la question. Il s'engage dès la fin des années 1940 dans la rédaction d'un manuel, publié à partir de 1947 en deux volumes dans la collection des « Documents de l'Information psychiatrique », sous l'égide du Conseil syndical du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, et il publiera par la suite tout au long de sa carrière de nombreux articles sur le problème². En attendant on peut

¹ Daumézon, G., *La situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés*, Paris, G. Doin, 1935.

² Bernard, P., *Psychiatrie pratique. Formation, spécialisation et sélection des auxiliaires médico-sociaux du psychiatre. III. Les techniques psychiatriques. Documents de l'Information Psychiatrique*, 3, Paris, Desclée de Brouwer, 1947 ; Bernard, *Psychiatrie pratique, I, op. cit.* Il publiera un second manuel au début des années 1970 : Bernard, P. (dir.), *Manuel de l'infirmier en psychiatrie*, Paris, Masson, 1972.

s'appuyer sur un article qu'il fait paraître en 1945 dans *l'Information psychiatrique*, qui apparaît comme le manifeste des jeunes psychiatres pour ce qui concerne la formation des infirmiers¹.

En 1945, pour Bernard, le problème est bien la première des priorités : « La formation professionnelle de nos infirmiers apparaît comme la plus urgente réalisation de nos projets de rénovation de l'hôpital psychiatrique. Et cela pour une double raison : 1. Elle conditionne toutes les autres ; 2. C'est la plus immédiatement réalisable dans les circonstances présentes. » Ce double constat correspond effectivement à la vision qui sera développée quelques mois plus tard dans la psychothérapie collective : les infirmiers sont la cheville ouvrière du projet, sans qui rien ne peut être réalisé ; en même temps, et comme la psychothérapie collective, la priorité du problème est liée à la pénurie de moyens dans les hôpitaux psychiatriques. Mais, annonce Bernard, la formation des infirmiers doit être totalement repensée, tant sur le fond que sur la forme :

L'instruction des infirmiers des hôpitaux psychiatriques se réduit généralement à quelques cours résumant les notions des manuels classiques. En réalité toutes ces notions ne sont pas suffisamment « repensées » pour eux et ne parviennent pas à les « former » réellement en vue d'une collaboration à une *thérapeutique active*. Elles ne les libèrent jamais de la passivité du gardien traditionnel. [Souligné par l'auteur.]

L'opposition que dresse Bernard entre apprentissage de notions de psychiatrie et passivité de l'infirmier d'un côté, et thérapeutique active et formation d'un individu de l'autre est particulièrement significative, et elle capte bien la signification que les jeunes psychiatres donnent à leur projet. Elle est plus nette encore dans l'introduction que Bernard donne à son manuel, cinq ans plus tard :

Depuis longtemps déjà on sentait qu'il était inutile qu'un infirmier « fît un diagnostic ». Nous savions bien que le bon élève de nos cours cherchait trop facilement à utiliser ses connaissances comme l'autodidacte use du Larousse médical. En réalité il convient bien plutôt de l'entraîner à prendre quasi automatiquement des comportements adaptés en face du comportement pathologique de son malade.²

¹ Bernard, P., "La formation professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier des hôpitaux psychiatriques", *Information Psychiatrique*, 22, n° 7, 1946, pp. 115-123, d'où sont également tirées, sauf indication contraire, les citations qui suivent.

² Bernard, *Psychiatrie pratique*, I, *op. cit.*

Comme avant la guerre, la formation de l'infirmier passe bien par l'assimilation par l'infirmier de dispositions spécifiques, mais celles-ci sont désormais, on le voit, très différentes. Il ne s'agit plus en effet pour les infirmiers d'incorporer une discipline faite de savoir et de retenue, mais de développer une capacité de réponse à des comportements situés.

Le point de départ est une conception de la psychiatrie s'adressant au malade comme individu social : « Alors que l'action de l'infirmier ordinaire vise essentiellement l'être organique du malade, celle de son collègue spécialisé en psychiatrie s'adresse beaucoup plus à l'être social. C'est donc à une action d'homme à homme que doit préparer la formation de notre personnel. En un mot c'est une *formation totale* de l'infirmier qu'il nous incombe de réaliser. [Souligné par l'auteur.] » Si les termes « total », « social » renvoient bien au holisme des jeunes psychiatres, la citation traduit plus profondément la conscience qu'il s'agit dans la formation de l'incorporation d'un certain comportement : « En psychiatrie, toute l'action technique de l'infirmier n'agit qu'au travers de sa propre personnalité. Le « dressage » de ses réactions devant la folie constitue la base essentielle de sa formation ». C'en est bien fini, donc, avec l'exposé des entités nosologiques, qui occupait la plus grande partie des manuels avant la guerre. Le manuel de Bernard repose sur des chapitres thématiques, portant sur les différents aspects du comportement normal et pathologique : « Le comportement de l'homme normal. », « La régulation du comportement. » « Le comportement anormal. Le malade mental. » « L'hospitalisation, sa valeur, ses dangers. »... Le but de ce « dressage » est spécifiquement de faire de l'infirmier à la fois l'acteur et le créateur d'un environnement positif pour le malade :

Puisqu'il est convenu que, dans notre conception actuelle de l'hospitalisation, le traitement déborde largement la défense sociale, le rôle de l'isolement proprement dit est de résoudre le conflit qui oppose le malade à l'homme normal, autrement dit, de substituer au couple antagoniste malade-société normale, le couple harmonisé par la compréhension d'un nouveau milieu : malade-société de l'hôpital psychiatrique. Le personnel de l'hôpital doit donc offrir au malade un autre mode de rapport humain que celui qu'il trouvait dehors.

Ce mode de relation passe autant que possible par un engagement dans une activité conjointe avec le patient : « L'infirmier doit former son comportement personnel pour obtenir des contacts utiles au malade. Il saura ainsi garder une

impassibilité bienveillante devant les productions morbides et établir avec le comportement demeuré sain, un contact de caractère social : rapports humains, activités ordonnées (travail, jeux, sport, etc.). » Non plus spectateur de la pathologie du malade, l'infirmier est désormais acteur d'une relation devenue une véritable relation sociale. La description que fait Paul Sivadon de l'organisation de l'admission dans son service rénové de Ville Evrard illustre bien cette préoccupation :

Il faut tendre à ce que l'hospitalisation – l'internement – soit vécue par le malade non comme une frustration (de sa liberté, de sa personnalité, etc.) mais comme un apport positif d'ordre affectif autant que technique (on le comprend, on s'occupe de lui, on va le soigner). Le rôle de l'hôtesse est ici primordial. [...] En place d'un interrogatoire impersonnel, d'un « inventaire des effets » bientôt suivi de la privation des quelques apparences d'humanité qui lui restaient et des souvenirs qui le rattachaient à sa vie personnelle, le malade, dès l'arrivée est accueilli par une « figure maternelle ». Non seulement on ne lui enlève rien, mais on lui donne des effets supplémentaires. On s'inquiète de ses désirs, de ses soucis. On lui procure un livre, on le met à l'aise. Bien plus, il a bientôt le sentiment qu'on l'attendait. On a besoin de lui : on manque d'un joueur pour le tournoi de ping-pong qui va avoir lieu, d'un acteur pour la prochaine fête. « L'admission » ainsi transformée en « accueil » devient le premier acte thérapeutique. Il est à notre avis essentiel. Ce n'est plus la consécration du rejet d'un groupe social, c'est l'intégration à un autre groupe social.¹

L'accueil du patient à l'hôpital passe ainsi par son enrôlement dans des groupes d'activité, qui ne doivent jamais le laisser seul face à sa maladie. De façon plus générale, si avant la guerre l'infirmier doit se poser la question : « Que se passe-t-il ? », dans la crainte qu'il arrive quelque chose au patient – évasion, accident –, la question est désormais plutôt : « Que puis-je bien faire ? » Cette formulation se retrouve au demeurant presque exactement dans l'étude que consacre Bonnafé en 1948 au « personnage du psychiatre ». Commentant les intuitions de Paul Balvet sur la figure du psychiatre comme chef organique de l'hôpital psychiatrique, il en appelle à une

¹ Sivadon, "Une réalisation d'assistance psychiatrique hospitalière: le CTRS de Ville Evrard", *op. cit.* Elle contraste surtout avec celle que fait dans son manuel Théodore Simon en 1911 : « Tout malade nouveau est couché dès son entrée à l'asile. [...] Mettre le malade au lit dans un dortoir où sont couchés d'autres malades c'est presque déjà du traitement moral. Le nouveau venu ressent dès l'entrée dans la salle l'impression d'un hôpital. Cela peut ne pas être chez lui une idée consciente et nettement formulée, c'est comme une atmosphère qui l'enveloppe et c'est une influence que vous et le médecin allez encore fortifier. Or n'importe quel aliéné acceptera plus facilement d'être traité comme malade que comme prisonnier. Le considérer comme malade est moins injurieux et d'autant moins que le faire coucher semble le considérer comme atteint dans sa santé physique plutôt que dans sa raison. Au contraire une chambre seule, malgré tout son luxe donnera toujours plutôt l'idée d'une mise aux arrêts. »

compréhension du rôle du psychiatre qui déplace le questionnement : « Le « qui sommes-nous ? » deviendra un « Que faisons-nous ? » et la même question pourra encore être formulée : « Où allons-nous, où emmenons-nous notre malade ? ». »¹ A l'idée statique de la discipline se substitue donc la mise en forme d'une conception du travail psychiatrique comme mouvement. Il reste à comprendre maintenant plus précisément sur quoi s'appuient ces intuitions.

L'objet de la psychiatrie : la psychiatrie comme acte

L'action n'est tenable que dans la mesure où elle repose sur la conscience de la relation dans laquelle on s'engage. Cette intuition, deux débats importants de l'immédiate après-guerre vont permettre aux jeunes psychiatres de l'exposer et de la développer : le premier est celui qui s'organise autour de Henri Ey sur l'objet de la psychiatrie en tant que discipline scientifique et médicale ; le second est lié à une enquête que lance en 1950 la revue *Esprit* sur les nouvelles techniques thérapeutiques en psychiatrie. Ce qui s'élabore en effet dans les positions exprimées par les jeunes psychiatres au cours de ces débats, c'est l'idée d'une normativité propre à la relation entre le psychiatre et son malade. C'est dans la relation que le geste psychiatrique trouve à la fois son fondement et sa limite. Examinons d'abord le premier volet de cette réflexion.

On l'a vu, les réunions organisées par Ey à Bonneval pour soumettre à la discussion ses conceptions « doctrinales » jouent un rôle important dans la reconstitution des réseaux psychiatriques à la Libération². Le débat de 1946, consacré plus spécifiquement au « problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses », est de fait resté dans la mémoire professionnelle comme une grande joute intellectuelle³. Ey a soumis les positions découlant de son modèle organo-dynamiste à deux de ses camarades, Jacques Lacan et Julien Rouart, ainsi qu'à deux jeunes collègues issus du groupe de ses élèves, Sven Follin et Lucien Bonnafé. Le débat de Bonneval est généralement considéré comme une étape importante de la conquête de la psychiatrie par la psychanalyse, et, dans cette perspective, les commentateurs ont le plus souvent

¹ Bonnafé, "Le personnage du psychiatre", *op. cit.*, p. 34.

² cf. *supra* ch. 2.

³ Bonnafé et al., *Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses*, *op. cit.*

mis l'accent sur la confrontation entre Lacan et Ey¹. C'est toutefois plus spécifiquement à la troisième partie de la discussion, et plus précisément au rapport de Sven Follin et Lucien Bonnafé, que je veux m'intéresser ici, en complétant sa lecture par celle de plusieurs articles prolongeant la réflexion. Avec Henri Duchêne, Follin et Bonnafé, qui se sont côtoyés dans les hôpitaux psychiatriques parisiens au cours de leur internat, ont en effet développé une série de conceptions théoriques marquées par le marxisme qui explicitent un certain nombre de présupposés des discussions sur la psychothérapie collective².

Le problème que soumet Ey à ses collègues concerne l'étiologie et l'ontologie de la maladie mentale. Il se pose dans le cadre d'une définition de la psychiatrie dans la mesure où, selon Ey, c'est de la capacité de la psychiatrie à développer une conception positive de la maladie mentale que dépend son existence. En ce sens, l'hypothèse de la psychogenèse est pour Ey destructrice car elle conduit à nier « l'originalité du fait psychiatrique », et dans la ligne de son modèle, Ey l'exclut totalement. Si, dans leur rapport respectif, Lacan et Rouart s'attachent tous deux, dans un style différent, à défendre la possibilité d'une psychogenèse des troubles mentaux, Bonnafé et Follin déplacent en fait le problème, pour le poser sur un plan plus épistémologique. Dans un premier temps, l'analyse, à nouveau, part de la vision de la psychologie concrète élaborée par Politzer. Comme la psychologie, la psychiatrie doit devenir une « science concrète de l'homme psychopathe », et pour cela se définir en fonction de son objet concret, soit « « l'homme aliéné » et non la folie en soi »³. Reprenant l'un des éléments de base de l'anthropologie marxiste, Bonnafé et Follin soulignent que cet « homme aliéné » est d'abord le produit d'une histoire. L'histoire de la psychiatrie conditionne la constitution de l'aliéné en même temps que les progrès de la discipline et son évolution

¹ Par exemple par Roudinesco, *La bataille de cent ans*, 2, *op. cit.*

² Sur ce compagnonnage, cf. la remarque que fait dans le cours de la discussion de Bonneval Henri Duchêne : Bonnafé et al., *Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses*, *op. cit.*, p. 176. Ancien interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, ancien chef de clinique à la Chaire des maladies mentales et de l'encéphale, reçu au concours du médicament de 1942, Sven Follin (1911-1997), d'origine suédoise, est après la guerre assistant de Paul Sivadon, à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard, dans la Seine, avant de prendre un poste à Montauban. Il est sans doute avec Bonnafé et Louis Le Guillant l'un des psychiatres de sa génération les plus engagés dans le marxisme. Henri Duchêne (1915-1963), également ancien interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, mais quant à lui ancien chef de clinique de Georges Heuyer, reçu au concours du médicament de 1945, fera toute sa carrière, à partir de 1948, en détachement à la préfecture de la Seine, où il jouera un rôle clef dans la réorganisation de la psychiatrie de la région parisienne.

³ Follin, S. et L. Bonnafé, "Troisième rapport. A propos de la psychogenèse." in H. Ey (dir.), *Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses*, Paris, Desclée de Brouwer, 1950.

vers l'élaboration d'une science naturelle de la folie : « Toute l'histoire de la psychiatrie témoigne de cet effort vers le concret : pathologie démoniaque du moyen âge ; lésions d'un esprit ou d'une raison abstraite après la renaissance et Descartes, mythologie cérébrale au siècle dernier en même temps que se constitue la psychiatrie classique dont le système de Kraepelin est la forme la plus pure ; méthodologies plus ou moins révolutionnaires enfin, parmi lesquelles l'organodynamisme de Henri Ey tient vraisemblablement une place privilégiée par sa révolte contre le nosographisme. » D'un autre côté, les progrès de la connaissance psychiatrique sont indissociablement liés aux progrès de l'assistance aux malades mentaux, la forme des savoirs reflétant la structure des organisations psychiatriques et vice-versa : « Le comportement de la collectivité à son égard permet de mieux encore préciser le phénomène homme aliéné : il est brûlé au moyen âge, emprisonné ensuite, et interné depuis plus d'un siècle. Les théories scientifiques et la législation correspondent. Actuellement en même temps que nous nous rapprochons du concret, nous commençons à nous rendre compte comment la société pourrait réaliser l'humanité de l'aliéné. »¹

Ce parti pris permet de comprendre la situation de l'aliéné au milieu du XX^e siècle. Réinterprétant l'idée de dissolution au cœur de l'organodynamisme de Ey, qui en fait une régression des structures de l'organisme à un stade primitif de son développement, Follin et Bonnafé suggèrent que cette notion traduit avant tout la caractéristique contemporaine de l'aliéné, à savoir l'isolement vis-à-vis des autres et par les autres : « En fait la dissolution ne saurait se comprendre, dans la perspective que nous avons indiquée, comme un simple retour au passé, quels que soient les rapprochements possibles et légitimes entre la mentalité aliéné et la mentalité dite primitive. Concrètement, cette dissolution ne saurait donc que traduire une transformation des conditions de vie sociale, propre à un individu particulier dans un milieu et à un moment historique donné. Actuellement, dans notre société du XX^e siècle les conditions de vie tendent à élargir au maximum la participation de l'individu à la vie collective. Or la situation de l'homme psychopathe dans ces conditions est justement l'impossibilité pour lui de vivre les relations interhumaine qu'une telle structure sociale

¹ *Ibid.* L'idée est développée dans Bonnafé, L. et P. Fouquet, "Note sur la solidarité des problèmes doctrinaux et des problèmes d'assistance en psychiatrie", *Annales Médico-psychologiques*, 2, n° 5, 1944, p. 557.

implique. *L'aliéné est un individu isolé relativement à son milieu social.* »¹ Pour les auteurs, cet isolement peut être par exemple celui de l'obsédé ou du dément, bornés et empêchés d'agir l'un par ses pulsions, l'autre par sa vie végétative. Il tient également à la réaction de la société et du malade l'un vis-à-vis de l'autre, la première excluant le second, qui en retour limite ses contacts, en raison même de sa psychose. En tous les cas la psychiatrie apparaît comme la discipline chargée de dépasser la réaction de la société. Le psychiatre est en fin de compte l'acteur qui permet de libérer l'aliéné en le soustrayant à son isolement.

L'analyse, dans son optimisme généreux, n'est pas forcément très convaincante. Elle va plus loin dans d'autres textes, où Bonnafé et ses camarades proposent de pousser l'examen jusqu'au cœur de la relation médecin-malade. Dans une communication en 1946 à la Société médico-psychologique, Sven Follin et Henri Duchêne proposent ainsi un examen critique de la structure de la relation médecin-malade qui vise à refonder la conscience qu'en ont les praticiens². Le psychiatre et son malade forment « une Gestalt », une figure liant indissociablement les deux protagonistes :

Avant toute chose, le psychiatre est un médecin [...] le médecin et le malade, dès qu'ils se sont rencontrés, ne se situent plus l'un par rapport à l'autre dans des relations contingentes, mais chacun par rapport au même but, à la même fin. Leur comportement respectif s'explique et se comprend à la fois (la forme et le contenu de leurs relations sont ici synthétisées à en fonction de ce but. On pourrait mieux dire en utilisant les termes de Gestalt, comme l'un de nous l'a déjà faite avec M. Dublineau dans l'étude de certains troubles caractériels qu'il s'agit d'un ensemble, d'une Gestalt médecin malade, définie par la conduite médicale, avec tout ce que ces derniers mots comportent de signification.

Proposant des analyses qui annoncent pour une part celles de Parsons quelques années plus tard, les deux auteurs suggèrent que cette Gestalt constitue un cadre spécifique à l'action, et conditionne un ensemble d'attentes et de contraintes qui s'imposent au malade et à son médecin – ils citent en particulier les interdits faits au médecin de soigner un membre de sa famille, ou bien le fait de ne voir que la malade dans la femme qu'il fait se déshabiller pour l'ausculter³. Mais Follin et Duchêne

¹ Follin et Bonnafé, "Troisième rapport. A propos de la psychogenèse", *op. cit.*, souligné par les auteurs.

² Follin, S. et H. Duchêne, "Note sur la structure des relations du psychiatre avec son malade", *Annales Médico-psychologiques*, I, 1946, p. 289.

³ Parsons, "Chapitre X. Structure sociale et processus dynamique: le cas de la pratique médicale moderne", *op. cit.*

poussent plus loin l'analyse en soulignant que la relation est dynamique, que cette Gestalt modifie l'un et l'autre partenaire. Médecin et malade réagissent l'un à l'autre, adaptant leur comportement aux conditions de leur relation. A la limite, notent les auteurs, cela peut aller jusqu'à la guérison, comme dans le cas de certaines hystéries. Mais du même coup, cela signifie également que le psychiatre qui souhaiterait faire l'observation clinique d'un malade n'est pas sans conséquence sur le comportement de son malade – qu'il cherche pourtant à capter dans son objectivité. En d'autres termes et plus généralement, les conditions de son observation modifient l'objet de la psychiatrie. D'où une difficulté pour la connaissance :

L'importance de ces considérations tient à ce qu'elles nous conduisent à une contradiction :

- D'une part impossibilité de l'observation psychiatrique sans que la conduite tant du médecin que du malade ne se ramène à un ensemble à une situation privilégiée ;

- D'autre part dans cette situation privilégiée, l'objet de connaissance, le malade que l'observateur médecin cherche à appréhender, se transforme.

Une seule voie nous est ouverte pour sortir de cette contradiction : c'est une analyse rationnelle des conditions d'observation et de ce que nous appellerions volontiers « la prégnance de l'ensemble », c'est à dire ce qui fait que cette situation privilégiée se rapproche plus ou moins d'une bonne forme.¹

Recourant au vocabulaire de la psychologie de la Gestalt – la « bonne forme » est en psychologie de la perception une forme qui s'impose au sujet percevant par delà les imperfections de son dessin – Follin et Duchêne suggèrent que le psychiatre peut dépasser la contradiction en s'efforçant de saisir la manière dont s'établit la relation, ou les dimensions de la Gestalt médecin-malade. Plus généralement, le point important est que la connaissance du fait psychiatrique repose ainsi sur une prise de conscience de la relation avec le malade, qui apparaît comme la condition première d'un savoir psychiatrique. A l'inverse, penser l'objet de la psychiatrie, la pathologie mentale, comme un objet en soi n'a pas de sens. Publiée en même temps que la conférence de Daumézon sur « les fondements de la psychothérapie collective », l'exploration que fait Bonnafé de la vocation psychiatrique dans une longue communication au groupe de l'Evolution psychiatrique en 1947, explicite précisément cette analyse :

¹ Follin et Duchêne, "Note sur la structure des relations du psychiatre avec son malade", *op. cit.*

Le fait concret de l'événement pathologique ne peut être saisi en soi hors de sa situation dans le monde. En parler en psychiatre, sur la base d'une connaissance fondée sur l'activité d'investigation thérapeutique suppose d'abord un approfondissement de *la nature des relations médecin-malade*.¹

Et, plus loin :

L'objet de la psychiatrie apparaît ainsi comme une situation dans laquelle le psychiatre est inclus. Cette situation, c'est un certain type de demande de secours adressé par un certain type de société à un certain type d'homme social : notre personnage. La réponse de ce dernier modifie la situation, change la nature de la demande, *la technique fonde l'objet, non en essence, mais historiquement*.²

Bonnafé et ses collègues posent bien l'impossibilité d'objectiver la maladie mentale, ou plus généralement la folie sans passer par un retour réflexif sur le psychiatre et sur son engagement dans l'action thérapeutique. En ce sens, et dans un retour dialectique, l'examen des conditions objectives de la relation médecin malade ne vise pas seulement à élaborer une étiologie de la maladie mentale – il ne s'agit pas d'une sociogenèse -, elle est bien davantage une analyse des conditions de possibilité de l'élaboration de ce savoir. Ce qui pour ces psychiatres constitue l'originalité de la psychiatrie, c'est l'immanence du savoir psychiatrique à la relation qui elle-même en dernière instance fonde ce savoir.

Les deux erreurs fondamentales d'interprétation de son rôle [par le psychiatre] sont l'acceptation passive de l'aliénation et sa méconnaissance : dans un cas il tend vers une assimilation avec l'aliéné, dont il partage l'isolement ; dans l'autre il tend vers une différenciation radicale et il le laisse à son isolement. Dans les deux cas il trahit son rôle, et n'est pas un psychiatre, manquant le seul objet de la psychiatrie, *qui est un acte*. Cet acte n'est possible que dans une participation profondément vécue au drame de la folie, une connaissance approfondie des conditions du tabou, de l'initiation. C'est de l'intérieur du cercle magique qu'il lutte pour arracher son malade à l'interdit qui le frappe, c'est par son contact avec lui qu'il *contredit son isolement*, c'est par son action sur le milieu qu'il *affirme la désaliénation*.³

Cette citation de Bonnafé résume le chemin parcouru :

¹ Bonnafé, "Le personnage du psychiatre", *op. cit.*, p. 33.

² *Ibid.*

³ *Ibid.*, p. 49.

Dire que l'objet de la psychiatrie est à la fois une essence immuable, mais inconnaissable, et un domaine mouvant, connaissable dont la découverte est progressive est une formulation qui, par l'affirmation d'un X irréductible, est irrecevable pour l'esprit scientifique. Je ne veux pas engager plus loin ce procès, qui n'est pas dans mon propos, je veux simplement signaler que la croyance a priori en l'irréductibilité d'une essence de la folie, entraîne dans la pratique la reconnaissance plus ou moins efficace (dans le sens d'un frein à la connaissance et à l'action) du caractère *radicalement aliéné* du malade. Par contre, dans une pensée et une terminologie dialectiques, l'essence de la folie est un mythe, une construction abstraite dont la négation est positive, ne tendant à rien qu'à affirmer la valeur modifiante de notre connaissance elle-même sur son objet. Cette position fonde la naissance d'un personnage nouveau : le « désaliéniste » opposé à l'aliéniste.¹

Le savoir psychiatrique ne peut ainsi se concevoir que dans la situation, dans l'action. La connaissance psychiatrique n'est possible que dans la transformation de son objet. Ces psychiatres marxistes proposent ainsi une vision de la psychiatrie comme pure praxis sociale irréductible à un savoir objectif. La position est radicale on le voit, et elle annonce clairement la critique de la psychopathologie et plus généralement des sciences de l'homme qu'élaborera dans les années 1960 Michel Foucault. Le geste inaugural de l'*Histoire de la folie*, faisant coïncider l'histoire de la psychiatrie comme corpus de savoir avec celle des conditions d'observation du malade, est plus qu'esquissé dans les analyses de Follin et Bonnafé². En attendant cette vision de la psychiatrie comporte d'autres conséquences pour les pratiques.

« Médecine quatrième pouvoir ». Les limites de l'intervention

De cette position sur la connaissance découle en effet logiquement un argument sur l'impossibilité de poser a priori les limites de l'action thérapeutique dans l'élaboration d'une norme extérieure et surplombante. Cette question des limites de l'intervention, elle est explorée spécifiquement par une enquête de la revue *Esprit* parue en 1950, sous le titre significatif : « Médecine, quatrième pouvoir? L'intervention psychologique et l'intégrité de la personne »³. Sous cette question un peu dramatique

¹ *Ibid.*

² Foucault, M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972 [1961] Un exposé particulièrement limpide de la critique de Foucault de la psychopathologie se trouve dans Foucault, M., *Maladie mentale et psychologie*, Paris, PUF, 1962 [1954].

³ "Médecine, quatrième pouvoir?" *Esprit*, 18, n° 3, 1950, dont, sauf indication contraire, sont tirées les citations qui suivent.

L'enquête vise en réalité à mettre les praticiens de la psychiatrie, de la psychanalyse et des psychothérapies en face des problèmes éthiques que posent les moyens nouveaux que leur donnent l'ensemble des techniques thérapeutiques acquises depuis les années 1930. Si de façon générale cette question des limites à mettre à l'intervention médicale commence à se poser en médecine dans les années d'après-guerre¹, l'origine de l'enquête se trouve en fait dans un scandale qui a eu d'importantes résonances médiatiques à la fin des années 1940, l'affaire du penthotal : en 1948, trois experts près de la cour de Justice de Paris, Georges Heuyer, Georges Génil-Perrin et Maxime Laignel-Lavastine, ont été poursuivis pour coups et blessures par un individu mis en cause dans une affaire de collaboration, mais aphasique et incapable de répondre de ses actes, dont ils avaient tenté de montrer qu'il simulait l'aphasie en recourant à une injection de penthotal. Les trois experts sont relaxés, mais le procès donne lieu à un débat de plus grande envergure sur le caractère éthique du recours à un « moyen d'effraction des consciences » dans l'expertise médical². Plus généralement toutefois l'enquête marque bien une sensibilité nouvelle à un certain pouvoir des psychiatres, que notent au demeurant quelques médecins interrogés par la revue³.

L'enquête s'appuie sur un questionnaire envoyé à des médecins spécialistes en psychiatrie et en neurologie, des médecins des hôpitaux psychiatriques, parmi lesquels les principaux animateurs du groupe des jeunes psychiatres à l'exception des psychiatres communistes⁴, des médecins des hôpitaux et des médecins de ville, mais également des personnalités religieuses et des philosophes des courants personnaliste et existentialiste. Elle propose à la réflexion de passer en revue un ensemble de méthodes,

¹ Pour une histoire de la montée du questionnement éthique dans l'après-guerre, voir Rothman, D. J., *Strangers at the bedside: a history of how law and bioethics transformed medical decision making*, [New York, NY], BasicBooks, 1991. Sur le cas spécifique de la France : Weisz, G., "The origins of medical ethics in France: the International Congress of Morale Médicale of 1955", in G. Weisz (dir.), *Social science perspectives on medical ethics*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1990.

² On peut suivre l'affaire dans le journal *Le Monde*, 16 et 17 décembre 1948 et 20, 21, 22, 23, 24 janvier 1949.

³ Ainsi Paul Balvet : « Au reste pourquoi nous posons-nous cette question de l'intervention psychologique ? Pourquoi cette question est-elle devenue notre problème, un problème vital ? Et pourquoi maintenant plutôt qu'il y a deux ans, plutôt qu'autrefois ? Pourquoi nous et pas nos prédécesseurs ? La psychiatrie, après une longue vie larvaire est devenue interventionniste, passe par le stade de l'intervention. » p. 391.

⁴ Selon un encart publié à la fin du numéro, Sven Follin, Lucien Bonnafé et Louis Le Guillant devaient également contribuer au numéro, mais retirèrent finalement leur participation, peut-être poussés par leur hiérarchie partisane, en raison des positions publiées au cours de l'hiver 1949-1950 par la revue. Cf. "Médecine, quatrième pouvoir?" p. 566 sq.

des électrochocs à la psychanalyse en passant par les lobotomies ou la narco-analyse, pour s'interroger sur le pouvoir nouveau qu'elles confèrent au praticien :

Ces diverses méthodes donnent une grande puissance à l'homme sur le psychisme de l'homme. Or notre civilisation vit sur l'idée que chaque homme dispose d'une zone d'intimité et de liberté qui est inviolable à tout homme. Nous rejetons par exemple la stérilisation légale parce qu'elle nous apparaît comme une forme intolérable d'intervention dans cette marge de disposition de l'homme. Pensez-vous que les diverses méthodes auxquelles nous faisons plus haut allusion soient déjà ou risquent d'être maniées de telle façon qu'au lieu de seconder la libération d'un être par lui-même, elles lui imposent un destin, un équilibre extérieurs et arbitraires (et dans certains cas peut-être irréversibles) ? Ou pensez-vous que c'est une conception insuffisamment dégrossie de la liberté et de la personnalité qui fait poser cette question ? Peut-on définir et faut-il définir un inviolable ? Les thérapeutiques modernes ne violent-elles pas cet inviolable ? Si on place plutôt le problème au plan de la responsabilité personnelle tendent-elles à oblitérer cette responsabilité ?¹

La référence à un « inviolable » de la personne humaine donne à l'enquête une dimension philosophique. Une partie du numéro est au demeurant consacrée à une analyse des notions en jeu. Dans une perspective personnaliste, la revue, à partir des réponses fournies par les théologiens et les philosophes, souligne la transcendance de la personne par rapport au psychisme. Partant, la question ne doit pas être abordée en termes d'une atteinte d'une zone de la personne, mais comme un risque encouru par la totalité de l'individu. Le problème ne se pose donc pas en termes de violation, d'effraction, ou de viol, mais en terme d'avilissement et de dévoiement. Dès lors la question n'est pas celle des limites à poser à l'intervention, mais plutôt celle de la vocation et de la responsabilité du praticien face à son patient : le risque encouru dans l'utilisation de ces techniques d'intervention est celui d'une dégradation de la personne et le praticien doit engager pleinement sa responsabilité d'homme face à ce risque².

Cette conclusion, c'est également celle à laquelle parviennent les réponses des médecins, analysées dans les deux premières parties de la publication. Celles-ci placent toutefois d'emblée le problème sur un plan pratique. L'enquête suscite en fait des réactions contrastées. Si de façon générale la plupart des praticiens sont des plus enthousiastes, un certain nombre de réserves plus ou moins franches s'expriment, de

¹ *Ibid.*, p. 338.

² *Ibid.*, p. 491 sq.

façon diffuse sous la forme de commentaires généraux, et de façon plus nette lorsqu'elles concernent des techniques particulières. Celles-ci sont, grossièrement, de deux ordres. Pour un certain nombre de praticiens, les techniques de choc et la lobotomie posent des problèmes dans la mesure même où il s'agit d'opérations sinon mutilantes, du moins pénibles pour les malades, et pour certaines aux conséquences manifestement irréversibles, dont on ne devrait, donc, user qu'avec le plus grand discernement. Au contraire, si les méthodes de psychothérapie ne posent guère ce type de problèmes, elles soulèvent néanmoins des questions de responsabilité. A ce type de critique se rattache d'une certaine manière la critique marxiste de la psychanalyse comme idéologie bourgeoise, rappelée par la rédaction en l'absence des psychiatres communistes. Mais plus de façon plus spécifique, le problème se pose au cœur même de la relation du thérapeute à son patient. L'un des avertissements les plus sévères vient de Henri Baruk, agrégé de psychiatrie et médecin chef à l'hôpital psychiatrique de Charenton, en région parisienne¹. En d'autres occasions Baruk a pris position contre la brutalité des techniques de choc et des lobotomies². Ici Baruk s'adresse à l'ensemble des méthodes cherchant à dévoiler des aspects profonds de sa personnalité du patient. Entrent dans cette catégorie aussi bien les tests psychologiques que certaines utilisations des techniques de choc lorsqu'elles visent à provoquer un effondrement de la personnalité laissant le champ libre à l'investigation. Or ce type d'attitude présente de nombreux risques. D'une part elle est bien une violation, comme en témoignent les phénomènes de résistance mis au jour par Freud. D'un autre côté révéler au patient des données qui lui ont été arrachés dans ces conditions, à son insu, peut avoir des conséquences dangereuses en agissant par suggestion. Enfin ces données, saisies à un moment donné, ne disent rien d'un sujet en devenir. Baruk souligne au contraire l'importance des précautions que le thérapeute doit prendre à l'égard de lui-même lorsqu'il prétend substituer son intervention au libre arbitre du sujet : « La vie spirituelle ne s'épanouit que dans la confiance. Or celle-ci ne s'obtient que par une attitude rigoureusement juste, scrupuleuse, respectueuse, pleine de chaude sympathie. Alors,

¹ *Ibid.*, pp. 344-346. Sur la position très particulière de Baruk dans la psychiatrie française, je reviendrai dans le chapitre suivant.

² Baruk, H., "La condamnation de la psychochirurgie actuelle. Réponse à M. Henri Ey. Problèmes physiologiques, médicaux, moraux et légaux", *Annales Médico-psychologiques*, II, n° 4, 1951, pp. 420-424. Cf. aussi son autobiographie : Idem, *Des hommes comme nous. Mémoires d'un neuropsychiatre*, Paris, Robert Laffont, 1976.

dans une telle atmosphère, toute la personnalité profonde s'ouvre et s'épanche, comme une fleur épanouie, et s'offre à l'observateur qui a su la respecter. »

D'une certaine façon c'est également sur cette ligne que se situe la défense que proposent la plupart des médecins, et parmi eux ceux des jeunes psychiatres interrogés par la revue. La plupart d'entre eux soulignent tout d'abord que ces techniques, pour nouvelles qu'elles soient, ne posent guère de problèmes qui ne se posent également au reste de la médecine. Cette ligne de défense ne résout pas le problème pour lui-même, mais elle le déplace sur un plan plus général, qui conduit à interroger les ressorts mêmes de l'action médicale. De ce point de vue, très rapidement les réponses les plus conséquentes développent une ligne d'argumentation cohérente, qui est ainsi synthétisée par la rédaction : « Jusqu'à quelle barrière arbitraire ? Rien ne saurait en décider tant qu'on reste sur le plan des contenus de conscience et sur l'image de l'empiètement. L'acte médical est un acte interhumain, plusieurs réponses le rappellent, et non pas simplement un procédé technique. Il relève donc pour être jugé des critères d'un univers interpersonnel et non pas seulement d'un rapport de force appliquée à effet obtenu. »¹ Or cette relation est fondée, à nouveau, sur le mandat qui est donné au médecin de guérir son patient. D'une manière un peu dramatique, Ey formule bien cet enjeu : « Par définition nous avons affaire à des malades que nous *devons*... soigner. Nous le *devons* parce qu'ils nous le demandent eux-mêmes ou que leur famille ou la société nous le demande. Il existe donc un contrat entre le malade ou ses représentants et le médecin, contrat auquel le malade souscrit lui-même s'il le peut ou auquel souscrivent ceux qui se substituent à lui *dans son intérêt*. »² De ce point de vue cette attitude impose au médecin de soupeser les moyens qu'il a à sa disposition pour entreprendre le traitement que lui impose l'état du malade : la décision dépendra certes des connaissances dont dispose le praticien sur la technique qui est mise à sa disposition, mais elle dépend plus encore de la mise en jeu de son incertitude face au résultat possible de son action. A la limite, pour les cas les plus désespérés, elle permet de prendre tous les risques. C'est ce que soulignent par exemple Duchêne et Sauguet : « Le fait que l'électrochoc interrompt un accès de dépression mélancolique dans 90% des cas (en moyenne) ne saurait laisser place à aucune hésitation pour la presque totalité des psychiatres. De même, le caractère réputé incurable de certaines psychoses autorise une audace thérapeutique plus grande si

¹ "Médecine, quatrième pouvoir?" p. 368.

² *Ibid.*, p. 376. Les points de suspension et l'emphase sont dans le texte.

l'on a pris soin de mettre la famille du malade devant les données du problème et si elle a accepté de faire courir au malade le risque envisagé. C'est ainsi que l'on a pu obtenir par des lobotomies dont le résultat incertain ne pouvait faire l'objet d'expérimentations sur l'animal, des résultats extraordinaires dans des cas pour lesquels toutes les autres techniques avaient échoué. »¹

Ce sont toutefois François Tosquellès et Paul Balvet qui poussent le plus loin l'analyse, dans deux réponses citées longuement par la revue, et qui font apparaître nettement les ressorts de leur position. Le premier fait une analyse de la « vocation médicale » comme vocation extrascientifique, « éthique »². « Il sommeille chez tout médecin, dans les fondements de son choix, dans les racines de son métier, une volonté première de caractère éthique qu'il n'est pas question de nier ni de méconnaître. [...] « Effacer le mal » nous semble être une formule assez concrète et générale qui exprime cette volonté du destin éthique ». Cette vocation se « libère » par la science, mais elle reste dans la pratique comme un noyau extrascientifique inexpugnable. Elle prend forme dans « l'existence du malade ». Or celle-ci, dans la ligne des analyses développées par Follin et Duchêne que j'ai citées plus haut, est indissociable de la relation avec le médecin : « Malade et médecin sont des « états corrélatifs. Il y a eu bien entendu d'abord des hommes « souffrants », dont la « douleur » avait une valeur d'« appel » pour autrui. Mais ni cet homme souffrant n'était un « malade » ni celui qui accourait à son appel n'était un « médecin ». C'est par le contact de ces deux mouvements humains que des *actes* et des interactions commencent à être établies. Ainsi se dessinent progressivement des *habitudes*, des méthodes, des recettes, des techniques, qui constituent l'acte et le savoir médical. » Du même coup le problème de la liberté du médecin ne peut être fondé que sur l'analyse objective de la relation ainsi créée. « Dans n'importe quel acte médical, et dans la structure même de la maladie, les rapports médecin-malade sont constitutifs. C'est devenu pour nous une exigence technique de les considérer à leur tour d'une façon scientifique ». On retrouve bien là l'analyse développée par Bonnafé et ses collègues.

La réponse de Balvet, qui suit celle de Tosquellès dans la présentation du numéro, prolonge précisément en ce point l'analyse³. Balvet suggère que le problème

¹ *Ibid.*, p. 375.

² *Ibid.*, p. 378 sq.

³ *Ibid.*, p. 383 sq.

clef de l'intervention réside dans le risque de développer une attitude sadique à l'égard du patient. Ce risque, tout psychiatre le rencontre dans le cours de sa carrière, tout comme l'histoire de la psychiatrie comme discipline est elle-même passée par « une phase sadique ». Mais le praticien est à même de dépasser cette phase primitive lorsqu'il acquiert de l'expérience, par le simple fait de développer son intervention. Pour appuyer son analyse, Balvet prend l'exemple du penthotal :

Comment me suis-je comporté au début vis-à-vis du penthotal ? Et comment me suis-je transformé au cours de ma pratique ?

Lors de mes premiers traitements le mythe du complexe était encore très vif en moi : il s'agissait de ramener à la conscience le souvenir supposé enfoui. Or je ne me rappelle d'aucun événement ainsi tiré au clair qui ait eu une valeur thérapeutique indiscutée.

Au début donc, j'interrogeais mon malade assoupi, je cherchais le fameux trauma avec l'intention d'un aveu à obtenir. Non seulement je n'obtenais en général pas grand-chose, mais je bloquais mon malade ; n'étais-je pas l'agresseur ? J'étais « en face », donc « contre ».

Est-ce la condamnation du penthotal ? Loin de là ! A mesure que je prenais conscience de ce que comporte de sadisme toute attitude subjective envers l'autre homme, j'étais plus discret à interroger. Me renonçant peu à peu en tant que sujet je me contentais de m'asseoir à côté et, me laissant aller, moi aussi assoupi, je tâchais de répondre de mieux en mieux, de plus en plus légèrement, avec le moins d'inertie possible, par mon attitude plus que par mes paroles, à la situation de mon malade. Et ce faisant, l'« intervention » prenait à nos yeux un sens nouveau.

Le sadisme se dissolvait dans la conscience qu'à chaque instant j'en prenais. Mon attitude de psychiatre se définissait peu à peu comme le refus à chaque instant, l'évanouissement continu d'une attitude subjective (donc sadique) qui est celle-là même du non-psychiatre.

La conception du penthotal comme « sérum de vérité » est donc une conception de toutes façons primitive. Le psychiatre y passe sans doute, ne peut pas ne pas y passer, mais il n'y peut pas tenir, il n'y peut pas rester, sans se nier en tant que psychiatre, sans refuser son propre progrès. Son rôle n'est pas en effet l'étude d'un en dehors, mais l'expérience de la situation concrète qui à chaque instant s'établit entre son malade et lui, cette situation qui est sa propre situation, cette situation qu'il lui faut vivre et qu'il lui faut conduire, et qui à chaque instant échappe à la critique qui venait de la transformer. Progrès indéfini où ce n'est pas un qui guérit, mais deux.

Le récit que fait Balvet de son utilisation du penthotal le fait ainsi débiter par une phase où, en se laissant obnubiler par la technique – il est à la recherche du

« fameux trauma », dont parlent les écrits sur le penthotal –, il oublie qu’il est seulement engagé dans une relation – il est « en « face » », « contre » le patient, marquant la distance qui les sépare. La pratique le conduit néanmoins rapidement à une meilleure conscience de l’enjeu de la situation, une meilleure connaissance de lui-même et à une identification à son malade, qui lui permet finalement littéralement de dépasser l’obstacle que constitue la technique entre lui et son malade. La manière dont il décrit la relation nouvelle qui s’instaure avec son malade est particulièrement marquante : comme son malade, il s’assoupit à ses côtés, et, toujours comme lui, devient lui-même l’objet d’un questionnement, abandonnant la position de celui qui pose les questions pour se mettre dans celle de celui qui « répond », en devenant lui-même transparent à la situation. Le sadisme premier qui dominait son utilisation du penthotal s’éteint ainsi dans une fusion avec le patient dont il devient totalement solidaire :

Dans la narco-analyse il n’y a plus pour moi trace de sadisme. La notion de sérum de vérité, à laquelle se complaisent encore les journalistes n’a plus pour moi aucun sens. Il n’y a plus sur ce point de problème d’intervention, plus de problème du droit à intervenir, puisque je n’interviens plus : je vis une situation avec mon malade, de plus en plus près de lui ; au point que je ne suis plus que son compagnon, un peu plus lucide, un peu plus orienté.

C’est parce que le psychiatre se situe au plus près de son patient, partie prenante comme lui de la situation qui les unit, que la question de l’intervention perd tout simplement sa pertinence. Ces analyses rejoignent des remarques de Minkowski rapportées plus haut dans la revue : « Toute psychothérapie comporte une technique et cette technique viendra s’interposer entre nous et celui auquel nous nous adressons. Elle nous éloignera ainsi nécessairement de ce primitif « contact humain », fondement même, à notre sens, de la solidarité humaine. [...] C’est au psychothérapeute de se surveiller de près, d’éviter tout ce qui peut lui faire faire figure d’augure, de détenteur d’un moyen souverain et unique dans son genre. Toute méthode psychothérapique doit réserver une large place, à côté d’elle, à la « pédagogie », au sens le plus large du terme. »¹ Les réserves qu’émet Balvet à propos de la lobotomie sont également significatives :

¹ *Ibid.*, pp. 350-351.

Dans la lobotomie je n'en suis pas là, il s'en faut. La situation est compliquée déjà par la présence d'un tiers ; le chirurgien. Il est ma main (c'est l'étymologie du mot chirurgien) mais une main autonome. Il ne saurait avoir une conscience aussi aiguë que moi du rapport sado-masochiste qui s'établit dans l'intervention. (Je le dis sans vanité pour moi, sans reproche pour lui : son métier n'est pas le mien.) Sa collaboration introduit donc dans la situation un apport massif de sadisme non dépassé (et, même encore à peine conscient) un apport massif de sadisme non résorbé qui la déséquilibre. [...] Mais que dois-je faire puisque je sais que la lobotomie guérit parfois, guérit souvent ? Dois-je réfléchir dans mon cabinet, solitaire, ratiocinant sur une notion abstraite de la liberté, sur les « droits imprescriptibles de la personne humaine » ? Vraiment je n'y ai plus goût. L'action seule résout de semblable problèmes.¹

On touche là aux limites de l'analyse. De manière particulièrement significative, plus que l'intervention chirurgicale en elle-même, avec ses risques et ses conséquences, c'est ici l'impossibilité pour le psychiatre d'accompagner l'intervention, de la vivre au plus près du patient, qui arrête Balvet, et alors qu'au contraire le chirurgien est dans l'impossibilité de comprendre quant à lui le sens de la relation. Cette distance ne tient pas à l'effraction de l'acte chirurgical en lui-même et à l'irréversibilité de la lésion occasionnée par l'intervention, comme le soulignent la plupart des réserves recueillies sur la méthode, mais bien plutôt à l'impossibilité faite au psychiatre d'accompagner le geste jusqu'au bout. Plus loin, Balvet conclut :

Le problème de l'intervention n'est pas autre chose que l'étude dans son développement historique de ce rapport médecin-malade, en vue de le pousser en avant le long de sa ligne naturelle, de le pousser à bout ; jusqu'au moment où le problème n'est plus un problème, n'intéresse plus personne, parce qu'un nouveau rapport est établi, parce que le problème s'est résolu, parce qu'il s'est à proprement parlé dissout.

Posé ainsi le problème de l'intervention psychologique (qui s'identifie au problème du rapport médecin malade) ne peut être envisagé qu'à partir de la pratique et dans la pratique : il se règle en intervenant, et en intervenant dans une visée thérapeutique.

Mais arrivé là, transformant mon malade, c'est moi-même qui me transforme et qui prends conscience de ma propre transformation. En un certain sens, c'est moi qui deviens le malade, un malade qui n'est guéri que par moi et dans moi. On ne guérit qu'en guérissant (l'ambiguïté de la formule est réversible).²

¹ *Ibid.*, p. 385.

² Paul Balvet, *Ibid.*, pp. 392-393.

On le voit c'est une position radicale que développe Tosquellès et, davantage encore, Balvet, mais une position cohérente avec celle avancée par celles de leurs collègues. Les unes et les autres contribuent à élaborer une grammaire de l'engagement du psychiatre dans une formule éthique nouvelle. C'est parce que le psychiatre vit la situation avec son patient, qu'il est totalement présent à la situation qu'il saura poser des limites à son intervention. C'est dans la situation même, dans l'action, que peuvent être comprises les limites de l'action et que celle-ci trouve sa propre normativité, à condition que le psychiatre élabore une conscience pleine de la situation. La justesse de l'action n'est pas à rechercher dans l'adhésion à une norme ou dans des indications abstraites posées de l'extérieur, mais dans la vérité et l'authenticité de l'instant vécu avec le malade. L'intervention trouve ainsi ses limites dans un principe d'identification maîtrisée du médecin à son malade. Le modèle développé par les jeunes psychiatres est d'une certaine manière celui d'une médecine clinique poussée à son extrémité. Je l'ai évoqué, leurs analyses sont proches du modèle de la relation médecin malade élaboré par Talcott Parsons lorsqu'il fonde son analyse de la relation médecin malade sur celle des tensions propres à la situation dans lesquelles l'un et l'autre se retrouvent¹. Plus largement la conception de la psychiatrie développée par les jeunes psychiatres dans un rapport à la norme qui, de Mauss à Foucault, en passant par Canguilhem, marque profondément les sciences humaines des années d'après-guerre². C'est toutefois ici dans le cadre d'une rupture par rapport à l'histoire de leur discipline que prend sens l'affirmation de leur engagement éthique.

Conclusion

La vision de l'action psychiatrique élaborée par les jeunes psychiatres a ainsi participé d'une déconstruction de l'asile comme institution déployant un ensemble de

¹ De ce point de vue François Dubet me paraît se méprendre dans son analyse de l'œuvre de Parsons. Dans un ouvrage récent, Dubet analyse les transformations d'un certain nombre lorsqu'il fait de l'analyse de Parsons de la relation médecin malade la formalisation de ce qu'il appelle le programme institutionnel de la médecine. Bien au contraire, Parsons apparaît ici comme l'un des jalons importants d'une forme de désinstitutionnalisation de la médecine. Dubet, F., *Le déclin de l'institution*, Paris, Le Seuil, 2002.

² Sur cet aspect de l'œuvre de Mauss voir Karsenti, B., *Marcel Mauss: le fait social total*, Paris, Presses universitaires de France, 1994.

normes rigides contraignant l'action. Les jeunes psychiatres ont ainsi cherché à donner corps à un projet qui, profondément, voulait dégager l'action de ce carcan en lui donnant un sens nouveau. C'est en ce sens, parce qu'ils cherchaient à remettre en cause l'institution psychiatrique en tant que fondement de l'action, que leur mouvement peut apparaître à proprement parler comme un mouvement de désinstitutionnalisation. Profondément, la psychothérapie collective des jeunes psychiatres a été une tentative de traduire ce projet dans des pratiques concrètes, dans une manière d'accomplir le travail psychiatrique. Les réunions, le travail des jeunes psychiatres sur les activités collectives, plus généralement la tentative de développer les outils d'une prise de conscience des effets sur les malades de leur contexte de prise en charge, ont été une manière de mettre en forme le travail d'une norme découlant du tissu de relations entre les soignants et leurs malades. Du point de vue des jeunes psychiatres, la psychothérapie collective réalisait ainsi une fusion des fins et des moyens de leur mouvement : la psychothérapie collective était à la fois une manière de réformer l'hôpital psychiatrique et le but à atteindre par la réforme de l'hôpital psychiatrique. On retrouve ainsi une caractéristique du projet de Daumézon que j'ai analysé plus haut. Projet en acte, la psychothérapie collective était avant tout pour les jeunes psychiatres un objectif lointain à atteindre.

Pourtant la pérennisation du projet ne pouvait se faire sans donner naissance à de nouvelles institutions. L'ensemble des efforts de Daumézon pour orienter les efforts de ses collègues à la recherche de la psychothérapie collective peut en fin de compte apparaître comme une tentative de tenir sur la longueur un engagement, et, à la limite, de l'institutionnaliser. Le paradoxe de la psychothérapie collective, et la difficulté des jeunes psychiatres à l'entretenir comme projet réformateur, réside précisément dans ce défi. J'examinerai ce point dans le prochain chapitre en m'intéressant à la suite de la trajectoire du projet réformateur des jeunes psychiatres – et avant tout à un autre point essentiel de leur travail, la construction d'une nouvelle représentation de la psychiatrie.

CHAPITRE 3. UN GROUPE ENGAGÉ. LE CADRE DES MÉDECINS DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES DANS LE PROCESSUS RÉFORMATEUR

En même temps qu'ils travaillent sur la psychothérapie collective, les jeunes psychiatres s'engagent dans une série d'interactions pour faire avancer leur projet de réforme de l'hôpital psychiatrique auprès du grand public et des autorités. Pour cela, ils doivent grandir leur projet de manière à en faire non pas seulement le projet d'un petit noyau de réformateurs, qui pourraient être traités comme des agités, radicaux et marginaux au sein de la psychiatrie, mais celui d'un groupe ou d'une coalition de groupes qui aura un poids réel. Il leur faut donc construire à partir de leur projet la représentation d'un groupe d'envergure. C'est le groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques qui va leur servir de levier, via son Syndicat. Dans ce chapitre, j'examine le travail engagé à partir de 1945 et jusqu'à la fin des années 1950 par les jeunes psychiatres à la tête du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques pour travailler une représentation du groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques comme acteur engagé dans le projet de réforme des hôpitaux psychiatriques.

J'utilise dans ce chapitre la notion de représentation pour analyser la manière dont, dans le courant des années 1940 et 1950, les jeunes psychiatres s'imposent et parviennent à s'exprimer au nom d'un collectif, les médecins des hôpitaux

viennent à s'exprimer au nom d'un collectif, les médecins des hôpitaux psychiatriques, dans des arènes. Au contraire d'autres modes de construction de coalitions autour de projets, la particularité est ici que le groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques préexiste en tant que groupe aux jeunes psychiatres. Pour les jeunes psychiatres, l'enjeu est donc de parvenir à aligner les médecins des hôpitaux psychiatriques et leur propre vision de la psychiatrie en travaillant sur les deux côtés à la fois. L'utilisation que je fais du terme de représentation joue sur sa polysémie : une représentation, c'est à la fois un porte-parole physique, par exemple lorsque l'on parle de représentation diplomatique, une image, comme dans les représentations cognitives, et un spectacle, au théâtre, au cirque ou au cinéma. Tout en tenant compte de ces différentes significations, j'insiste ici sur la dimension pragmatique de la représentation, sur l'idée que la représentation est jouée sur une scène, et du même coup, avec l'idée de travail de représentation, que l'élaboration d'une représentation repose sur une série de tâches données de la part des acteurs. J'examinerai spécifiquement trois dimensions du travail de représentation dans lequel s'engagent les jeunes psychiatres. Vers l'intérieur du groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques, il s'agit de travailler une vision partagée de la psychiatrie, de ses problèmes et de ses évolutions, qui rassemble ses membres. Vers l'extérieur du groupe, les jeunes psychiatres s'efforcent d'obtenir de siéger dans des instances au sein desquels ils s'exprimeront au nom des médecins des hôpitaux psychiatriques. Enfin, l'élaboration de la représentation repose sur la prise de position dans les débats publics qui intéressent le groupe : plus spécifiquement c'est autour de deux questions, à partir de 1945, que s'organise le débat sur la psychiatrie, celle de l'organisation du dispositif de prise en charge et celle de la régulation de la spécialité de psychiatrie.

Avant de développer ces analyses dans la deuxième section du chapitre, une première étape est toutefois nécessaire pour comprendre la manière dont le groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques s'est constitué comme communauté jusqu'à la veille de la Seconde Guerre mondiale. Si en effet on dispose de nombreuses analyses sur la formation de la spécialité de médecine mentale dans la première moitié du XIX^e siècle, les historiens ont peu questionné l'évolution des identités professionnelles dans le champ de la psychiatrie jusqu'à la veille de la Seconde Guerre mondiale. En particulier, l'organisation du système des asiles publics par la loi de 1838 a peut-être trop rapidement conduit à considérer comme acquise l'existence d'un lien

communautaire entre leurs médecins-chefs dès le milieu du XIX^e siècle. Jusqu'à la fin du XIX^e siècle, il y avait pourtant peu de chose en commun entre les médecins chargés des quartiers d'aliénés des hôpitaux de Bicêtre ou de la Salpêtrière à Paris ou les médecins des maisons de santé de la région parisienne, et les médecins d'un établissement reculé de province, a fortiori lorsque celui-ci était géré par une congrégation comme c'était souvent le cas. Les uns et les autres étaient séparés autant par la forme que prenaient leurs carrières que par leur statut social. Loin d'être acquise, l'émergence progressive d'une communauté des médecins des asiles publics est en fait le fruit d'un processus long, qui coïncide avec la création de formes organisationnelles qui n'apparaissent qu'à la fin du XIX^e siècle : la création du Congrès annuel de médecine mentale en 1890, de l'Association Amicale des Médecins Aliénistes en 1907. Ce sont elles qui permettront la formulation d'un intérêt propre au groupe des médecins d'asiles publics dans le cours du débat sur la réforme de la loi de 1838, que j'ai examiné dans le premier chapitre. Ce processus correspond à un double mouvement : d'une part l'accumulation, entre les années 1880 et la Première Guerre mondiale, de règles édictées par l'Etat pour constituer un corps de médecins fonctionnaires des asiles ; d'autre part l'émergence d'une conscience collective au sein du groupe des aliénistes de province dans un mouvement de contrepoids aux élites parisiennes. En même temps, les transformations de la spécialité de médecine mentale, ou plus généralement de neuropsychiatrie, et la création du dispositif des asiles de la Seine aboutit dans les années 1920 et 1930 à la constitution, avec le « Cadre », d'une filière médicale spécifique, disposant d'une élite qui lui est propre et à distance des élites médicales. C'est précisément de cette filière que sont issus les jeunes psychiatres.

Comprendre cette histoire de moyenne durée est nécessaire pour bien saisir la dynamique de l'engagement des jeunes psychiatres au lendemain de la guerre. Pour autant celle-ci ne s'y réduit pas. Si le groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques apparaît à la veille de la Seconde Guerre mondiale comme une communauté, j'insiste en effet sur le fait qu'une communauté de ce type n'est jamais définitivement acquise et qu'elle ne détermine pas en elle-même l'engagement derrière le projet des jeunes psychiatres, et a fortiori le projet des jeunes psychiatres lui-même. Je soulignerai en particulier que les médecins des hôpitaux psychiatriques sont soumis dans les années d'après-guerre à d'autres propositions de représentations que celles des jeunes

psychiatres. C'est ainsi au prix d'un travail sur le groupe que les jeunes psychiatres parviennent à imposer leur représentation. Cette analyse de la manière dont les acteurs adoptent ou soutiennent des projets donne une tranche sur des approches en termes de dispositions, qui s'efforcent de rapporter les propriétés des projets à celles des acteurs qui sont à leur origine ou qui les adoptent. Une des limites de ces approches, lorsque l'on sort de cadres reposant sur des axiomatiques fortes comme le sont les modèles d'explication marxistes ou post-marxistes, est qu'en dernière instance elles ont nécessairement recours à un arbitraire lorsqu'elles élaborent les propriétés pertinentes des acteurs qui décident de leur engagement dans le projet¹. Par exemple, dans le cas qui nous intéresse, l'analyse conduirait à dire que les jeunes psychiatres s'engagent pour la réforme des hôpitaux parce que leur statut de médecins-chefs des hôpitaux psychiatriques fait de l'hôpital psychiatrique le cœur de leur identité. Mais les psychiatres disposent de nombreuses identités, qui peuvent être mobilisées différemment dans leurs interactions² : ce sont par exemple des médecins avant d'être des psychiatres, des spécialistes de médecine mentale en même temps que des chefs de services dans des hôpitaux psychiatriques, et au final ils disposent de nombreuses manières d'articuler leurs rôles. Le fait de revendiquer une manière spécifique de faire de la médecine, conduisant dans le cas des jeunes psychiatres à porter une attention particulière à ses conditions d'exercice dans les hôpitaux psychiatriques, est une prise de position qui ne doit pas être considérée comme le point de départ de l'analyse.

Dans la ligne de l'argument que j'ai développé dans le chapitre précédent, je souligne ainsi que ce sont des choix qui rendent compte de l'engagement des médecins des hôpitaux psychiatriques derrière les jeunes psychiatres. Encore cet engagement est-il fragile. A partir de 1952, l'émergence d'une contestation interne au groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques de la représentation élaborée par les jeunes psychiatres conduira à un affaiblissement durable de la représentation de ces derniers. En dernière analyse, c'est parce que les jeunes psychiatres créent malgré tout un accord au sein du groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques autour de leur projet que

¹ C'est par exemple une limite de travaux comme ceux qu'a consacré D. Memmi au Comité Consultatif National d'Éthique, dont on peut se demander si la tentative de ramener les propriétés du discours produit par l'institution aux dispositions dont seraient porteurs ses membres n'aboutit pas à un raisonnement strictement circulaire. Memmi, D., *Les gardiens du corps: dix ans de magistère bioéthique*, Paris, Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, 1996.

² Strauss, A., *Miroirs et masques*, Paris, Métailié, 1992 [1959].

celui-ci devient un projet partagé et qu'il peut fonder le groupe. Ces analyses doivent ainsi être lues en complément des analyses que j'ai développées dans le chapitre précédent à propos du projet de psychothérapie collective. En analysant le travail des jeunes psychiatres sur la psychothérapie collective, j'ai montré comment ils s'orientaient en fonction du repérage auquel ils parvenaient des forces en présence dans le monde de la psychiatrie. Ici, à l'inverse, c'est le projet des jeunes psychiatres qui donne forme à la représentation et finalement au groupe au nom duquel ils prétendent parler.

La dernière partie du chapitre permettra de faire le bilan du projet de psychothérapie collective dans le courant et à la fin de la décennie 1950. Ce nouveau projet émerge pour des raisons à la fois internes au groupe, liées aux évolutions du projet, et externes, qui tiennent à l'engagement du ministère de la Santé dans la psychiatrie dans le courant des années 1950. J'analyse ici les premières, en réservant les secondes pour le chapitre suivant.

1. Faire corps. La constitution du « Cadre » des médecins des hôpitaux psychiatriques comme groupement spécialisé dans la première moitié du XX^e siècle

1.1. La création du Cadre des médecins des asiles. Modes d'accréditation et logiques d'identification

Pour comprendre l'émergence du « Cadre » des médecins des asiles publics comme acteur collectif dans la première moitié du XX^e siècle, on peut commencer par interroger de façon plus générale les formes d'identification et d'accréditation des spécialistes de médecine mentale. Jusqu'à l'introduction, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale par l'Ordre des Médecins d'une régulation globale, l'identification des spécialistes correspond, comme l'a montré George Weisz, à des logiques extrêmement diverses¹. En principe, la seule règle est le laissez-faire. Rien en effet n'empêche

¹ Weisz, G., *Divide and conquer. A comparative history of medical specialization*, Oxford, Oxford University Press, 2005.

n'importe quel praticien de se déclarer spécialiste de telle ou telle matière, et c'est précisément l'accroissement du nombre de spécialistes autoproclamés dans la première moitié du XX^e siècle qui a constitué l'une des principales motivations à réguler le champ. Si, en principe donc, la spécialisation repose sur un processus solitaire d'identification personnelle, la constitution progressive d'un système des spécialités¹ et l'élaboration de régulations partielles limitant les excès reposent toutefois sur l'émergence de ce que l'on pourrait appeler des groupements spécialisés : par groupement spécialisé j'entends une communauté de praticiens formée autour d'une spécialité donnée, s'efforçant de se développer comme sous-groupe professionnel à l'intérieur de la médecine, et de ce point de vue à même de donner à ses membres une accréditation². Ces groupements spécialisés peuvent toutefois eux-mêmes prendre des formes variées, qui correspondent à des modes d'accréditation et des logiques d'identification différents. Partant, ils constituent également des types différents d'acteurs collectifs.

Un premier type de groupement spécialisé est lié à l'organisation de l'élite médicale dans le système hospitalo-universitaire³. Historiquement, c'est à celui-ci qu'est liée l'émergence de spécialités médicales dans le courant des années 1830⁴. La spécialisation correspond alors, dans un univers marqué à la fois par la concurrence entre médecins et par le poids de l'administration, à un processus engagé par un chef de service qui restreint son activité à un segment spécifique de la médecine, tout en s'efforçant de faire école. L'institutionnalisation de la spécialisation se traduit ainsi, dans l'organisation hospitalière, par la création de services spécialisés, et, à partir des années 1860, par la création de chaires de spécialités à la faculté de Médecine. La structure de base du groupement spécialisé est ici la relation du patron à son cercle d'élèves, dont Jan Goldstein a analysé le fonctionnement pour les deux principaux entrepreneurs de la médecine mentale au XIX^e siècle, Pinel et Esquirol⁵. Le patron tire son autorité de son poste, à l'hôpital ou la faculté, et il se sert de la marge de manoeuvre

¹ Au sens où l'entend G. Weisz, *ibid.*

² Freidson, E., *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.

³ Weisz, G., *The medical mandarins: the French Academy of Medicine in the nineteenth and early twentieth centuries*, New York, Oxford University Press, 1995.

⁴ Weisz, G., "The emergence of medical specialization in the nineteenth century", *Bulletin of the History of Medicine*, 77, 2003 ; Weisz, *Divide and conquer*.

⁵ Goldstein, J., *Consoler et classifier. L'essor de la psychiatrie française*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1997 [1987], ch. 4.

que celui-ci lui procure pour trouver des débouchés à ses protégés, faisant jouer sa recommandation. Ses élèves sont vis-à-vis de lui dans une relation quasi filiale, l'ensemble du cercle fonctionnant selon un mode de relations domestiques, que traduisent les mariages à l'intérieur du cercle, ou les rencontres informelles – déjeuners du dimanche d'Esquirol, soirées du mardi de Charcot. L'identification du spécialiste repose ici autant sur des critères techniques que sur l'élection mutuelle du patron et de son disciple.

Une deuxième forme de groupement spécialisé correspond, dans la seconde moitié du XIX^e siècle à la création d'associations ou de sociétés savantes. On peut imaginer plusieurs processus à l'origine de ces sociétés de spécialistes. L'un d'eux peut être l'institutionnalisation d'un cercle lorsqu'un patron décide de donner une forme stable à son entreprise, ou que ses élèves veulent pérenniser le travail de leur maître. Elles peuvent également être liées à un processus de segmentation professionnelle tel qu'il a été analysé par Rue Bucher et Anselm Strauss¹. Dans ce dernier cas, le groupement est fondé à partir d'un petit noyau de professionnels s'identifiant comme spécialistes et décidant de développer une communauté de pratique. La création, en 1852, de la première et longtemps la seule société savante en médecine mentale, la Société médico-psychologique, paraît de fait croiser ces deux logiques². Créée à l'initiative de l'un des élèves d'Esquirol, Baillarger, elle vise à réunir les savants intéressés par les questions de médecine mentale. Son modèle est explicitement l'Académie de Médecine, jusque dans son fonctionnement organisé en séances mensuelles consacrées à la discussion de communications présentées par les sociétaires. Ces derniers se distinguent en membres titulaires, qui doivent être parisiens, membres correspondants et membres associés étrangers. Ils sont élus par leur pairs, de sorte que le groupe fonctionne comme une société d'égaux. Il est également une instance d'accréditation dans la mesure où la société dégage une compétence technique que ses membres sont susceptibles de faire valoir vers l'extérieur : appartenir à la Société

¹ Bucher, R. et A. Strauss, "Professions in Process", *The American Journal of Sociology*, 66, n° 4, 1961, p. 325 ; Bucher, R., "Pathology: a study of social movements in a profession", *Social problems*, n° 10, 1962, pp. 40-51 ; Strauss, A., "Social world and their segmentation processes", in N. Denzin (dir.), *Studies in symbolic interaction*, Greenwich, CT, Jai Press, 1984, pp. 123-139.

² Je m'appuie ici sur les indications données par : Goldstein, *Consoler et classifier, op. cit.*, et : Dowbiggin, I., *La folie héréditaire. Ou comment la psychiatrie française s'est constituée en un corps de savoir et de pouvoir dans la seconde moitié du XIX^e siècle*, Paris, EPEL, 1993. Une histoire de la Société médico-psychologique reste néanmoins entièrement à faire.

médico-psychologique est un titre que l'on peut faire figurer sur une plaque ou une carte de visite. A partir des années 1860, sollicitée pour donner son avis sur les questions dont on considère qu'elles sont de sa compétence, ou s'en saisissant elle-même, la Société est par ailleurs amenée à jouer un rôle public. Dans ce cas, elle constitue également une instance de représentation du groupement spécialisé, qui peut aussi s'inscrire dans une logique corporatiste.

L'émergence du groupe des médecins des asiles publics comme acteur collectif entre la fin du XIX^e siècle et le début du XX^e siècle correspond toutefois à une troisième forme de groupement spécialisé. Dans ce cas, l'identification comme spécialiste repose sur une accréditation accordée par une institution, en l'occurrence par le dispositif de la loi de 1838. D'un côté, la loi ordonne la séparation des aliénés des autres malades dans des établissements spéciaux placés sous le contrôle de l'Etat. D'un autre côté, les médecins affectés à ces établissements sont nommés par l'autorité publique, ou au moins soumis à son agrément. Cette procédure revient bien à doter les médecins du service des aliénés d'un titre reposant sur la reconnaissance d'une compétence spécifique. Pour que celui-ci débouche sur la formation d'un groupement spécialisé, il faut toutefois deux conditions : d'une part que les détenteurs du titre élaborent une conscience collective de former un groupe, qui se traduira par la mise en forme d'une règle commune ; et d'autre part qu'au cœur de cette régulation ils placent l'enjeu de la défense de l'autonomie professionnelle. Il faut donc que la solidarité entre les médecins des asiles soit plus forte que leurs autres affiliations. Or ce point n'a rien d'évident, dans un premier temps au moins.

Les limites d'un rassemblement

Au moment du vote de la loi de 1838, les entrepreneurs de la discipline visaient à constituer un corps de médecins affectés aux établissements pour malades mentaux sur le modèle des grands corps de l'Etat. Esquirol pensait ainsi que la médecine mentale devait être organisée comme une spécialité à part du reste de la médecine, pratiquée dans des hôpitaux spéciaux, réservés à des médecins spécialisés, et dont le foyer devait être la capitale. Il considérait que Paris devait être à l'origine des savoirs psychiatriques, qui devaient diffuser vers la province. Lui-même prit l'initiative d'une série de tournées dans les départements de province pour prendre la mesure de l'organisation à mettre en

place et tisser des contacts avec les administrations locales. Ce projet convenait bien d'autre part à la fois à une administration parisienne disposée à voir sa juridiction étendue aux institutions d'aliénés de province, et à une fraction du corps politique pour qui la question des aliénés était l'un des terrains sur lesquels pouvait être mis en œuvre son projet de police et d'assistance. C'est cette alliance qui devait être à l'origine de l'architecture de la loi de 1838¹. Aux termes de la loi et de son ordonnance d'application, prise l'année suivante², les départements devaient se charger d'organiser l'assistance aux aliénés indigents de leur ressort en se dotant d'établissements publics. Ces établissements étaient placés sous l'autorité du ministre par l'intermédiaire de ses représentants locaux, les préfets. Le corps médical affecté à ces établissements devait par ailleurs être nommé directement par le ministre. Cette disposition devait en principe permettre de doter les établissements de province de médecins formés au même moule. Dès avant la promulgation de la loi, Esquirol fit ainsi jouer son influence pour placer ses élèves dans les établissements de province, et à partir des années 1830, les internats de la maison nationale de Charenton, dont Esquirol fit un établissement modèle, et des quartiers psychiatriques de la Salpêtrière et Bicêtre devaient devenir les écoles les plus prestigieuses pour la formation des aliénistes. Dans l'imaginaire professionnel, l'aliéniste devait être un technicien envoyé de la capitale pour éclairer les pouvoirs locaux. C'est cette vision que développe de manière exemplaire ce chroniqueur des *Annales Médico-Psychologiques* en 1857 :

Nous ne comprenons qu'une seule manière de doter les asiles d'aliénés de médecins vraiment spéciaux, c'est de diriger sur Charenton les internes en médecine des principaux établissements de la province et de leur assurer, à l'expiration de leur internat à la maison impériale de santé, une position largement rétribuée. Faites des internats d'asiles une sorte d'Ecole préparatoire, de la maison de Charenton, une Ecole d'application, et alors vous aurez des médecins capables, instruits, familiarisés par de longues études avec les choses de l'aliénation mentale, et les besoins du service ne seront plus en souffrance.³

Le projet est cohérent, on le voit. Dans les faits, il y a toutefois loin de la vision à sa réalisation. Contrairement à cette vision d'un corps fortement organisé, le groupe des aliénistes apparaît en effet dans un premier temps comme un ensemble relativement peu

¹ Sur ce point : Goldstein, *Consoler et classifier, op. cit.*, p. 182 sq. et ch. 8.

² Ordonnance du 18 décembre 1839 relative aux établissements publics et privés consacrés aux aliénés.

³ Legrand du Saulle, H., "Variétés", *Annales Médico-psychologiques*, 1857.

structuré, où peine à émerger une cohésion. Plus spécifiquement, jusqu'au début de la Troisième République, les médecins des établissements d'aliénés sont en fait partagés entre une élite parisienne fortement mobilisée et des praticiens de province formant un ensemble plus anémique. Dans l'ensemble, les affiliations locales apparaissent ainsi suffisamment prégnantes pour s'opposer à la formation d'un esprit de corps. On peut de façon générale se faire une idée grossière, mais suffisante pour ce qui nous intéresse ici, de la structuration de la psychiatrie comme spécialité au milieu du XIX^e siècle à partir de l'examen des annuaires professionnels.

La publication d'annuaires, de répertoires ou simplement de listes de membres est au demeurant déjà par elle-même un indice de la structuration d'un groupement professionnel. Les *Annales Médico-Psychologiques* font ainsi régulièrement paraître la liste des membres de la Société médico-psychologique, donnant à partir des années 1880 leur adresse et parfois également leurs titres et fonctions. Pour ce qui concerne spécifiquement les médecins des établissements d'aliénés, il faut en revanche attendre le début du XX^e siècle pour que paraissent des répertoires donnant des indications exhaustives, même si les *Annales Médico-Psychologiques* publient régulièrement, et dès le milieu du XIX^e siècle, le mouvement des médecins des asiles publics, reproduit d'après le *Journal Officiel*. Les seules listes de médecins des établissements d'aliénés que j'ai trouvées jusqu'à la fin du XIX^e siècle correspondent aux enquêtes menées à partir des années 1860 par l'administration centrale dans le cadre de bilans du fonctionnement du dispositif de la loi de 1838 ou de ses tentatives de réforme. Les *Annales Médico-Psychologiques* publient ainsi en 1865 un répertoire de l'ensemble des établissements accueillant des aliénés en France, qui donne également la liste de leurs médecins, et qui est issue de l'enquête menée à la demande du gouvernement, en réponse à la vague de critique des asiles¹. Cette liste donne le nom des médecins exerçant dans les établissements, ainsi que quelques indications sur les établissements eux-mêmes. L'absence d'annuaires du personnel du service des aliénés est ainsi une première indication de l'absence d'une structure de corps, qui signe l'hétérogénéité du groupe des médecins du service des aliénés. On peut voir deux ensembles d'éléments derrière ce premier ensemble. Le premier correspond à la diversité des statuts de médecins-chefs du service des aliénés. Pour une part, celle-ci est liée à la faiblesse sur le terrain de l'intervention

¹ "Organisation du service des aliénés en France", *Annales Médico-psychologiques*, 1865, pp. 525-530. Cf. *supra* ch. 1.

publique dans l'organisation départementale des établissements d'aliénés. En principe, aux termes de la loi de 1838, chaque département devait se doter d'un établissement permettant d'accueillir ses aliénés. Si le ministère de l'Intérieur a développé dès 1838 une politique active pour que les départements s'engagent effectivement dans l'organisation de l'assistance aux aliénés indigents de leur ressort, les textes de 1838 et 1839 ont toutefois laissé ouvertes plusieurs possibilités pour leur éviter d'avoir à supporter les investissements coûteux que supposent la construction et la gestion d'un établissement pour aliénés : contracter avec un hôpital général disposant d'une section spéciale pour aliénés, les « quartiers d'aliénés », passer un traité avec un établissement privé, c'est-à-dire le plus souvent administré par une congrégation religieuse, ou bien encore se mettre d'accord avec un établissement d'un département voisin. C'est ainsi que, dans les faits, comme l'a montré Jan Goldstein, seuls les départements disposant déjà d'un établissement public correspondant aux standards fixés par le ministère, ou d'établissements pouvant facilement s'y soumettre – comme des dépôts de mendicité ou certains hospices –, se sont dotés d'asiles départementaux. En 1865, 37 départements seulement sur 89 disposent d'un ou de plusieurs asiles publics¹. A cette date, pour toute la France, l'ensemble du dispositif d'assistance psychiatrique repose sur 41 asiles départementaux, mais 17 quartiers d'hospices et 16 asiles privés faisant fonction de publics. Jan Goldstein souligne ainsi que, dans un premier temps, l'application de la loi de 1838 a en fait conduit à renforcer les établissements administrés par des congrégations religieuses².

Ces différents types d'établissement correspondent également à des statuts professionnels et des logiques de recrutement eux-mêmes extrêmement différents. D'un côté, les asiles privés et les quartiers psychiatriques des hôpitaux généraux constituent des groupes fortement marqués par les cultures locales. Les médecins des asiles privés ne sont soumis qu'à l'approbation du ministre, qui ne pouvait imposer ses candidats. Dans un certain nombre de cas, Goldstein suggère une proximité forte avec les congrégations à la tête des établissements³. Dans le cas contraire, leur situation paraît souvent difficile, au point que leur dépendance à l'égard des directions des

¹ Ils ne seront encore qu'à peine plus d'un sur deux, 47 sur 89 pour être précis, à la veille de la Première Guerre mondiale.

² Goldstein, *Consoler et classifier*, op. cit., p. 392 sq.

³ *Ibid.* ; Guillemain, H., *Diriger les consciences, guérir les âmes. Une histoire comparée des pratiques thérapeutiques et religieuses (1830-1939)*, Paris, La découverte, 2006.

établissements est au début du XX^e siècle un thème important des revendications du Cadre des médecins d'asile¹. A cet égard, le statut des médecins-chefs des quartiers d'hospices est proche de celle de leurs collègues des établissements privés. Etablissements communaux, les hôpitaux généraux recrutent leurs médecins-chefs selon une procédure locale, et sous la responsabilité des commissions administratives, dominées par les notabilités du cru². Ils sont ainsi souvent des médecins consultants recrutés parmi les élites locales. Le cas de Paris est exemplaire à cet égard. Jusqu'à la fin du Second Empire, l'équipement psychiatrique de la capitale ne compte aucun asile départemental, et, à l'exception du cas particulier de Charenton, sur lequel je reviendrai plus loin, il repose essentiellement sur les quartiers psychiatriques de Bicêtre et de La Salpêtrière³. Leurs médecins sont recrutés par le prestigieux concours des hôpitaux de Paris. Les aliénistes de la capitale forment ainsi un petit milieu participant à l'élite médicale du pays, soumis à une forte concurrence interne, et dont la reproduction repose sur la logique de concours qu'a bien analysée George Weisz⁴.

En raison du contrôle exercé par l'administration centrale, les médecins des asiles départementaux forment en principe un groupe plus homogène. Médecins fonctionnaires à plein temps, recrutés par l'administration centrale, interdits d'exercice en dehors de leurs établissements d'affectation, où ils doivent également résider, ils disposent de caisses de retraite et ont également des carrières plus mobiles que les médecins des hôpitaux généraux, changeant parfois plusieurs fois d'établissement et de département d'exercice au cours de leur vie. Les médecins des asiles publics constituent bien ainsi, au même titre que les préfets ou le corps judiciaire, un corps de fonctionnaires nommés par la capitale, dans une situation de relative extériorité par rapport à la dynamique des pouvoirs locaux. Deux réformes de décentralisation administrative prises par le Second Empire conduisent à assouplir la tutelle de l'administration centrale, sans toutefois modifier véritablement la situation : en 1852, un décret remet leur nomination aux préfets, mais il ne paraît guère modifier la procédure

¹ Rayneau, J., "Des réformes à apporter à la situation des médecins de quartiers d'hospices et des asiles privés faisant fonction d'asiles publics", *L'Informateur des aliénistes et des neurologistes*, n° 7, 1908 et Raynier, J. et H. Beaudouin, *L'aliéné et les asiles d'aliénés*, Paris, Librairie le François, 1930.

² Imbert, J., *Histoire des hôpitaux en France*, Toulouse, Privat, 1982.

³ La maison nationale de Charenton est le seul établissement de la Seine placé sous l'autorité du ministère, mais son statut de maison de santé, n'accueillant que des pensionnaires payants, en fait un établissement à part.

⁴ Weisz, *The medical mandarins*, *op. cit.*

mise en place dans les années 1840, qui repose sur l'inscription par l'Inspection Générale sur des listes d'agrément¹ ; si en 1866 une loi donne aux conseils généraux la tutelle du budget des asiles – pour la période précédente, le conseil général n'a en principe que le pouvoir de voter le budget élaboré par le préfet –, elle ne fait guère qu'accentuer un rapport de force qui existait déjà entre les aliénistes et les notables locaux.

Bien que davantage liés les uns aux autres et moins attachés aux contextes locaux d'exercice que leurs collègues des établissements privés ou des quartiers d'hospice, les médecins des asiles publics n'en forment toutefois pas pour autant une communauté. L'absence d'organisation les rassemblant en dehors des caisses de secours mutuel témoigne ainsi d'une solidarité limitée. Surtout, ils ne prennent guère part à la définition de leur spécialité et de ses conditions d'exercice. Celle-ci est en effet à peu près entièrement entre les mains des élites administratives et médicales parisiennes, auxquelles ils ne participent que peu. C'est précisément le second facteur d'hétérogénéité du groupe, la distance des médecins de province aux élites parisiennes. D'un côté en effet, les médecins des asiles publics ne pèsent guère dans l'administration. Ils n'ont que peu de prise sur leurs nominations, qui sont entièrement entre les mains du ministre et de son administration. Le corps n'offre pas non plus de débouchés en dehors des asiles de province. Etre médecin-chef des asiles c'est passer toute sa vie à distance de la capitale, à la périphérie du pouvoir. Comme l'ensemble des fonctionnaires du ministère de l'Intérieur, les médecins des asiles sont par ailleurs soumis au contrôle de l'Inspection Générale des Services Administratifs, qui détient également l'autorité en termes d'organisation du service des aliénés. Ce sont en effet les Inspecteurs généraux qui visitent les établissements et qui édictent les normes auxquelles ils doivent se soumettre. Or ces fonctionnaires correspondent à un autre corps, recruté selon des logiques différentes, sans passerelles avec le corps des aliénistes. D'un autre côté, les médecins des asiles de province participent peu à l'élaboration des savoirs de la profession, et ils sont en particulier peu représentés au sein du seul groupement spécialisé en médecine mentale sur la période, la Société

¹ Si du moins on se fie à : Bourneville, D. M., *Rapport sur l'organisation du personnel médical et administratif des asiles d'aliénés présenté à la commission ministérielle chargée d'étudier les réformes que peuvent comporter la législation et les règlements concernant les asiles d'aliénés*, Paris, Publications du Progrès médical, 1885.

médico-psychologique. On peut évaluer ce point à partir d'une comparaison de l'annuaire de la Société avec le recensement des médecins du service des aliénés effectué en 1865. Le tableau n° 1 donne ainsi pour Paris et la province, et en distinguant à chaque fois les différentes catégories d'établissements, le nombre de médecins des établissements d'aliénés membres titulaires ou correspondants de la Société médico-psychologique, en comptant à la fois les médecins-chefs et les médecins adjoints. La quasi-totalité des médecins-chefs des quartiers d'aliénés des hôpitaux de Paris, 8 sur 9 pour être exact, sont ainsi membres titulaires de la Société. Comme je l'ai signalé, le règlement de cette dernière interdisait aux médecins de province l'accès au statut de membres titulaires, mais rien ne s'opposait à leur accession au statut de membre correspondant, dont par ailleurs le nombre n'était pas limité. Toutefois seuls 17 sur 45, soit 40% des médecins-chefs des asiles départementaux sont membres correspondants de la Société. Le chiffre tombe à 27 % si l'on prend en compte l'ensemble du groupe des médecins des asiles publics de province, y compris les médecins adjoints. La proportion est plus faible encore pour les quartiers psychiatriques et les établissements privés faisant fonction de publics : respectivement 19% et 20% pour des volumes extrêmement faibles : 3 sur 16 pour les quartiers d'hospices, 3 sur 15 pour les asiles privés¹. De façon générale, les médecins des établissements de province apparaissent ainsi moins mobilisés que leurs collègues de la capitale au sein de la Société médico-psychologique et les médecins des établissements privés ou des hôpitaux généraux le sont moins encore que leurs collègues des établissements publics. La différence de recrutement entre ces différents groupes se traduit ainsi par des attitudes ou des positions différentes à l'égard du seul groupement de spécialistes de médecine mentale en France. Le fait que les médecins des établissements privés y adhèrent autant, ou aussi peu, que les médecins des quartiers psychiatriques traduit bien, par ailleurs, le fait que les deux groupes sont dans une position analogue vis-à-vis du foyer de la spécialité. Ainsi, si à Paris être médecin du service des aliénés engage à participer à la Société, il n'en est pas de même en province. Être médecin du service des aliénés ne suffit pas à

¹ Parmi ces derniers il faut relever le cas d'un établissement fondé et dirigé par une famille de médecin, les Labitte, à Clermont dans l'Oise, seul établissement privé participant au service public des aliénés à n'être pas administré par une congrégation religieuse, qui dessert outre l'Oise, la Seine et Marne et la Seine et Oise, et dont le directeur est effectivement membre correspondant de la Société, et qui, si l'on se fie à Aude Fauvel, est dans les années 1860 la vitrine de l'aliénisme français. Fauvel, A., *Témoins aliénés et "nouvelles Bastille". Une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800-1914)*, Thèse d'histoire, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2005, p. 176 sq.

fonder une compétence qui trouvera sa sanction dans la participation à la Société médico-psychologique.

La composition de la Société donne au demeurant des indications plus générales sur la structuration de la spécialité. En 1865, la Société compte exactement le même nombre de membres titulaires et de membres correspondants, soit 38 dans chaque catégorie. Au total, les médecins des établissements participant au service public des aliénés comptent pour 43% des membres de la Société, 24% des titulaires et 63% des correspondants – respectivement 32 sur 76, 8 et 24 sur 38. Parmi les autres membres de la Société médico-psychologique, un groupe se distingue, les médecins de « maisons de santé ». Ces établissements qui, on l'a vu, reçoivent des pensionnaires aliénés payants, relèvent de l'initiative privée, souvent celle de médecins, bien qu'ils soient en principe soumis à l'autorisation et au contrôle du ministre¹. Selon les données rassemblées par les *Annales*, le pays compte 24 établissements de ce type, auxquels on peut ajouter la « maison impériale » de Charenton, qui occupe toutefois une place un peu particulière puisqu'il s'agit d'un établissement d'Etat, et qu'en particulier ses médecins-chefs sont nommés par le ministre, bien que comme les maisons de santé elle ne recrute qu'une clientèle payante. Si, comme on le constate dans le tableau n° 1, les médecins de maisons de santé parisiennes sont moins mobilisés que leurs collègues des hôpitaux de Paris au sein de la Société médico-psychologique – 47% seulement d'entre eux sont titulaires de la Société -, ils le sont toutefois dans une même proportion que les médecins des asiles départementaux, et ils forment un groupe plus important que les médecins des hôpitaux parmi les membres titulaires de la société, soit 13 contre 8, 4 médecins émergeant aux deux groupes. Ces données traduisent le rôle que jouent de façon générale ces institutions dans l'univers médical parisien, et plus largement dans la vie intellectuelle du pays au cours du XIX^e siècle, et, pour anticiper un peu, jusqu'au début du XX^e siècle. Le recouvrement du groupe avec celui des médecins des hôpitaux signale au demeurant qu'il communique fortement avec l'élite. Des figures comme les Blanche, les Falret, pour ne citer que deux familles d'entrepreneurs importants, jouent un rôle considérable dans la discipline. Les maisons de santé parisiennes sont le foyer d'une activité intellectuelle intense. La situation est en revanche très différente en

¹ Pour une monographie d'une maison de santé parisienne importante à la fin du XIX^e siècle, voir Murat, L., *La maison du docteur Blanche: histoire d'un asile et de ses pensionnaires, de Nerval à Maupassant*, Paris, JC Lattès, 2001.

province, où un seul des 18 médecins-chefs de maison de santé est membre correspondant de la Société, ce qui est peut-être le signe d'un univers marqué par des entreprises plus commerciales et moins soucieuses d'un engagement intellectuel.

Au total toutefois, les médecins exerçant dans des établissements pour aliénés, quels qu'ils soient, ne constituent qu'un contingent limité au sein de la Société médico-psychologique : 17 titulaires sur 38, soit moins d'un sur deux, et 25 membres correspondants sur 38, soit environ les deux tiers d'entre eux. Si l'on peut identifier parmi les titulaires d'anciens médecins des quartiers d'aliénés ou de Charenton, et si l'on peut également mettre à part deux Inspecteurs Généraux des Services Administratifs, fonctionnaires du ministère de l'Intérieur, reste que la Société compte parmi ses membres un quota important de personnalités qui ne sont pas liées aux établissements pour aliénés : ainsi de Cerise ou de Chaâles des Etangs, tous deux médecins, mais plus encore du philosophe Paul Janet, oncle du philosophe et psychologue Pierre Janet, mais lui-même étranger au corps médical. Ainsi, à la fin du deuxième tiers du XIX^e siècle, la spécialité de médecine mentale, telle qu'elle apparaît dans la composition de son principal groupement, la Société médico-psychologique, si elle repose sur une forte base institutionnelle, ne s'y réduit certainement pas, tandis qu'à l'inverse son organisation institutionnelle, le dispositif des établissements pour aliénés, ne fonde pas une communauté de corps.

Tableau n° 1 : Personnels des établissements d'aliénés membres de la Société médico-psychologique en 1865. (Entre parenthèse, médecins-chefs seuls)

	Seine			Province				Total	Total des membres de la Société Médico-Psychologique
	Quartiers d'hôpitaux	Maisons de Santé, dont Maison impériale de Charenton	Total Seine	Asiles départementaux	Quartiers d'hôpitaux	Asiles Privés Faisant Fonction	Maisons de Santé		
Non membre	1	11 (10)	12 (11)	48 (27)	14 (13)	16 (12)	17	95 (69)	107 (80)
Titulaire	8*	13*	17	1				1	18 (18)
Correspondant			0	18 (17)	3	3	1	25 (24)	25 (24)
Total	9	20 (19)	29 (28)	67 (45)	17 (16)	19 (15)	18	121 (94)	150 (122)
Non membre	11,10%	55,0% (52,6%)	41,4% (39,3%)	71,6% (60%)	82,4% (81,3%)	84,2% (80%)	94,40%	78,5% (73,4%)	71,3% (65,6%)
Membre titulaire	88,90%	45,0% (47,4%)	58,6% (60,7%)	1,5% (2,2%)	0,00%	0,00%	0,00%	0,8% (1,1%)	12,0% (14,8%)
Membre correspondant	0,00%	0,00%	0,00%	26,9% (37,8%)	17,6% (18,8%)	15,8% (20%)	5,60%	20,7% (25,5%)	16,7% (19,7%)
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

*4 médecins chefs des hôpitaux de Paris, tous membres titulaires de la Société Médico-Psychologique, sont également médecins en maison de santé

Lecture : A Paris, 8 des 9 médecins chefs des quartiers d'hospices, soit 11,1% du groupe, sont membres titulaires de la Société Médico-Psychologique, 1 n'en est pas membre. Entre parenthèse le nombre de médecin chef seulement, si différent.

Un statut et un corps

Il faut attendre la Troisième République pour que la situation évolue significativement et qu'émerge une mobilisation spécifique des médecins des asiles de province. Le mouvement correspond à la création d'un statut de médecins du Cadre des asiles publics et à l'émergence de nouvelles formes organisationnelles, avec la création de groupements corporatistes destinés explicitement à la défense des intérêts des médecins des asiles.

Au-delà du débat sur le sens de l'assistance aux aliénés que j'ai analysé dans le chapitre 2, l'une des réalisations importantes du mouvement réformateur du tournant du siècle est en effet une modification en profondeur de l'organisation du groupe des médecins des asiles. Une première étape est en 1888 la création d'un concours de recrutement pour les postes de médecins-chefs et médecins adjoints des asiles. L'un des principaux artisans en est Désiré-Magloire Bourneville, rapporteur d'une sous-commission chargée des problèmes des personnels des asiles au sein de la commission ministérielle mise en place en 1881 pour étudier les réformes à apporter au dispositif de la loi de 1838, et dont les travaux marqueront l'ensemble des discussions sur le problème jusqu'à la Première Guerre mondiale¹. La personnalité et le rôle de Bourneville dans la Troisième République naissante éclairent la logique à l'œuvre derrière cette réforme. Elève de Charcot, médecin des hôpitaux de Paris, chef du service des idiots de la Salpêtrière, non soumis au régime de la loi de 1838, il est également l'un des hommes politiques en vue du nouveau régime, et, lui-même issu de la petite bourgeoisie de province, il est le digne produit d'une méritocratie que la République n'aura de cesse de promouvoir et d'encourager. Cet esprit anime également la réforme, qui vise à améliorer le recrutement du corps des médecins d'asile, pour le constituer en nouvelle élite républicaine. Le modèle est explicitement celui des concours hospitaliers. Le concours créé en 1888 comprend ainsi 4 épreuves, dont, outre une épreuve sur titres, une question écrite sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux, une question orale de médecine et chirurgie, et l'examen clinique de deux malades. L'architecture des épreuves restera pour l'essentiel la même jusqu'à la suppression du concours en 1968,

¹ Publiciste efficace, Bourneville fait publier son rapport quelques années plus tard par la revue qu'il anime : Bourneville, *Rapport sur l'organisation du personnel médical et administratif des asiles d'aliénés*, *op. cit.*

avec l'ajout d'une épreuve d'administration et de médecine légale, et un dosage variable entre les questions de pathophysiologie et les épreuves de clinique. En dehors d'un représentant du corps enseignant, les candidats sont évalués par des médecins-chefs des asiles, c'est-à-dire par leurs pairs.

D'abord régional, organisé à l'intérieur des circonscriptions des facultés de Médecine par arrêté ministériel au fur et à mesure des disponibilités, le concours devient national en 1902, puis annuel en 1906¹. Sa réglementation par un décret cette année-là en consacre définitivement le principe et assure la pérennité de la filière. Un décret de février 1910 enfin, outre un aménagement du concours, crée véritablement un statut de médecin des asiles². Aux termes de ce décret, les médecins des asiles sont recrutés en qualité de médecins adjoints, et sont affectés aux postes disponibles en fonction de leur classement au concours, tout poste étant d'abord proposé à la mobilité interne. L'avancement dans le corps est accordé à l'ancienneté, de même que le passage au statut de médecin-chef, qui ouvre également dans certains asiles à la fonction de directeur administratif. Les carrières sont gérées directement par le ministère, qui peut accélérer ou ralentir l'avancement en fonction des états de service. Le décret de 1910 met également en place une commission chargée du gouvernement du corps, composée, outre les représentants de l'administration centrale, de représentants élus des médecins du Cadre. Le concours et la commission marquent ainsi la mise en place de formes d'autocontrôle professionnel qui consacrent définitivement le corps.

Au-delà toutefois de l'organisation du corps des médecins des asiles, le concours crée une nouvelle forme d'accréditation des spécialistes en médecine mentale, fondé sur la sanction d'une triple compétence technique, à la fois administrative, clinique et scientifique. Le formalisme du concours, la standardisation des épreuves, font apparaître une compétence universelle. Le médicat des asiles fonctionne dès lors également comme un titre, que les candidats reçus au concours qui ne prennent pas de poste ou qui abandonnent la carrière peuvent faire valoir dans une pratique privée. Je reviendrai plus précisément sur le problème de la valeur de ce titre dans la section suivante, il suffit pour l'instant de souligner son impact potentiel dans un contexte d'explosion du nombre de spécialistes, y compris en médecine mentale³. Le décret de 1910 créait au demeurant

¹ Décret du 1^{er} août 1906.

² Décret du 2 février 1910.

³ Weisz, *Divide and conquer*, *op. cit.*

une deuxième filière, le concours B, destinée aux candidats qui ne souhaitent pas prendre de poste dans un asile public, soit qu'ils se destinent à un asile privé, soit qu'ils ne souhaitent pas s'engager dans une carrière du service public : les candidats sont alors classés à côté des candidats aux concours des asiles publics. Le concours B est supprimé en 1922, mais les candidats conservent le droit d'annoncer avant les épreuves qu'ils ne souhaitent pas prendre de poste, et ne sont alors pas classés avec les candidats à un poste dans les asiles. Plus largement toutefois, rien n'empêche un candidat reçu au concours de décliner les propositions d'affectation qui lui sont faites dans les mois ou les années qui suivent le concours, ce qui paraît arriver relativement fréquemment – à nouveau, je reviendrai plus loin sur ce point.

L'émergence d'une mobilisation interne au groupe des médecins des asiles de province apparaît comme une suite de ces réformes imposées par le pouvoir central, en même temps qu'elle s'inscrit dans la dynamique propre de la « nébuleuse réformatrice », que j'ai analysée plus haut. En 1889, les aliénistes réunis au Congrès International de Médecine Mentale de Paris décident la création d'un Congrès français annuel, dont la première séance a lieu l'année suivante à Rouen. Tournant par la suite chaque année dans une nouvelle ville de France, accueilli par les aliénistes locaux, le Congrès, devenu rapidement Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de Langue Française, vise à faire le point sur les savoirs de la discipline, et permet également aux aliénistes de se rendre compte des progrès concrets de leur discipline sur le terrain. La manifestation s'appuie sur une association qui est également la première grande organisation non parisienne de spécialistes en médecine mentale. Le Congrès est d'abord présidé par le président de la Société médico-psychologique, avant que ses membres décident en 1893 d'élire leur propre président. C'est notamment Emmanuel Régis, professeur à la faculté de Médecine de Bordeaux, qui en fait la demande, mettant en garde contre un usage qu'il juge contraire à l'équilibre de la profession : « Ce serait faire du congrès qui doit garder un caractère essentiellement autonome et national une sorte de dépendance de la Société médico-psychologique de Paris » note-t-il, signalant

bien une conscience nouvelle du rôle que joue désormais la périphérie dans la profession¹.

Cinq ans plus tard, en 1895, une première tentative est faite en marge du congrès de créer un groupement visant explicitement la représentation d'un intérêt des médecins d'asiles, une « Union des Médecins Aliénistes Français ». Selon une circulaire adressée aux aliénistes de toute la France, l'initiative vise à répondre à « certains incidents survenus pendant les différents congrès de médecine mentale », témoignant d'un climat conflictuel. Elle paraît plus généralement constituer une réponse à un sentiment d'isolement parmi les praticiens, comme en témoigne cet extrait d'un manifeste de l'un des fondateurs de l'Union :

A quoi vise-t-on en effet : D'une part à relier entre eux les aliénistes français, à leur donner des relations réciproques, une cohésion qui leur manque ; à créer entre eux des liens qui fassent qu'à l'occasion s'ils se trouvent en présence de difficultés graves, ils puissent mutuellement se rendre de bons offices. D'autre part, et grâce à leur cohésion même à leur permettre de préparer, de hâter la solution de questions nombreuses, depuis longtemps pendantes qui intéressent leur carrière, leur avenir, l'assistance des aliénés, la bonne administration des asiles. Telles sont par exemple les questions que nous avons déjà indiquées ailleurs et qui concernent le recrutement du personnel médical des asiles, l'avancement régulier dans la carrière, l'établissement des retraites pour le moment où l'âge, les infirmités, les accidents obligent à cesser le service actif, l'utilité de la séparation ou de la réunion des fonctions de directeur et de médecin d'un asile, la détermination des rapports entre ces deux ordres de fonctionnaires et d'autres encore.²

L'initiative s'inscrit de façon générale dans le contexte du développement du syndicalisme médical : les premiers syndicats médicaux commencent à se multiplier à partir du début des années 1880, et sont légalisés par la loi du 30 novembre 1892 qui organise la profession médicale. En 1893 est créée l'Union des syndicats médicaux de France³. Même si la forme choisie pour le groupement – une « Union » - vise précisément à se tenir à distance d'un modèle syndical revendicatif jugé avilissant, c'est

¹ Mabile, H. (dir.), *Congrès annuels de médecine mentale: Quatrième session tenue à La Rochelle du 1er au 6 août 1893. Comptes rendus publiés par docteur H. Mabile*, La Rochelle, E. Martin, 1894.

² Parant, V., "Chronique. Le projet d'union des médecins aliénistes", *Annales Médico-psychologiques*, II, 1896, p. 5.

³ Guillaume, P., *Le rôle social du médecin depuis deux siècles, 1800-1945*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, 1996, pp. 117 sq.

bien d'un groupe d'intérêt qu'il s'agit¹. Selon les statuts publiés quelques temps après dans les *Annales Médico-Psychologiques*, le groupement, outre la défense des intérêts moraux et matériels de ses membres, vise à l'étude de « la science des maladies mentales et ce qui s'y rattache, mais avant tout le soin et le traitement des aliénés, l'amélioration de leur sort, les progrès dans l'organisation des asiles qui les reçoivent, des lois et règlements qui les régissent »². L'insistance sur la question du traitement des aliénés reflète bien l'élaboration d'un objectif propre au groupe qui en forme le noyau, les médecins hospitaliers, au-delà des différences catégorielles. Au-delà toutefois des médecins des établissements pour aliénés, qui en sont membres de droit, l'Union est ouverte à tous les médecins « qui par leurs fonctions, par leurs travaux scientifiques, par les sociétés savantes auxquelles ils appartiennent, ont acquis des affinités directes avec le service des aliénés ou la science des maladies mentales ». De fait, d'après la liste des membres fondateurs³, l'Union rassemble à la fois des médecins de maison de santé, des médecins des hôpitaux ou encore des universitaires de province.

L'Union paraît en fait n'avoir qu'une courte existence, mais c'est sur ce précédent que s'appuie, une décennie plus tard, la création en 1907 de l'Association Amicale des Aliénistes Français. Cette fois l'entreprise sera durable. L'Amicale développe un mandat plus étroitement corporatif que sa devancière. La qualité de membre actif est accordée exclusivement, et de droit, à « tous les médecins et anciens médecins en chef et adjoints des asiles publics, des colonies familiales des asiles privés faisant fonctions d'asiles publics et des quartiers d'hospices affectés au traitement des aliénés »⁴. L'organisation adopte également une attitude plus revendicative, comme le signale l'appel à participation que lance le secrétaire de l'association, André Antheaume : « Nous recommandons instamment à tous nos confrères des asiles publics, des quartiers d'hospices et des asiles privés faisant fonction d'asile public de faire partie de ce groupement professionnel. Ils ont tout à y gagner s'ils entendent être traités

¹ L'un des aliénistes à l'origine de l'initiative note en particulier : « Les aliénistes ne doivent pas oublier qu'ils sont d'une profession libérale, et qu'ils risqueraient d'abaisser leur dignité s'ils se constituaient en une de ces sociétés syndicales dont la tendance invincible est d'être anti-libérale et oppressives. » Parant, "Chronique. Le projet d'union des médecins aliénistes", *op. cit.*

² Doutrebente, "Union des médecins aliénistes français", *Annales Médico-psychologiques*, II, 1896, p. 337.

³ *Ibid.*, pp. 338-339.

⁴ Le compte rendu de l'assemblée constitutive et les statuts de l'Amicale ont été publiés par : Antheaume, A., "Intérêts professionnels. L'amicale des médecins d'asiles", *L'Informateur des aliénistes et des neurologistes*, 1907, pp. 300-303.

autrement qu'en parias de la médecine, si remplissant leurs devoirs ils veulent voir respecter leurs droits et s'ils veulent bien ne pas oublier que le plus grand ennemi de l'aliéniste c'est l'isolement où il a le tort de se complaire. »¹ De fait, l'Amicale lancera très rapidement une série d'études sur le statut des médecins des asiles, leur rémunération, leur retraite et leurs relations avec les directions administratives, qui joueront un rôle important dans la production de la réglementation concernant le corps.

L'une des premières actions entreprises par l'Amicale est une campagne contre la mise en place d'un concours spécial pour le recrutement des médecins-chefs des asiles de la Seine. La création à la fin du second empire d'un dispositif d'asiles départementaux dans la Seine, relevant d'une administration distincte de l'Assistance Publique, avait en effet conduit à la constitution d'un groupe de médecins des asiles parisiens, que leur statut assimilait en principe à leurs collègues des asiles de province. Pour l'élite des aliénistes, les établissements parisiens devaient pourtant être dotés d'un personnel au-dessus du rang, qui soit intégré aux élites médicales parisiennes. Le problème s'était posé avec acuité au moment de la création du concours du médecin, dont l'application uniforme aurait dû aboutir en principe à un nivellement du corps médical de l'ensemble des asiles de France. Pour contrer cette logique, Bourneville avait proposé de créer pour le recrutement des médecins des établissements parisiens une sélection supplémentaire par le moyen d'un nouveau concours. Un projet alternatif, défendu par des médecins des asiles, proposait quant à lui de réserver les postes des asiles de la Seine aux plus méritants des médecins des asiles de province, en les recrutant sur titres et travaux. Pour les tenants de cette solution, la mise en place d'un concours sur épreuves aurait fait courir le risque de réserver ces postes aux jeunes internes des hôpitaux, plus aguerris à des épreuves que leurs détracteurs jugeaient scolaires, mais pas nécessairement plus créatifs que leurs aînés plus avancés dans la carrière. Leur projet permettait surtout de lier organiquement le groupe des aliénistes de la Seine aux médecins des asiles du reste de la France². Le caractère régional du concours mis en place en 1888, qui de fait fermait les asiles de la Seine aux médecins de

¹ *Ibid.*

² Bourneville, *Rapport sur l'organisation du personnel médical et administratif des asiles d'aliénés*, op. cit. ; Marandon de Montyel, "Du personnel Médico-administratif des asiles et de son recrutement", *Annales Médico-psychologiques*, II, 1890, p. 403.

province, devait en réalité créer un *modus vivendi* acceptable, d'autant que, en raison de l'ouverture récente des établissements parisiens, le problème ne s'était guère posé.

En 1907 le ministre de l'Intérieur décida toutefois de la création d'un concours sur épreuve pour le médecin de la Seine, à l'issue semble-t-il d'une campagne menée par une partie des médecins des asiles parisiens conduits par Valentin Magnan. Du point de vue de ce groupe, l'un des enjeux de cette réforme paraît avoir été de se donner un contrôle du recrutement des médecins des asiles de la Seine. L'Amicale lança alors une offensive juridique pour faire constater l'illégalité de la procédure, arguant de la contradiction de ce concours spécial avec le caractère universel du concours créé par décret l'année précédente.

La réaction des aliénistes de province participait d'une dénonciation de l'arrogance de leurs collègues parisiens, mais elle était également alimentée par un conflit durable au sein des aliénistes de la capitale opposant au groupe formé autour de Magnan des médecins de la faculté ainsi que certains aliénistes de la région parisienne, dont les médecins de la maison nationale de Charenton et André Antheaume. On a déjà eu l'occasion d'évoquer un aspect de ce conflit dans le débat entre Ballet et Strauss autour de la réforme de la loi de 1838 à la veille de la Première Guerre mondiale. Un autre effet de ce conflit fut en 1908 la création simultanée à Paris de deux nouvelles sociétés savantes concurrentes, dédiées toutes deux à l'étude clinique des maladies mentales, et reposant toutes deux sur le projet de refonder le caractère scientifique de la médecine mentale¹. En fin de compte la campagne de l'Amicale déboucha sur un semi-échec. Le concours fut maintenu, mais il fut réservé aux médecins des asiles ayant deux ans d'exercice, et il y fut introduit une épreuve sur titres. L'affaire accéléra en tous les cas la mise en forme d'une représentation du groupe des médecins des asiles comme groupe mobilisé. Quelques mois après la parution du décret de 1910 sur le statut des médecins des asiles, en allusion directe au concours de la Seine, dont ils espéraient – à tort – que le nouveau décret le condamnait définitivement, les éditeurs du principal canal d'information du groupe, *l'Informateur des aliénistes et des neurologistes*, publièrent pour la première fois un annuaire des médecins-chefs des asiles de France, sous le titre significatif de « Documents médico-administratifs montrant l'unité de cadre

¹ La « Société de psychiatrie » et la « Société clinique de médecine mentale ». Les deux sociétés devaient se fondre dans la Société médico-psychologique en 1930, après la mort des principaux protagonistes du conflit.

et l'unité d'origine des médecins des asiles publics d'aliénés de France nommés au concours »¹.

1.2. La constitution d'une filière. Le Cadre des médecins des hôpitaux psychiatriques comme espace de carrières

Au lendemain de la Première Guerre mondiale, les institutions créées au tournant du siècle tendent à faire du groupe des médecins des asiles publics un corps de plus en plus homogène et soudé. Il est important de saisir aussi précisément que possible la manière dont il se structure dans la mesure où ces traits perdureront jusqu'aux années 1960 et où ils jouent un rôle important dans les mouvements d'après 1945. Un premier aspect de ces transformations est l'extension du Cadre aux établissements privés faisant fonction de publics et aux quartiers psychiatriques des hôpitaux généraux. Le décret de 1910 obligeait les asiles privés faisant fonction de public à recruter leur personnel médical parmi les médecins reçus au concours, et créait, je l'ai évoqué, un concours B pour éviter de les mettre en concurrence directe avec leurs collègues des asiles publics. Un nouveau décret paru en 1922 supprime la filière B et assimile les médecins des asiles privés faisant fonction à leurs collègues des asiles publics. A partir de cette date, même si leur statut diffère encore sur certains points de celui de leurs collègues des asiles publics, les médecins des asiles privés forment bien avec ceux-ci un seul corps, permettant en particulier les mutations d'un type d'établissement à un autre. Bien que plus lent, le mouvement est le même pour ce qui concerne les médecins des quartiers psychiatriques des hôpitaux généraux. Leur recrutement paraît en effet avoir été jusqu'à la veille de la Seconde Guerre mondiale l'enjeu d'un conflit plus ou moins vif entre le ministère et les commissions administratives des établissements, conflit entretenu pour une part par l'ambiguïté des textes, chacune des parties essayant d'imposer ses candidats². Si dès la fin du XIX^e siècle un certain nombre d'établissements prennent l'initiative de recruter les médecins affectés aux quartiers psychiatriques parmi les lauréats du concours du médecin des asiles – par exemple à Paris, où avant la Première Guerre mondiale les médecins-chefs des quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière sont à la fois

¹ *Informateur des aliénistes et des neurologistes*, 1910, p. 139.

² Sur ce point, voir Raynier et Beaudouin, *L'aliéné et les asiles d'aliénés*, *op. cit.*

lauréats du médicat des asiles et du concours des hôpitaux de Paris -, tous ne font pas cette concession. En 1939, pour toute la France, 9 médecins des quartiers psychiatriques, sur un total de 20, restent ainsi extérieurs au Cadre, recrutés selon une logique locale. C'est seulement la parution en 1938 d'un décret réformant à nouveau le statut des médecins des asiles qui met fin à l'ambiguïté, en imposant leur recrutement parmi les médecins reçus au concours du médicat.

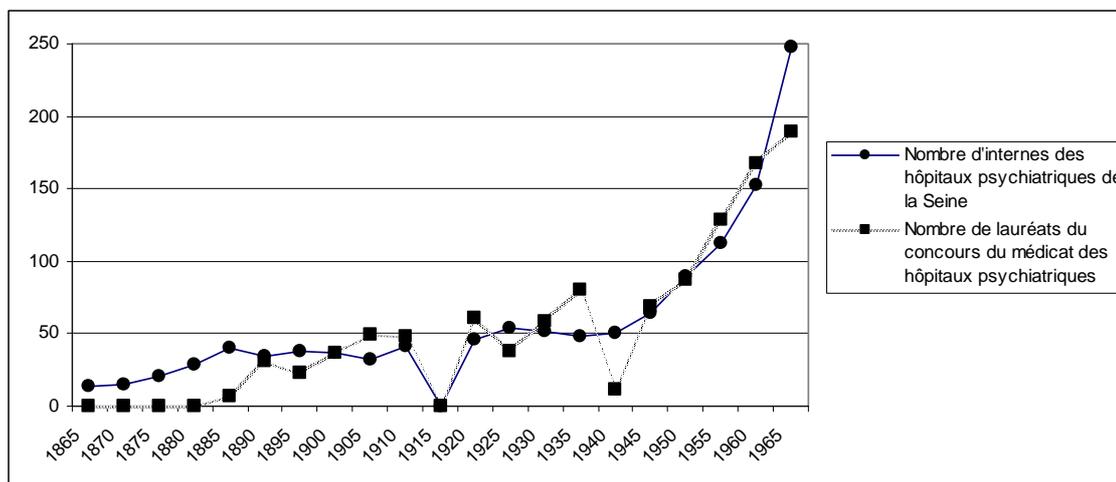
Un second aspect des évolutions du Cadre sur la période tient au rôle que prend depuis la fin du XIX^e siècle l'internat des asiles de la Seine dans la formation des médecins des hôpitaux psychiatriques, rôle qui ira s'accroissant jusqu'à la veille de la Seconde Guerre mondiale. La création du dispositif des asiles départementaux de la Seine à la fin du Second Empire avait conduit à la mise en place d'un internat unique pour l'ensemble des établissements participant au dispositif, à l'image de l'internat des hôpitaux de Paris. Formant une structure singulière dans la médecine, puisque c'est le seul internat de spécialité disposant d'un concours qui lui soit propre, à côté du concours de l'internat des hôpitaux, l'internat des asiles de la Seine sera durant toute la première moitié du XX^e siècle le principal vivier de la profession, et constituera en tous les cas le groupe le plus important d'aliénistes en formation à l'échelle de la France. Moins prestigieux que l'internat des hôpitaux de Paris, constituant souvent une solution de repli pour les candidats refusés à ce concours, il développe néanmoins sa propre culture. Il est important pour ces raisons de saisir aussi précisément que possible son rôle dans la profession, et plus spécifiquement le rôle que tendent à jouer les anciens internes dans le groupe des spécialistes en médecine mentale.

Pour tenter de préciser ce point, j'ai dépouillé systématiquement l'annuaire édité par l'association des anciens internes des hôpitaux psychiatriques de la Seine, qui donne année par année les résultats des deux concours de l'internat de la Seine et du médicat des hôpitaux psychiatriques depuis leur création¹. Le graphique n° 1 donne ainsi les effectifs des candidats reçus aux deux concours entre la création des concours et 1965, lissés par tranche de cinq ans. Si l'on se concentre sur les données de la période qui précède la Seconde Guerre mondiale, on constate que les deux courbes sont très voisines : à l'exception de la fin des années 1930, marquées par un concours du médicat extrêmement pléthorique en 1938 – compensé au demeurant ensuite par l'absence de

¹ Cet annuaire m'a été aimablement prêté par Pierre Bailly-Salin, à qui ma compréhension de l'organisation du groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques doit beaucoup par ailleurs.

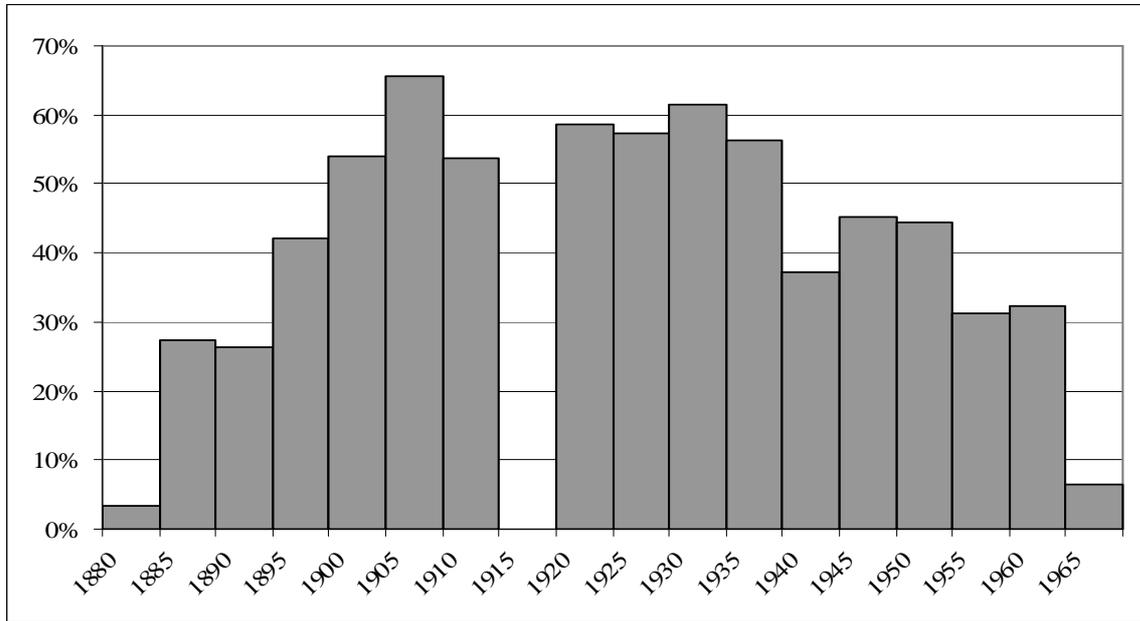
recrutement pendant la guerre – le nombre de postes offerts au médecin des hôpitaux psychiatriques est, moyennant le lissage, proche du nombre de postes offerts à l'internat.

Graphique n° 1. Effectifs aux concours du médecin des hôpitaux psychiatriques et de l'internat des hôpitaux psychiatriques de la Seine



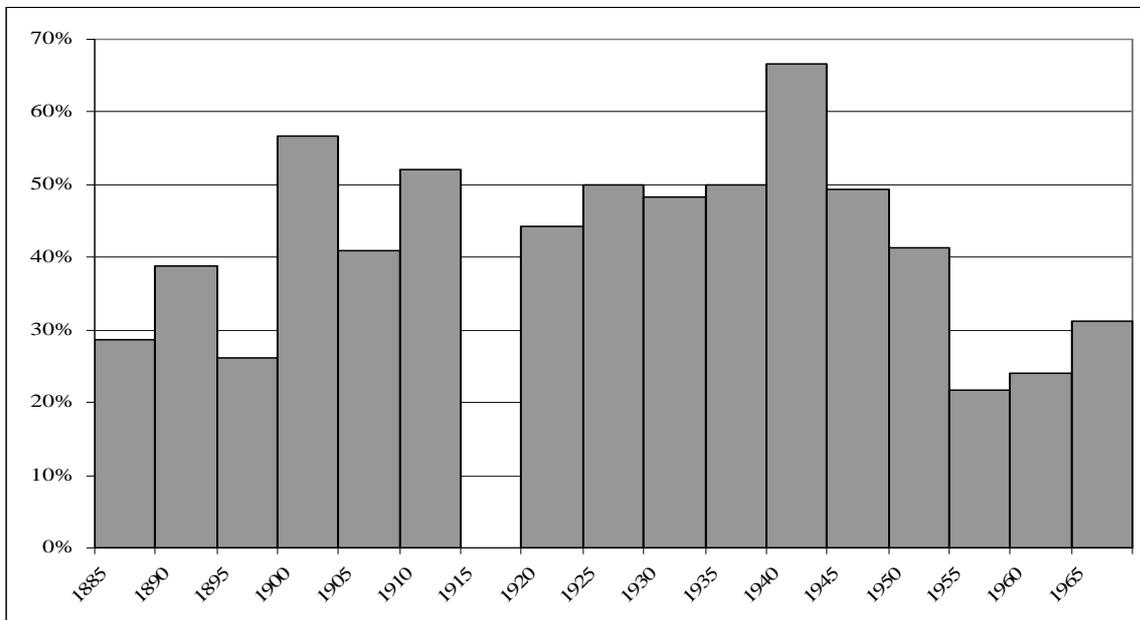
Les graphiques n° 2 et 3 donnent des indications sur la relation entre l'internat des hôpitaux psychiatriques de la Seine et le concours du médecin. Le premier des deux graphiques donne, par tranche de cinq années, la proportion des anciens internes des asiles de la Seine reçus au concours du médecin des hôpitaux psychiatriques. Le second indique, toujours par tranche de cinq années, la part des anciens internes des asiles de la Seine parmi les candidats reçus au médecin.

Graphique n°2. Part des titulaires du médicat des hôpitaux psychiatriques parmi les anciens internes des hôpitaux psychiatriques de la Seine



Lecture : 3,5% des internes des hôpitaux psychiatriques de la Seine de 1880 à 1885 sont également lauréats du concours du médicat des hôpitaux psychiatriques.

Graphique n° 3. Part des anciens internes des hôpitaux psychiatriques de la Seine parmi les titulaires du médicat.



Lecture : 28,6% des lauréats du concours du médicat des hôpitaux psychiatriques de 1885 à 1890 sont d'anciens internes des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Comme on peut s'y attendre, les deux graphiques présentent un profil voisin, qui s'explique par la proximité des effectifs globaux des reçus aux deux concours observée

sur le graphique n° 1. On peut y distinguer à chaque fois trois périodes : une première va de la création du concours du médicament en 1888 au début du XX^e siècle, et correspond à un faible recouvrement des deux concours, avec à la fois peu d'internes de la Seine passant le médicament, et peu d'anciens internes de la Seine parmi les lauréats du médicament ; une seconde période couvre les 45 années qui suivent, jusqu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale et est marquée par un recouvrement plus fort des deux concours ; une troisième période enfin s'ouvre à ce moment-là et marque un retour à la situation antérieure. On peut se contenter pour l'instant de commenter les deux premières périodes. Les internes de la Seine sont ainsi moins d'un tiers à passer le concours du médicament entre 1890 et 1895¹, alors qu'ils sont toujours plus de la moitié du groupe à réussir ses épreuves à partir de 1900, avec un pic pour la tranche 1905-1910 et des chiffres qui voisinent les 60% dans toute l'entre-deux-guerres. De manière un peu moins spectaculaire, mais également significative, les anciens internes de la Seine comptent pour moins de 40% des titulaires du médicament avant 1900, mais à l'exception des tranches 1905-1910 et 1920-1925, ils représentent près de 50% des lauréats du concours pour la période qui suit et jusqu'à la Seconde Guerre mondiale – le concours remportant un succès remarquable auprès des anciens internes de la Seine pendant la période 1900-1905, succès qui n'est égalé que dans les conditions un peu particulière du seul concours organisé pendant la Seconde Guerre mondiale, en 1942². Les anciens internes de la Seine sont ainsi plus nombreux à passer le concours du médicament à partir de 1900 que les générations antérieures, et ils représentent en même temps un contingent plus important parmi les titulaires du médicament. Une explication du phénomène tient à la transformation du concours du médicament en concours national en 1902. Durant la décennie 1890, les internes des asiles de la Seine sont quasiment absents des concours de province, alors qu'ils prennent la totalité des postes du concours de la circonscription de Paris. Si elle visait à diversifier le recrutement et en fin de compte améliorer le niveau du concours, la réforme de 1902 a eu en fait pour effet de procurer davantage de postes aux anciens internes de Paris, qui se sont massivement engouffrés dans la brèche. Ces données se traduisent directement dans la constitution du corps, comme le montre

¹ Rappelons que le concours ayant été institué en 1888, les chiffres ne sont pas significatifs pour les internes de la tranche 1880-1885.

² Le pic de la tranche 1940-1945 s'explique par le fait qu'un seul concours a lieu pendant la guerre. A l'inverse, la dépression, sur la même tranche, pour les internes s'explique par l'absence de recrutement avant la fin de la guerre.

le croisement de ces données avec celle des annuaires du Cadre : les anciens internes des asiles de la Seine comptent pour près de 49% des membres du Cadre en 1930 et 1939, 54% en 1948, alors qu'ils ne sont que 34% des membres du Cadre de 1912.

A partir des années 1910, les jeunes internes qui entrent dans les asiles de la Seine ont ainsi certainement une conscience plus aiguë que leurs aînés de faire un premier pas dans une carrière qui les mènera à passer leur vie dans les asiles, même si ce constat doit être manipulé avec prudence : les anciens internes de la Seine ne sont en effet jamais plus de 66% à passer le médicat, ce qui signifie qu'ils sont tout de même un contingent important à s'engager dans des carrières non hospitalières, ou au moins en dehors des établissements publics. Par ailleurs, passer le concours du médicat ne signifie pas que l'on prendra effectivement un poste. Même si l'on manque de données sur les carrières libérales, on peut imaginer que ces groupes d'anciens internes des asiles de la Seine constituent un contingent non négligeable des spécialistes des maladies nerveuses et mentales qui gagne du terrain à l'extérieur de l'hôpital comme le montrent les données rassemblées par Weisz¹. On peut ainsi noter par exemple que la seconde génération des psychanalystes français, formés dans les années 1920 et 1930, compte parmi eux un certain nombre d'anciens internes des asiles, également titulaires du médicat : les trois principales figures de la discipline après la Seconde Guerre mondiale, Jacques Lacan, Sacha Nacht, Daniel Lagache, sont dans ce cas. Je reviendrai plus loin sur ces différents points.

Un second élément des évolutions des carrières asilaires est la transformation du statut relatif des établissements de province, qui conduit à constituer les asiles les plus reculés en point de passage obligé dans la carrière professionnelle des anciens internes de la Seine. Je l'ai souligné, à partir de 1910 les postes sont attribués à l'ancienneté dans le Cadre, et pour les premiers postes, au rang au concours. L'ensemble des médecins du Cadre sont en compétition. Si les établissements parisiens sont réservés au petit groupe qui aura passé le concours des asiles de la Seine, les carrières débutent ainsi par les postes dont ne veulent pas les anciens, qui correspondent aux asiles les plus éloignés des centres urbains. Entre les deux, se trouvent les asiles de moyenne importance des départements urbanisés. Cette trajectoire est encore accentuée après 1922 avec la suppression de la fonction de médecin assistant. Jusqu'en 1922, les candidats reçus au

¹ Weisz, G., "Mapping Medical Specialization in Paris in the Nineteenth and Twentieth Centuries", *Social History of Medicine*, 7, n° 2, 1994, pp. 177-211.

concours étaient en effet d'abord nommés assistants, soumis à l'autorité des médecins-chefs, dans certains asiles plus importants qui disposaient d'un personnel abondant. Les asiles moins importants, et en particulier certains asiles ruraux de petite taille, correspondaient ainsi à des postes de milieu voire de fin de carrière, pour des médecins qui n'étaient pas parvenus à s'imposer. La réforme de 1922 donne aux lauréats du concours la possibilité d'accéder d'emblée aux postes de médecin-chef, parfois même aux postes de médecin directeur. La contrepartie en est qu'un certain nombre d'établissements éloignés et de petite taille, deviennent des postes de début de carrière. Le cas de l'hôpital de Saint Alban en Lozère est à cet égard exemplaire. De 1914 à 1934, Saint Alban, qui ne dispose que d'un poste de médecin directeur, est le fief d'un médecin-chef, Terrade, qui y finit sa carrière. Il y succède à un autre médecin-chef dont c'est également le dernier poste, Mercier. A partir de 1934, Saint Alban devient toutefois un poste de tout début de carrière : nommée en 1934, Agnès Masson, ancienne interne de l'asile de Saint Ylie, lauréate du concours de 1933, y reste deux ans, avant d'être remplacée par Paul Balvet, nommé en 1936, l'année même où il est reçu au concours, pour y rester jusqu'en 1942. Il lui est adjoint en 1940 Chaurand, lauréat du concours de 1937, et il est remplacé par Bonnafé en 1942, qui vient lui aussi de subir les épreuves du concours. Ni eux, ni leurs successeurs jusqu'aux années 1960 n'y resteront jamais plus de quelques années, à l'exception de François Tosquellès, dont la longévité s'explique toutefois par son statut très exceptionnel d'immigré. Les efforts que ces médecins-chefs déploierent dans leur service, et leurs efforts pour faire valoir leur travail, venaient certainement de la nécessité qui leur était faite de faire de leurs postes des situations où ils pourraient briller pour progresser dans la carrière. Ce qui s'est passé à Saint Alban, et le fait que cela se soit passé à Saint Alban, s'explique ainsi nettement par l'évolution de la place de cet établissement dans l'espace des carrières des médecins des asiles à partir de l'entre-deux-guerres.

Ces différents éléments ont de toute évidence pour effet de rendre le Cadre des médecins des asiles plus homogène. On peut trouver un indicateur de l'augmentation de la cohésion du groupe dans le progrès de la participation des membres du Cadre aux

diverses sociétés savantes et professionnelles qui structurent la discipline¹. L'Amicale des aliénistes regroupe ainsi tout au long de la période la quasi-totalité des membres du Cadre, près de 97% en 1930, 91% en 1939. Mais c'est surtout la participation des médecins des asiles aux sociétés savantes qui devient plus massive, traduisant un engagement plus important dans la production des savoirs de la profession. Ainsi, 49% des membres du Cadre sont membres titulaires ou correspondants de la Société médico-psychologique en 1939, 44% si on ne considère que le personnel des asiles de province, les médecins du service des aliénés de la Seine en étant pratiquement tous membres. Ils n'étaient que 37% en 1912, et 32% pour la province. Les données sont plus spectaculaires si on prend en compte l'ancienneté dans le Cadre, mesurée à l'aide du grade dans le corps donné par les annuaires. Le tableau n° 2 rassemble ces données pour les médecins de province. En 1912, les taux d'adhésion à la Société suivent presque exactement l'ancienneté, gagnant presque 10 points à chaque progression dans le corps, pour s'établir à un près de 60% pour les deux derniers grades de médecins chef 5^{ème} classe et classe exceptionnelle. La seule exception, notable toutefois, correspond au groupe des médecins-chefs 4^{ème} classe, qui adhèrent à plus de 54% à la Société : l'explication peut résider dans le fait que cette classe contient également les membres les plus actifs du corps se préparant au concours du médecin de la Seine, dont la carrière bifurquera donc ensuite. En 1939 en revanche les jeunes classes adhèrent d'emblée plus massivement à la Société médico-psychologique, créant en fait un creux pour les derniers grades : 50% des médecins-chefs 5^{ème} classe adhèrent à la société, puis toujours plus de 60% pour les 4^{ème}, 3^{ème} et 2^{ème} classes. Si, comme en 1912, le taux relativement bas des adhésions des membres les plus anciens du corps peut s'expliquer par la sortie du jeu des médecins des asiles de la Seine, la mobilisation des jeunes classes à l'égard de la Société traduit bien cependant un effet de génération. Dans l'ensemble, la Société médico-psychologique s'ouvre ainsi plus largement aux médecins des asiles de province. Ces évolutions ont au demeurant pour effet une réforme de l'organisation de

¹ Les chiffres qui suivent proviennent du dépouillement des annuaires du cadre, de la Société médico-psychologique et du Congrès pour les années 1912, 1930 et 1939 et du croisement de ces données. On trouvera l'annuaire du cadre de 1912 dans *l'Informateur des aliénistes*, la revue dirigée par André Antheaume. A partir de 1927, l'annuaire des médecins des asiles paraît régulièrement dans la revue dont se dote l'Amicale des aliénistes, *l'Aliéniste français*. On manque en revanche de données pour la période qui va de 1913 à 1927, marquée par un éloignement entre *l'Informateur*, qui devient en 1925 *l'Hygiène mentale*, et l'Amicale. Si cette dernière publie semble-t-il un *Bulletin* sur cette période, je ne suis pas parvenu à le consulter. La Société médico-psychologique, quant à elle, ne publie pas d'annuaire entre 1913 et 1922, puis entre 1922 et 1930.

la Société, qui double en 1930 le nombre de ses membres titulaires – qui passe de 50 à 100. Une partie de cette augmentation est liée à la réconciliation des deux sociétés parisiennes créées en 1908, qui se traduit par leur fusion dans la SMP, mais une autre partie est due à la création de 30 postes de membres titulaires non résidents, destinés aux médecins de province, consacrant le rôle que jouent ces derniers dans la discipline.

Tableau n° 2. Médecins du Cadre des asiles de province membres de la Société médico-psychologique en 1912 et 1939

	Sont membres de la SMP en 1912		Sont membres de la SMP en 1939
Médecins adjoints 3e classe	7,1%	Médecins-chefs 6e classe	20,0%
Médecins adjoints 2e classe	0,0%	Médecins-chefs 5e classe	53,3%
Médecins adjoints 1e classe	25,0%	Médecins-chefs 4e classe	78,6%
Médecins adjoints classe exc.	20,0%	Médecins-chefs 3e classe	61,1%
Médecins-chefs 4e classe	54,5%	Médecins-chefs 2e classe	70,0%
Médecins-chefs 3e classe	29,4%	Médecins-chefs 1e classe	31,4%
Médecins-chefs 2e classe	40,0%	Médecins-chefs classe exc.	44,9%
Médecins-chefs 1e classe	61,5%		
Médecins-chefs classe exc	55,6%		
Ensemble	32,5%	Ensemble	44,4%

Lecture : En 1912, 7,1% des Médecins Adjoints 3^{ème} classe et 54,5% des Médecins-chefs 4^{ème} classe sont membres de la Société médico-psychologique.

Ce phénomène de génération est du reste plus net encore pour l'autre grande manifestation savante en psychiatrie, le Congrès des aliénistes et des neurologistes de langue française, même si le lien avec l'avancée dans la carrière est moins flagrant (cf. tableau n° 3). Au total, 44% des médecins du Cadre de province participent au Congrès de 1938, alors qu'ils ne sont que 24% en 1912. Le chiffre monte à 90% des médecins-chefs 2^e classe et est à 50% dès la 4^{ème} classe, alors qu'il ne dépasse que rarement 30% en 1912 et est très exceptionnellement à 54% pour le grade de médecin-chef 1^{ère} classe. Le caractère plus provincial du Congrès par rapport à la Société médico-psychologique se traduit par ailleurs par la moindre mobilisation des médecins des asiles de la Seine, qui ne sont que 27% et 56% à y participer respectivement en 1912 et 1939, contre 24% et 44% pour les médecins des établissements de province.

Tableau n°3. Médecins du Cadre des asiles de province membres du congrès des neurologistes et aliénistes de langue française en 1912 et 1939

	Sont membres du congrès en 1912		Sont membres du congrès en 1939
Médecins Adjoints 3e classe	7,1%	Médecins-chefs 6e classe	20,0%
Médecins Adjoints 2e classe	0,0%	Médecins-chefs 5e classe	13,3%
Médecins Adjoints 1e classe	25,0%	Médecins-chefs 4e classe	50,0%
Médecins Adjoints classe exc.	20,0%	Médecins-chefs 3e classe	66,7%
Médecins-chefs 4e classe	36,4%	Médecins-chefs 2e classe	90,0%
Médecins-chefs 3e classe	29,4%	Médecins-chefs 1e classe	57,1%
Médecins-chefs 2e classe	20,0%	Médecins-chefs classe exc.	40,8%
Médecins-chefs 1e classe	53,8%		
Médecins-chefs classe exc.	27,8%		
Ensemble	23,8%	Ensemble	44,4%

Lecture : En 1912, 7,1% des Médecins Adjoints 3^{ème} classe et 36,4% des Médecins-chefs 4^{ème} classe sont membres du Congrès.

Dans le même temps, un autre élément du processus est l'émergence d'une élite interne au corps, liée aux épreuves qui le structurent. La création du concours des asiles de la Seine en 1907 a eu pour effet, je l'ai dit, de réserver ces postes aux médecins-chefs des asiles de province ayant fait la preuve de leur compétence clinique et scientifique. La fermeture des quartiers psychiatriques des hôpitaux de Paris dans le courant des années 1920 conduit à l'extinction des filières de recrutement parallèles. Ainsi, si au début du XX^e siècle encore les postes de médecins-chefs du service des aliénés de la Seine, que ce soit dans les quartiers psychiatriques des hôpitaux de Paris ou dans les asiles départementaux, correspondent à des carrières différentes de celles des médecins des asiles de province, au lendemain de la Première Guerre mondiale, les aliénistes de la capitale sont issus du Cadre général des asiles. Recrutés par une épreuve supplémentaire, ils en forment en principe la partie la plus dynamique, l'ensemble des membres du Cadre étant en principe égaux devant le concours¹. Le Cadre des hôpitaux psychiatriques de la Seine devient ainsi le couronnement de carrières commencées en province, ce qui lui confère une légitimité nouvelle, tranchant sur les critiques dont il

¹ Il reste toutefois en région parisienne le cas particulier de la Maison nationale de Charenton, dépendant toujours directement du ministère, et dont les médecins ne font pas partie du cadre des asiles de la Seine. L'activité psychiatrique de Charenton se réduit toutefois dans l'entre-deux-guerres, des projets partiellement mis en œuvre se proposant de la transformer en maternité. A partir des années 1920, l'établissement sert en fait de refuge à un hospitalo-universitaire écarté des postes de la capitale, Henri Baruk, qui y dispose de larges moyens. Sur Baruk, cf. plus loin.

avait été la cible au moment de sa création en 1907. De cette évolution témoigne un article paru en 1946 dans *l'Information psychiatrique* sous la plume du secrétaire du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, Georges Daumézon¹. Discutant l'éventualité d'une suppression du Cadre de la Seine, il y conclut, après avoir pesé le pour et le contre, en faveur du maintien, soulignant le rôle des établissements parisiens dans la formation des futurs psychiatres ainsi que dans l'animation des sociétés savantes. Daumézon note ainsi, reprenant de manière significative l'image de l'Ecole normale rencontrée un siècle plus tôt : « l'internat des asiles de la Seine représente une sorte d'Ecole normale de la psychiatrie, et il est impérieusement nécessaire que les maîtres qui donnent le ton à la majorité des aspirants à la fonction possèdent des qualités et une vocation d'enseignants qui ne sont pas absolument nécessaires pour l'exercice provincial ». Et, plus loin, il conclut : « Ce principe posé, il me paraîtrait justifié de demander une qualification égale, une égale hiérarchie entre tous les médecins, qu'ils exercent à Paris ou en province, mais aussi de réserver les postes parisiens à des collègues présentant des aptitudes exceptionnelles en matière d'enseignement, de recherches et susceptibles de nous représenter le plus dignement possible. »

La contrepartie de ces évolutions est l'émergence d'une distance croissante entre le groupe dans son ensemble et le reste de la médecine, et en particulier ses élites. Le problème du positionnement de la psychiatrie par rapport à la médecine peut être un problème idéologique lorsque ce sont les psychiatres eux-mêmes qui invoque la spécificité de la spécialité pour obtenir satisfaction à des revendications, mais je ne veux le considérer ici que sous un angle démographique, à partir d'un examen des carrières des médecins des asiles et de leurs collègues des hôpitaux. Au début du XX^e siècle, je l'ai signalé, le milieu des aliénistes parisiens forme un ensemble relativement homogène, quelle que soit l'appartenance institutionnelle des uns et des autres, asiles ou hôpitaux. Un élément notable est le fait que dans les années 1890, les médecins-chefs des quartiers psychiatriques de Bicêtre et de la Salpêtrière se soumettent aux deux concours, celui des hôpitaux de Paris et celui du médicament des asiles. D'un autre côté, le conflit de 1907 avait divisé les aliénistes selon des lignes qui ne recoupaient pas une

¹ Daumézon, G., "Faut-il maintenir le cadre de la Seine?" *Information Psychiatrique*, 22, n° 7, 1946, pp. 128-130.

appartenance institutionnelle : le groupe qui s'était opposé à celui mené par Magnan regroupait ainsi à la fois des universitaires – dont le titulaire de la chaire des maladies mentales et de l'encéphale, Gilbert Ballet – des médecins des hôpitaux et des médecins d'asiles, de la Seine comme de province.

La fermeture du Cadre sur lui-même au lendemain de la Première Guerre mondiale a pour conséquence une séparation plus nette des médecins hospitalo-universitaires et des médecins asilaires. Ainsi, dans les années 1930 rares sont les carrières qui passent d'un groupe à l'autre. Fils d'un médecin des asiles, Henri Baruk (1897-1999), ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique d'Henri Claude, titulaire de l'agrégation de médecine, paraît bien être l'un des rares hospitaliers à passer le médicat et à exercer ensuite dans les asiles – en l'occurrence à Charenton. Sa trajectoire atypique s'explique, semble-t-il, par sa mise au ban de l'hôpital à la suite d'un conflit avec son patron¹. Il est l'un des rares internes des hôpitaux de Paris à s'engager dans une carrière dans les hôpitaux psychiatriques. Un autre cas significatif est Hubert Mignot(1910-1982), interne des hôpitaux de Paris en 1934, chef de clinique en 1940, qui passe le concours du médicat de 1942. Au contraire de Baruk, Mignot ne s'engage toutefois pas dans une carrière universitaire et, sans être initialement associé au groupe des « jeunes psychiatres », il jouera un rôle important dans l'élaboration de la politique de secteur à partir de la fin des années 1950. Comme Baruk toutefois, il est issu d'une importante famille d'aliénistes, son père, Roger Mignot étant même l'un des membres les plus actifs de l'Amicale dans l'entre-deux-guerres. Dans l'autre sens, du groupe des asilaires vers le groupe des hospitalo-universitaires, les transfuges sont un peu plus nombreux, mais ils restent marginaux. Jusqu'à la Seconde Guerre mondiale aucun ancien interne des asiles de la Seine n'obtient de poste hospitalo-universitaire dans la capitale, et de 1945 à la création du certificat de psychiatrie en 1968, Pierre Deniker (1917-1998) est le seul à y parvenir : interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine en 1946, chef de clinique en 1949 et reçu au médicat la même année, il est agrégé de neuropsychiatrie en 1961 et fait toute sa carrière auprès de Jean Delay jusqu'à prendre la responsabilité du Service Universitaire de Santé Mentale et de Thérapeutique créé en 1971 à Sainte Anne à la suite des réformes universitaires de 1968. Quelques uns

¹ Voir sur ce point son autobiographie : Baruk, H., *Des hommes comme nous. Mémoires d'un neuropsychiatre*, Paris, Robert Laffont, 1976. On ne peut toutefois s'empêcher de penser qu'il a été la victime d'un antisémitisme très répandu dans le monde médical dans les années 1930.

des membres du Cadre parviennent à obtenir l'agrégation mais ils restent peu nombreux, et ils doivent enseigner en province. C'est le cas de Daniel Santenoise (1897-1970). Lui aussi fils d'un médecin des asiles, il est interne des asiles de la Seine en 1920, chef de clinique de Henri Claude en 1922, reçu la même année au concours du médicament. En 1926 il obtient l'agrégation de physiologie et est nommé professeur à la faculté de Nancy en 1929, avant de poursuivre sa carrière universitaire à l'Institut Pasteur et à la faculté de Lille, en même temps qu'il mène une active carrière médico-administrative, à l'Inspection générale des services administratifs, où il est reçu en 1922, puis à la tête de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, qu'il fonde et dirige de 1946 à 1960. D'autres psychiatres ont des trajectoires proches de celles de Santenoise, sans toutefois passer par la capitale : ainsi de Pierre Combemale (1897-1966), ancien externe des hôpitaux et chef de clinique en psychiatrie à Lille, lauréat du médicament des asiles en 1922, agrégé de physiologie en 1923, qui fait sa carrière à la faculté de Lille et aux hôpitaux psychiatriques de Bailleul et de Lommelet¹ ; ainsi également après la guerre de Jean Sutter(1911-1998), ancien interne des hôpitaux d'Alger, formé auprès d'Antoine Porot, admis au médicament des hôpitaux psychiatriques en 1938, reçu à l'agrégation de neuro-psychiatrie en 1949, qui fera sa carrière à Alger puis à Marseille après 1962.

De façon plus générale, on tend souvent à souligner la relative perte de prestige au sein de la médecine des carrières asilaires, et au-delà de la psychiatrie comme spécialité à partir du début du XX^e siècle. Il faut toutefois être prudent sur ce point, en raison en particulier de la difficulté à élaborer des indicateurs qui permettraient de traduire cette question sous une forme concrète. L'un des arguments sérieux en faveur de cette thèse paraît pouvoir être déduit des données réunies par George Weisz, qui a dépouillé une série d'annuaires médicaux parisiens entre 1884 et 1935, en relevant la manière dont les médecins s'y déclaraient spécialistes de telle ou telle discipline². Une partie des données de Weisz concerne la relation des spécialités ainsi constituées avec l'élite médicale parisienne. Il a pour cela comparé systématiquement les données publiées dans les annuaires avec celles concernant les postes hospitalo-universitaires de la capitale. On peut en déduire le caractère élitiste ou non d'une discipline, et partant le statut global de cette discipline. Weisz observe ainsi qu'en 1884, 60% des spécialistes

¹ Cf. sa notice nécrologique, in *Lille Médical*, XII, n° 1, 1967, pp. 109-113.

² Weisz, "Mapping Medical Specialization in Paris in the Nineteenth and Twentieth Centuries", *op. cit.*

des maladies mentales occupaient un poste d'élite, ce qui en fait une spécialité très élitiste en comparaison des autres. En 1920 en revanche, pour l'ensemble des spécialistes des maladies mentales et nerveuses, qui sont difficiles à distinguer à cette date, le chiffre tombe à 20%, 33% si l'on compte les postes de médecins d'asiles parmi l'élite. Ces deux chiffres remontent respectivement à 35 et 44% en 1935, mais Weisz attribue ce mouvement aux évolutions de la neurologie et à son installation dans les hôpitaux. Dans l'ensemble, la spécialité des maladies mentales, voire des maladies mentales et nerveuses, paraît bien ainsi être de plus en plus facile d'accès à la base du corps médical. Ces indications peuvent être complétées par les données concernant l'Académie de médecine, où jusqu'à la fin du XIX^e siècle, les spécialistes des maladies mentales forment en effet un groupe important. En 1885, ils comptent ainsi pour 13% des académiciens, et forment le troisième groupe après les chirurgiens (46%) et les obstétriciens (14%). En 1905, le chiffre tombe à 9%, et le groupe rétrograde à la 4^e place, ex-aequo avec la dermatologie, juste devant la vénéréologie (8%) et derrière la pédiatrie, l'obstétrique et la chirurgie. Plus spectaculaire encore, le nombre de spécialiste des maladies mentales parmi les académiciens chute ensuite à 4% en 1920, et s'il remonte à 11% en 1935, c'est à nouveau en raison des transformations de la neurologie. Les médecins d'asile ont 3 représentants à l'Académie de médecine en 1884, 2 en 1905 mais plus aucun en 1920 et 1935.

Une des difficultés de ces données tient toutefois à la signification de l'identification comme spécialiste dans un annuaire médical. En l'absence de régulation, se déclarer spécialiste de tel ou tel domaine de la médecine vise avant tout à se créer une clientèle. De ce point de vue, ce mode de déclaration traduit sans doute autant si ce n'est plus un état du marché des services médicaux qu'un engagement dans une discipline intellectuelle. Pour prendre un exemple concret, G. Weisz a relevé 18 spécialistes des maladies mentales à Paris dans les annuaires médicaux de 1884, et on peut ajouter 17 spécialistes des maladies nerveuses. Mais en 1889, la Société médico-psychologique compte 44 membres parisiens, ce qui signifie que bon nombre d'entre eux ne se déclarent pas spécialistes, en dépit même du fait qu'ils peuvent se targuer d'une spécialisation reconnue par une institution importante. Ce décalage peut s'expliquer par l'image de soi développée par l'élite parisienne, à l'époque globalement rétive à la spécialisation et revendiquant une compétence médicale universelle. Mais il peut

également s'expliquer par la difficulté à faire valoir un titre de spécialiste des maladies mentales sur le marché médical parisien à la fin du XIX^e siècle. Une donnée importante tient de ce point de vue aux techniques sur lesquelles asseoir une pratique de cabinet. Comme l'a noté G. Swain, l'essor des psychothérapies dans les dernières années du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle marque bien une opportunité nouvelle pour les psychiatres de cabinet¹. Il faut ainsi noter que la relation s'inverse au cours de la période : dans les années 1930, G. Weisz a compté 245 spécialistes des maladies nerveuses et mentales déclarés à Paris, alors que la Société médico-psychologique compte en 1939 119 membres parisiens, chiffre auquel on peut ajouter 36 médecins des hôpitaux psychiatriques de la région parisienne n'appartenant pas à la société, aboutissant à un total de 155 spécialistes, très inférieur au chiffre de Weisz. Ce point indique bien à la fois la diffusion de la spécialité et le caractère élitare de la Société médico-psychologique à la fin des années 1930.

Si l'on s'intéresse plus spécifiquement aux médecins des asiles, l'élément le plus sérieux que l'on peut déduire des données de Weisz concerne leur disparition de l'Académie de médecine à partir des années 1920. Pour le reste il paraît là encore difficile de dire des choses très précises. Si l'internat des asiles de la Seine avait de toute évidence un statut moins prestigieux que celui des hôpitaux de Paris, les médecins étaient de toute façon une minorité à être passés par un poste d'internat à la capitale, celui-ci fût-il dans les asiles. D'un autre côté, même si les carrières asilaires pouvaient n'être pas très attrayantes, le concours des asiles restait un concours sélectif et fermé à une grande partie du corps médical, ne serait-ce que parce qu'il reposait sur la maîtrise d'une compétence technique qu'il fallait acquérir au préalable – l'examen clinique. Les médecins des asiles se sont certes régulièrement plaints à partir de 1900 d'une désaffection à l'égard de leur concours, qui se traduisait par des taux de candidature faibles au regard du nombre de postes offerts, puis par le grand nombre de lauréats du concours qui demandaient dès leur première année un congé et n'exerçaient jamais dans les asiles. Une des raisons de la réforme de 1902 et de la nationalisation du concours paraît ainsi avoir été la difficulté à pourvoir les postes dans les circonscriptions autres que Paris, et de fait le phénomène semble s'être reproduit après 1902 pour le concours

¹ Swain, G., "Du traitement moral aux psychothérapies. Remarques sur la formation de l'idée contemporaine de psychothérapie", *Dialogue avec l'insensé*, Paris, Gallimard, 1993. Voir aussi Goldstein, *Consoler et classer*, *op. cit.*, pour des remarques analogues.

national, certaines années au moins¹. On peut documenter de façon plus générale le phénomène, en comparant les annuaires du Cadre avec les annuaires des reçus au concours. J'ai pu établir cette comparaison pour les années 1912, 1930, 1939 et 1948, en distinguant pour chacune de ces années des cohortes de médecins en fonction de l'année de passage du médicat (cf. tableau n° 4). En comparant le comportement de ces différentes cohortes aux différentes années de références on peut se faire une idée de l'attachement à la profession de chaque génération.

Tableau n°4 : Devenir des lauréats du médicat.

			Lauréats du médicat de 1893 à 1901	Lauréats du médicat de 1902 à 1910
Effectif total de la cohorte			54	87
Membres du Cadre en 1912			40	57
Part de la cohorte dans le Cadre en 1912			74,1%	65,5%
	Lauréats du médicat de 1893 à 1901	Lauréats du médicat de 1902 à 1910	Lauréats du médicat de 1911 à 1919	Lauréats du médicat de 1920 à 1928
Effectif total de la cohorte	54	87	31	92
Membres du Cadre en 1930	27	44	20	56
Part de la cohorte dans le Cadre en 1930	50,0%	50,6%	64,5%	60,9%
	Lauréats du médicat de 1902 à 1910	Lauréats du médicat de 1911 à 1919	Lauréats du médicat de 1920 à 1928	Lauréats du médicat de 1929 à 1937
Effectif total de la cohorte	87	31	92	109
Membres du Cadre en 1939	19	19	54	94
Part de la cohorte dans le Cadre en 1939	21,8%	61,3%	58,7%	86,2%
Part de la cohorte dans le Cadre en 1930 encore dans le Cadre en 1939	43,2%	95,0%	96,4%	
	Lauréats du médicat de 1911 à 1919	Lauréats du médicat de 1920 à 1928	Lauréats du médicat de 1929 à 1937	Lauréats du médicat de 1938 à 1946
Effectif total de la cohorte	31	92	109	84
Membres du Cadre en 1948	10	48	90	57
Part de la cohorte dans le Cadre en 1948	32,3%	52,2%	82,6%	67,9%
Part de la cohorte dans le Cadre en 1939 encore dans le Cadre en 1948	52,6%	88,9%	95,7%	

Lecture : Les lauréats du concours du médicat de 1902 à 1910 sont au nombre de 87. Parmi ceux-ci, 19 sont membres du Cadre en 1939, soit 21,8% d'entre eux. 43,2% des lauréats du médicat de 1902 à 1910 membres du Cadre en 1930 le sont encore en 1939.

¹ Avant la Seconde Guerre mondiale : Antheaume, A., "Chronique", *L'Informateur des aliénistes et des neurologistes*, 18, n° 4, 1923 ; Colin, H., "Chronique. Le recrutement des médecins des asiles", *Annales Médico-psychologiques*, I, 1928, pp. 97-100 ; Demay, G., "La crise du recrutement médical dans les asiles et l'insuffisance des traitements", *Annales Médico-psychologiques*, I, 1927, p. 333 ; Raynier et Beaudouin, *L'aliéné et les asiles d'aliénés*, op. cit. Après la guerre : Daumézon, G., "Crise de recrutement. Crise de la psychiatrie", *Information Psychiatrique*, 23, n° 9, 1947, p. 239.

La conclusion la plus notable que l'on puisse tirer des données rassemblées est que pour l'ensemble des cohortes considérées, et à l'exception de la cohorte 1929-1937, les deux tiers seulement des lauréats du concours occupent un poste dans les années qui suivent le concours, les autres ne prenant jamais de poste : 65% des lauréats du concours entre 1902 et 1910 sont en poste deux ans après la fin de la période, près de 61% pour la cohorte 1920-1928, 68% pour la cohorte 1938-1946 et on peut en extrapolant déduire un chiffre proche pour la cohorte 1911-1919¹. En d'autres termes, un contingent important de médecins se soumet aux épreuves du concours, mais choisit d'emblée d'exercer en dehors des asiles et ce contingent est peu ou prou constant sur la période. On peut en tirer deux conclusions : d'une part, pour un ensemble non négligeable de praticiens, les carrières libérales apparaissent de fait plus attractives que les carrières hospitalières ; mais d'autre part, le titre de médecin des hôpitaux psychiatriques a néanmoins aux yeux de ces mêmes praticiens une valeur qu'ils peuvent marchander sur le marché des services médicaux, et il a donc ainsi une valeur en dehors même du Cadre. Si les carrières de médecin des asiles elles-mêmes peinent sans doute à attirer suffisamment de praticiens pour combler les besoins, en revanche le concours paraît bien être, lui, valorisé par les médecins, en dehors des carrières asilaires. Cela nuance ainsi le jugement que l'on peut porter sur le manque d'attractivité de la profession. Un autre élément va du reste dans le même sens, la faiblesse des pertes d'une cohorte donnée au fil des années. Si l'on considère par exemple la cohorte des médecins lauréats du médicament entre 1920 et 1928, ils sont 61% à être en poste dans les asiles en 1930, ils restent 59% en 1939 et 52% en 1948. Cela témoigne d'un attachement au Cadre de ses membres, qui, nommés dans les asiles, y feront toute leur carrière. S'engager dans une carrière hospitalière signifie que l'on y restera. Plus généralement, les carrières libérales, ou en tous les cas non asilaires, et les carrières hospitalières correspondent bien à deux filières distinctes qui correspondent elles-mêmes à des choix faits au moment du concours sur lesquels il est rare de revenir.

Le comportement de la cohorte 1929-1937 mérite un commentaire supplémentaire : 86% des candidats reçus au concours au cours de cette quasi-décennie sont en poste en 1939. Ce chiffre très exceptionnel s'explique peut-être par la crise économique et par un repli de la profession médicale sur des carrières de fonctionnaires

¹ Si les données manquent pour la cohorte 1911-1919, on peut les extrapoler à partir de celles dont on dispose.

plus sûres que les carrières libérales. Mais ce chiffre signifie également que les années 1930 sont marquées par une élévation sensible du niveau du concours, et un attachement plus important de ses lauréats aux asiles¹. Le phénomène permet au demeurant au Cadre de se reconstituer, après une période qui l'avait vu à la fois vieillir et se rétrécir : sa moyenne d'âge, qui était de 43 ans en 1912, est montée à 48 ans en 1930, et son effectif est tombé cette année-là à 170 membres, contre 208 en 1912. Les chiffres de 1939 marquent un retour à ceux de 1912 : une moyenne d'âge de 43,3 ans et un effectif de 194 membres. Mais il faut surtout noter que cette cohorte correspond précisément aux années de formation du groupe des « jeunes psychiatres », qui participe ainsi pleinement de cette dynamique. Cela peut éclairer leur engagement au lendemain de la guerre – et plus spécifiquement on peut jusqu'à un certain point voir dans le projet de psychothérapie collective l'une des expressions de la situation particulière de ce groupe.

A la veille de la Seconde Guerre mondiale, les hôpitaux psychiatriques forment ainsi un cadre spécifique pour les pratiques médicales, qui tranche par bien des aspects sur le reste de la médecine. On peut en résumer en quatre points les principaux éléments :

1. De façon générale, le médecin-chef d'asile détient une autorité d'ordre technico-bureaucratique, à la fois liée à sa compétence médicale et à sa position dans une administration d'Etat. Le concours du médecin des asiles sanctionne une compétence technique, à la fois médicale et administrative, évaluée par des pairs, mais prendre un poste, c'est entrer dans une administration où l'on est placé sous les ordres d'une hiérarchie non médicale.

2. Le médecin-chef est en principe seul maître à l'intérieur de son service, mais il doit composer avec des formes d'autorités locales sur lesquelles il n'a guère de prise – syndicats, congrégations religieuses, notabilités. Nommé depuis la capitale en fonction des postes disponibles sur le terrain, il est en situation d'extériorité à l'égard des milieux où il exerce. Ce point se traduit très directement dans les écrits sur la psychothérapie collective que j'ai examinés dans le chapitre précédent par l'analyse qu'ils font de la position singulière de ces médecins fonctionnaires à l'égard de leur service.

¹ Ces données montrent également que Lacan, Lagache et Nacht que j'ai mentionnés plus haut ont en fait un comportement plutôt atypique en renonçant à la carrière des asiles dans les années 1930.

3. La capacité d'action du médecin-chef en dehors de son service dépend du bon vouloir du préfet et du conseil général de son département, avec lesquels il doit négocier ses moyens. Les médecins-chefs des asiles sont de manière générale dans une situation de négociation croisée à l'égard des pouvoirs locaux : vis-à-vis des préfets ils appartiennent à un corps subalterne ; vis-à-vis des notables du conseil général, ils apparaissent comme des fonctionnaires parachutés. On verra dans les chapitres qui suivent comment cette situation spécifique jouera un rôle dans l'élaboration du secteur.

4. Sa carrière enfin se situe dans un cadre national qui le dégage pour une part des enjeux locaux, et qui constitue la base du sentiment de communauté d'appartenance au groupe.

Apparus progressivement au cours de l'histoire, pour constituer à la veille de la Seconde Guerre mondiale un ensemble d'une cohérence jamais atteinte auparavant, ces différents éléments ne sont pas non plus immuables et il faut se garder de les essentialiser, comme tend à le faire l'historiographie professionnelle. Dans une large mesure, la période qui s'ouvre en 1945 aboutira en effet à leur déliaison, et au gommage des spécificités du corps. On peut d'emblée, en anticipant sur la suite, faire un point rapide sur ces évolutions à partir des données des tableaux précédents, ce qui permettra de fixer les idées.

Les effectifs des deux concours, internat des hôpitaux psychiatriques de la Seine et médicat, connaissent une croissance exponentielle à partir de 1945, qui se traduit par un accroissement rapide de la taille du Cadre. Ses effectifs, on l'a vu partiellement, sont relativement stables jusqu'au lendemain de la guerre : 208 membres en 1912, 211 à la veille de la guerre, 219 en 1948. Ils augmentent régulièrement à partir du début des années 1950 : le cadre compte 243 membres en 1954, puis 335 dès la fin de la décennie. A partir des années 1960, le groupe des psychiatres hospitaliers connaît une croissance plus qu'exponentielle jusqu'à la fin des années 1980 : il dépasse les 500 membres en au milieu des années 1960, en comporte près de 1300 en 1980. Le nombre de praticiens hospitaliers à temps complet en psychiatrie approchera les 4000 dans les années 1990. Ces évolutions quantitatives s'accompagnent toutefois d'une évolution du recrutement du cadre des hôpitaux psychiatriques, comme on peut l'observer sur les figures n° 2 et 3. A partir de 1945 en effet, la place de l'internat des hôpitaux psychiatriques de la Seine dans la formation des médecins des hôpitaux psychiatriques tend à diminuer, au

point que l'on en revient aux données de la fin du XIX^e siècle. A côté des carrières hospitalières, les carrières libérales tendent ainsi à gagner du terrain au sortir de l'internat : de fait les années d'après-guerre marquent un second essor des psychothérapies, en même temps que l'arrivée des psychotropes à partir des années 1950 ouvre de nouveaux horizons aux praticiens libéraux. En même temps, le Cadre élargit la base de son recrutement à l'ensemble de la France, les anciens internes des hôpitaux psychiatriques de la Seine constituant ainsi moins de 30% des lauréats du concours de 1950 à la fin de la décennie 1960. Ces tendances nouvelles, qui apparaissent dès le lendemain de la guerre, constituent l'un des éléments avant-courrier de la réforme du statut des hôpitaux psychiatriques qui sera réalisée en 1968 : en donnant aux médecins des hôpitaux psychiatriques le statut de praticiens hospitaliers, elle mettra fin au concours de recrutement national et consacrera la décentralisation du cadre. La réforme consacrera ainsi également un rapport nouveau des psychiatres à l'hôpital psychiatrique. Avant d'envisager ces transformations, il faut toutefois d'abord comprendre plus précisément la dynamique du mouvement qui conduira vers elles et spécifiquement le rôle qu'y jouera le Cadre des hôpitaux psychiatriques - car de façon plus générale, si ce dernier constitue bien à partir de l'après-guerre la base d'un groupe organisé, il n'est, pour reprendre les termes de Denis Segrestin, qu'une communauté pertinente, à laquelle doit s'ajuster une offre de représentation¹. C'est ce point que je veux examiner maintenant.

¹ Segrestin, D., "Les communautés pertinentes de l'action collective: canevas pour l'étude des fondements sociaux des conflits du travail en France", *Revue Française de Sociologie*, 21, n° 2, 1980, pp. 171-202.

2. Le travail d'une représentation. Rassembler les médecins des hôpitaux psychiatriques et donner forme à un problème

2.1. L'enjeu de la représentation

Le travail de représentation

Au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, le Cadre organise les manières de travailler des médecins des hôpitaux psychiatriques, et la hiérarchie des concours des hôpitaux psychiatriques structure leur carrière. Les médecins des hôpitaux psychiatriques forment une communauté fondée à la fois sur une histoire partagée – internat, concours – et sur une culture commune liée à leurs conditions de travail – rapports avec les notabilités locales et avec l'administration, pratiques de travail, etc. Le groupe des jeunes psychiatres qui émerge en 1945 apparaît bien comme le produit de cette filière. Issus de l'internat des hôpitaux psychiatriques de la Seine, ces derniers cumulent les titres qui les distinguent au sein du Cadre des médecins des hôpitaux psychiatriques : on l'a vu, pour la plupart ils ont été chefs de clinique, certains ont vu leur thèse primée par l'Académie de médecine, et ils ont parfois déjà pris part aux discussions de leurs aînés avant la guerre – c'est en particulier le cas de Georges Daumézon qui, on l'a vu, a activement participé dans les années 1930 aux activités du petit groupe formé autour de Julien Raynier. Rien d'étonnant dès lors qu'ils soient portés à la tête de l'Association Amicale des Aliénistes lorsque celle-ci se cherche un nouveau leadership au moment de sa reconstitution à la Libération, et qu'ils en conservent la tête après sa transformation en syndicat. Des 12 personnalités qui composent le Conseil syndical qui préside aux destinées de l'organisation, 7 sont issus du groupe des jeunes psychiatres, dont le Secrétaire général, Georges Daumézon¹. Peut-on pour autant conclure à l'évidence de la mobilisation dont ils prendront la tête pour réformer l'hôpital psychiatrique ? Peut-on surtout faire simplement de cette mobilisation le reflet de leur appartenance au Cadre ? Au contraire, un statut comme celui de médecins-chefs des hôpitaux psychiatriques ne peut jouer un rôle dans le cadre

¹ Il s'agit, outre Daumézon, de P. Sivadon, P. Fouquet, P. Bernard, L. Bonnafé, L. Le Guillant, et H. Ey, dont toutefois la participation aux travaux des jeunes psychiatres est plus ambiguë.

de l'action collective que parce qu'il est mobilisé et développé par les acteurs pour y acquérir un sens¹.

A l'inverse, la psychothérapie collective des jeunes psychiatres constitue une base trop étroite pour rassembler l'ensemble des médecins des hôpitaux psychiatriques. On l'a vu, dans les années qui suivent la Libération, le projet ne parvient jamais à mobiliser au-delà du petit noyau des jeunes psychiatres et de leurs élèves, noyau lui-même au demeurant fort lâche. La psychothérapie collective doit ainsi être traduite pour pouvoir porter une signification au-delà du groupe qui s'engage le plus fortement derrière le projet. On peut entendre ici la notion de traduction au sens où ce terme est employé par Michel Callon et Bruno Latour pour décrire le processus par lequel des entrepreneurs cherchent à obtenir pour leur projet l'intérêt de coalitions plus larges². Une partie de ce travail de traduction participe de l'élaboration même de la psychothérapie collective. Au-delà, les psychiatres doivent toutefois également engager un travail pour développer des propositions fortes mais acceptables par leurs collègues, et qui leur permettront d'aligner derrière eux le groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques. Jusqu'à la fin des années 1950, ils vont ainsi s'appuyer sur la psychothérapie collective pour nourrir une vision plus générale de l'hôpital psychiatrique qu'ils s'efforceront de porter au nom de l'organisation qu'ils dirigent, le Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques.

Ces deux éléments, rassembler le « cadre » derrière eux et leur projet, et faire vivre leur projet de réforme des hôpitaux psychiatriques dans des arènes, sont les deux dimensions clefs du travail de représentation qu'engagent les jeunes psychiatres à la tête du Syndicat et que je veux analyser maintenant. Par l'idée de travail de représentation, j'entends l'ensemble du travail engagé par les jeunes psychiatres pour constituer et diffuser une image de ce qu'est et doit devenir la psychiatrie associée au groupe dont ils cherchent à assurer la représentation. C'est un travail qui porte sur le groupe qu'ils prétendent représenter, en même temps que sur la ou les arènes où seront débattus les problèmes qui intéressent le groupe. D'un côté, il s'agit pour les jeunes psychiatres d'aligner derrière eux les médecins des hôpitaux psychiatriques pour pouvoir dire que la

¹ Reynaud, E., "Identités collectives et changement social: les cultures collectives comme dynamique d'action", *Sociologie du travail*, n° 2, 1982, pp. 159-177.

² Callon, M., "Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint Brieuc", *Année sociologique*, n° 36, 1986, pp. 169-208 ; Latour, B., *La science en action*, Paris, Gallimard, 1995 [1989].

vision du monde dont ils sont porteurs est bien une vision partagée, qu'elle représente un intérêt majoritaire au sein de la profession, et non pas seulement la vision d'un petit groupe marginal et radical. De l'autre, il s'agit pour eux de faire avancer dans des arènes la vision de la psychiatrie qu'ils incarnent. C'est également un travail de repérage, de délimitation et de marquage des limites de cette représentation, dans le sens où il est important pour eux de dire clairement au nom de qui ils parlent, et jusqu'où peut aller leur compétence. Le travail de représentation peut ainsi comprendre une série d'opérations clefs : diffuser une information, canaliser des prises de paroles, donner forme à un problème, convaincre de ses positions, se faire une place dans des comités... Je veux signaler rapidement trois autres dimensions que l'on peut entendre dans la notion de représentation et qui me paraissent importantes ici. Toutes les trois découlent d'une conception pragmatique de la représentation, telle qu'elle s'est diffusée en particulier depuis plusieurs années dans la sociologie de l'action collective, et qui en souligne les dimensions à la fois construites, agies et situées¹.

La première tient à la dimension expressive de la représentation. Pour être efficace, la représentation des jeunes psychiatres doit suivre un certain nombre de règles qui régissent la grammaire de la vie publique². Prendre à témoin un public suppose la mise en forme d'un récit, d'une dramaturgie, qui mette en scène l'ordre du monde en mettant en évidence la nature des problèmes, en pointant des responsabilités ou en signalant des conséquences. Cela suppose le recours à des répertoires argumentaires spécifiques qui peuvent emprunter à des registres variés – rhétorique de l'apitoiement, de l'indignation ou de l'expertise... D'un autre côté, l'appel à l'Etat, l'invocation de valeurs comme la dignité de la profession ou la dignité humaine, sont autant de procédés qui permettent de grandir une position³.

Une deuxième dimension importante du travail de représentation tient à la manière dont il joue des contingences. Les jeunes psychiatres doivent saisir les opportunités qui se présentent à eux – les débats qui peuvent émerger sur des problèmes sur lesquels ils peuvent légitimement faire entendre leur voix, les micros ou les plumes

¹ Par exemple les travaux classiques autour des catégories socio-professionnelles initiés par : Boltanski, L., *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Editions de Minuit, 1982 ; Desrosières, A. et L. Thévenot, *Les catégories socio-professionnelles*, Paris, La Découverte, 1988.

² Cefai, D., "Les cadres de l'action collective. Définitions et problèmes", in D. Cefai et D. Trom (dir.), *Les formes de l'action collective*, Paris, Ed. de l'EHESS, 2001.

³ En même temps que l'Etat est acteur obligé du débat sur les hôpitaux psychiatriques, soumis juridiquement à sa tutelle.

qui leur sont tendus¹. Ils construisent leurs arguments à partir des éléments disponibles au moment où ils engagent leur travail de représentation. Les accidents qui peuvent survenir dans les hôpitaux psychiatriques, les décisions que peuvent prendre les fonctionnaires à tous les niveaux, sont autant d'évènements à mettre au service de la cause. De ce point de vue l'une des dimensions clefs du travail de représentation des jeunes psychiatres est sa capacité à déspecificier et désingulariser ce qui arrive pour l'inscrire dans un réseau de causalité plus général. En même temps, le travail de représentation suppose un sens du placement et partant une analyse du fonctionnement des institutions.

Une dernière dimension du travail de représentation est sa dimension productive ou performative. D'un côté, le travail de représentation joue un rôle dans la production des identités personnelles et collectives. De l'autre, il contribue également à mettre en forme les problèmes et les solutions qui y seront apportées. De ce point de vue le travail de représentation engagé par les jeunes psychiatres à la Libération aura des conséquences importantes pour le déroulement la phase suivante, marquée par le travail en commun avec le ministère de la Santé sur le « secteur ». On le verra en effet, le secteur tel qu'il émergera dans la deuxième moitié des années 1950, sera lié, jusque dans ses dimensions cognitives, à la manière dont le problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques aura été cadré en particulier par la représentation qu'en auront donné les jeunes psychiatres. Ce sera l'objet du prochain chapitre. Au préalable, il faut toutefois dresser rapidement un tableau d'ensemble des diverses représentations offertes aux médecins des hôpitaux psychiatriques au lendemain de la guerre. Cela permettra ainsi de situer et de mieux comprendre le sens de la représentation des jeunes psychiatres.

La concurrence des représentations

Un aspect important de cette discussion tient en effet à ce que la représentation proposée par les jeunes psychiatres à la tête du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques est, à partir de 1945, en concurrence avec d'autres offres de représentations qui s'adressent aux mêmes professionnels. Même si elle peut se targuer de la continuité d'un engagement forgé dès avant la Seconde Guerre mondiale, dans le contexte que l'on a examiné dans le premier chapitre, rien n'assure la pérennité de son

¹ Reynaud, "Identités collectives et changement social", *op. cit.*

entreprise face à d'autres organisations proposant également des visions affirmées de la psychiatrie. On peut ainsi noter que certaines propositions de représentations importantes élaborées avant la guerre périssent rapidement dans l'après-guerre. Pour fixer les idées, on peut rapidement dresser un tableau d'ensemble de la situation à partir de 1945. Il est important dans cette perspective de ne pas se limiter aux organisations à visée explicitement corporative, mais de considérer également les sociétés savantes, qui jouent un rôle clef dans cet ensemble.

Le courant des années 1930 avait vu une augmentation de l'audience de la Société médico-psychologique, mais également, et précisément en raison de l'élargissement de sa base, une dilution de sa représentation. Dans l'entre-deux-guerres, on l'a vu par exemple à propos du débat sur les petits mentaux, la Société médico-psychologique restait une institution incontournable où étaient discutées les questions intéressant la psychiatrie, mais la nécessité d'obtenir le consensus de ses membres la conduisait à ne plus émettre que des avis relativement flous. La tendance s'est accentuée dans l'après-guerre. La Société médico-psychologique, tout en étant toujours une institution importante pour la recherche, ne joue plus guère de rôle politique, et en particulier elle cesse dans une large mesure d'être consultée par les pouvoirs publics sur les questions intéressant la spécialité. Le Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de Langue Française, devenu en 1956 Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, suit pour des raisons analogues une pente parallèle.

A côté de ces deux vénérables institutions, on l'a vu, deux organisations tendent à prendre leur place dans les années d'entre-deux-guerres, l'Amicale des Aliénistes et la Ligue d'hygiène mentale. Si l'Amicale, transformée, donc, en Syndicat, est appelée à jouer un rôle majeur après la guerre, l'histoire de la Ligue est à l'inverse celle d'un déclin progressif. Reconstituée en 1948¹, elle est, après quelques années de flottement, véritablement relancée sous l'impulsion de Paul Sivadon, qui en prend la direction en 1952. Malgré l'activité intense de Sivadon, elle ne parvient pas toutefois à retrouver sa pugnacité d'avant-guerre. Une raison essentielle en est certainement l'épuisement d'un modèle d'action. A partir de 1950, la Ligue n'élaborera plus de vision propre de la psychiatrie, mais servira plutôt de lieu de rencontre entre des psychiatres, et parmi ceux-ci au premier chef des jeunes psychiatres, et des personnalités concernées par les

¹ Sans son fondateur, Edouard Toulouse, qui meurt en 1947.

question de psychiatrie – magistrats ou sociologues, comme Georges Friedmann ou Paul-Henri Chombart de Lauwe, tous deux habitués des cycles de conférences annuels organisés par la Ligue durant les années 1950.

Une autre organisation née avant la Seconde Guerre mondiale connaît après la guerre un destin inversé par rapport à celui de la Ligue, la société de l'Evolution psychiatrique. Visant initialement au moment de sa fondation en 1925 à provoquer une confrontation entre la psychiatrie française et la psychopathologie¹, la société de l'Evolution psychiatrique, recréée en 1947 sous l'impulsion de Henri Ey, qui en prend le secrétariat général, devient dès lors l'un des principaux lieux de réflexion sur les questions de psychopathologie et de thérapeutique – et on a vu en particulier son rôle pour la psychothérapie collective. Si, dans le courant des années 1950, les activités de l'Evolution psychiatrique sont essentiellement d'ordre scientifique, c'est toutefois à partir d'elle que Ey lancera dans le courant des années 1960 l'une des manifestations importantes de l'histoire politique de la psychiatrie de l'après-guerre, les Journées Psychiatriques Nationales de 1965, 1966 et 1967. Avec la publication de leurs travaux sous la forme d'un *Livre Blanc de la psychiatrie française*², les Journées constitueront une plate-forme de revendications pour la psychiatrie qui jouera un rôle décisif à la fin de la décennie et dans le courant des années 1970. Un autre prolongement de l'action de la société, dans la suite des Journées, sera la constitution en 1967 d'un nouveau groupement, le Syndicat des psychiatres français, visant à constituer une représentation de l'ensemble des psychiatres français, quel que soit leur mode d'activité. Je reviendrai dans les chapitres suivants sur ces épisodes.

Le développement des « techniques biologiques », puis surtout celui des médicaments psychotropes aboutissent par ailleurs dans l'après-guerre à la création de plusieurs groupements se consacrant spécifiquement à faire avancer ce secteur de la recherche en psychiatrie, sans nécessairement rechercher une visibilité à l'extérieur du monde médical : la Société Moreau de Tours de Henri Baruk créée en 1958, ou le Comité lyonnais recherches et thérapeutiques en psychiatrie, créé en 1953 à l'initiative de médecins de Lyon et de Chambéry³, qui tous deux développent des visions affirmées

¹ Et en particulier la psychanalyse. Sur la création et l'histoire de l'Evolution psychiatrique voir Roudinesco, E., *La bataille de cent ans. Histoire de la psychanalyse en France. I*, Paris, Seuil, 1986.

² *Livre blanc de la psychiatrie française*, Toulouse, Privat, 1965-1967.

³ Sur ce dernier voir Healy, D. (dir.), *The psychopharmacologists III: interviews*, London, New York, Arnold and Oxford University Press, 2000.

du développement de la psychiatrie biologique. Les groupes et sociétés de psychanalyse, largement composés de psychiatres, qui se multiplieront au fil des scissions successives, constituent une sorte de pendant à ces groupements sur le terrain des psychothérapies. Un mouvement un peu à part, mais lié aux évolutions des sociétés de psychanalyse, prendra corps à partir de la fin des années 1950 autour de la psychothérapie institutionnelle de François Tosquellès, d'abord organisé sous une forme informelle, puis à partir de 1965 sous la forme d'une Société de psychothérapie institutionnelle, dont toutefois l'existence sera courte. Ces différents groupements liés à la psychanalyse ou plus largement centrés sur la psychothérapie obtiendront quant à eux une réelle visibilité publique dans le courant des années 1960 et 1970, mais leur conception de l'action publique les empêchera de jouer un rôle direct sur le problème de la réforme de l'hôpital psychiatrique. J'examinerai dans la troisième partie de ce chapitre le rôle que jouent les évolutions de la psychanalyse pour le projet des jeunes psychiatres dans le courant des années 1950.

D'autres propositions développent toutefois dans l'immédiat après-guerre des velléités politiques plus affirmées. C'est en particulier le cas d'un « Mouvement pour une psychiatrie médicale et biologique » constitué en 1947, transformé en Association l'année suivante. Fondé par des médecins des hôpitaux psychiatriques et des enseignants de la faculté de Médecine, son bureau comptant à égalité des membres des deux corps, le Mouvement puis l'Association visent à faire progresser une vision de la psychiatrie appuyée sur le laboratoire et la biologie, en particulier en obtenant des mesures d'incitation des pouvoirs publics. Cette circulaire parue en 1947 dans les *Annales Médico-Psychologiques* donne le ton :

Le but du « Mouvement » est de mettre l'accent sur la nécessité des recherches biologiques en psychiatrie, et d'obtenir des pouvoirs publics qu'ils prennent en considération cette nécessité comme la première tâche de l'assistance aux psychopathes – et qu'en conséquence ils réorganisent cette assistance suivant cette directive. Par exemple, et pour les moindres frais, les services psychiatriques pourraient être adjoints (au moins les services d'aigus) aux hôpitaux généraux, en développant considérablement les laboratoires de ces hôpitaux (laboratoires de chimie biologique, de chimie physique, de physiologie, d'endocrinologie, etc., et même de psychométrie et d'orientation professionnelle qui pourraient être utiles également à d'autres organismes). Toutes ces questions sont à discuter avant de songer à formuler des propositions concrètes. [...] Le « mouvement pour une psychiatrie médicale et biologique » déborde d'ailleurs le cadre restreint du Syndicat des médecins des hôpitaux

psychiatriques et manifeste par là sa volonté d'insertion dans les disciplines éprouvées de la médecine générale. Des réformes purement administratives ne suffisent pas à rénover la psychiatrie française et laissent à l'écart l'essentiel du problème : l'examen médical clinique et biologique du malade.¹

Cette vision de la psychiatrie et de son évolution est ainsi nettement opposée à celle véhiculée par les entrepreneurs de la psychothérapie collective, et les « réformes purement administratives » sont une allusion directe au travail engagé par les jeunes psychiatres. Le Mouvement paraît exister quelques années, mais je n'ai pas trouvé trace de ses activités, que ce soit dans des publications, ou dans les archives, et son rôle paraît ainsi réduit.

Certaines propositions venant d'horizons idéologiques voisins sont plus sérieuses. Sous la forme de syndicats, elles s'assurent d'emblée une représentativité importante, liée au rôle que la loi commence à reconnaître à ces structures dans l'après-guerre, en particulier pour la régulation de la spécialité, les relations avec la Sécurité sociale, ou encore dans le cas de médecins hospitaliers, avec l'administration hospitalière. L'une d'entre elles est un Syndicat des psychiatres des hôpitaux généraux de Paris et des grands centres urbains, créé dans l'immédiat après-guerre, et membre de la Confédération des syndicats médicaux de France. Si son accès est réservé, comme son nom l'indique, aux médecins des hôpitaux généraux, il joue néanmoins un rôle important dans les débats sur la définition de la spécialité de psychiatrie jusqu'à la fin des années 1940, où il est relayé par une entreprise plus ambitieuse, le Syndicat des médecins français spécialistes du système nerveux. Ce dernier, créé sous l'impulsion de Georges Heuyer en 1950, vise initialement à constituer un syndicat susceptible de représenter la spécialité dans les négociations l'intéressant et conformément au rôle que le droit tend à donner au syndicalisme médical : à partir de 1947, les syndicats de spécialité obtiennent en particulier la capacité de négocier les tarifs de la Sécurité sociale, ou, comme on le verra, celle d'intervenir dans la certification des praticiens. De fait, l'initiative de Heuyer prend de court un projet provenant du groupe des jeunes psychiatres de créer une association française de psychiatrie rassemblant toute la

¹ Communiqué paru dans le numéro 5 du T. 1. des *Annales Médico-Psychologiques* en 1947. Voir aussi Leyritz, J., "Mouvement pour une psychiatrie médicale et biologique", in P. Combemale (dir.), *Comptes rendus. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. XLVe session. Niort (21-26 juillet 1947)*, Paris, Masson, 1947, pp. 189-191.

profession, sur le modèle de *l'American Psychiatric Association*¹. La définition de la spécialité portée par le Syndicat des spécialistes du système nerveux l'empêchera toutefois de rassembler l'ensemble des psychiatres, et en particulier le Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, qui refusera de s'y associer. Le Syndicat dirigé par Heuyer se proposait en effet de réunir « tous les médecins neuro-psychiatres, neuro-chirurgiens, électroencéphalographistes, qui sont les spécialistes des maladies du système nerveux », mettant ainsi en avant une définition large de la spécialité. Il se proposait en particulier d'accueillir de droit l'ensemble des membres de la Société médico-psychologique ainsi que tous les membres des syndicats constitués de psychiatrie – et en particulier le Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques – mais également de neurologie. A cette définition large de la spécialité, les médecins des hôpitaux psychiatriques opposeront une définition plus étroite qui les empêchera de se rallier à l'initiative². Je reviendrai plus en détail sur ce point dans la suite de ce chapitre. S'il aura une existence publique relativement confidentielle, le Syndicat des spécialistes du système nerveux développera néanmoins des prises de position systématiquement opposées à celles du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques sur les différents problèmes qui intéressent les psychiatres – politique d'équipement sanitaire, organisation de l'enseignement. Mais il n'empêchera pas celui-ci de développer une représentation dépassant largement les limites du groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques et de jouer ainsi un rôle moteur dans l'ensemble des débats intéressant la psychiatrie.

C'est en fait la création du Syndicat des psychiatres français en 1967 à la suite des Journées du Livre Blanc de Psychiatrie, que j'ai évoquée plus haut, qui réalisera le projet d'une organisation pan-psychiatrique, agrégeant en particulier le Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, mais sur une base essentiellement psychiatrique et donc excluant les neurologues du Syndicat des spécialistes du système nerveux. Cette création consacrera toutefois également la fin de la prétention du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques à représenter les psychiatres, et à terme elle marquera leur perte d'influence dans la représentation de la spécialité. J'anticipe toutefois sur la suite d'une histoire qu'il faut d'abord essayer de comprendre plus précisément. Je veux

¹ Daumézon, G., "L'American Psychiatric Association", *Information Psychiatrique*, 23, n° 7, 1947, p. 203.

² "Editorial", *Information Psychiatrique*, 26, n° 6, 1950, p. 214.

maintenant revenir au travail de représentation engagés par les jeunes psychiatres en examinant spécifiquement les trois dimensions selon lesquelles il se déploie à partir de 1945 : le travail mené à l'intérieur du groupe pour constituer une identité de groupe mobilisé autour du problème de la réforme ; le travail engagé pour obtenir un siège dans des institutions – comités consultatifs, conseils, organismes publics ; enfin un travail de prise de position sur des points clefs qui concernent la psychiatrie.

2.2. Se faire le porte-parole du Cadre. Stratégies d'intéressement et rhétorique de l'indignation

Dès la Libération, en marge du chantier de la psychothérapie collective, les jeunes psychiatres s'engagent dans un travail pour constituer le groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques en acteur collectif de la rénovation de la psychiatrie. Dans cette perspective, ils se servent de la position qu'ils ont acquise à la tête du Syndicat pour tâcher de doter le groupe d'une vision partagée de l'état de la psychiatrie et de son avenir possible. En proposant l'élaboration d'un « nous » représentant le groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques, ils s'efforcent de créer une dynamique et une discipline collective qui s'impose au groupe et qui le situe dans un plan d'action. Durant toute la période de l'après-guerre et jusqu'aux années 1960, c'est la revue du Syndicat, *l'Information psychiatrique*, où sont publiés à la fois des articles de fond et des prises de position mais aussi de la documentation et des enquêtes, qui est l'outil privilégié des jeunes psychiatres pour réaliser ces tâches.

Une première dimension de ce travail consiste pour les jeunes psychiatres à organiser l'information du groupe de manière à se constituer en point de passage obligé vers l'extérieur. Il s'agit ainsi de faire la démonstration qu'ils sont un relais indispensable de l'information du groupe, en même temps que, en créant une information autour de leur action, de mettre en scène leur action à son service. Dans les années qui suivent la Libération, la publication dans *l'Information psychiatrique* des rapports moraux du Syndicat et de comptes rendus détaillés des actions engagées au nom du Syndicat, sous la forme d'éditoriaux, billets, ou parfois articles de mise au point, vise ainsi à faire apparaître le sens et la portée pour le groupe de l'activité de ses dirigeants. Ainsi des visites, correspondances, mais également des actions ponctuelles

engagées auprès de tel ou tel membre du ministère de la Santé ou d'une autre administration, portant parfois sur des enjeux majeurs – comme la crise de recrutement du Cadre – d'autres fois sur des points moins cruciaux, mais symboliquement tout aussi forts – en 1946, Daumézon signale ainsi avoir écrit au directeur de publication du Journal Officiel « pour demander que les mots « psychiatre, psychiatrique », etc. soient correctement orthographiés, sans accent circonflexe sur le « a » »¹. En relatant ce type de démarches, les jeunes psychiatres constituent une série de récits dramatisés qui permettent de doter le groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques d'un ensemble de buts tout en pointant les succès auxquels peut conduire une mobilisation. En attribuant leurs résultats à la mobilisation du groupe derrière eux, ils constituent celui-ci en personnalité morale avec ses raisons d'agir, ses objectifs et ses intérêts.

Ces articles se doublent d'autre part d'une volonté d'information systématique, qui passe par la publication d'une abondante documentation administrative. Jouant de ce point de vue son rôle de bulletin syndical, *l'Information psychiatrique* publie systématiquement les textes officiels concernant la profession, en en commentant parfois la signification et l'importance, voire en soulignant le rôle joué par le Syndicat pour obtenir l'arbitrage des autorités publiques – textes réglementaires intéressant les hôpitaux psychiatriques, mais également discussion du budget de la psychiatrie au Parlement. La revue publie également les procès-verbaux intégraux des réunions auxquelles participent les représentants du Syndicat : à partir de 1949, les procès-verbaux de la Commission des maladies mentales du ministère de la Santé sont ainsi systématiquement rendus publics dans la revue. En publiant ce genre de comptes rendus, l'enjeu est manifestement de prolonger dans les colonnes de *l'Information psychiatrique* le débat engagé au ministère, en impliquant l'ensemble des lecteurs de la revue. Cet objectif est atteint lorsque des lecteurs font paraître des réactions. C'est la même logique qui amènera une décennie plus tard, entre 1957 et 1959, à rendre publics dans la revue des travaux d'un groupe informel issu de la reformation du groupe des jeunes psychiatres, le « Groupe de Sèvres ». En publiant l'information disponible, les dirigeants du Syndicat cherchent ainsi également à intéresser leurs collègues aux débats de la profession, à susciter une réaction sur laquelle ils pourront s'appuyer pour faire valoir leurs revendications.

¹ Daumézon, G., "Rapport moral", *Information Psychiatrique*, 22, n° 8, 1946, p. 152.

A côté de ce premier aspect, une deuxième dimension du travail des jeunes psychiatres consiste en la production et l'exercice d'une véritable discipline collective. A de nombreuses reprises, ils insistent sur l'importance du respect par l'ensemble des membres du Syndicat de la ligne de conduite adoptée par l'organisation, par exemple à propos des conditions de travail dans les hôpitaux psychiatriques. Ils n'hésitent pas prendre des sanctions contre ceux de leurs collègues qui en dévient, et surtout à les dénoncer publiquement. En 1951, Daumézon commente ainsi longuement dans un éditorial de *l'Information Psychiatrique* l'exclusion du Syndicat d'un collègue ayant proposé d'accomplir son service dans des conditions contraires aux recommandations du Syndicat¹. Quelques mois plus tard, la revue consacre un numéro entier au thème de la contention afin de dénoncer le comportement d'un autre médecin, nommé à un poste de consultant départemental contre l'avis des responsables du Syndicat et acceptant lui aussi de travailler dans des conditions inadmissibles à leurs yeux². Ces affaires présentées de manière très théâtrale constituent autant d'exemples qui visent à manifester l'intransigeance de l'organisation envers ses membres mais aussi son unanimité derrière les positions de ses leaders.

Un autre aspect de cette action est l'organisation d'enquêtes ou de consultations visant à mobiliser les membres du Syndicat en organisant leur prise de parole. En dehors des votes sur le conseil syndical et sur la politique du groupement, qui ont lieu lors de ses assemblées générales, les dirigeants du Syndicat procèdent à plusieurs consultations jusqu'au milieu des années 1950 pour asseoir leur légitimité, mais également pour laisser s'exprimer leurs collègues et canaliser leurs interventions. En 1950, le conseil syndical publie ainsi un « Mémoire » sur la situation des hôpitaux psychiatriques et la politique du Syndicat, qu'il fait adopter par un référendum interne. Dès l'année suivante, le sentiment d'une dégradation de la situation pousse le conseil syndical à lancer une nouvelle et vaste consultation sur la stratégie de l'organisation. Celle-ci se déroule en plusieurs étapes. Dans un premier temps, au début de l'année 1951, le conseil syndical fait paraître dans *l'Information Psychiatrique* une tribune au ton solennel constatant le blocage de la situation et appelant les membres du Syndicat à exprimer leur avis sur la « tactique » à adopter³. Le diagnostic comprend deux

¹ Daumézon, G., "Discipline syndicale", *Information Psychiatrique*, n° 5, 1951, p. 122.

² "[Numéro spécial sur la contention]", *Information Psychiatrique*, 28, n° 2, 1952, p. 54 sq..

³ "La politique du syndicat", *Information Psychiatrique*, 27, n° 1, 1951, pp. 6-8.

éléments : d'un côté, l'encombrement gagne les hôpitaux psychiatriques, constituant un obstacle à leur bonne marche, sans que les autorités prennent aucune mesure pour y faire face ; de l'autre surtout, le conseil syndical dénonce une crise de confiance avec les tutelles, qui multiplient les interventions arbitraires pour « satisfaire des appétits politiques dans le sens le plus sordide du mot », plutôt que dans l'intérêt de l'assistance psychiatrique – et de donner en exemple le mépris des avis des psychiatres au sein de la Commission des maladies mentales, la « désorganisation d'un hôpital siège d'une réforme », ou encore la « désorganisation vexatoire des jurys de nos concours ». Proposant une analyse dramatisée de la situation, la tribune met les lecteurs de la revue face à la nécessité et l'urgence d'agir, en suggérant l'alternative entre la protestation bruyante et la poursuite du dialogue mesuré avec les autorités – entre *voice* et *loyalty*, pour reprendre les catégories d'Albert Hirschman¹. Les résultats de la consultation sont publiés sous la forme de lettres à la rédaction dans deux numéros ultérieurs de la revue². Dans un second temps, la consultation se poursuit par une « conférence syndicale » de deux jours organisée en juin 1951 à Paris. A l'issue de celle-ci, *l'Information psychiatrique* publie une nouvelle déclaration solennelle, qui outre un rappel du malaise de la profession, dresse la liste d'un certain nombre d'actions à entreprendre³. L'une d'entre elles est une enquête approfondie par sondage auprès de l'ensemble des membres du cadre, visant à « dresser de toute urgence un bilan, dans chaque département, des possibilités de soins aux malades mentaux, amenant à proposer toutes les mesures de détails ou d'ensemble permettant de porter remède à l'état actuel et spécialement d'étudier les solutions qui, en étroite collaboration avec les psychiatres exerçant dans le secteur privé, permettront de répondre aux exigences des soins de la population. »

Si, avec cette enquête, il s'agit pour les jeunes psychiatres de rassembler une information, de constituer des dossiers qui pourront être la base d'actions futures, le but en est plus encore de mettre à proprement parler le groupe en mouvement, de l'impliquer derrière le diagnostic et l'action engagés par les jeunes psychiatres. C'est en tous les cas ce dont témoigne le rapport que font au cours de la réunion de juin les deux

¹ Hirschman, A. O., *Défection et prise de parole*, Paris, Fayard, 1995 [1970].

² "La politique du syndicat", *réf. cit.*

³ "Chronique syndicale. Ordre du jour adopté à la Conférence des 24 et 25 juin 1951", *Information Psychiatrique*, 27, n° 6, 1951, pp. 155-156.

personnalités chargées d'organiser l'enquête¹. Pour les deux rapporteurs, l'objet de cette dernière est en effet avant tout de susciter un questionnement, une prise de conscience, voire une disposition à l'action : « La discussion a souligné très fermement qu'il était surtout indispensable de répondre largement à la question : « *Que souhaitez vous avec le plus d'urgence comme amélioration de vos services ? Quel plan de réalisations immédiates défendez-vous ?* » Cette question a semblé même plus importante que le bilan proprement dit, *elle a paru constituer l'objet essentiel de l'enquête.* »² D'un autre côté, le caractère collectif du questionnement doit permettre de structurer et d'organiser cette prise de conscience individuelle, en faisant des difficultés que chacun rencontre localement un problème pour le corps dans son ensemble. Par là, il s'agit ainsi d'établir une équivalence entre chacun des membres de ce dernier : « Il a été spécifié que lorsqu'un collègue se trouve aux prises avec une situation locale critiquable dont malgré ses efforts pour la modifier, la responsabilité, notamment en cas d'incident ou d'éclat public pourrait lui être imputée, il est capital que le Syndicat soit informé de la situation et des efforts faits pour y remédier. Indépendamment du fait que la responsabilité du collègue en question se trouve ainsi dégagée, il faut envisager que l'action syndicale puisse appuyer l'action locale de chacun. » Mais par ailleurs, s'il s'agit de laisser s'exprimer les passions, l'enquête doit toutefois viser à « l'objectivité absolue », et éviter de laisser chacun s'enfermer dans le repli sur soi ou la soumission :

Deux écueils sont à éviter ici : d'une part l'acrimonie engendrée chez la plupart d'entre nous par la situation actuelle, pourrait justifier une position « négative » ou « abstentionniste » (« la situation est si lamentable en gros et en détail, qu'il n'est pas besoin d'en détailler ici la critique »). D'autre part certains collègues sont amenés par les circonstances locales à adopter dans leur action quotidienne une attitude de critique très modérée, à tempérer par des « atténuations diplomatiques » les jugements portés sur la situation devant des auditoires locaux.

L'enquête apparaît ainsi comme le moyen de mettre en mouvement le corps dans la somme de ses efforts individuels. Elle permet de canaliser et d'orienter les volontés individuelles. Cette citation explicite bien ce point : « Nous pensons que chaque collègue aura à cœur de contribuer pour sa part à l'effort qu'entreprend le Syndicat. Pour cela qu'il veuille bien prendre connaissance des matériaux que nous publions ici

¹ Régis, A. et L. Bonnafé, "Réalisation d'une enquête syndicale: Bilan et perspectives de la protection de la santé mentale en France", *Information Psychiatrique*, n° 7, 1951, pp. 194 sq..

² *Ibid.*, souligné par les auteurs.

[...] De cette façon il lui sera facile de répondre rapidement et utilement au questionnaire [...], que les membres du Syndicat trouveront inséré dans le présent numéro. » Et, plus loin, les auteurs soulignent que le but de l'enquête est d' « élaborer une méthode de travail auquel participerait le cadre entier ». Dans le même sens, il s'agit de montrer que les solutions aux problèmes de la psychiatrie seront le fruit d'un travail impliquant l'ensemble des médecins des hôpitaux psychiatriques de France. Dans cette perspective, plutôt qu'un outil pour constituer une politique ou une doctrine d'ensemble, l'enquête apparaît comme une étape d'un processus qui suppose un ajustement constant avec les besoins locaux, sur le terrain. Ainsi,

[la démarche est] orientée dans le sens d'un véritable polymorphisme de solutions. Il est sans doute possible de dégager une voie, une doctrine d'ensemble relativement précise. Mais la cohérence d'un plan d'ensemble n'exige pas la définition d'un cadre strict et rigide dans lequel se mouleraient étroitement toutes les solutions locales. Nous pensons au contraire qu'une grande diversité de solutions pratiques suivant leur terrain d'application et suivant les personnalités qui les animent est éminemment souhaitable. Pour nous en tenir seulement au point de vue scientifique, nous ne pensons pas que l'état présent de la psychiatrie puisse justifier impérativement un type précis d'organisation de soins.

Par cette enquête, il s'agit ainsi d'établir un bilan adapté aux particularités des situations de chaque département, en même temps qu'il constitue véritablement une dynamique collective. D'autres initiatives iront au demeurant dans le même sens, comme en 1950 une suggestion de Daumézon d'indiquer sur les certificats de transfert leurs conséquences pour les malades¹.

De façon plus générale, un grand nombre des prises de paroles des jeunes psychiatres sur la période déploie une rhétorique de l'indignation. C'est particulièrement le cas d'une série d'articles de dénonciation publiés tout au long de la période dans *l'Information psychiatrique*, billets d'humeur ou éditoriaux, comme les tribunes du Conseil syndical publiées en 1951 que j'ai évoquées plus haut, qui donnent à voir un groupe mobilisé pour la défense de la profession en faisant valoir le caractère injuste, dégradant, humiliant ou offensant pour elle de tel ou tel événement. Une des causes auxquelles les psychiatres sont le plus attachés est la suppression des postes de

¹ Daumézon, G. "Editorial", *Information psychiatrique*, 26, n° 2, pp. 54-55

médecins-directeurs des hôpitaux psychiatriques au profit de directeurs administratifs. D'autres dénonciations concernent directement les moyens dont disposent les médecins-chefs dans leurs services, le nombre de soignants sur lequel ils peuvent compter ou simplement l'état de leur établissement. Ces articles donnent à voir l'expression de sentiments forts, tels que l'« amertume », le « malaise », l'« inquiétude », ou encore la colère, par exemple à travers les allusions aux collègues « ulcérés ». L'un des principaux éléments dramatiques de ces dénonciations est la montée en généralité d'affaires locales pouvant témoigner du mépris dont font l'objet les psychiatres ou de la médiocrité de leur condition. Pour reprendre des analyses de Luc Boltanski¹, ce genre de dénonciation faite au nom du Syndicat permet de grandir les problèmes locaux pour en faire l'enjeu de crises majeures de la psychiatrie. En dénonçant les injustices faites à tel ou tel de ses membres, il s'agit de montrer comment celles-ci atteignent en fait le Cadre dans son entier. L'accumulation des affaires fournit par ailleurs une base au sentiment d'une crise généralisée. De l'autre côté, en permettant l'affirmation d'une compétence bafouée, ces affaires fondent également le sentiment d'une solidarité nécessaire au sein du corps face aux attaques répétées. Par la manière dont elles permettent de rappeler des enjeux clefs de l'idéologie du groupe, elles permettent aussi le déploiement de la vision du monde portée par les psychiatres.

Une autre forme de dénonciation est portée par plusieurs articles parus dans *l'Information Psychiatrique* et dans la revue *Esprit* mettant en scène sur un mode en apparence plus détaché des témoignages locaux. Dans certains cas, ces articles prennent la forme de saynètes stylisées, romancées ou poétisées, écrites par les médecins-chefs sur un mode parfois presque onirique, extrêmement subjectif, et en tous les cas toujours ironique. Ainsi d'un texte paru en 1950, relatant le repas d'un malade agité, attaché sur une chaise, obligé de manger un ragoût sans ustensile car le personnel ne veut pas s'embarrasser pour l'assister². Ce témoignage constitue le psychiatre en témoin impuissant de la scène, placé dans une position telle qu'il lui est impossible d'agir. Dans d'autres articles, ces témoignages sont de manière plus directe des rapports objectifs sur des choses vues sur le terrain. Un certain nombre de ces articles, formant un ensemble exceptionnel dans les revues psychiatriques avant comme après la Seconde Guerre mondiale, correspondent à des témoignages de malades publiés comme la transcription

¹ Boltanski, L., "La dénonciation", *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 51, 1984, pp. 3-40.

² "M. Maux et nous", *Information Psychiatrique*, 26, n° 4, 1950, pp. 157-158.

littérale d'écrits recueillis par les médecins-chefs. Présentés non pas comme des productions morbides manifestant la maladie de leur auteur, selon une tradition ancienne en psychiatrie¹, mais comme des témoignages d'autant plus significatifs qu'ils sont pour les psychiatres une révélation – qui pouvait imaginer que ces malades pouvaient ressentir avec autant de sensibilité l'inhumanité de leur traitement ou qu'ils étaient capables d'exprimer une telle vérité sur l'hôpital psychiatrique ? – ces témoignages bruts mettent directement en scène les malades face à l'absurdité d'un système. L'un des plus significatifs concerne une jeune femme transférée d'un hôpital psychiatrique parisien à un hôpital reculé, témoignant de son désarroi face au déracinement que suppose ce transport². Une variante correspond à l'adoption par le psychiatre du point de vue des malades pour décrire les rituels de l'hôpital psychiatrique³. De façon générale, ces témoignages mettent en scène l'impuissance de ceux qui les rapportent. Développant une dramaturgie particulièrement efficace, ils suscitent chez le lecteur malaise et interrogations. Oscillant entre le tragique et le trivial, ils véhiculent un sentiment de fatalité et d'impuissance face à la banalité et la généralité des atteintes faites aux malades et à leurs médecins.

Plus profondément, les différentes analyses publiées dans *l'Information Psychiatrique* contribuent à constituer une trame narrative insérant les acteurs de la psychiatrie dans un schéma d'explication de la situation à laquelle ils font face et des perspectives qui s'ouvrent à eux. La psychiatrie est un « monde clos », dans lequel sont enfermés, autant que les malades, les professionnels qui s'occupent d'eux. Pour agir il faut d'abord parvenir à briser cet enfermement. Au sein de la médecine, les psychiatres apparaissent ainsi comme un secteur abandonné, laissé à lui-même :

Tant qu'il s'est agi des intérêts des pharmaciens ou de la « profession infirmière » on n'a pas hésité à faire une loi et on a même essayé de l'appliquer mais quant à s'occuper des malades mentaux, on a accepté de signer des

¹ Artières, P., *Clinique de l'écriture: une histoire du regard médical sur l'écriture*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1998 ; Fauvel, *Témoins aliénés et "nouvelles Bastille"*, *op. cit.*.

² "A propos des transports collectifs d'aliénés. Témoignage d'une malade", *Information Psychiatrique*, 25, n° 9, 1949, p. 327.

³ Alizon, J., *Les jeunes déséquilibrées caractérielles à l'hôpital psychiatrique*, Thèse de médecine, Paris, 1951 ; Idem, "L'internée dans son cadre", *Esprit*, n° 12, 1952, pp. 870-876. Une source de ce genre d'écrits se trouve évidemment dans les approches phénoménologiques et psychanalytiques, qui visent à restituer le monde vécu des malades : cf. pour les plus importants sur la période : Séchehaye, M., *Journal d'une schizophrène*, Paris, PUF, 2000 [1950] ; Wyrsh, J., *La Personnalité du schizophrène, étude clinique, psychologique, anthropophénoménologique*, Paris, PUF, 1955 [1949].

circulaires en les élaguant de telle sorte qu'elles n'aient plus de signification. [...] Force nous est de constater que la psychiatrie reste un monde clos qui comprend outre les malades les psychiatres et le personnel deux bureaux et demi du ministère. Comme je l'indiquais au début de ces notes, nos possibilités d'action dans son monde sont grandes mais nous n'avons pas brisé le cercle qui nous enferme.¹

Laisse seul avec ses malades, le psychiatre doit faire face à l'indifférence générale à l'égard de son travail. Le monde politique méconnaît les problèmes de la psychiatrie. Ce traitement minoré se voit dans la faiblesse de la représentation de la psychiatrie au sein de l'appareil d'Etat : « Il y a un conseil supérieur de la pédicurie, pour la santé mentale, il existe tout au plus une commission d'étude des problèmes de la Santé mentale », note ainsi Daumézon. D'un autre côté, les psychiatres entretiennent sans doute des relations cordiales avec les bureaux du ministère², mais l'action de ce dernier manque de moyen – la psychiatrie ne correspond qu'à « deux bureaux et demi » - ou, pire, sa logique d'action est tout à fait inefficace :

Au ministère on a aidé un camarade à rédiger un texte tout entier gonflé des espoirs de réalisations bouleversant notre vie, puis d'une visite à l'autre, le texte s'est rétréci, un membre de phrase restrictif a été introduit, finalement restent quelques belles affirmations et on se réjouit de les voir si bien dites. A quelques semaines de là, dans le cabinet du directeur départemental de la Santé, on cause amicalement de la circulaire, l'optique est bien entendu toute différente : « Voilà nos parisiens qui se sont excités ! Mais quels instruments nous donnent-ils pour réaliser leurs élucubrations... Que voulez vous que nous fassions, pas une fois nous n'avons à faire à des obligations ; des circulaires, toujours des circulaires, des enquêtes, toujours des enquêtes, mais jamais de loi ou de décret imposant noir sur blanc. » Le pauvre militant syndical est bien obligé de reconnaître le bien fondé de ces critiques, il s'est bien rendu compte que la circulaire n'était guère qu'un geste, il finit par se demander si ce geste n'est pas devenu dérisoire.³

La centralisation et la lourdeur de l'administration française, l'éloignement des administrations parisiennes du terrain les empêchent de prendre les moyens adaptés et conduisent à des situations absurdes. Dans une logique presque kafkaïenne, les

¹ Daumézon, G., "Informations syndicales. Rapport du secrétaire général", *Information Psychiatrique*, 23, n° 10, 1947, pp. 274-278.

² Dans son premier rapport moral en tant que secrétaire général du Syndicat, en 1946, Daumézon signale que certains membres du Cadre se plaignent de la proximité entretenue par l'équipe dirigeante du syndicat avec le ministère, qui selon eux porte atteinte à la dignité du groupe. Daumézon, "Rapport moral", *op. cit.*

³ Daumézon, "Informations syndicales. Rapport du secrétaire général", *op. cit.*

médecins finissent par éprouver un sentiment d'être dépossédés de leurs moyens par l'inertie administrative, et sont finalement conduits au découragement :

Ces insuffisances [...] entraînent pour les médecins qui doivent pratiquement en assumer la responsabilité une situation variable selon les conditions locales, mais souvent intolérable. En particulier le décalage existant entre les possibilités ouvertes par les progrès de la médecine mentale et les moyens mis à leur disposition, décalage dont l'équivalent n'existe dans aucun autre secteur de l'assistance, constitue une source constante d'irritation ou de découragement entraîne une désaffection progressive des fonctions cependant primordiales de psychiatre des services publics.¹

Le psychiatre apparaît ainsi comme empêché de travailler par l'isolement dans lequel il est placé, se démotivait et abandonnant toute perspective d'action. Lié au destin de ses malades, dont il partage l'abandon, il est comme eux enfermé dans une logique de rejet qu'il ne maîtrise pas et qu'il ne parvient pas à remettre en cause. On retrouve ainsi formulée au niveau du Syndicat, en termes d'une action politique, l'une des idées les plus fortes développées au lendemain de la guerre par les jeunes psychiatres que l'on a analysée plus haut.

Si ce diagnostic est la base de l'élaboration d'une vision partagée au sein du groupe des médecins psychiatriques, il est également rapidement diffusé en direction de l'opinion publique. Une première opportunité est la sortie en France en 1948 du film *la Fosse aux serpents*, qui, en décrivant la carrière d'une malade dans un hôpital psychiatrique américain dirigé par des médecins volontaires, mais dépourvus de moyens, paraît porteur d'un diagnostic applicable à la France, et que les jeunes psychiatres vont s'efforcer de diffuser. *L'Information psychiatrique* contient plusieurs appels à se saisir du film pour en faire un instrument de « propagande », en organisant par exemple des débats autour des projections². A partir des années 1950 l'expression même de « fosse au serpents » devient un lieu commun de la psychiatrie³. La même année, en 1948, le Syndicat fait paraître un communiqué dans la presse dénonçant l'état

¹ "Le problème de la santé mentale (Memorandum rédigé par le conseil syndical)", *Information Psychiatrique*, 26, n° 2, 1950, pp. 56-66.

² Daumézon, G., "Editorial", *Information Psychiatrique*, 25, n° 5, 1949, pp. 170-171.

³ On l'a rencontrée plus haut à propos de Saint Alban, cf. ch. 2.

de la spécialité¹. La manifestation la plus importante qu'organisent les jeunes psychiatres autour de la crise de la psychiatrie est toutefois le numéro spécial que publie en 1952 la revue *Esprit* sous le titre « Misère de la psychiatrie », qui outre des articles des principaux animateurs du groupe, publie également des témoignages de malades, de médecins ou d'infirmiers, dont certains ont paru précédemment dans *l'Information psychiatrique*. Ce numéro marque par ailleurs la communauté d'esprit entre les jeunes psychiatres et une certaine frange de la vie intellectuelle française issue des milieux des chrétiens de gauche, qui jouera un rôle clef jusque dans les années 1960 et 1970, par exemple au sein de l'expérience de secteur du treizième arrondissement de Paris. Avec l'extrême gauche communiste, ces deux segments de l'opinion constitueront les soutiens politiques les plus constants des jeunes psychiatres, même s'ils ne parviendront pas avant les années 1970 à faire de la psychiatrie un problème social intéressant au-delà du petit cercle des spécialistes – et que les psychiatres utiliseront d'autres voies pour faire avancer leur cause, en l'occurrence l'alliance avec l'administration.

Il est difficile de dresser un bilan de ces actions, et en particulier de l'enquête de juin 1951. Dans les mois qui suivent, *l'Information psychiatrique* ne publie aucun résultat, et ne fait même aucune allusion à une suite donnée à cette action. Pour une part ce silence peut s'expliquer par la sensation d'une amélioration ou en tous les cas de perspectives d'amélioration de la situation des hôpitaux psychiatriques. Quelques mois plus tard, le ton des éditoriaux s'est en effet singulièrement assagi, allant jusqu'à saluer un certain nombre d'initiatives des autorités. En 1952, une série de gestes du ministère paraissent constituer une réponse aux attentes des jeunes psychiatres. Le 21 août 1952, celui-ci fait paraître une circulaire sur le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques, qui reprend un certain nombre de propositions des jeunes psychiatres. En 1953, le lancement du premier plan d'équipement sanitaire et social, qui conduit le ministère à s'assurer de la collaboration de l'un des membres du conseil syndical, Jean Lauzier, est un autre signe fort. D'un autre côté toutefois, une raison de l'évolution du syndicat tient également à son équilibre interne. A partir de 1952, il est en effet traversé par une crise qui aboutit en 1953 à un retrait des jeunes psychiatres, et en particulier le départ de Georges Daumézon de son poste de Secrétaire de l'organisation. En tous les cas à partir

¹ "La grande misère des hôpitaux psychiatriques, extraits d'un communiqué public du syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques", *Le Monde*, 1948.

de 1953, manifestement, l'urgence de la crise n'est plus la même. On aura l'occasion de revenir sur ces différents points.

2.3. Siéger au nom du Cadre. Les médecins des hôpitaux psychiatriques dans l'administration consultative

Si cette première dimension de la représentation du Cadre élaborée par les jeunes psychiatres est orientée vers le groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques eux-mêmes, une deuxième dimension correspond à un travail vers l'extérieur, de positionnement dans les institutions qui jalonnent le monde de la psychiatrie et plus largement de la médecine. Dans cette direction, l'un des enjeux majeurs pour les jeunes psychiatres est d'obtenir la présence de représentants du Syndicat au sein des différentes structures placées auprès de l'administration centrale qui jouent un rôle dans la formation de sa politique. Pour un syndicat, obtenir une représentation au sein d'un organisme officiel est bien un enjeu crucial, à laquelle tient sa « représentativité », et donc sa survie comme organisation. Dans le courant des années 1950, la Confédération des syndicats médicaux de France publie ainsi régulièrement dans sa revue la liste des organismes où elle dispose d'une représentation, adressant ainsi à ses adhérents un signe de puissance et d'efficacité. L'importance pour les jeunes psychiatres de se faire une place ou simplement d'obtenir une présence dans les comités du ministère, et leurs efforts pour parvenir à leurs fins, apparaissent bien dans cet extrait d'une lettre adressée en 1947 par Daumézon au ministre au nom du Syndicat, et publiée dans *l'Information psychiatrique* :

Voici bientôt deux années que j'ai eu l'occasion de demander quels reproches adressés aux médecins des hôpitaux psychiatriques pouvaient justifier leur élimination du Conseil Supérieur de l'Hygiène Sociale, ne convient-il d'ailleurs pas de noter que le seul fait que la commission psychiatrique spécialisée de ce conseil s'intitule, comme au temps de Vichy, « Commission de l'Alcoolisme », prouve l'étroitesse de vue, au moins en la matière qui nous occupe, des créateurs de cet organisme.

Depuis cette époque, chaque nouvelle création d'un conseil technique a vu se renouveler la même méconnaissance. Par contre, alors qu'étaient créés une foule de conseils supérieurs, jusqu'à celui de la pédicurie, la IV^e commission du conseil supérieur de l'assistance publique qui, avant 1940 avait accompli un travail considérable n'a jamais été réunie et le ministère vient récemment d'éliminer le seul psychiatre susceptible de conseiller utilement sa politique.

Tout récemment, après que M. Arthaud¹ nous eut assuré de son appui pour l'organisation d'une campagne de propagande psychiatrique, le Journal Officiel publiait la composition du conseil supérieur de l'éducation sanitaire d'où toute préoccupation psychiatrique était proscrite.

Ces jours derniers, malgré les dispositions anciennes (circulaire Rucart) et récentes (circulaire du 2 septembre 1946) nous invitant à donner la plus large collaboration aux organismes s'occupant d'enfance arriérée ou irrégulière, le Conseil Supérieur de l'Enfance est conçu de façon telle non seulement qu'il nous exclut, mais qu'il élimine celui de nos collègues précédemment chargé de la coordination des services de l'Enfance arriérée et irrégulière.

Plus récemment encore, les instructions relatives à l'immigration se révèlent vides de toute préoccupation psychiatrique alors que nous avons eu l'occasion d'attirer l'attention à plusieurs reprises sur le pourcentage important de psychopathes immigrés et la charge importante qui en résulte pour les finances publiques sur l'intérêt d'un contrôle psychiatrique sévère des immigrants comparable à celui institué par divers pays étrangers.²

On le voit, c'est véritablement un siège qu'organise le Syndicat autour de l'administration centrale. De façon générale, pour rendre compte de cette offensive multiforme, il convient d'adopter une perspective écologique, qui considère l'Etat non comme une entité faite d'un bloc et disposant d'un guichet unique pour chaque groupe issu des différents corps constitués, mais comme une pluralité de segments différenciés, engageant des acteurs différents et des manières différentes d'aborder les problèmes concernant un monde donné³. Comme je l'ai noté en introduction, le face-à-face entre les médecins et l'Etat ne se réduit ainsi pas à un seul enjeu comme celui des dépenses de santé, mais à une diversité de questions touchant aux conditions de travail des praticiens, et susceptibles d'être traitées par des acteurs différents dans des cadres différents. Si, par exemple, la psychiatrie est au ministère de la Santé l'affaire d'une équipe chargée d'élaborer la politique de lutte contre les maladies mentales, elle est également l'objet d'interventions des bureaux du ministère de l'Education nationale chargés des études médicales, ou encore de celle du ministère de la Justice lorsque celui-ci s'intéresse aux questions des tutelles. A l'intérieur même du ministère de la Santé, ce sont plusieurs instances qui gèrent les dossiers des constructions hospitalières, les carrières médicales ou encore le statut des personnels secondaires des hôpitaux

¹ Ministre de la Santé et de la Population du gouvernement provisoire entre juin et décembre 1946.

² "Audience ministérielle", *Information Psychiatrique*, 23, n° 6, 1947, p. 190.

³ Abbott, A., "Ecologies liées: à propos du système des professions", in P.-M. Menger (dir.), *Les professions et leur sociologie*, Paris, Ed. de la Maison des Sciences de l'Homme, 1999.

psychiatriques. Cette cartographie qui, rétrospectivement, apparaît clairement à l'analyse, et que j'analyserai plus précisément dans le prochain chapitre, l'est nettement moins pour les acteurs au sortir de la guerre, dans une période de transformation profonde de l'administration française, qui voit se mettre en place une bureaucratie nouvelle dans le domaine de la santé. Pour le Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, l'enjeu est ainsi de saisir toutes les opportunités pour constituer un lien de représentation auprès d'un ensemble le plus vaste possible de ces multiples instances.

Dans cette perspective, à partir de 1945, les dirigeants du Syndicat appuient leurs revendications sur une vision relativement précise de ce que devrait être l'organisation de l'administration de la santé du pays et du rôle que les médecins des hôpitaux psychiatriques devraient y jouer, que l'on trouve formulée une première fois dans le rapport de Georges Daumézon pour les premières Journées Psychiatriques Nationales de 1945¹, puis développée à nouveau dans le mémorandum rédigé en 1950 par le Conseil syndical et adopté par referendum par le Syndicat². Ces différents documents proposent l'intégration des médecins psychiatres dans une organisation pyramidale devant permettre impulsion et contrôle de la politique de santé mentale au plus près du terrain, dans une collaboration étroite avec l'administration. L'organisation du dispositif de protection de la santé mentale y apparaît comme reposant sur trois niveaux : au niveau local, le « cadre de base » est le « service psychiatrique départemental » que l'on a déjà rencontré, qui doit intégrer l'ensemble des services psychiatriques nécessaires pour la prise en charge des malades du département, et est placé sous la responsabilité d'un médecin fonctionnaire. Au niveau régional, le mémorandum de 1950 introduit une nouvelle instance, permettant « l'organisation de certains services spécialisés » pour lesquels le cadre départemental est trop étroit, et qui correspondrait aux circonscriptions sanitaires de la Sécurité sociale. A l'échelon national enfin, l'élaboration de la politique de santé mentale du pays est fondée sur une administration forte, qui devrait « exercer des fonctions variées d'impulsion générale, de mise au point d'une doctrine d'ensemble, de centralisation de la documentation, d'organisation de la recherche, etc. », et serait secondée par « des éléments de contrôle

¹ Daumézon, G., "La protection de la santé mentale en France. Etat actuel et projet de rénovation", in G. Daumézon et L. Bonnafé (dir.), *Le malade mental dans la société. Documents de l'Information Psychiatrique, 1*, Paris, Desclée de Brouwer, 1946.

² "Le problème de la santé mentale (Memorandum rédigé par le conseil syndical)", *op. cit.*

et d'animation constitués par un corps d'inspecteurs généraux nommés parmi les médecins psychiatres des services publics. » Et de préciser à propos de ces derniers : « Il semble souhaitable qu'ils n'exercent ces fonctions que pour un temps limité, que leur nombre et l'organisation de leur travail permettent d'envisager leur rôle davantage comme celui d'un conseil itinérant que comme celui d'agent de répression. »¹ A côté de cette organisation, pour assurer « la création et le fonctionnement » des services psychiatriques départementaux, ainsi qu'une coordination minimale entre eux, le conseil syndical propose par ailleurs un ensemble d'instances de consultation à la composition adaptée aux besoins de chaque niveau : à l'échelon local, « une commission psychiatrique départementale, comprenant un petit nombre de psychiatres (par exemple trois, dont deux appartenant au cadre de psychiatres des services publics, élus par leurs collègues ou confrères) » ; à l'échelon régional, de même, une commission constituée de membres élus ou nommés sur proposition des psychiatres, dont le président serait désigné conseiller technique auprès des organismes intéressés ; à l'échelon national enfin une commission constituée de représentants élus par les commissions régionales ou nommés par le ministre sur une liste proposée par les commissions régionales.

On peut faire un commentaire sur cette structure d'ensemble, pour en souligner la singularité. Ce dont il s'agit ici, c'est d'une intégration forte de la psychiatrie dans l'appareil d'Etat, à tous les niveaux, donc, de la décision administrative, mais dans une perspective presque exclusivement tournée vers l'organisation et la gestion des structures de soin. Les psychiatres ne font que peu de commentaires sur les problèmes spécifiques du gouvernement de la profession – conseil de discipline, gestion des carrières –, probablement parce qu'ils s'en remettent aux instances existantes. D'un autre côté, leur projet ne mentionne guère non plus la question de la recherche en psychiatrie. Le mémorandum de 1950 ne dit rien sur ce point, et le projet de Daumézon en 1945 se contente de suggérer que « des organismes de recherches centraux devraient être prévus » : financés « par une participation des divers Centres Psychiatriques Départementaux au prorata de leurs ressources », ils pourraient être constitués en annexes de l'Institut National d'Hygiène, et seraient « étroitement unis aux hôpitaux psychiatriques de la Seine »². La pauvreté de la vision des psychiatres sur ce point se démarque de la manière dont aux Etats-Unis par exemple la représentation de la

¹ *Ibid.*, p. 59.

² Daumézon, "La protection de la santé mentale en France", *op. cit.*, pp. 76-77.

profession auprès des pouvoirs publics reposera sur le *National Institute of Mental Health*¹, selon un modèle qui inspirera par la suite l'Organisation Mondiale de la Santé – qui recommandera en 1955 que l'ensemble des Etats s'engagent vers la création de ce type de structure². Le projet des psychiatres français traduit en fait une vision spécifique de la profession psychiatrique, de son mandat et de sa relation avec l'Etat, sur laquelle je reviendrai plus loin.

Quoi qu'il en soit, on comprend, vue l'ampleur du projet, que la stratégie de placement des psychiatres n'ait été que pour une part seulement couronnée de succès. On peut dresser un rapide bilan de la représentation obtenue par le Syndicat à la fin des années 1940, qui situe plus largement la position qu'il tiendra au sein de l'administration consultative jusqu'aux années 1960, en réservant pour le prochain chapitre l'analyse du travail que cette représentation leur permettra d'accomplir. Une première dimension concerne les instances plus directement professionnelles, liées à la régulation du corps des médecins des hôpitaux psychiatriques. La Commission consultative des hôpitaux psychiatriques créée par le décret de 1910, et qui est remise en place dès la Libération après sa suppression sous le Gouvernement de Vichy, fonctionne ainsi comme une commission paritaire mixte, consultée sur les nominations et les mutations, et servant également d'instance disciplinaire. Composée de médecins élus et de représentants de l'administration, elle assure également une entrée minimale des médecins des hôpitaux psychiatriques auprès du ministère de la Santé, qui les met d'emblée dans une position privilégiée par rapport à leurs collègues libéraux.

Une seconde dimension de la représentation acquise par les médecins des hôpitaux psychiatriques auprès du ministère passe par les instances techniques. De ce côté, les succès sont plus mitigés. Le courrier adressé par Daumézon au ministre en 1947, que j'ai cité plus haut, déplorait le peu d'influence du corps, manifesté par son absence au sein d'organismes aussi importants pour la psychiatrie que le Conseil Permanent d'Hygiène Sociale, le Conseil Supérieur de l'Assistance, ou encore le Conseil Supérieur de l'Enfance. De fait, les psychiatres n'obtiendront jamais une

¹ Créé en 1949, celui-ci est à la fois un organisme de financement de la recherche et une structure de formation des professionnels de la santé mentale, quelle qu'en soit l'origine Grob, G. N., *From Asylum to Community. Mental Health Policy in Modern America.*, Princeton, Princeton University Press, 1991.

² Sur ce point, voir le chapitre suivant.

représentation de droit dans ces deux dernières instances. Une autre revendication du Syndicat, la création d'une Inspection générale psychiatrique, dont le modèle est le rôle qu'avait joué avant la guerre l'Inspecteur Général Julien Raynier, issu du Cadre, ne verra pas non plus le jour. La représentation technique des médecins des hôpitaux psychiatriques auprès du ministère de la Santé prendra néanmoins plusieurs formes dans le courant des années 1940 et 1950. Celle de conseillers techniques tout d'abord. Deux membres du conseil syndical sont conseillers techniques au sein du cabinet du ministre à partir de 1945, Louis Le Guillant et Lucien Bonnafé. Leur présence au ministère, liée à leur engagement au Parti Communiste, d'où est également issu le ministre, François Billoux, durera jusqu'en 1947 et l'éviction des membres communistes du gouvernement. Il faudra ensuite attendre 1953 et le lancement d'un plan d'équipement psychiatrique au sein de la planification sanitaire pour voir la recréation d'un poste de conseiller technique auprès du ministère, cette fois sur une mission moins politique, directement auprès de l'administration. Le poste sera tenu par un psychiatre de la génération antérieure, Jean Lauzier, spécialiste des questions d'architecture hospitalière, qui sera assisté à la fin des années 1950 par une équipe de psychiatres plus jeunes.

A partir de la fin des années 1940, ce sont toutefois une Commission d'Etude des Problèmes de Santé Mentale puis la Commission des maladies mentales du Conseil Permanent d'Hygiène Sociale qui constituent les principales instances de délibération technique sur les questions de psychiatrie auprès du ministère de la Santé, auprès de qui elles seront le principal relais du groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques jusqu'au début des années 1960. La première des deux commissions est créée en 1947, sans doute pour une part en réponse à la demande du Syndicat. Il s'agit d'une commission spéciale, indépendante des grandes instances consultatives du ministère de la Santé. Présidée par le directeur de l'Hygiène sociale au ministère, Eugène Aujaleu, elle comprend, outre des représentants de l'administration du ministère et des directeurs administratifs des hôpitaux psychiatriques – encore qu'un des deux puisse être médecin –, exclusivement des médecins, et parmi ceux-ci une majorité de médecins des hôpitaux psychiatriques : six pour 2 professeurs de clinique psychiatrique et 2 médecins psychiatres des villes de faculté, ainsi que 2 représentants des infirmiers. Les uns et les autres sont nommés sur proposition de leurs instances de représentation. En fin de compte, 11 des 17 médecins membres de la commission exercent dans des hôpitaux

psychiatriques. Pour des raisons d'économie, l'administration décide toutefois en 1949 sa suppression, pour la recréer immédiatement sous la forme d'une Commission des maladies mentales au sein du Conseil Permanent d'Hygiène Sociale. Ce dernier est chargé depuis 1942 de conseiller le ministère dans la lutte contre les fléaux sociaux. La Commission des maladies mentales se substitue à une commission de l'alcoolisme, de la toxicomanie et de l'hygiène mentale, qui, bien que comptant des médecins des hôpitaux psychiatriques parmi ses membres, n'a pas les hôpitaux sous sa juridiction. L'opération modifie quelque peu la composition de la Commission par rapport à celle de sa devancière, qui doit se modeler sur les autres commissions du Conseil, et elle permet en particulier d'élargir la représentation des différentes tendances de la psychiatrie. La Commission est placée sous la présidence de Georges Heuyer, tandis que son vice-président est une figure du Cadre, Xavier Abély¹. Elle ne compte qu'un seul membre de droit issu du corps médical, le secrétaire général du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, ce qui fait aussi de ce dernier le seul organisme médical représenté en tant que tel. A l'exception des membres de l'administration et de la Sécurité sociale, les autres membres de la commission sont nommés au titre de personnalités qualifiées. En fin de compte, cela conduit à un rééquilibrage de l'institution, qui compte en 1949 parmi ses membres, outre le secrétaire général du Syndicat, treize médecins des hôpitaux psychiatriques, dix enseignants à la faculté de Médecine – dont Henri Baruk, dont on a vu qu'il est également médecin-chef des hôpitaux psychiatriques –, trois médecins des hôpitaux de Paris, et deux praticiens libéraux.

La création de postes de psychiatres consultants auprès d'organismes divers, occupés par des médecins issus du Cadre, constitue une autre dimension de la représentation des médecins des hôpitaux psychiatriques. Ce type de poste concerne en particulier des postes de psychiatres départementaux créés dans le courant des années 1950 dans les départements dépourvus d'hôpitaux psychiatriques pour préparer leur équipement, postes qui correspondent parfois à des délégations auprès d'institutions comme les Offices Publics d'Hygiène Social, chargés de la création et la gestion des

¹ Ancien interne des asiles de la Seine, issu d'une famille comptant de nombreux médecins des hôpitaux psychiatriques, dont son frère Paul, Xavier Abély (1890-1965) est de 1937 à 1952 le chef du prestigieux service de l'admission de Sainte Anne, et il est après la guerre membre du Conseil syndical. Il est par ailleurs l'auteur d'un ensemble de recherches en endocrino-psychiatrie.

dispensaires d'hygiène sociale des départements. D'autres formes de détachement peuvent concerner des associations, parfois reconnues d'utilité publique comme les associations du domaine de l'enfance inadaptée. Dans ce cas, cela correspond également à une manière d'occuper le terrain et de faire valoir l'expertise du corps en promouvant l'accréditation donnée par le concours du médicament. Mais cela peut constituer également une manière de se placer et de prendre une option pour l'avenir : dans une analyse publiée en 1948, deux cadres du Syndicat soulignent le rôle joué par les détachements pour préparer à l'extension du cadre vers de nouveaux postes¹.

Grâce à ces différentes positions, les jeunes psychiatres parviennent à établir un lien fort avec le ministère de la Santé, qui jouera un rôle clef durant les années 1950 et une partie des années 1960 dans l'élaboration du « secteur ». En fin de compte, cette position privilégiée auprès de l'administration tient pour une part à leur statut de médecins fonctionnaires, indéboullonnables responsables de services prenant en charge des dizaines de milliers d'individus et brassant des masses financières considérables, responsabilité qui fait d'eux, en tant que corps, un partenaire inévitable de l'autorité publique. Mais elle tient également aux liens qu'ils parviennent à tisser avec le bureau de la psychiatrie de la Direction de l'Hygiène Sociale. Jusqu'au début des années 1950, on l'a vu, les responsables du Syndicat peuvent en effet se targuer d'entretenir de très bonnes relations avec leur administration de tutelle. Une raison en est que leurs préoccupations et leur vision de l'organisation de la santé publique rejoignent celles d'une partie du personnel administratif en charge des questions de psychiatrie au ministère de la Santé – j'explicitai ce point dans le prochain chapitre. Leur position sera néanmoins plus fragile du côté du reste de l'administration centrale, concernant les autres aspects de la politique gouvernementale pouvant intéresser la psychiatrie. Un point faible de leur représentation concernera en particulier les segments de l'Etat en charge des affaires intéressant la spécialité ou la formation. Ce point jouera un rôle crucial pour la forme même du projet que les jeunes psychiatres développeront à partir de la deuxième moitié des années 1950, dans le « secteur ». Pour analyser ce point, il faut toutefois comprendre d'abord un troisième aspect de la représentation construite par les jeunes psychiatres dans les années 1940 et au début des années 1950 à travers leurs prises de position.

¹ Bessière, R. et L. Le Guillant, "La crise de la psychiatrie", *Information Psychiatrique*, n° 2, 1947, p. 43.

2.4. Prendre position pour le Cadre. Les médecins des hôpitaux psychiatriques dans l'arène des problèmes de la psychiatrie de 1945 au début des années 1950

Jusqu'à la fin des années 1950, les problèmes de l'identité de la psychiatrie et de son évolution, de la place et du rôle de l'hôpital psychiatrique dans la spécialité, donnent lieu à deux débats importants, qui permettent également au Syndicat d'ancrer sa représentation et de lui donner de la chair. Ce sont d'une part la question des moyens et des lieux d'exercice de la psychiatrie, d'autre part celle de l'organisation de la spécialité.

Quel hôpital pour la psychiatrie : tous pour l'hôpital village

L'élaboration d'une position spécifique du « cadre » sur l'architecture hospitalière se fait progressivement entre la Libération et la fin des années 1940. Elle est liée à la fois au travail du groupe des jeunes psychiatres sur la psychothérapie collective, et au lancement des travaux de reconstruction des hôpitaux psychiatriques du nord de la France détruits pendant la guerre. Dans un premier temps, ce positionnement prend la forme d'une résolution adoptée par les médecins des hôpitaux psychiatriques au cours des Journées Psychiatriques Nationales de 1947, à la suite d'un rapport de Lucien Bonnafé et d'un dossier publié dans la série des *Documents de l'Information psychiatrique* sous le titre un peu trompeur : « Au-delà de l'asile et de l'hôpital psychiatrique »¹. Ces options sont reprises et confirmées dans un rapport à la Commission d'Etude des Problèmes de Santé Mentale à la fin de l'année 1948, rédigé par deux cadres du Syndicat, Lucien Bonnafé et Jean Lauzier, et par un directeur d'hôpital psychiatrique, Henri Godeau. Celui-ci marque la reconnaissance officielle de la position du cadre par l'administration du ministère de la Santé². Mises à jour, les

¹ *Au delà de l'asile d'aliéné et de l'hôpital psychiatrique. Documents de l'Information Psychiatrique*, 2, Paris, Desclée de Brouwer, 1946 ; "Compte rendu des journées psychiatriques nationales 1947", *Information Psychiatrique*, n° 6, 1947, p. 147. Voir aussi le débat qui suit dans les colonnes de l'Information psychiatrique. Un peu trompeur, car le document n'ouvre pas sur une psychiatrie sans hôpital psychiatrique, mais sur une nouvelle conception de l'hôpital psychiatrique, en l'occurrence sous la forme d'un Centre de Traitement ou de Cure et de Réadaptation Sociale.

² Lauzier, J. et al., "Rapport sur les conditions techniques auxquelles doit répondre un hôpital psychiatrique", *Techniques hospitalières*, n° 41, 1949, pp. 5-12 Cf. le compte rendu de la discussion à la Commission : réunion du 19 octobre 1948, *Information psychiatrique*, 25, n°1, pp. 36 sq.

normes qui se dégagent de ces textes sont réaffirmées tout au long des années 1950¹. Elles correspondent à une formule d' « hôpital village ».

La formule de l'hôpital village renvoie à deux options fortes. La première est le parti d'une architecture pavillonnaire dispersée, dont l'organisation générale doit se modeler, précisément, sur un village : regroupement des services généraux autour d'une place centrale, véritable cœur vivant du centre hospitalier, et répartition des unités de séjour sur l'assiette de l'établissement en fonction du « degré de sociabilité » des malades. L'hôpital village tranche ainsi à la fois sur les formules d'hôpital pavillonnaire généralement mises en œuvre en France jusqu'à la veille de la guerre, qui présentaient un plan à la fois plus regroupé et plus symétrique, et sur la formule d'hôpital-bloc, qui apparaît à partir de 1945 comme la nouvelle norme de construction des centres hospitaliers généraux, et dont les jeunes psychiatres proposent une critique serrée². Le terme même d'hôpital village est emprunté à une conception développée en Allemagne à la fin du XIX^e siècle, visant à l'origine à éviter de donner aux établissements psychiatriques l'aspect d'un hôpital en y implantant des édifices publics ou encore en donnant aux pavillons l'aspect de maisons d'habitation ordinaires³.

Plus spécifiquement toutefois, l'élaboration que font les jeunes psychiatres de la notion d'hôpital village incorpore deux dimensions importantes de la psychothérapie collective. La première est l'idée d'unité et de totalité, que traduit bien l'expression de « Cité psychiatrique » également utilisée dans certains textes⁴. L'hôpital psychiatrique doit accueillir l'ensemble des malades mentaux, sans se limiter à une catégorie de malades aigus ou chroniques, et en se donnant les moyens de les traiter en fonction de leurs besoins à tous les stades de la maladie. Il comporte ainsi une gamme d'équipements élargie : à la fois équipements médicaux – laboratoires, salles

¹ Bouquerel, J., "Les problèmes architecturaux de l'hôpital psychiatrique. Rapport d'assistance", *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. LIVe session*, Bordeaux, Masson, 1956 ; Lauzier, J., "L'hôpital psychiatrique de demain", *Information Psychiatrique*, 35, n° 5, 1959, p. 343 ; Idem, "Fixation de normes de construction des Hôpitaux psychiatriques", *Information Psychiatrique*, 36, n° 4, 1960, p. 373.

² Bonnafé, L., "A propos des tendances nouvelles de l'architecture médicale", *Information Psychiatrique*, 1945, p. 97 ; Daumézon, G., "Une visite à l'hôpital psychiatrique de Liestal-Hasenbühl", *Information Psychiatrique*, n° 5, 1946, p. 119 ; Idem, "Vers une conception moderne de l'hôpital psychiatrique", *Techniques hospitalières*, n° 8, 1946.

³ Laget, P.-L., "Naissance et évolution du plan pavillonnaire dans les asiles d'aliénés", *Livraisons d'histoire de l'architecture*, n° 7, 2004, p. 1er semestre 2004.

⁴ Particulièrement : Lauzier et al., "Rapport sur les conditions techniques auxquelles doit répondre un hôpital psychiatrique", *op. cit.*

d'électrochocs, voire salle de chirurgie – et installations d'ergothérapie ou plus généralement de psychothérapie. L'idée de village comporte toutefois pour les jeunes psychiatres l'idée qu'il doit exister une forme de solidarité organique entre ces différents services et entre les personnels qui les animent. Cette position est bien développée dans cette réponse de Bonnafé à un critique du projet :

Dans une organisation rationnelle, telle que nous pouvons en pressentir la réalisation, le travail à l'hôpital psychiatrique se fait largement en commun, l'ensemble des médecins constitue une équipe dans un tel groupe, chacun est « savant » chacun également est « social », mais il subsiste des diversités de personnalité, de tempérament, qui loin de s'éteindre dans l'équipe s'affirment. Tel est plus orienté vers le « social externe » (dispensaire, activités de liaison, etc.), tel autre vers le « social interne » (travail thérapeutique, culture de la sociabilité des malades, etc.), tel autre vers la recherche « biologique » ou « psychologique ». D'elles mêmes se précisent les fonctions diverses : coordination des services extérieurs, direction médicale de l'hôpital, organisation de la recherche, etc. Chacun, patron dans son service, profite dans ses activités intra et extra muros, du travail collectif. Il ne s'agit pas de hiérarchie au sens usuel, mais d'harmonie, de cohésion et cohérence. La formule de l'hôpital psychiatrique « structuré » pour laquelle militent les tendances actuelles n'est pas seulement architecturale, ce point de vue –ci n'est qu'un aspect d'une conception globale qui fait de notre lieu de travail un organisme vivant.¹

D'un autre côté, l'idée d'hôpital village traduit également l'insistance des jeunes psychiatres sur le rôle de la vie sociale de l'établissement dans le projet de psychothérapie collective. Les malades devaient en particulier être « sélectionnés » pour les différents pavillons selon leur « mode de sociabilité », plutôt qu'en fonction de critères diagnostiques². Les élaborations les plus lyriques de la formule insistent sur la nécessité de faire de l'établissement le centre d'une vie sociale riche, voire « normale », permettant la création de liens de solidarité authentiques entre pensionnaires. De ce point de vue, une dimension importante du projet des jeunes psychiatres concerne la nécessité pour l'établissement de ne comporter qu'un nombre limité de lits – de 400 à 800 dans les textes de l'après-guerre.

La seconde option engagée dans le modèle de l'hôpital village concerne l'implantation de l'établissement et sa relation aux autres institutions médicales. Si

¹ Bonnafé, L., "De certains malentendus ou confusion", *Information Psychiatrique*, 23, n° 7, 1947, pp. 175-178.

² Lauzier et al., "Rapport sur les conditions techniques auxquelles doit répondre un hôpital psychiatrique", *op. cit.*

l'hôpital village doit être intégré à « un plan d'urbanisme sanitaire national », il est pour les psychiatres un hôpital suburbain, implanté en périphérie des grandes villes, à proximité des autres établissements hospitaliers, mais distinct d'eux à la fois administrativement et géographiquement¹. La position découle pour une part des contraintes architecturales du projet, en particulier de la nécessité de disposer d'un large terrain d'assiette, mais elle découle également d'une critique systématique de la condition faite à la psychiatrie dans les quartiers psychiatriques des hôpitaux généraux : discrédit du malade mental, état misérable des locaux alloués à la psychiatrie, recrutement défaillant du personnel².

Le consensus obtenu par les jeunes psychiatres au sein du groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques autour de l'hôpital village présente deux caractéristiques importantes. La première est la continuité de la position avec les conceptions architecturales engagées avant la guerre³. L'hôpital village apparaît ainsi comme l'élaboration de l'une des formules architecturales proposées dans l'entre-deux-guerres par les autorités⁴. La mobilisation de l'expertise d'un ancien comme Jean Lauzier marque au demeurant ce lien de avec une tradition de longue durée : actif au sein de l'Amicale des Aliénistes avant la guerre, Lauzier (1893-1960) est surtout auteur en 1935 avec Julien Raynier d'une synthèse des tendances de l'architecture des établissements psychiatriques dans l'entre-deux-guerres⁵. Il s'engage vivement à partir de 1945 auprès des jeunes psychiatres, faisant partie de l'équipe syndicale et se chargeant de la direction éditoriale de *l'Information psychiatrique*⁶. Membre de la Commission des maladies mentales, il est nommé en 1953, on l'a vu, conseiller technique au ministère,

¹ Pour un plan similaire pour l'ensemble de la médecine dans le débat sur la réorganisation de la médecine à la Libération, voir : Crepin et Jouve, "Données médicales d'une nouvelle organisation hospitalière de France", *Le Médecin Français*, n° 1, 1947, p. 10 sq..

² Beley, A., "Une formule hospitalière périmée: Le quartier d'hospice réservé aux aliénés", *Archives de médecine sociale*, II, 1946, pp. 662-665 ; Daumézon, G., "Les quartiers d'aliénés des hôpitaux généraux", *Techniques hospitalières*, 2, n° 13, 1946, pp. 9-11.

³ Sur l'émergence et les transformations de la formule de l'hôpital village en psychiatrie entre le début du XIX^e siècle et la Seconde Guerre mondiale, voir : Laget, "Naissance et évolution du plan pavillonnaire dans les asiles d'aliénés", *op. cit.*

⁴ Voir en particulier Lauzier, J., "Considérations nouvelles sur la construction et l'aménagement des hôpitaux psychiatriques", *Au delà de l'asile d'aliéné et de l'hôpital psychiatrique. Documents de l'Information psychiatrique*, Paris, Desclée de Brouwer, 1946.

⁵ Raynier, J. et J. Lauzier, *La construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés*, Paris, 1935.

⁶ Cf. sa participation au deuxième tome des Documents de l'Information psychiatrique : Lauzier, "Considérations nouvelles sur la construction et l'aménagement des hôpitaux psychiatriques", *op. cit.*

en charge de l'examen des plans de construction des hôpitaux psychiatriques. Jusqu'en 1960, c'est lui qui sera à l'origine de l'ensemble des documents établissant des normes pour les établissements psychiatriques¹. Les propositions des jeunes psychiatres permettent d'une certaine manière de redonner un sens et une jeunesse aux normes élaborées par les médecins des asiles avant la guerre. Ainsi, la proposition de regrouper les services médicaux de l'établissement, comme celle de classer les malades en fonction de leur mode de sociabilité, conduit en fait à distinguer dans l'établissement une partie regroupant les services de traitement actif – infirmerie, pavillons d'hospitalisation, pavillons pour névrosés – et une zone hospice plus en périphérie de l'établissement, voire en annexe, accueillant les déments, les arriérés et les grabataires² : c'est exactement la proposition que faisait en 1923 Julien Raynier³. Le point est d'autant plus significatif qu'en renouvelant son adhésion à la tradition, la psychiatrie se trouve à rebours de l'une des ruptures importantes réalisées par le reste de la médecine. Ce sera à terme l'un des éléments clefs d'un porte-à-faux entre la psychiatrie française et les mouvements modernisateurs de la société française dans les années 1970.

Un second élément tient à la nature même des normes architecturales en jeu dans cette prise de position. Un projet architectural comme l'hôpital village constitue à la fois un cadre qui doit être adapté au moment de sa réalisation à des configurations différentes sur le terrain, et un idéal lointain vers lequel doivent tendre les efforts sans forcément jamais y toucher. De ce point de vue, l'accord du Cadre sur l'hôpital village permet d'entretenir un jeu quant aux moyens à engager immédiatement. La manière dont furent traitées les objections émises par certains psychiatres dans la suite des Journées de 1947 illustre ce point. Dans un article publié dans *l'Information psychiatrique* à la suite du compte rendu des Journées, Pierre Scherrer, médecin directeur de l'hôpital psychiatrique d'Auxerre, critiqua ainsi l'option conservatrice du Syndicat, soulignant que l'hôpital village « ne présente selon nous qu'un terme de l'évolution des conceptions traditionnelles de la technique de cure psychiatrique », et

¹ Notamment : Lauzier et al., "Rapport sur les conditions techniques auxquelles doit répondre un hôpital psychiatrique", *op. cit.* ; Lauzier, "Fixation de normes de construction des Hôpitaux psychiatriques", *op. cit.*

² Lauzier et al., "Rapport sur les conditions techniques auxquelles doit répondre un hôpital psychiatrique", *op. cit.*, pp. 8-9. Voir aussi : Bonnafé, L., "Vers une conception urbaniste de l'architecture médicale. L'apport critique et constructif de la psychologie sociale et de la psychiatrie", *Techniques hospitalières*, 1, n° 8, 1946, p. 1.

³ Raynier, J., "Rapport de l'inspection générale des services administratifs", *Journal Officiel*, 1923.

qu'il conduit à perpétuer l'isolement des malades. Au contraire, Scherrer proposait un déploiement des psychiatres en dehors de l'hôpital psychiatrique, la création de services psychiatriques dans les hôpitaux généraux, le traitement des chroniques pouvant se faire dans des hôpitaux ruraux, où la présence du psychiatre pouvait être « intermittente »¹. Dans une première réponse, Lucien Bonnafé répondit que Scherrer se trompait de cible, l'enjeu étant précisément d'obtenir le décroisement de l'hôpital psychiatrique dans son entier, en apportant des améliorations aux conditions de vie de l'ensemble des malades². Dans une seconde réponse élaborée au cours de l'assemblée générale du Syndicat de juin suivant, Daumézon fit du désaccord un malentendu sur la stratégie à conduire : « Il est hors de doute qu'en l'état actuel de notre assistance, nous devons nous attacher à prendre en mains le plus possible de services d'aigus dans les hôpitaux généraux afin d'assurer aux malades de ces hôpitaux des soins éclairés. Si un service psychiatrique urbain s'impose lorsque l'HP est éloigné, cela n'implique pas une catégorisation en curables et incurables. Des raisons d'opportunité nous amènent donc dans un premier temps à favoriser la création de services urbains en nous attachant à en conserver le contrôle. Mais il est essentiel qu'en face des problèmes de reconstruction et comme doctrine d'avenir nous soyons d'accord sur la nécessité d'un hôpital psychiatrique suburbain recevant et traitant toutes les catégories de malades mentaux. »³ En traitant la controverse avec Scherrer comme un désaccord stratégique, et en soulignant la convergence des objectifs lointains, formulés de manière générale et reposant sur des valeurs qui apparaissent difficilement discutables, les jeunes psychiatres obtiennent ainsi l'accord de l'ensemble du corps.

Dans ce débat sur l'hôpital psychiatrique, l'opposition la plus constante à la position élaborée au sein du groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques ne vint toutefois pas du monde médical, même si pour une part celle-ci paraît avoir été à l'origine de la création du mouvement pour une psychiatrie biologique, que j'ai évoqué plus haut. A cet égard, l'épisode manifeste la réussite d'une stratégie reposant sur un traitement technique du problème, justifiant des solutions adaptées aux problèmes

¹ Scherrer, P., "Réflexions et critiques", *Information Psychiatrique*, 23, n° 6, 1947, pp. 152-155.

² Bonnafé, "De certains malentendus ou confusion", *op. cit.* La position sera développée dans le même sens quelques années plus tard : Bonnafé, L., "Points de vue sur la construction et l'aménagement d'un service libre", *Information Psychiatrique*, n° 2, 1956, pp. 52-61.

³ "Compte rendu de l'Assemblée Générale du 22 juin 1947", *Information Psychiatrique*, 23, n° 9, 1947, pp. 243-247.

spécifiques des malades mentaux et ne pouvant être élaborées que par des experts indiscutables de la question, comme Jean Lauzier. Il signale surtout la spécificité de la vision de la psychiatrie ou plus généralement de la médecine portée par ces médecins des hôpitaux psychiatriques, l'un des rares groupes médicaux à prendre au sérieux les questions d'architecture médicale, dans la ligne de leur intérêt pour les questions d'administration de la santé. Comme on peut s'y attendre, la discussion sera en revanche plus vive avec les directeurs administratifs, et elle se poursuivra tout au long des années 1950 à la Commission des maladies mentales. L'essor de ce groupe, qui défendait une formule administrativement viable d'établissement psychiatrique, participe de la professionnalisation de la gestion des hôpitaux et plus généralement de l'essor de rationalisation économique en santé. Dans cette perspective, l'un des points majeurs du débat sera la défense par les directeurs administratifs d'un nombre minimal de lits permettant d'assurer la rentabilité financière des établissements, idée allant à l'encontre de la volonté des psychiatres de limiter la taille des établissements¹. Cette opposition sera toutefois trop faible pour constituer un réel obstacle à l'avancée de l'entreprise des jeunes psychiatres.

Le problème de la qualification et la défense de la psychiatrie comme spécialité

Le second débat qui divise le monde de la psychiatrie au lendemain de la guerre concerne la définition même de la spécialité et la formation des psychiatres. Plus virulent que celui sur l'architecture de l'hôpital psychiatrique, ce débat restera vif jusqu'aux années 1980. Une raison en est évidemment qu'il touche plus directement la question de l'identité de la psychiatrie. Dans cette section j'examine plus spécifiquement l'émergence d'un positionnement des médecins des hôpitaux psychiatriques sur cette question entre 1945 et le milieu des années 1950, en réservant pour le chapitre 5 les développements ultérieurs de cette histoire².

De façon générale, le débat sur la régulation des spécialistes émerge en France dans les années 1920, dans un contexte de prolifération des spécialistes et des

¹ Ueberschlag, H., "Une lettre circulaire de l'association des directeurs administratifs des hôpitaux psychiatriques de France", *Information Psychiatrique*, n° 3, 1955, p. 142. Voir aussi les débats de la Commission des maladies mentales – cf. chapitre suivant.

² Sur cet épisode, voir également : Fussinger, C., "Formation des psychiatres et psychothérapie: regards croisés sur les situations suisse et française", *PSN*, III, n° 14, 2005, pp. 193-206.

spécialités, et alors que la perspective d'une généralisation de l'assurance maladie impose de réfléchir aux conditions de rémunération des médecins revendiquant une spécialisation particulière¹. Un projet de règlement global de la question pour l'ensemble de la médecine a été élaboré en 1931, et si le débat n'aboutit pas à la veille de la guerre, il est repris immédiatement après la Libération sur les bases du projet de 1931, pour cette fois aboutir rapidement. Le statut de spécialiste qui s'impose alors comprend trois aspects essentiels : l'exercice exclusif de sa spécialité par le spécialiste ; le droit de tout praticien à accomplir l'ensemble des actes médicaux ; l'acquisition du statut de spécialiste par une formation spécialisée. Le règlement des modalités concernant chacune des spécialités, précisant à la fois le contenu de la qualification et l'extension de la pratique spécialisée, doit cependant être négocié au cas par cas, et c'est dans ce contexte que se pose plus spécifiquement dans les années qui suivent la Libération le problème de la définition de la spécialité de psychiatrie, ou plus généralement, puisque c'est ainsi que le problème se posera, de la ou des spécialités de neurologie et de psychiatrie. A partir de la fin des années 1940 et jusqu'à la fin des années 1960, la position que défendent les médecins des hôpitaux psychiatriques par le biais de leur Syndicat est en effet celle d'une séparation claire entre psychiatrie et neurologie, alors même que c'est une spécialité de neuropsychiatrie qui est créée, soutenue en particulier par le corps enseignant de la faculté de Médecine.

Un projet élaboré dans la suite des Journées psychiatriques de 1945 et publié en 1947 dans *l'Information psychiatrique* aide à se faire une idée plus précise de l'enjeu du problème du point de vue des jeunes psychiatres. C'est la commission psychiatrique de l'Union des Médecins Français², animée par les jeunes psychiatres, qui s'est saisie de la question, mais elle a également pris soin d'organiser une série de réunions avec des représentants des médecins des hôpitaux afin de donner davantage de poids à ses propositions. Si elles semblent avoir eu un succès mitigé, ces réunions aboutissent néanmoins à ce que le projet issu des discussions soit signé conjointement par Henri Ey et un représentant du Syndicat des psychiatres des hôpitaux généraux, Gallot³. Le projet

¹ Weisz, G., "Regulating specialties in France during the first half of the twentieth century", *Social History of Medicine*, 15, n° 3, 2002, pp. 457-480 ; Weisz, *Divide and conquer.*, *op. cit.*

² Sur ce point et sur les Journées psychiatriques de 1945, cf. supra ch. 1.

³ Cf. Ey, H. et H. M. Gallot, "Le brevet de psychiatrie et l'organisation des services psychiatriques publics", *Information Psychiatrique*, 23, n° 7, 1947, pp. 214-219, d'où sont également extraites les citations suivantes. On y trouvera également quelques indications sur le déroulement des discussions.

tel qu'il est exposé en 1947 propose en fait une architecture très ambitieuse et de ce fait sensiblement en décalage à l'égard de la régulation qui sera mise en place par l'Ordre des Médecins. Le problème est abordé par le biais d'une réflexion sur l'organisation globale de l'assistance psychiatrique, laquelle découle des positions élaborées au cours des Journées et résumées dans les 24 Conclusions – et en particulier la revendication de l'unité de l'assistance psychiatrique et de l'unité du cadre des médecins des services publics. Le projet Ey-Gallot prévoyait ainsi deux niveaux distincts d'accréditation des spécialistes en psychiatrie, correspondant au rôle qu'ils seraient appelés à jouer dans l'organisation de l'assistance psychiatrique. Dans un premier temps, le projet proposait la création d'une spécialité de « maladies du système nerveux », avec deux mentions séparées, psychiatrie et neurologie, dont la qualification était liée à l'obtention d'un brevet universitaire, qui donnait le droit de s'installer en secteur libéral et de pratiquer en cabinet. Cette qualification correspondait de fait à la qualification prévue pour les autres spécialités par l'Ordre. Dans un second temps, le projet proposait également la création d'un statut de « médecin des services psychiatriques publics », qui comprenait lui-même deux niveaux de qualification selon le secteur d'activité : le projet distinguait en effet un secteur « polyclinique », qui correspondait aux dispositifs extrahospitaliers, et dont la responsabilité pouvait être assumée par des médecins à temps partiel, et un « secteur central de cure », qui correspondait en fait aux établissements hospitaliers. Il faut noter que le secteur polyclinique comprenait en particulier les « services d'urgence et de traitement ou de dépistage dans les hôpitaux » généraux. Pour réguler ce secteur, le projet introduisait un nouveau diplôme, le « diplôme d'assistance psychiatrique », reposant sur une formation aux problèmes d'assistance et de technique hospitalières, et il imposait d'autre part que les médecins aient effectué un stage d'un an dans un hôpital psychiatrique. Pour le secteur de « cure », le projet conservait le concours du médecin des hôpitaux psychiatriques, en offrant toutefois des facilités d'accès aux médecins du secteur polyclinique.

L'architecture d'ensemble du projet plaçait les médecins des hôpitaux psychiatriques au sommet d'une hiérarchie de qualification, qui en faisait une sorte d'élite de l'assistance psychiatrique. De façon plus générale, le projet Ey-Gallot insistait sur le rôle des hôpitaux psychiatriques dans la formation des psychiatres : « Leur organisation technique, la vie sociale propre à leurs assistés (travail, réunions,

interaction des psychopathes, réactions des malades, adaptation de leur existence au milieu, etc.) ; la possibilité offerte par ces organismes d'études de longues évolutions de troubles mentaux constituent autant de ressources pour l'enseignement. De plus le corps des médecins des hôpitaux psychiatriques compte assez de chefs de service capables de participer à un enseignement de cet ordre auprès des chaires de spécialité. » Par sa volonté de proposer une régulation globale de la spécialité de psychiatrie, le projet Ey-Gallot apparaît en définitive très ambitieux. Il marque d'autre part un accord entre les médecins des hôpitaux psychiatriques et leurs collègues des hôpitaux, qui sera de fait la seule tentative de régler conjointement le problème de la régulation de l'assistance psychiatrique jusqu'à la fin des années 1960 : à partir des années 1950, le Syndicat des psychiatres des hôpitaux généraux, associé au Syndicat des spécialistes des maladies du système nerveux, réclamera l'application du libre jeu du libéralisme pour les postes des services extrahospitaliers, jouant contre les médecins des hôpitaux psychiatriques¹. Dans un premier temps toutefois, c'est autour de la définition même de la spécialité que prend le débat. Pour comprendre la manière dont celui-ci s'organise il faut rapidement revenir sur la chronologie des événements.

A l'origine, trois institutions sont en charge du problème : l'Ordre des médecins, le ministère de l'Education nationale et les syndicats de praticiens². En principe, les textes pris dans l'immédiat après-guerre placent la qualification des spécialistes sous la responsabilité du Conseil de l'Ordre³. La reconnaissance de la spécialisation découle de l'article 11 du code de déontologie, adopté par décret du 27 juin 1947, qui réglemente les titres dont peuvent se prévaloir les médecins sur leurs plaques ou dans les annuaires. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins est chargé de définir la liste des diplômes, des titres et des connaissances dont doivent faire preuve les spécialistes et de veiller à la procédure de qualification. La procédure mise en place conduit cependant dans une large mesure à dégager l'Ordre de sa responsabilité et à placer la qualification sous celle conjointe de l'Education nationale et des syndicats de praticiens, créant un rapport de force entre ces deux institutions qui durera jusqu'à la fin des années 1950. D'un côté en

¹ Cf. chapitre suivant.

² En fait quatre, dans la mesure où les Caisses d'Assurance Maladie joueront un rôle non négligeable d'aiguillon pour faire aboutir l'élaboration de la régulation, en proposant de rembourser différemment les actes médicaux selon qu'ils sont accomplis par des spécialistes ou des généralistes.

³ Après quelques péripéties, la formule définitive est consacrée par un arrêté du 6 octobre 1949, publié au *Journal Officiel* du 12 octobre 1949.

effet la spécialité est reconnue à tout praticien justifiant d'une formation sanctionnée par un diplôme de spécialité, qui doit être créé par le ministère de l'Éducation nationale et enseigné dans toutes les facultés de Médecine. Si la création des diplômes doit suivre les recommandations émises par le Conseil de l'Ordre, l'Éducation nationale est de fait seule responsable du contenu des formations, et le corps enseignant dispose ainsi d'une large marge de manœuvre pour orienter le contenu de la spécialité comme il l'entend. D'un autre côté, sont mises en place des commissions départementales, en principe transitoires, chargées de régler le cas des praticiens déjà en activité, ou des médecins pouvant justifier d'une compétence particulière sans disposer du diplôme de leur spécialité. Ces commissions, bien que placées sous la responsabilité de l'Ordre, sont en fait largement animées par des praticiens nommés indépendamment de celui-ci. Outre un membre du corps enseignant, elles sont en effet composées de quatre médecins « particulièrement qualifiés dans la discipline intéressée, dont deux proposés par le Conseil National de l'Ordre des Médecins et deux proposés par le syndicat national le plus représentatif de la discipline intéressée, ou à défaut par la Confédération des syndicats médicaux. » Par la place qu'elles font aux praticiens en exercice, elles proposent par ailleurs une définition professionnelle de la spécialité qui pourra aller à l'encontre de la définition proposée par la faculté de Médecine : de fait les commissions permettront pendant toute la décennie 1950 de qualifier les anciens internes des hôpitaux non titulaires des certificats de spécialité – et en particulier les anciens internes des hôpitaux psychiatriques¹.

Précisément, c'est cette procédure à plusieurs étapes qui, dans le cas de la psychiatrie, a conduit à la rupture. Dans un premier temps, le Conseil de l'Ordre a engagé rapidement une série de consultations qui aboutissent en 1947 à proposer une architecture globale du système des spécialités. Pour la psychiatrie, la commission réunie par le Conseil comprend un grand nombre de médecins des hôpitaux psychiatriques, qui proposent la création de deux spécialités distinctes de psychiatrie et de neurologie, qui peuvent toutefois être exercées simultanément². Le Conseil adopte la proposition et, dans les mois qui suivent, transmet ses recommandations au ministère de

¹ Sur l'antagonisme entre l'internat et la faculté de Médecine, voir Jamous, H., *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, CNRS, 1969.

² Parmi les autres spécialités reconnues par l'Ordre, seules l'ophtalmologie et l'ORL bénéficient de la même mesure. Sur la commission du Conseil, cf. l'arrêté du 6 octobre 1949.

l'Éducation nationale, tandis que lui-même se charge de mettre en place deux commissions de qualification distinctes en psychiatrie et en neurologie. En réalité seule la commission de psychiatrie fonctionnera, ce qui constituera un élément important dans le retournement de la situation. Dans un second temps en effet, le ministère de l'Éducation nationale, s'appuyant sur les recommandations d'une sous-commission de la commission composée de trois universitaires en psychiatrie, décide en 1949 de la création d'un diplôme unique de neuropsychiatrie¹.

L'initiative du ministère de l'Éducation nationale suscite rapidement une vive réaction parmi les médecins des hôpitaux psychiatriques. Dès la fin de l'année 1949, le Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques fait de la dénonciation du certificat unique l'une de ses revendications principales, et, dans le courant de 1950, c'est la principale raison qui empêche son adhésion au Syndicat des spécialistes du système nerveux créé entre-temps par Georges Heuyer, fervent partisan du certificat de neuropsychiatrie². La Société médico-psychologique, saisie par Xavier Abély, adopte de son côté dès 1949 une motion de protestation, et met en place une commission pour étudier le problème – qui toutefois ne paraît pas déboucher³. A la Commission des maladies mentales, d'autre part, une confrontation est organisée sur trois séances entre novembre 1949 et janvier 1950 entre le même Abély et l'un des universitaires à l'origine du certificat unique, Combemale⁴. Une seconde confrontation entre les médecins des hôpitaux psychiatriques et les universitaires est organisée au conseil national de l'ordre des médecins en janvier 1951⁵. En juillet 1951, à la suite de ce débat, l'Ordre, qui dans un premier temps avait protesté contre le coup de force du ministère de l'Éducation nationale, se rallie finalement à la spécialité de neuropsychiatrie.

¹ Arrêté du 30 mars 1949. Sur la démarche du ministère de la Santé, voir le récit fait par Combemale au cours de la discussion à la Commission des maladies mentales dans le courant de l'année 1949 : Combemale, P., "Rapport sur la création d'un certificat d'études supérieures de neuro-psychiatrie", *Information Psychiatrique*, n° 1, 1950, p. 16.

² Daumézon, G., "Editorial", *Information Psychiatrique*, 27, n° 1, 1951, pp. 9-11.

³ *Annales Médico-Psychologiques*, 1949, 1, p. 496.

⁴ Abély, X., "Rapport sur le certificat destiné à qualifier les psychiatres", *Information Psychiatrique*, n° 1, 1950, p. 12 ; Combemale, "Rapport sur la création d'un certificat d'études supérieures de neuro-psychiatrie", *op. cit.* Commission des maladies mentales, séances des 29 novembre et 20 décembre 1949 et du 24 janvier 1950. Il faut noter que, comme je l'ai signalé plus haut, Combemale, doyen de la faculté de Médecine de Lille, est également médecin des hôpitaux psychiatriques.

⁵ Voir deux comptes rendus, légèrement différents dans "Informations. La question de notre spécialisation à l'Ordre des Médecins", *Information Psychiatrique*, n° 1, 1951, p. 32 ; "Conseil National. Compte rendu de la 22e session. 30 juin - 1er juillet 1951." *Bulletin de l'Ordre des Médecins*, Année 1950-1951, n° 4, 1951.

Comment comprendre le positionnement du groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques sur cette question ? Il faut noter tout d'abord que, sur un plan strictement technique, les positions défendues par les deux parties en présence, telles qu'elles apparaissent au cours des deux débats organisés à la Commission des maladies mentales et au Conseil de l'Ordre, s'opposent en fait sur la durée d'une formation commune aux deux disciplines. Les deux groupes sont d'accord sur la proximité de la neurologie et de la psychiatrie, et la nécessité pour les spécialistes des deux disciplines d'avoir une connaissance même minimale de la spécialité voisine. Le premier projet du Conseil de l'Ordre prévoyait ainsi une formation de base commune aux deux spécialités, d'une durée d'un an, suivie de deux ans de spécialisation dans chacune des spécialités. La discussion engagée à la Commission des maladies mentales amena à envisager des formules représentant toute la gamme des possibles : de un à trois ans de tronc commun, pour trois ans de formation. Pour preuve de leur bonne volonté, les médecins des hôpitaux psychiatriques proposaient par ailleurs dans le même temps d'introduire une épreuve de neurologie à l'oral du concours du médicament. Dans l'ensemble, le débat ne concernait donc pas la proximité entre les deux spécialités mais bien la définition de leurs frontières. Ce débat comportait pour les médecins des hôpitaux psychiatriques plusieurs enjeux.

Un premier enjeu correspond au travail engagé par le groupe des jeunes psychiatres pour proposer une définition de la psychiatrie comme discipline qui garantisse sa spécificité à la fois à l'égard de la neurologie et à l'égard de la psychanalyse. De ce travail, que j'ai largement évoqué dans les chapitres précédents, émergeait une double définition. Une première était articulée dans le cadre du modèle organo-dynamique de Ey, dont un des axes, on l'a vu, était précisément une discussion de la frontière de la psychiatrie et de la neurologie, à partir d'arguments d'ordre épistémologique : pour Ey les maladies mentales se distinguent des maladies neurologiques en tant qu'elles reposent sur des « dissolutions *globales et apicales* des fonctions d'intégration globales et supérieures qui constituent les opérations de la vie psychique la plus organisée »¹. Une seconde définition émergeait cependant en même

¹ Ey, H., "Etude n° 4. La position de la psychiatrie dans le cadre des sciences médicales (la notion de "maladie mentale)". " *Etudes psychiatriques. Historique, méthodologie, psychopathologie générale.*, Paris, Desclée de Brouwer, 1948, p. 58. Voir également Ey, H. et al., *Les rapports de la neurologie et de la psychiatrie*, Paris, Hermann, 1947..

temps, appuyée sur les pratiques, et renvoyait directement au rôle de la psychothérapie dans la pratique psychiatrique. Le mémorandum rédigé par le conseil syndical en 1950 disait ainsi : « Nous estimons que cette séparation [de la neurologie et de la psychiatrie] s'impose, conçue dans la perspective dressée par le Conseil National [de l'Ordre] : le neurologue est un médecin qui traite les affections du système nerveux entraînant des troubles sensori-moteurs sans altérer le psychisme des malades. Les psychiatres au contraire traitent toutes les altérations des fonctions de la vie de relation qui dépendent d'un trouble psychique quelles que soient nos connaissances ou nos conceptions sur la pathogénie ou l'étiologie de ce trouble ; la psychothérapie, qu'elle ait un rôle primordial ou secondaire, fait partie de leur critique. [sic] »¹ Par opposition à la neurologie, la pratique psychiatrique reposait de manière cruciale sur la psychothérapie. D'un autre côté, les médecins des hôpitaux psychiatriques insistaient sur le rôle que devait jouer leur institution dans la formation.

Dans cette ligne de raisonnement, une seconde dimension du problème tenait à l'émergence d'un nouveau groupe de spécialistes, les neuropsychiatres, issus de la filière du certificat. Pour les médecins des hôpitaux psychiatriques, le risque apparaissait que se développe un nouveau groupe susceptible non seulement de déborder sur les clientèles des psychiatres des hôpitaux, mais surtout d'amener à terme à une redéfinition de la spécialité². La réponse des universitaires était que le certificat était conçu « dans un but de pratique courante de la spécialité et aussi comme une préparation à des études plus poussées »³. Le spécialiste était conçu comme un praticien de base, en mesure de traiter le tout venant des clientèles de cabinet, mais censé s'en remettre aux élites hospitalières ou universitaire lorsque le problème dépassait sa compétence. Il restait ainsi subalterne aux vrais spécialistes, qui conservaient la maîtrise de la définition de la discipline. Ce modèle correspondait à la conception développée par l'Ordre des médecins qui faisait du spécialiste un médecin « localisé », qui se distinguait nettement du consultant, défini lui comme un praticien « (spécialiste ou non) qui, soit par ses titres universitaires hospitaliers ou scientifiques, soit par sa notoriété, soit par la confiance de ses confrères est appelé à donner son avis dans les cas

¹ "Le problème de la santé mentale (Memorandum rédigé par le conseil syndical)", *op. cit.*

² Sur ce point Abély, X., "Où en est la qualification de neuropsychiatrie?" *Information Psychiatrique*, 33, n° 5 et 6, 1957, pp. 250-260 et 311-329, pp. 254-255.

³ Combemale, "Rapport sur la création d'un certificat d'études supérieures de neuro-psychiatrie", *op. cit.*

particulièrement graves ou difficiles et a droit de ce fait à des honoraires particuliers. »

¹. Du point de vue des universitaires, dans cette perspective, une des raisons de l'élargissement de la juridiction de ces spécialistes à la neurologie et à la psychiatrie correspondait au souci de leur donner un champ d'exercice assez vaste pour leur permettre d'en tirer des revenus suffisants. En revanche, la réticence des médecins des hôpitaux psychiatriques à cette vision correspondait de toute évidence au sentiment d'être moins protégés que leurs collègues hospitalo-universitaires, que préservaient davantage leurs concours, à l'égard de cette concurrence.

Une dernière dimension du problème concernait l'articulation entre la qualification obtenue par le certificat et le concours du médecin des hôpitaux psychiatriques. En principe, le certificat devait à terme devenir l'unique voie de qualification en psychiatrie. Cette perspective le plaçait cependant en concurrence directe avec les concours hospitaliers. Le problème pour une part s'est posé pour l'ensemble de la médecine, y compris pour les spécialités correspondant aux concours les plus prestigieux, comme la chirurgie. La position des psychiatres était plus fragile en raison à nouveau de la spécificité de leur filière de concours : si l'internat des hôpitaux devait ainsi obtenir rapidement l'équivalence du certificat, il fallut attendre 1957 pour que l'internat des hôpitaux psychiatriques l'obtienne également. D'un autre côté, les médecins des hôpitaux psychiatriques craignaient que le certificat ne devienne obligatoire pour se présenter au concours, entrant en concurrence directe avec l'internat des hôpitaux psychiatriques². En fin de compte cette crainte n'eut toutefois pas de fondement. Le débat entrera malgré tout dans une phase moins active jusqu'à la fin des années 1950, en raison du *modus vivendi* mis en place avec les commissions de qualification : de fait le certificat de neuropsychiatrie n'empêchera pas les médecins des hôpitaux psychiatriques de faire valoir la qualification obtenue après plusieurs années d'internat et le concours du médecin. En définitive toutefois, la position du Syndicat sur l'enjeu de la spécialisation est apparue plus difficile à tenir, en raison de son manque d'entrées au ministère de l'Éducation nationale. De ce point de vue, davantage que sur cette question, c'est bien ainsi sur le problème de l'assistance psychiatrique, de

¹ Sur ce point voir Laffitte, H., "Médecin consultant" et "Actes de consultant", *Bulletin de l'Ordre des Médecins*, Année 1948-1949, n° 2, 1949, pp. 169-174.

² Abély, "Où en est la qualification de neuropsychiatrie?", *op. cit.*

l'organisation de l'hôpital psychiatrique et plus généralement de l'organisation du dispositif psychiatrique que se cristallisera la représentation des psychiatres.

2.5. La revendication professionnelle

Comment rendre compte de cet engagement du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, organisation à vocation en principe « corporatiste », dans la définition d'une politique d'assistance psychiatrique, passant par l'élaboration de normes techniques comme le sont par exemple les normes d'équipement d'un hôpital psychiatrique ou d'un département ? Comment expliquer plus généralement la forme de la représentation revendiquée par les jeunes psychiatres, qui fait des membres du corps à la fois des cliniciens chargés du traitement de leurs malades et des techniciens engagés dans l'élaboration d'une politique publique de santé mentale ? Le sentiment d'une responsabilité à l'égard du malade, la revendication d'un rôle de porte parole des malades ne paraît pas suffire pour rendre compte spécifiquement d'un engagement qui, on l'a vu, va au-delà de la dénonciation d'une crise de la psychiatrie. Je suggère que c'est plutôt la conscience de ne pouvoir exercer son métier que comme membre d'une organisation et, au sein de la bureaucratie des hôpitaux psychiatriques, la revendication d'une autorité particulière liée à un statut de professionnel qui fondent l'engagement du Cadre des médecins des hôpitaux psychiatriques¹. Ce positionnement se dessine progressivement au long des années 1940 et 1950 à travers les débats et prises de position qui tentent de délimiter l'autorité du médecin des hôpitaux psychiatriques vis-à-vis de son administration de tutelle à mesure des transformations du ministère de la Santé et de la mise en place de la Sécurité sociale. Il fait apparaître une posture originale du groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques au sein d'un corps médical qui, dans son ensemble, peine dans les années 1950 à élaborer une vision positive de la médecine salariée². Précisément, à partir des années 1950, ce positionnement exprimé le plus vivement par les jeunes psychiatres s'oppose au sein même du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques à une vision du médecin d'hôpital psychiatrique

¹ Pour une analyse des pouvoirs professionnels au sein des organisations bureaucratiques, voir Freidson, E., *Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge*, Chicago, University of Chicago Press, 1988. Voir aussi Bucher, R. et J. Stelling, "Characteristics of professional organizations", *Journal of Health and Social Behavior*, n° 10, 1969, pp. 3-15.

² Hatzfeld, H., *Le grand tournant de la médecine libérale*, Paris, Les Editions ouvrières, 1963.

comme consultant extérieur à son établissement, engagé seulement pour l'accomplissement d'actes individuels. En définitive, c'est cette dissension interne au Syndicat qui conduira à un retrait des jeunes psychiatres les plus engagés dans le projet de réforme des hôpitaux psychiatriques de la tête du Syndicat au milieu des années 1950.

A partir de 1945, se développe au sein du groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques une conscience nouvelle des tensions pouvant résulter de leur double appartenance à la fonction publique et au corps médical. L'une des raisons en est de toute évidence la promulgation du statut général de la fonction publique en 1946, qui, s'appliquant uniformément à l'ensemble des fonctionnaires, paraît signer l'appartenance des médecins du Cadre à un corps réunissant pêle-mêle enseignants et magistrats, mais également petits bureaucrates, guichetiers, voire postiers ou ouvriers. Le blocage des salaires des fonctionnaires dans le contexte économiquement difficile de l'après-guerre contribue d'un autre côté à donner aux psychiatres le sentiment d'être défavorisés par rapport à leurs collègues médecins libéraux. Quoi qu'il en soit, les voix qui s'élèvent marquent la difficulté à concilier les devoirs liés aux deux statuts et plus généralement les contradictions entre les engagements éthiques du médecin et du fonctionnaire. Cette analyse de Paul Sivadon parue en 1946 est l'une des plus vivantes et imagées que l'on puisse trouver dans les écrits de l'époque :

Personnages hybrides, tentés de pratiquer la politique de la chauve-souris, nous sommes souvent reniés par les médecins du secteur privé et parfois incompris – voir jaloués – par les fonctionnaires. Les premiers conçoivent mal qu'on puisse exercer la médecine sous d'autres impératifs que ceux du serment d'Hippocrate. Les seconds comprennent difficilement l'indépendance que nous manifestons souvent vis-à-vis des disciplines bureaucratiques, et qui n'est que le reflet de l'indépendance technique indispensable de l'art médical.

Au vrai, il faut le reconnaître, la formule « médecin fonctionnaire » contient une opposition difficilement réductible. L'acte médical exige autorité, initiative et responsabilité absolues. Science et conscience sont les seuls maîtres auxquels le médecin doit rendre compte de son action. Le fonctionnaire, lui, est obligatoirement hiérarchisé : son autorité est toujours limitée, ses initiatives doivent être contrôlées, son action doit être justifiée.

En matière d'assistance et plus particulièrement d'assistance psychiatrique, l'optique du médecin est différente de celle du fonctionnaire. Celui-ci conçoit l'hôpital comme un « service extérieur », une « dépendance » de

l'administration centrale. Le chaînon qui assure la liaison se trouve être le directeur, sous l'autorité duquel sont placés divers services, parmi lesquels des services médicaux. Et tout en bas de l'échelle sont les malades qui se hiérarchisent eux-mêmes en travailleurs, bricoleurs impotents et grabataires. Seuls les travailleurs sont quelque peu intégrés dans la structure administrative : ils émargent. Les autres en viennent trop souvent à être considérés comme un poids mort dont il convient de limiter le plus possible par voie de compression l'onéreux parasitisme. A l'inverse le médecin conçoit l'hôpital psychiatrique, dans son ensemble, comme un instrument thérapeutique au service des malades. Et il pense que cet instrument, qui constitue un tout, ne saurait être confié à d'autres mains que les siennes. Pour lui, c'est en fonction du malade que se hiérarchisent les valeurs : sous l'impulsion et selon les directives du médecin, tout doit concourir, dans un hôpital psychiatrique à la thérapeutique et la réadaptation sociale du malade. Dans cette perspective, les services administratifs et généraux ne peuvent avoir d'autre fonction que d'aider le médecin dans sa tâche, d'être ses auxiliaires techniques. Ceci implique obligatoirement une dépendance technique qui n'entraîne pas d'ailleurs une dépendance hiérarchique (un pharmacien colonel n'a pas à se sentir humilié d'exécuter les ordonnances d'un médecin lieutenant).

Le problème « direction médicale » n'est qu'un aspect de cette différence d'optique. Dans la perspective « fonctionnaire » on semble penser que nous souhaitons exiger pour accéder au titre de directeur, le grade de docteur en médecine, réservant ainsi une fonction d'autorité à la caste des psychiatres.

Dans la perspective « médecin », il est clair que nous désirons simplement, sur le plan technique, tout subordonner dans un hôpital psychiatrique à l'action médicale. Direction médicale ne signifie pas directeur médecin.

Cela n'est pas qu'une parenthèse, c'est un exemple. Nous pourrions en citer d'autres.¹

Comme le suggère cette citation, pour Paul Sivadon, mettre en évidence ce conflit signifiait se donner les moyens de le prendre à bras le corps et de trouver une manière acceptable de gérer ces tensions, sans renoncer à aucune des deux dimensions du statut du médecin des hôpitaux psychiatriques. L'exemple de la direction des établissements psychiatriques marquait la volonté de trouver une solution nouvelle au problème du conflit entre administration hospitalière et médecin-chef, en créant un personnage, le directeur médical, assumant pleinement les deux fonctions du commandement hiérarchique et de la responsabilité médicale. De façon plus spécifique cette réflexion s'est articulée autour de trois débats importants au long des années 1940 et 1950.

¹ Sivadon, P., "Médecins ou fonctionnaires", *Information Psychiatrique*, n° 1, 1946, pp. 7-9.

Un premier débat concernait l'orientation à donner au Syndicat, et plus précisément son affiliation éventuelle à une fédération de syndicats de fonctionnaires ou de syndicats médicaux. Tel qu'il apparaît dans les colonnes de *l'Information psychiatrique*, le débat paraît avoir été particulièrement vif, même si les prises de position publiées ne permettent pas de saisir tout à fait sa dynamique d'ensemble, et les raisons qui firent aboutir la solution finalement adoptée – l'autonomie vis-à-vis des autres syndicats, quels qu'ils fussent. Le problème fut posé dès 1945 avec pour principal argument qu'appartenir à une fédération puissante permettrait au Syndicat de mieux faire entendre sa voix. Dans un article publié au nom du Conseil syndical, Daumézon proposait une alternative : s'affilier à la CGT, et au sein de celle-ci à la fédération des fonctionnaires ou à la fédération des services publics de santé ; ou s'affilier à la CFTC. Daumézon signalait également que des discussions avaient été engagées avec les autres syndicats de médecins fonctionnaires, mais que celles-ci n'en étaient encore qu'à la délimitation d'un éventuel groupement commun. Dans les mois qui suivirent, *l'Information psychiatrique* publia plusieurs prises de position en faveur soit de l'affiliation à la CGT, soit de l'indépendance. Certains des partisans de la CGT soulignaient l'importance de ne pas se couper des forces vives de la nation, mais d'autres parmi les opposants signalaient au contraire l'importance de ne pas déchirer le Syndicat, témoignant de la vivacité de l'opposition à cette option.

En 1946, un nouveau bilan des possibilités fut proposé par Paul Sivadon, qui paraît avoir été en charge du dossier au sein du Conseil syndical¹. Sivadon reprenait les deux propositions qu'avait faites Daumézon, mais il ajoutait à la liste la Confédération des syndicats médicaux de France : celle-ci, bien que ne groupant pour l'heure presque aucun syndicat de médecins fonctionnaires, était disposée à accueillir les médecins des hôpitaux psychiatriques, à condition que ceux-ci s'entendent avec leurs collègues de clientèle pour constituer un syndicat national des neuro-psychiatres français, dont le Syndicat pouvait devenir une section. En janvier suivant, Sivadon, mandaté par le Conseil syndical, proposa une synthèse des débats et un questionnaire à soumettre à référendum². Sivadon cette fois prenait nettement position pour l'affiliation à la fédération des fonctionnaires de la CGT. Pour faire nombre dans les négociations avec

¹ Sivadon, P., "Nos possibilités d'affiliation", *Information Psychiatrique*, n° 8, 1946, pp. 159-160.

² Sivadon, P., "Le problème de l'affiliation", *Information Psychiatrique*, 23, n° 5, 1947, pp. 125-126.

l'Etat, la CGT était l'organisation la plus puissante. Plus précisément, c'était au sein de la fédération des fonctionnaires que se situaient les intérêts du Cadre : « La froide raison nous incline à penser que c'est à la fédération des fonctionnaires que nous devons trouver place : c'est chez elle en effet que nous nous rencontrerons avec les autres médecins fonctionnaires déjà affiliés (hygiénistes, phtisiologues, etc.). Malgré le caractère ambigu de notre statut il est hors de doute que les intérêts généraux du cadre sont du même ordre que ceux des fonctionnaires d'Etat. » Le questionnaire qu'il proposait induisait nettement la réponse dans cette direction : la première question demandait si l'on souhaitait l'affiliation à la CGT, la deuxième quel choix on faisait entre les deux fédérations des services publics de santé et des fonctionnaires, seule les troisièmes et quatrième questions envisageaient des solutions alternatives. En janvier suivant, le questionnaire fut modifié en mettant sur le même plan les différentes possibilités et, dans son numéro de février, la revue publia deux positions en faveur de l'affiliation à la CSMF. Par ailleurs, l'Assemblée Générale décida que le vote ne serait valable qu'à condition de mobiliser une majorité absolue des membres du Syndicat. Le vote fut organisé par correspondance en mars suivant. Si la CGT remporta la majorité des votes exprimés, le total des voix en sa faveur n'atteignait cependant pas la majorité des membres du Syndicat. A l'Assemblée Générale de juin suivant, il fut décidé de proposer un nouveau vote en restreignant le questionnaire à une seule question – « Voulez-vous l'affiliation à la fédération des fonctionnaires ? » -, mais, et sans que les raisons en soient explicités, celui-ci n'eut pas lieu. Dans les mois qui suivirent la discussion fut enterrée.

Que penser de cette séquence d'événement ? Un argument majeur des opposants à l'adhésion à la CGT était le positionnement politique de la confédération, et c'est probablement de fait l'évolution de la situation politique durant l'été 1947 qui conduisit à enterrer le problème. Au-delà toutefois de l'enjeu politique, une des dimensions importantes de la difficulté à élaborer une position commune sur ce problème paraît bien avoir été un déchirement profond du Syndicat sur son identité. De cela témoigne en particulier l'évolution de la seconde option qui avait été envisagée en 1945 par Daumézon et que j'ai évoquée plus haut, la création d'un groupement avec d'autres syndicats de médecins fonctionnaires. De fait, les réunions organisées dans le courant de l'année 1946 et 1947 avec ceux-ci aboutirent rapidement à une impasse en raison en

particulier de divergences de vues entre les représentants du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques et de ceux du Syndicat des hygiénistes. Alors que ces derniers posaient comme préalable à la constitution du groupement l'affiliation de tous les syndicats membres à la CGT, les médecins des hôpitaux psychiatriques, rejoints sur ce point par les médecins de dispensaire, demandaient que le groupement ait vocation à « étudier tous les problèmes touchant à la santé publique du pays », ce que refusaient les hygiénistes, qui souhaitaient cantonner le Syndicat à la défense du statut et aux échelles de traitement¹. En fin de compte, c'était bien deux définitions différentes du syndicalisme qui étaient en cause. A l'Assemblée Générale de 1946, le conseil syndical proposa ainsi de lancer une réflexion sur la création d'un groupement plus restreint, limité aux « médecins fonctionnaires assurant des responsabilités et des fonctions de soins », mais celui-ci n'aboutit pas².

D'un autre côté, on peine à comprendre précisément les raisons qui empêchèrent l'adhésion à la CSMF, mais celles-ci durent être suffisamment fortes pour s'y opposer durablement. Un point qui paraît avoir joué un rôle important semble avoir été l'engagement d'une fraction importante des membres du Syndicat au sein de la CGT. Un médecin donnait en exemple sa propre expérience de dix-huit années de militantisme au sein de la Fédération des services publics et de santé de la CGT. Critiquant la « carence des totale de l'élite bourgeoise française » durant la guerre, il lançait un appel vibrant à ses collègues pour qu'ils prennent conscience de leur statut de « travailleur intellectuel »³. Dans sa synthèse de 1947, Sivadon se fit le porte-parole de cette position, signalant « les motifs affectifs » déterminant « certains de nos collègues syndicalistes de longue date »⁴. A l'opposé, le statut de médecin fonctionnaire plaçait également les médecins des hôpitaux psychiatriques en porte-à-faux par rapport aux deux principales instances de représentation du corps médical, l'Ordre et la CSMF, qui se faisaient toutes deux les championnes du libéralisme médical. Ainsi, aux termes de

¹ "Comité d'entente des syndicats des médecins des services publics. Procès verbal de la réunion du 9 février 1947." *Information Psychiatrique*, 23, n° 5, 1947, p. 141.

² "Compte rendu de l'Assemblée Générale du 26 mai 1946", *Information Psychiatrique*, 22, n° 9, 1946, pp. 185-187.

³ « Car en fait, qu'on le veuille ou non, celui qui gagne sa vie et celle des siens par son travail intellectuel est un travailleur intellectuel. Ajoutons-le, c'est un « pauvre type » au regard des brasseurs d'affaire. » Leyritz, J., "Carence de l'élite", *Information Psychiatrique*, n° 1, 1946, p. 10. Soit dit en passant, l'engagement de Leyritz, né en 1894, à la fois à la CGT et dans la promotion d'une « psychiatrie biologique » prouve que l'on pouvait être proche du Parti Communiste et ne pas partager la vision de la psychiatrie défendue par les jeunes psychiatres.

⁴ Sivadon, "Le problème de l'affiliation", *op. cit.*

l'ordonnance de 1945 réorganisant la profession médicale, l'inscription à l'Ordre ne concernait en principe pas les médecins fonctionnaires n'ayant pas de clientèle privée¹. En 1945, la CSMF ne comptait pas de syndicat de médecins fonctionnaires parmi ses membres, et le problème devait paraître suffisamment important pour que des médecins du Cadre prennent l'initiative de poser directement la question. De fait, la CSMF accueillait volontiers les médecins des hôpitaux psychiatriques, mais appelait au respect des décisions prises par la confédération². En définitive, le Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques resta autonome, renonçant également, comme on l'a vu, à s'affilier quelques années plus tard au syndicat créé par Georges Heuyer.

Le second débat où se forge cette conception spécifique de l'identité professionnelle des médecins des hôpitaux psychiatriques concerne les relations du corps à l'administration. Il s'engage à propos de la réforme des structures de santé publique du pays à la Libération, et, spécifiquement, de la création d'un corps de médecins fonctionnaires auprès de l'administration de la santé. Ces réformes se traduisent par l'organisation du cadre des médecins inspecteurs de la santé³ et par deux créations institutionnelles, les Directions Départementales de la Santé (DDS), et l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes (ENSP)⁴. Ces deux créations posaient directement le problème de la position des médecins des hôpitaux psychiatriques dans l'administration de la santé et vis-à-vis de ces nouveaux groupes de médecins fonctionnaires. Les DDS créaient ainsi un nouvel échelon administratif au niveau du département placé sous la responsabilité d'un médecin fonctionnaire. Elles introduisaient un nouveau contrôle de l'activité des médecins des hôpitaux psychiatriques, renforçant la tutelle exercée au niveau du département par le préfet, et dont les psychiatres pouvaient d'autant plus craindre l'intrusion qu'il était exercé par un

¹ Ordonnance du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme.

² A un psychiatre qui prit l'initiative d'écrire au Secrétaire général de la CSMF pour lui demander si le Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques conserverait son autonomie au sein de la CSMF celui-ci répondit ainsi : « Je vous réponds oui, dans la mesure où les décisions prises et les actions envisagées ne sont pas contraires aux règles essentielles admises par les syndicats médicaux. Je vous dis à ce sujet tout de suite que pour les médecins fonctionnaires ces règles sont évidemment envisagées sous un angle particulier, puisqu'il ne peut s'agir pour eux en principe d'honoraires à l'acte par exemple. » "A propos de l'Affiliation", *Information Psychiatrique*, 1947, pp. 159-161.

³ Ordonnance du 19 octobre 1945, relative à l'organisation du ministère de la Santé.

⁴ Les deux institutions sont créées par l'Ordonnance du 19 octobre 1945. L'ENSP est organisée par un décret du 24 mai 1946.

médecin, qui pouvait se sentir plus libre d'intervenir directement au cœur du travail médical. Les DDS étaient ainsi chargées d'une partie de la notation des médecins des hôpitaux psychiatriques¹, et elles avaient également plus largement une mission de coordination ou d'animation du dispositif de santé locale. La réserve des médecins des hôpitaux psychiatriques, telle qu'elle s'exprima dans *l'Information psychiatrique*, portait sur le sens du contrôle qui pouvait s'exercer sur la santé publique, et plus largement celui de son organisation². Pour les médecins des hôpitaux psychiatriques, il était essentiel de préserver la dignité de la fonction soignante. De ce point de vue, l'organisation des DDS faisait courir le risque de deux écueils. D'un côté, la constitution d'une hiérarchie entre le corps des médecins inspecteurs et des médecins chargés de fonctions soignantes dans les établissements soumis à la tutelle des premiers risquait de dévaloriser ces derniers, et à terme de tarir leur recrutement. D'un autre côté, c'était le sens même de la tutelle et de la fonction d'organisation exercées par les DDS qui était en jeu. Dans une discussion compréhensive à l'égard des enjeux de la réforme, Daumézon soulignait ainsi que c'était la clinique qui devait commander les questions d'organisation, lesquelles ne pouvaient être extérieures à l'exercice d'une fonction soignante :

Nous savons bien qu'à l'origine de toute organisation existe une pensée, une conception qui est née dans la pratique quotidienne, dans l'esprit d'hommes d'élite engagés dans les problèmes médicaux journaliers. Les progrès doctrinaux de la médecine mentale, et on en dirait autant de toutes les autres branches de l'Assistance découlent de la prophylaxie. Pour que l'administration de la santé publique soit vivante, il faut que son corps d'organiseurs, si éminents qu'ils soient, s'appuie sur un corps aussi éminent de praticiens.³

Daumézon suggérait que l'administration pourrait être tentée d'instituer des conseillers techniques locaux, et de fait, c'est cette formule que l'administration centrale proposa à la fin de la décennie 1940 et qui fut mise en place, sans toutefois, en fin de compte, on le verra dans les chapitres suivants, parvenir à une organisation efficiente⁴.

¹ Ils donnaient une note médicale, les préfets la complétant par une note administrative.

² Daumézon, G., "Statut des médecins dans la médecine organisée", *Information Psychiatrique*, 22, n° 3, 1945, p. 35 ; Guyot, "Contrôle et autorité", *Information Psychiatrique*, n° 3, 1947, p. 75.

³ Daumézon, "Statut des médecins dans la médecine organisée", *op. cit.*

⁴ "Compte rendu. Commission de Maladies Mentales du Conseil Permanent d'Hygiène Sociale. Séance du 25 octobre 1949", *Information Psychiatrique*, 25, n° 10, 1949, pp. 368-376 et "Compte rendu. Commission des maladies mentales du Conseil permanent d'Hygiène Sociale. Séance du 20 décembre 1949 (suite)." *Information Psychiatrique*, n° 2, 1950, pp. 71-77.

L'ouverture de l'École Nationale de la Santé Publique suscita un débat du même ordre¹. Créée en 1946, l'ENSP avait pour mission d'assurer la formation des fonctionnaires de la santé. Dirigée par un ancien interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine et lauréat du concours du médicament, même s'il n'avait jamais pris de poste, Daniel Santenoise, l'École se proposait d'intégrer parmi ses élèves les médecins des hôpitaux psychiatriques, à côté des hygiénistes, des phthisiologues, des médecins de la Sécurité sociale, des directeurs d'établissements hospitaliers et des pharmaciens d'hôpitaux. Les projets de l'ENSP comportaient des stages de perfectionnement en cours de carrière, portant sur l'ensemble des problèmes de médecine mentale, et des stages de début de carrière, limités quant à eux aux questions d'administration. Paradoxalement les premiers posaient moins de difficulté que les seconds, un précédent, sous la forme de cours de perfectionnement en psychiatrie infantile organisé à l'initiative du ministère en 1945, ayant rencontré un franc succès. La perspective toutefois que les jeunes médecins du Cadre dussent à l'issue du concours du médicament retourner sur les bancs de l'école suscita une franche hostilité. Comme dans le débat autour des Directions Départementales de la Santé, le risque était de faire passer au second plan les enjeux techniques du métier, et, partant, de dévaloriser le Cadre. Cette prise de position de Henri Ey pose bien le problème :

Nous ne sommes jusqu'ici, pourrait-on dire, que des fonctionnaires occasionnels. C'est parce que – malgré les niaiseries qui se débitent à ce propos – ce n'est que dans l'hôpital psychiatrique que l'on peut apprendre et approfondir la psychiatrie, que les meilleurs et le plus grand nombre d'entre nous ont choisi cette carrière, malgré son caractère administratif. C'est parce que beaucoup de jeunes, comme nous, en éprouvent le séduisant attrait, qu'ils renoncent à leur vocation médicale libérale première. Du jour où le spectre d'une scolarité, pour si peu administrative qu'elle soit, paraîtra s'interposer entre leur vocation profonde et le statut du cadre, ils y renonceront. Ainsi allez-vous opérer une sélection à rebours. Vous éloignerez les « médecins dans l'âme » pour appeler les « ronds de cuir ». Et ne sentez-vous pas que vous allez empoisonner et arracher ce qu'il reste encore d'esprit et de liberté dans notre belle carrière, qui tout en se déroulant comme une fonction publique dans un cadre administratif, Dieu merci, assez aimable et élastique, garde comme le reflet de la profession libérale que nous avons primitivement choisi et dont nous devons conserver intacte la nostalgie sacrée ?²

¹ Sur ce débat : Daumézon, G., "Le problème de notre participation à l'École Nationale de la Santé Publique", *Information Psychiatrique*, 23, n° 2, 1946, pp. 47-55 et Ey, H., "Les médecins des HP devront-ils aller à l'École?" *Information Psychiatrique*, 23, n° 2, 1946, pp. 55-58.

² Ey, "Les médecins des HP devront-ils aller à l'École?", *op. cit.*

En fin de compte, le Syndicat décida de participer à ces stages, pour tenter d'infléchir de l'intérieur la politique de l'ENSP. De façon générale, dans ce débat sur l'ENSP comme dans celui sur le problème de la tutelle exercée par les DDS, c'est une ligne de conduite vis-à-vis de l'administration, et par rapport aux autres corps de médecins fonctionnaires, qui s'élabore. Dans cette perspective, la position des médecins des asiles est celle d'une collaboration soumise à l'impératif du primat de l'autonomie clinique du praticien. Cette autonomie repose sur l'affirmation de la clinique dans la formation du psychiatre et de la subordination à celle-ci des enjeux proprement administratifs.

Cette position spécifique vis-à-vis des autres corps de médecins fonctionnaires comme vis-à-vis de l'administration, on la retrouve dans le troisième débat sur le statut des médecins des hôpitaux psychiatriques qui court sur la période et au-delà, à propos du problème de leur rémunération. L'une des origines du débat était de toute évidence purement pécuniaire. Comme bon nombre de fonctionnaires, les médecins des hôpitaux psychiatriques voyaient leurs rémunérations bloquées à un niveau qu'ils estimaient insuffisant à l'égard des revenus de leurs collègues médecins, et attentatoire à la dignité de leur fonction. La faiblesse du traitement était certes compensée par la sécurité du statut, mais les psychiatres arguaient précisément que celui-ci opposait en fait une limite à leur profession, en limitant la prise de risque inhérente à l'exercice de la médecine. C'est en tous les cas la position que défendit Henri Ey : « Ce qui définit le médecin fonctionnaire, c'est qu'il exerce bien la médecine, mais dans des conditions de sécurité que l'on pourrait qualifier d'anormales. Car l'exercice de la médecine active y perd ce que la routine du médecin y gagne. Pour que cette anomalie cesse, il devrait suffire de doter la fonction médicale publique d'un statut de la responsabilité plutôt que d'un statut de la sécurité. Il serait mieux (et c'est un avis personnel que je formule) que l'on ne reste pas dans la fonction médicale publique comme on s'installe dans une administration routinière, car il importe à l'intérêt du malade et au prestige du médecin que celui-ci ne s'abandonne pas à l'inertie. »¹ Pour l'ensemble des psychiatres, la solution pouvait venir du statut de temps plein hospitalier, dont les premières

¹ Ey, H., "Servitude et grandeur du médecin fonctionnaire", *Esprit*, n° 247 (1957;2), 1957.

expériences commençaient à être mises en place dans certains hôpitaux généraux : reposant sur un contrat plus précaire que le statut de la fonction publique, mais proposant en général des rémunérations plus importantes, le plein temps avait par ailleurs l'avantage de pouvoir rapprocher les psychiatres des autres médecins des hôpitaux, dont il était exclu qu'ils devinssent jamais fonctionnaires. Les premières positions en faveur de l'application aux psychiatres d'un plein-temps datent de 1946, et la « lutte pour le statut » devait devenir l'un des principaux enjeux de la mobilisation du Syndicat à partir de la seconde moitié des années 1950 et dans le courant des années 1960¹. Il faut noter que l'enthousiasme des médecins des hôpitaux psychiatriques pour le plein temps médical tranche en fait sur l'opposition massive que celui-ci devait susciter dans un premier temps chez les syndicats de médecins libéraux². En définitive, les médecins des hôpitaux psychiatriques n'obtiendront satisfaction qu'en 1968, lorsque sera accordé aux établissements psychiatriques le statut des hôpitaux généraux.

La vision qui émerge de ces débats est celle d'un corps dans une position à part à l'égard des autres groupements médicaux autant qu'à l'égard de l'administration de la santé, à la fois inséré dans une organisation dirigée par une administration avec laquelle il juge important d'engager un dialogue critique, y compris sur des enjeux touchant de près ce qui fait le cœur du travail psychiatrique, mais attaché à la défense d'une autonomie dont le fondement est son activité clinique. Une conférence prononcée par Henri Ey en 1957 à l'Ordre des médecins sur « Les conditions morales de l'exercice de la médecine dans les hôpitaux psychiatriques » développe de façon plus générale cette position³. Il vaut la peine de l'analyser en détail, ce texte élaborant une liaison fine entre les conceptions du travail psychiatrique portée par les jeunes psychiatres et le problème du positionnement politique et moral de la profession au sein de l'organisation de la santé publique du pays.

Selon Ey, le médecin des hôpitaux psychiatriques est « un fonctionnaire malgré lui, qui a gardé la nostalgie de sa première vocation médicale ». Il a une fonction

¹ Bonnafé, L., "Situations et perspectives du médecin des hôpitaux psychiatriques", *Information Psychiatrique*, 28, n° 4, 1952, pp. 131-137 ; Ey, "Servitude et grandeur du médecin fonctionnaire" ; Le Guillant, L., "La crise des hôpitaux psychiatriques et la médecine plein-temps", *Information Psychiatrique*, 1952, pp. 278-288 ; Sivadon, "Médecins ou fonctionnaires", *op. cit.*

² Jamous, *Sociologie de la décision*, *op. cit.*

³ Ey, H., "Les conditions morales de l'exercice de la médecine dans les Hôpitaux psychiatriques", *Information Psychiatrique*, 34, n° 1, 1958, pp. 7-13.

ambiguë : « d'un côté, il est un personnage administratif intégré dans un système d'organisation des services publics, un technicien à la solde de l'administration, un expert ». Mais « d'un autre côté, il est un praticien qui dans son service exerce et doit exercer le plus librement possible la médecine, c'est-à-dire dans une condition d'indépendance à l'égard de l'administration, indépendance qui constitue précisément la garantie de son efficacité et de sa moralité, selon l'article 9 de notre nouveau code de déontologie ». Ce double rôle repose sur sa fonction d'expert, qui renvoie à la création des asiles au XIX^e siècle : « A cet égard la fonction dont ont hérité les médecins des HP est celle d'une sorte d'expert permanent devant ses avis à l'administration, d'un rôle de défense sociale et par surcroît – à la mesure des progrès scientifiques ». Plus évidente lorsqu'il cumule les fonctions de médecin-chef de service et de directeur administratif, cette dualité de fonction est également celle de tout médecin des hôpitaux psychiatriques : le médecin-chef de service « a constamment pour tâche (et même à l'égard des malades mentaux des services de cure libre qui posent en fait, sinon en droit, le même problème) de veiller à toutes les mesures de sécurité et de protection que posent ou peuvent poser les malades atteints de troubles mentaux. Cette fonction est même si nécessaire qu'il est difficile d'imaginer un système d'assistance psychiatrique générale qui permette au médecin de s'en libérer totalement, d'être absolument dégagé de toute institution sociale et professionnelle relevant du droit public. » En même temps, et grâce aux progrès de la thérapeutique, le médecin d'hôpital psychiatrique est également et de plus en plus un médecin traitant. Ainsi, il « a subi une manière de métamorphose, et pour peu qu'il soit conscient de ses devoirs et de ses possibilités, son activité est devenue si essentiellement thérapeutique que celui d'entre nous qui se contenterait de son rôle purement administratif ne ferait plus son métier. »

Plus profondément, cette position spécifique, dans un entre-deux, du médecin des hôpitaux psychiatriques, renvoie pour Ey à la nature même de la maladie mentale. D'un côté, en effet, la maladie mentale est « désorganisation de la vie psychique, qui exige plus encore que les autres maladies le recours non seulement à des techniques propres, mais dans la relation spécifique du médecin à son malade, encore plus de soins, de précautions et de conscience que dans les autres actes médicaux », ce qui entraîne « des conduites médicales encore plus personnelles que dans le reste de la médecine. » Mais d'un autre côté, « la maladie mentale est aussi par ses effets une rupture de

l'existence sociale, un trouble que la maladie introduit dans les relations avec les autres et dans les relations des autres entre eux » et « elle exige des conduites socio-administratives propres au fait psychiatrique ». De ce point de vue, la psychiatrie réalise une solution de complémentarité de la « médecine personnelle » et de la « médecine sociale », et la structure hospitalière « reflète la structure même de la maladie mentale tout à la fois drame personnel et drame humain ».

C'est dans ce double positionnement que se pose selon Ey de façon cruciale le problème déontologique du médecin des hôpitaux psychiatriques : « le problème de l'indépendance du médecin des HP est celui de l'équilibre entre ces deux termes antinomiques de notre fonction. A cette double fonction de Médecin des HP doit correspondre en effet une double déontologie : à l'égard de l'administration qui nous emploie pour soigner nos malades et veiller à leur situation sociale, à l'égard des malades qui, incapables d'exister normalement, réclament notre protection et nos soins. » Ce que doit parvenir à résoudre le médecin psychiatre, c'est le conflit entre ces deux sources de légitimité : « c'est que l'esprit administratif avec ses impératifs propres et l'esprit médical avec son idéalisme intransigeant tendent presque fatalement à se limiter sinon à s'opposer. » Ey propose ainsi une formule : « le médecin des hôpitaux psychiatriques qui doit ses services à l'Administration conformément à la Loi et aux règles de son statut, doit pour assumer ses devoirs envers ses malades, exiger de l'Administration le maximum d'indépendance ».

D'un côté, Ey identifie en effet trois devoirs du médecin des hôpitaux psychiatriques vis-à-vis des malades dont il a la charge. Celui-ci doit d'abord « mettre en œuvre tous les moyens techniques qu'il juge indispensable pour guérir ses malades et assurer leur réadaptation sociale », soit, au fond, faire ce qu'il peut pour le soigner, le soin étant entendu dans le sens large du traitement et de la réadaptation, selon la définition que tendent à en donner les jeunes psychiatres depuis 1945 notamment dans la psychothérapie collective. Le second devoir du médecin est d'« établir entre ses malades et lui-même une relation humaine se rapprochant le plus possible du colloque singulier qui définit le rapport médecin-malade dans la pratique libérale de la médecine » : « Cette relation [...] essentiellement psychothérapique est précisément à la base des conduites proprement psychiatriques. » On retrouve cette fois le poids de l'institution, sous-entendu dans la première partie de la proposition, sur le traitement

individuel des malades, l'attitude psychothérapique s'opposant au risque d'un dévoiement de l'action médicale que fait courir l'environnement hospitalier. Enfin, et ici le rôle du médecin des hôpitaux psychiatriques dépasse celui du médecin libéral, il doit également « s'instituer le protecteur moral de ses malades, qui sont précisément des malades que leur « maladie mentale » met en position d'infériorité, soit qu'aliénés, ils soient internés (service fermé), soit que névrosés ils soient enfermés dans l'étau d'une condition humaine inextricable (service de cure libre). » Au contraire des autres praticiens, le psychiatre se doit d'assumer une intervention qui ressortit aussi à la sphère de la morale. Là encore on retrouve l'un des éléments clefs du positionnement des jeunes psychiatres en 1945 en particulier dans leur analyse de ce qu'il conviendrait de réformer dans la loi de 1838. Ces trois « devoirs » du médecin envers son malade correspondent ainsi étroitement à la conception de l'engagement auprès des malades que ces derniers ont développé dans la psychothérapie collective et qui n'est pas neuve pour nous.

D'un autre côté, Ey complète toutefois son analyse par l'énoncé d'une liste de « devoirs » du médecin et de l'administration l'un vis-à-vis de l'autre. Il élabore ici l'idée d'une mission proprement sociale du psychiatre, qui pour une part est absente du projet de psychothérapie collective, bien qu'elle s'y articule étroitement. Du point de vue du médecin tout d'abord, les devoirs de l'administration se résument à une exigence d'autonomie et de moyens : exigence d'une notation proprement médicale et non pas « administrative ou politique » et d'une indépendance financière d'une part, mais aussi exigence de moyens matériels, de pouvoir « participer à l'administration de l'établissement afin d'y faire prévaloir le point de vue thérapeutique, qui est la raison d'être d'un hôpital psychiatrique » et d'obtenir le respect de ses revendications. En retour, le médecin des hôpitaux psychiatriques n'est pas totalement libre, et l'administration est en droit d'exiger de lui au moins trois choses. La première et la troisième, dans l'ordre où les donne Ey, concernent son investissement personnel dans son service : le médecin doit « consacrer le meilleur de lui-même à ses malades et à son service » et « travailler par un effort incessant à lutter contre l'inertie qui risque de s'emparer de lui dans une situation où la sécurité et l'irresponsabilité sont ses deux plus grands ennemis ». Indépendant et libre, le médecin-chef des hôpitaux psychiatriques doit ainsi en contrepartie être à lui-même son propre stimulant. La deuxième exigence

faite au médecin correspond à une valorisation de ses efforts pour la communauté qui le finance, en « augment[ant] sans cesse le rendement de son service ». L'idée de rendement thérapeutique apparaît comme la traduction de la mission qui lui est confiée. On retrouvera cette idée clef dans le prochain chapitre lorsque l'on examinera l'élaboration de la politique de secteur, dont elle est l'un des éléments moteurs. Mais de façon plus générale, le tableau dressé par Ey correspond ainsi à la revendication par une profession exerçant au sein d'une organisation bureaucratique, d'une maîtrise sur ses conditions de travail, posant le chef de service comme seule instance à même de juger la qualité de son travail, sans toutefois refuser ni le cadre que lui impose l'organisation, ni la nécessité d'une évaluation de ses pratiques au nom d'un bien de la société¹. C'est, en somme, la reconnaissance d'une transaction nécessaire avec l'administration de la santé.

En fin de compte, c'est bien cette définition du rôle professionnel du médecin d'hôpital psychiatrique et de ses pouvoirs qui paraît provoquer au sein du Syndicat une crise à partir des années 1953. L'occasion en est la consultation lancée par le Conseil syndical dans les colonnes de *l'Information psychiatrique* dans le courant de l'année 1951 que j'ai évoquée plus haut. Il se développe au sein même du groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques une opposition fondée sur la défense d'un modèle plus proprement libéral, dont le porte-parole est André Adnès. Né en 1909, ancien interne des hôpitaux psychiatriques, ancien chef de clinique auprès de la Chaire des Maladies Mentales et de l'Encéphale, auteur d'une thèse sur *Shakespeare et la maladie mentale*², Adnès, qui réalise la plus grande partie de sa carrière à l'hôpital psychiatrique du Mans, s'intéresse tôt aux questions d'assistance psychiatrique : il a fait paraître pendant la guerre un projet de réforme de la loi de 1838 proche des idées de Toulouse et ouvre dès

¹ L'ensemble de ces débats relativise fortement l'image un peu romantique que les psychiatres ont cherché à donner d'eux-mêmes dans les années 1970 en se présentant comme des praticiens engagés dans une médecine sociale, de gauche, de service public, image reprise par certains commentateurs, comme Fourquet, F. et L. Murard, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, Paris, Encres, 1980 [1975]. Si, en effet, les médecins des hôpitaux psychiatriques reconnaissent l'importance d'une intervention de l'Etat dans l'organisation de la psychiatrie, c'est, on le voit, sans lui sacrifier l'autonomie de la clinique, qui doit rester maître de ses objectifs. D'un autre côté, une partie de la position tient à l'impossibilité de passer outre l'intervention de l'Etat dans la procédure de l'internement. En définitive leur position apparaît proche de celle défendue par des personnalités comme Robert Debré. Sur les positions de celui-ci, voir : Jamous, *Sociologie de la décision*, *op. cit.*

² Editée en 1936 avec une préface de J. H. Rosny aîné : Adnès, A., *Shakespeare et la pathologie mentale. Etude médico-psychologique*, Paris, Maloine, 1936. Il publie également au début des années 1980 une monographie sur un trouvère homonyme, Adenès.

1946 un service libre dans son établissement¹. Dans une série de prises de position et d'articles publiés au cours des années 1950², il se fait l'avocat d'un rapprochement avec le reste du monde médical en général, réclamant en particulier que le Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques moule son action sur celles des autres syndicats médicaux. Plus profondément, Adnès proposait que le corps des médecins des hôpitaux psychiatriques réclame le même statut que leurs collègues des hôpitaux généraux, et en particulier le mode de rémunération à l'acte. Il développait ainsi une toute autre conception de l'action du psychiatre :

Comme dans les hôpitaux ordinaires, donc, il faut que nous distinguions curables et incurables, ceux-ci n'étant pas abandonnés, mais assistés [...] (je proposerais pour eux le terme « invalides »). Et le secteur libre de la médecine et la Sécurité sociale rétribueront alors les psychiatres comme ils rétribuent les autres médecins des hôpitaux, à des taux différents selon la catégorie des hospitalisés : par des indemnités par journées d'hospitalisation et des K [unité du remboursement de la Sécurité sociale] pour les malades en traitement, par des indemnités moindres (et exceptionnellement des K) pour les invalides.

C'est ainsi une conception reposant sur la distinction entre malades curables et incurables, mais également une vision délibérément libérale et individuelle de l'exercice de la psychiatrie, que défendait Adnès, vision fondée sur l'idée que l'action du médecin en institution se résume au geste accompli en direction du patient. Cela correspondait à la conception d'un médecin consultant, amené à exercer dans une institution à laquelle il n'apparaît pas lié outre mesure. Une autre dimension des propositions d'Adnès reposait par ailleurs, comme on le verra plus loin, sur une critique de la psychothérapie collective.

Elu au Conseil syndical en 1952, Adnès s'oppose à la ligne défendue par le noyau des jeunes psychiatres, et ces dissensions aboutissent en 1953 sur une crise à la suite de laquelle le secrétaire général du Syndicat, Daumézon, démissionne. Il est remplacé l'année suivante par Henri Ey, personnalité consensuelle au sein du groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques et, bien que comme on l'a vu proche des jeunes psychiatres, moins engagée dans leur projet réformateur. Ces tensions internes au

¹ Adnès, A., "Projet de loi relative à l'assistance aux malades mentaux", *Hygiène Mentale*, 35, n° 1-6, 1942-1945.

² Voir en particulier : "A propos de la politique du syndicat", *Information Psychiatrique*, 27, n° 4, 1951, pp. 90-115, p. 110 sq.

Syndicat au début des années 1950, ont ainsi pour conséquence durable un affaiblissement de la représentation construite par les jeunes psychiatres dans l'immédiat après-guerre, qui ne sera pas sans conséquence pour la suite¹.

Malgré ces tensions, au début des années 1950, les jeunes psychiatres sont parvenus à stabiliser une représentation des médecins des hôpitaux psychiatriques dans l'arène de la psychiatrie. Dans le courant des années 1950, ils se sont imposés comme les représentants d'une tendance importante de la psychiatrie. Ils sont parvenus à aligner derrière leur vision de la psychiatrie une fraction importante du groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques, en même temps qu'à s'imposer comme leurs porte-parole dans un certain nombre d'instances officielles, comme la Commission des maladies mentales. En s'adressant à l'opinion, ils peuvent prétendre porter les intérêts d'une communauté significative et digne d'être écoutée. C'est cette position qui va leur permettre de faire avancer leur projet de réforme, en collaboration notamment avec les pouvoirs publics. Dans ce cadre toutefois, leur projet devra être reformulé pour s'ajuster également à la vision que les autres acteurs impliqués dans les problèmes des hôpitaux psychiatriques peuvent avoir. Il connaîtra ainsi une élaboration nouvelle qui aboutira à la fin de la décennie 1950 au « secteur ». L'analyse de ce travail sera l'objet du prochain chapitre. Dans le même temps, la période sera toutefois également marquée par une évolution de la position des jeunes psychiatres vis-à-vis de la psychothérapie collective, en termes d'un épuisement et d'une déception, qui les conduira à désinvestir ce projet. C'est à cet aspect que je veux consacrer la dernière partie de ce chapitre.

3. Les transformations d'un projet : la psychothérapie collective dans la seconde moitié des années 1950

En mai 1957, Daumézon lance à un petit nombre de collègues une invitation à participer à un séminaire d'une journée au Centre international pédagogique de Sèvres,

¹ Pour le récit des événements voir : Ayme, J., *Chroniques de la psychiatrie publique à travers l'histoire d'un syndicat*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 1995. Ayme fait des dissensions au sein du syndicat une opposition entre une tendance « matérialiste » et une tendance « idéaliste ». Je suggère que bien plus que cela, c'est une vision du travail de psychiatre qui est en jeu.

en région parisienne¹. Le but de la réunion est d'abord de faire un bilan des stages pour infirmiers psychiatriques organisés par l'association des Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active (CEMEA). Créés à partir de 1937 pour former les éducateurs, les moniteurs et les directeurs de centre de vacances, les CEMEA ont en 1949, à l'initiative de Germaine Le Guillant, épouse du psychiatre Louis Le Guillant, bénévole de l'association, et Georges Daumézon, et sur le même principe que celui mis en œuvre pour la formation des moniteurs, mis en place une formation spécifiquement destinée aux infirmiers psychiatriques, animée par des médecins des hôpitaux psychiatriques. Depuis 1954 l'association édite également une revue destinée au personnel soignant des hôpitaux psychiatriques, *Vie Sociale et Traitement*. Stages et revue jouent à la fin des années 1950 un rôle important dans la diffusion des techniques de psychothérapie dans les hôpitaux et dans la constitution de savoir-faire infirmiers en psychiatrie.

Plus largement toutefois, Daumézon souhaite relier la question de la formation des infirmiers à une réflexion sur les perspectives de la lutte contre les maladies mentales. Daumézon développe ainsi une analyse de l'état du projet réformateur. A la fin des années 1950, note-t-il, la psychiatrie vit encore « sur les données empiriques qui se sont dégagées de notre action après la Libération. » Or la situation a sensiblement évolué depuis 1945. Si les établissements s'étaient vidés pendant la guerre, ils ont retrouvé depuis 1952 les taux d'encombrement de 1939. D'un autre côté, les pouvoirs publics, qui ont débloqué dans le cadre de la planification des crédits pour la construction d'établissements, semblent manifester un intérêt nouveau pour les questions de la psychiatrie. En revanche, le consensus de 1945 au sein du groupe réformateur a éclaté, et les « hommes animés d'un esprit de rénovation » ont été écartés des instances du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques. Cette situation nouvelle impose un « effort doctrinal », que Daumézon propose de diriger dans trois directions : analyser l'état de l'assistance psychiatrique, « déterminer les buts lointains et néanmoins concrets que nous poursuivons », enfin « préciser les moyens d'action immédiats qui doivent être utilisés pour empêcher que les réalisations actuelles freinent l'évolution qui est souhaitable. » Pour cela, Daumézon propose de transformer le

¹ "Compte rendu de la rencontre de Sèvres", *Information Psychiatrique*, 33, n° 8, 1957, pp. 455-461, d'où sont tirées également les citations qui suivent.

séminaire en un « groupe de travail » de taille limitée, qui se composerait d'anciens du noyau réformateur de 1945, et agrégerait des jeunes.

Les réunions de Sèvres, qui se poursuivront sur six séances jusqu'en avril 1959, marquent une étape clef dans la trajectoire du projet réformateur des jeunes psychiatres de 1945. Leur importance est au demeurant d'emblée apparue aux participants, qui s'efforcèrent de donner la plus large publicité aux travaux du groupe : publication des procès-verbaux des réunions dans *l'Information psychiatrique*, avec à la clef plusieurs numéros spéciaux, mais également communications sur les travaux du groupe dans diverses assemblées, comme en 1959 au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Tours ou à la Société médico-psychologique. Pour Daumézon et ses collègues, les réunions de Sèvres devaient permettre de prendre acte des nouveaux développements de la trajectoire du projet, d'évaluer les options qui se présentaient à eux, et de reprendre la main dans une conjoncture nouvelle. D'un côté, elles mettent en scène un passage de relais entre le groupe formé en 1945 et des psychiatres plus jeunes, qui prendront en charge le projet dans les années 1960. D'un autre côté, elles permettent de proposer un bilan du projet élaboré en 1945 et de tenter de définir de nouvelles orientations. A la fin du cycle des réunions, parmi plusieurs propositions, une « formule d'avenir » a émergé, la « psychiatrie de secteur », sur laquelle un consensus s'est réalisé, et qui donne lieu au début de 1959 à un numéro spécial de *l'Information psychiatrique*. En même temps, les réunions ont permis de constater l'échec du projet de psychothérapie collective à porter plus loin la réforme de la psychiatrie. En avril 1959, le groupe se sépare sur le constat d'une divergence sur la question de la participation des infirmiers à la psychothérapie dans les services hospitaliers¹.

Dans cette section j'examine rapidement les évolutions qui au cours de la décennie 1950 ont amené à ce positionnement à l'égard du projet de psychothérapie collective, en réservant pour le prochain chapitre l'autre aspect du travail du groupe de Sèvres, l'élaboration de la psychiatrie de secteur. Plus précisément, j'examine ici les raisons qui poussèrent les jeunes psychiatres de 1945 à se détourner de la psychothérapie collective comme projet réformateur, en distinguant deux éléments :

¹ Le groupe de Sèvres a suscité des analyses assez différentes de Bec, C., *Vers une psychiatrie normalisée, histoire d'une stratégie professionnelle: 1945-1970*, Thèse de 3e cycle, Paris, EHESS, 1977 ; Castel, R., *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, Paris, Ed. de Minuit, 1982 et de ses protagonistes eux-mêmes dans Fourquet, F. et L. Murard, "Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible?" *Recherches*, n° 17, 1975.

d'une part une forme de déception au sein du groupe réformateur à l'égard de la psychothérapie collective ; d'autre part une redéfinition du sens même de la psychothérapie collective, liée à une redéfinition des frontières entre psychiatrie et psychanalyse.

3.1. La déception à l'égard de la psychothérapie collective

Dans le courant des années 1950, les pratiques de sociothérapie et d'ergothérapie continuent de se diffuser dans les hôpitaux psychiatriques, mais quelque chose paraît s'être défait autour de la psychothérapie collective. Si les publications autour d'expériences se poursuivent, depuis le symposium de Bonneval de 1951 la réflexion d'ensemble autour des principes qui permettraient de fonder une psychothérapie collective enfin rationnelle, efficace, ou encore scientifique a cessé. Daumézon lui-même paraît délaissé son projet, après lui avoir donné un nouveau nom, la psychothérapie institutionnelle. De toute évidence, le projet de psychothérapie collective a perdu de sa force de ralliement et de sa capacité à constituer un projet pour la psychiatrie. Pour une part c'est la marque d'un succès. Avec la création de la Commission des maladies mentales, les jeunes psychiatres ont obtenu la constitution d'une arène plus large autour des problèmes de l'hôpital psychiatrique, qui transforme la manière de les poser. Mais dans le même temps, c'est le projet même dont la psychothérapie collective était porteuse qui paraît s'être essoufflé. Un bref échange paru entre la fin de l'année 1956 et le début de l'année suivante dans les pages de la revue de la Fédération des Croix-Marines¹ entre Daumézon et un ancien interne de Saint Alban, Horace Torrubbia, donne une indication d'un nouvel état d'esprit des entrepreneurs du projet.

Dans un premier article, Torrubbia lançait une forme d'avertissement sur les dangers que pouvait, pour les patients, comporter la sociothérapie². La sociothérapie, disait-il, malgré le progrès qu'elle a pu apporter dans les hôpitaux psychiatriques, fait néanmoins courir le risque de nouvelles formes d'aliénation. « A côté de ses bienfaits indiscutables, dans la mesure où elle tend à désaliéner les malades et nous permet en

¹ Sur celle-ci, cf. ch. suivant.

² Torrubbia, H., "A propos de la sociothérapie", *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, n° 4, 1956, pp. 136-137.

outre de les observer et de les connaître sous des aspects multiples, cette même organisation risque de rendre l'aliénation plus subtile et comme travestie derrière les travaux et les activités que les malades sont capables de fournir ». Si mettre en activité les patients permettait souvent de mieux les soigner, cela pouvait également agir comme un masque, soulignait ainsi Torrubia. Dans le numéro suivant de la revue Daumézon proposa une mise au point en forme d'autocritique¹. Après avoir rappelé le contexte dans lequel avait été lancée la psychothérapie collective à la Libération, il proposait une courte analyse des limites du mouvement, en empruntant une métaphore à l'histoire de la médecine pasteurienne : « Nous en sommes au stade antérieur à la vaccination, à l'époque où des médecins du XVIII^e siècle pratiquaient de bras en bras la variolisation préventive. Toute la technique de la vaccination est incluse dans ce cadre, mais aussi tout reste à faire et le moindre accroc peut faire du geste thérapeutique un geste mortel : que la souche soit virulente, que la technique ne soit pas aseptique et la contamination entraîne une catastrophe. » Plus précisément, dans le cas de la sociothérapie, le risque d'infection correspondait au « risque de créer un milieu de culture pour l'insertion asilaire du malade ». Rejoignant Torrubia, Daumézon pointait ainsi une limite inhérente à la psychothérapie collective, et la nécessité d'élaborer de nouveaux projets, sous la forme en particulier d'alternatives à l'hospitalisation. Dans un numéro suivant, André Adnès, qui au congrès de psychiatrie de l'été 1956 avait également lancé une charge vigoureuse contre la sociothérapie, en profita pour se féliciter du ralliement de Daumézon à une vision plus juste selon lui de l'avenir de la psychiatrie.

A l'origine de l'évolution de Daumézon, on peut de toute évidence isoler deux éléments contextuels importants, sur lesquels je reviendrai plus longuement dans le prochain chapitre. Le premier est le retour du problème d'encombrement des hôpitaux psychiatriques. Sur le terrain, cela se traduisait non seulement par la réduction de l'espace alloué à chaque patient, avec la nécessité d'installer des rangées de lits supplémentaires dans les dortoirs ou l'inadaptation des équipements collectifs, mais surtout par un déficit en personnel, qui empêchait de mettre en place des pratiques qui demandaient des moyens importants comme pouvaient l'être les pratiques de sociothérapie. Un second élément de contexte était l'essor d'une politique de développement de « l'extrahospitalier », sous l'impulsion du ministère de la Santé mais

¹ Daumézon, G., "A propos de la sociothérapie", *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, n° 1, 1957, pp. 27-31.

également sous l'effet d'un certain nombre d'expériences locales. Allant dans ce sens, Daumézon continuait ainsi son analyse : « Déraciner des malade de leur cadre pour les placer dans un hôpital lointain confiés par centaines aux soins d'un seul médecin, même si l'on a prévu des ateliers dans les pavillons, c'est préparer la chronicisation d'un grand nombre d'entre eux [...] l'avenir est ailleurs, [il s'agit de] créer le réseau médical auquel le malade pourra être adressé, qui pourra le prendre en charge au dehors, ne l'adressant à l'hôpital que pour un séjour et un traitement aussi bref que possible. »

Si ces deux éléments ont pu déterminer les psychiatres à investir d'autres modes d'exercice que l'hôpital psychiatrique, il me semble toutefois que l'on ne peut en rester là. Plus profondément, je veux suggérer en effet qu'une partie de l'évolution des jeunes psychiatres sur la psychothérapie collective venait également de la dynamique même de la psychothérapie collective comme projet réformateur. L'image de la vaccination et de l'infection utilisée par Daumézon est de ce point de vue significative. Elle témoigne d'une sensibilité aux dangers propres aux pratiques de psychothérapie collective. Ce que soulignait Daumézon, c'était que la création d'activités, une fois institutionnalisée dans les établissements, pouvait conduire à une routine, amenant d'autres formes de chronicisation. Dans un article paru l'année précédente, Daumézon décrivait ainsi précisément la manière dont un atelier ou toute autre entreprise mise en œuvre à l'intérieur de l'hôpital courait toujours le risque de nourrir la chronicité de ses patients lorsque ceux-ci s'y installaient :

L'expérience montre que certains sujets tirent le plus grand profit du passage de quelques jours à quelques semaines dans un atelier semblable à celui qu'ils retrouveront au dehors. Mais le plus souvent, l'atelier est au contraire le lieu où des sujets viennent se réfugier dans leur ancien travail : que de vieux maçons, de vieilles couturières, de vieux peintres, de vieilles repasseuses, de vieux jardiniers sont devenus ainsi des « piliers » de l'asile, qui, au lieu de les guérir les a conservés pour l'excellence des services qu'ils lui rendent. Contrepoids de cauchemar qui obsède le psychiatre : chaque initiative qu'il prend dans la vie de l'asile devient finalement un élément d'aliénation.¹

Cette prise de conscience après-coup des limites de ces initiatives signale bien l'émergence d'un sentiment nouveau à l'égard de la psychothérapie collective, que, pour reprendre les analyses d'Albert Hirschman, on pourrait caractériser comme une

¹ Daumézon, G., "La réadaptation en milieu hospitalier", *Réadaptation*, n° 34, 1956, pp. 11-14.

déception, au sens d'une frustration à l'égard d'un engagement dont on ne parvient plus à se satisfaire¹. L'enthousiasme premier retombe. Les ateliers sombrent dans la routine et la monotonie. L'engagement de chacun pour les faire vivre se défait. On s'habitue à voir les patients travailler. On retrouve les signes de la chronicité derrière leurs comportements, que l'on croyait pourtant avoir réussi à changer. L'atelier qui paraissait initialement une victoire, un bel outil de guérison devient un élément du paysage de l'aliénation. Ce qui ainsi paraît défait à la fin des années 1950, c'est la liaison du projet de réforme des hôpitaux psychiatrique et d'un travail sur les institutions. De façon plus générale à la fin des années 1950, c'est une sorte de privatisation du projet de psychothérapie collective qui s'opère. Celle-ci s'explique également par le rôle que tendent à jouer les psychanalystes dans le projet.

3.2. L'émergence d'une psychanalyse des psychoses et la reformulation de la psychothérapie collective

L'évolution de ses relations avec la psychanalyse est probablement, avec l'émergence des chimiothérapies, à l'origine de certaines des transformations les plus profondes de la psychiatrie française de la seconde moitié du XX^e siècle. Elle a en particulier des conséquences importantes pour la psychothérapie collective, ou, comme on commence à l'appeler depuis le début de la décennie, la psychothérapie institutionnelle. A la fin des années 1940, les psychiatres recherchaient auprès des psychanalystes des outils qu'ils appliquaient directement à leurs propres projets, en l'occurrence l'organisation de la vie sociale de leurs services. La psychanalyse, par l'analyse qu'elle donnait des phénomènes de dynamique de groupe, permettait ainsi de penser des dispositifs de psychothérapie collective dans les hôpitaux psychiatriques. La collaboration entre psychanalystes et psychiatres s'arrêtait à ce transfert d'idées. Dans le courant des années 1950, commencent à apparaître des praticiens fortement engagés dans les deux mondes de la psychiatrie et de la psychanalyse, dont les activités amènent à redéfinir leurs frontières. La psychothérapie institutionnelle devient ainsi le noyau d'une activité à l'intersection de ces deux mondes. Ce déplacement change toutefois également le sens de la psychothérapie institutionnelle : dans la deuxième partie des

¹ Hirschman, A. O., *Bonheur privé, action publique*, Paris, Fayard, 1983 [1982].

années 1950, le problème central de la psychothérapie institutionnelle devient celui de l'introduction dans les hôpitaux psychiatriques d'une activité psychothérapique sous la houlette de psychanalystes, et des implications de cette activité pour le reste du personnel.

A partir des années 1950, l'expérience du divan tend à devenir un passage obligé pour les internes des hôpitaux psychiatriques de la Seine¹. La diffusion de la psychanalyse s'accompagne toutefois d'une évolution du rapport que ces nouveaux psychiatres entretiennent avec elle. Si pour la génération précédente s'engager dans la psychanalyse signifiait s'installer en cabinet, un certain nombre d'entre eux choisissent de mener de front leur activité de psychanalystes et une carrière hospitalière, et, plus encore, cherchent à se servir de leur double engagement en psychiatrie et en psychanalyse pour avancer dans les deux mondes à la fois, et par là les faire avancer l'un vers l'autre. Le cas de Paul-Claude Racamier (1924-1996) est très représentatif de ce nouveau type de carrière². Bien qu'il ne soit pas interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine³, Racamier se forme à la psychiatrie à Paris en suivant les cours de Jean Delay et de Henri Ey, après avoir commencé des études de médecine à Besançon. Une rencontre en marge d'un séminaire de Delay l'amène à s'intéresser à la psychanalyse, et en 1952 il commence une cure, puis trois ans plus tard prend lui-même des patients en analyse. Nommé au concours du médocat de 1952, il prend un poste à l'hôpital psychiatrique de Prémontré, où il restera jusqu'à son départ pour une clinique suisse réputée, les Rives de Prangins, au milieu des années 1960. A partir de 1952, en même temps qu'il poursuit ses activités de médecin hospitalier, il s'engage dans une lecture systématique des travaux anglo-saxons sur la psychanalyse des psychoses, qui l'impose rapidement comme un spécialiste de la question à la fois chez les psychiatres et chez les psychanalystes. Du côté des psychiatres, il se charge de recensions et d'articles de synthèse qui sont publiés régulièrement dans *l'Evolution psychiatrique*⁴. Du côté des psychanalystes, il est rapidement repéré par le président de la Société psychanalytique

¹ Entretien avec Pierre Bailly-Salin, février 2003.

² Pour ces indications biographiques, voir Bayle, G., *Paul-Claude Racamier*, Paris, PUF, 1997.

³ Ni interne des hôpitaux de Paris. Ce point n'est pas mentionné par son biographe, mais il n'apparaît dans aucun annuaire.

⁴ Par exemple : Racamier, P.-C., "Sur les psychothérapies d'orientation psychanalytique", *Evolution Psychiatrique*, n° 3, 1953, pp. 623-653 ; Idem, "Connaissance et psychothérapie de la relation schizophrénique", *Evolution psychiatrique*, 23, n° 2, 1958, pp. 445-498, ou encore des revues d'ouvrages de Rosen, Federn ou Schwing, *op. cit.*

de Paris, Sacha Nacht, qui le charge en 1955 d'un séminaire sur la question à l'Institut de formation de la Société. Celui-ci constitue ensuite la base d'une contribution importante au volume de synthèse publié sous la direction de Nacht l'année suivante pour le centenaire de Freud, *La psychanalyse d'aujourd'hui*¹. La carrière de Racamier est sans doute exceptionnelle par son succès et sa rapidité, mais les scissions successives des sociétés de psychanalyses à partir de 1953, qui aboutissent à la formation de deux puis trois groupes de taille proche sans qu'aucun n'assure réellement un leadership sur le champ, permettent de voir émerger d'autres carrières du même type associées à d'autres segments du monde – comme celles Michel Schweich ou Serge Leclair².

L'augmentation de leurs moyens permet par ailleurs à un certain nombre de médecins-chefs, qui jusqu'alors étaient les seuls thérapeutes dans leurs services, d'y faire venir des psychanalystes à plein temps, qu'ils soient psychologues ou médecins assistants, pour conduire une activité psychothérapeutique plus systématique. A l'hôpital de Villejuif, Louis Le Guillant accueille dès 1948 un groupe de psychiatres-psychanalystes sur des postes de médecin assistant créés dans le cadre d'une convention avec la Sécurité sociale, qui tentent de développer une activité de psychothérapie³. Georges Daumézon obtient en 1957 ou 1958 du Conseil Général de la Seine le financement d'un poste de psychothérapeute dans son service de l'admission à Sainte Anne⁴. A la fin de la décennie, les psychanalystes ont ainsi capitalisé une expérience importante dans les services psychiatriques et font entendre sur la psychose une voix originale à côté de celle des psychiatres. Un symposium sur la schizophrénie organisé à Bonneval par Ey en avril 1957 en préparation du congrès mondial de psychiatrie qui

¹ Nacht, S. (dir.), *La psychanalyse d'aujourd'hui*, Paris, PUF, 1956.

² Rappelons qu'en 1953, un premier conflit conduit au départ de la Société Psychanalytique de Paris d'un certain nombre de ses cadres pour fonder la Société Française de Psychanalyse. Acteur important de ce conflit, Jacques Lacan, le psychanalyste le plus en vue de l'après-guerre, est exclu de la seconde en 1964, et fonde alors un nouveau groupement, l'Ecole française de psychanalyse, bientôt devenue l'Ecole freudienne de Paris, tandis que les cadres restés à la Société Française de Psychanalyse fondent l'Association Française de Psychanalyse. A partir des années 1970, les querelles de chapelle se multiplient pour aboutir à un paysage de plus en plus émietté. Sur ces points : Ohayon, A., *L'impossible rencontre. Psychologie et psychanalyse en France 1919-1969*, Paris, La Découverte, 1999, p. 365 sq ; Roudinesco, E., *La bataille de cent ans. Histoire de la psychanalyse en France. 2. 1925-1985*, Paris, Seuil, 1986.

³ Cf. le compte rendu que font Le Guillant et Jean Kestemberg au cours de la discussion de : Oury, J., "La participation de l'infirmier à la psychothérapie", *Information Psychiatrique*, 34, n° 5, 1958, pp. 405 sq.

⁴ "Expérience d'introduction de psychothérapies dans un service fermé par l'équipe d'admission de l'HP Sainte Anne", *Information Psychiatrique*, 34, n° 5, 1958, pp. 361 sq.

doit se tenir l'année suivante à Zürich consacre ainsi pas moins de quatre exposés à la psychothérapie des psychotiques, tous dus à des psychanalystes¹.

L'activité de ces praticiens à l'intersection de deux mondes leur permet de proposer un cadrage nouveau des objets de la psychiatrie d'une part, de ceux de la psychanalyse d'autre part, dans un jeu de perspectives croisées. D'un côté en effet ils reprennent un certain nombre d'observations des psychiatres pour en proposer une interprétation nouvelle en termes analytiques. Dans une conférence prononcée en 1957 à l'Evolution psychiatrique, Racamier propose ainsi une relecture des phénomènes de pathologie hospitalière, que Daumézon avait mis en évidence une décennie plus tôt². Les observations de Racamier sont pour une part plus longues et plus fines que celles de Daumézon, mais sa démarche ne s'écarte guère de celle de son aîné. Le postulat de départ est que les troubles psychiatriques sont « divisibles en deux parts, dont l'une serait le propre de la maladie et l'autre celle de l'hôpital, ou, plus exactement de l'asile pour désigner d'un seul mot tout ce que le milieu psychiatrique a pu et peut encore avoir d'aliénant. » Partant, pour guérir la maladie mentale, il convient de traiter le milieu autant que le patient : précisément, c'est là le but de la sociothérapie, mais Racamier note que la sociothérapie telle qu'elle est pratiquée actuellement est encore très empirique. Pour développer une sociothérapie scientifique, il faut constituer une sociopathologie qui soit à la sociothérapie ce que la psychopathologie est à la psychothérapie. On retrouve bien derrière la démarche de Racamier les principaux éléments de celle qu'inaugurait Daumézon dans ses articles de la fin des années 1940, et en particulier son appel à développer une observation objective, scientifique de la vie hospitalière. En définitive, seule la multiplication des références, notamment à la littérature anglo-saxonne, qui a connu dans l'intervalle un essor sans équivalent en France³, distingue réellement les positions de Racamier de celles de son aîné. De façon

¹ "Les schizophrénies. Journées de Bonneval - Avril 1957", *Evolution psychiatrique*, n° 2 et 3, 1958 : Lebovici, S. et al., "Psychodrame et traitement des psychotiques", *Evolution psychiatrique*, 23, n° 2, 1958, pp. 499-521 ; Leclaire, S., "A la recherche des principes d'une psychothérapie des psychoses", *Evolution psychiatrique*, 23, n° 2, 1958, pp. 377-419 ; Perrier, F., "Fondements théoriques d'une psychothérapie de la schizophrénie", *Evolution psychiatrique*, 23, n° 2, 1958, pp. 421-444 ; Racamier, "Connaissance et psychothérapie de la relation schizophrénique", *op. cit.*

² Racamier, P.-C., "Introduction à une sociopathologie des schizophrènes hospitalisés", *Evolution Psychiatrique*, n° 1, 1957, pp. 47-94.

³ Notamment sous l'effet de l'émergence d'une sociologie des institutions psychiatriques, avec les études classiques de Stanton et Schwartz ou William Caudill, et bientôt celles de Goffman, et de Strauss et ses collaborateurs, dont on n'aura l'équivalent en France qu'une décennie plus tard, et encore sans qu'elles aient jamais la même importance. Caudill, W., *The psychiatric hospital as a small society*, Cambridge,

plus générale, ce recouvrement des savoirs psychiatriques par un vocabulaire et des concepts d'origine psychanalytique concerne jusqu'à un certain point également les processus psychopathologiques propres à la psychose¹.

De l'autre côté, ces psychanalystes s'engagent également dans l'adaptation de la cure psychanalytique pour développer des méthodes de traitement applicables aux malades des hôpitaux psychiatriques – et plus généralement aux malades psychotiques. Pour cela, les praticiens français s'appuient sur l'expérience acquise dans les pays germaniques et anglo-saxons, où une pratique du traitement des psychoses sans équivalent en France s'est développée depuis les années 1930. L'absence de standards, liée en particulier au fait que les pères de la discipline ne s'intéressaient guère aux psychoses – dans les années 1950, l'ensemble des auteurs rappellent que Freud estimait que la méthode psychanalytique, telle qu'il l'avait développée, ne pouvait s'appliquer aux psychotiques – fait que ces approches présentent une grande hétérogénéité. Au milieu des années 1950, à travers les synthèses que proposent les praticiens français, un certain nombre d'idées forces se dégagent néanmoins, et constituent le cadre à l'intérieur duquel vont prendre les discussions². Sans en proposer une analyse détaillée, il est important d'en comprendre les grandes lignes.

La spécificité du traitement des psychotiques tient pour les psychanalystes à la forme spécifique du « transfert psychotique ». Rappelons que dans la cure psychanalytique classique, le transfert, ou plus exactement la « résolution » de la névrose de transfert, pensée comme une forme d'attachement noué au cours de la cure de l'analysé à son analysant, est le moteur de la cure. Là se trouvait d'emblée la limite que Freud voyait à la méthode dans son application au traitement des psychotiques, puisqu'il estimait que les psychotiques étaient incapables de transfert. Au contraire, dans les années 1950, les psychanalystes qui ont commencé à travailler avec ces patients soulignent qu'ils sont capables d'un transfert sur leurs thérapeutes, mais que

Ma., Harvard University Press, 1958 ; Goffman, E., *Asiles*, Paris, Ed. de Minuit, 1968 [1961] ; Stanton, A. et M. Schwartz, *The mental hospital*, New York, Basic books, 1954 ; Strauss, A. et al., *Psychiatric ideologies and institutions*, New York, Free Press of Glencoe, 1964.

¹ Au point qu'un psychiatre peut s'interroger, à propos de l'intervention de Serge Leclaire : « je me pose la question de savoir s'il a fait là autre chose que de décrire en d'autres termes la « *Spaltung* » du schizophrène, l'automatisme mental ou un certain degré de dissolution de conscience propre au délirant, le tout réuni dans une unité qui serait le problème fondamental de ces psychoses. » Leclaire, "A la recherche des principes d'une psychothérapie des psychoses", p. 412.

² Je m'appuie ici en particulier sur *Ibid* ; Racamier, P.-C., "La psychanalyse des psychoses", in S. Nacht (dir.), *La psychanalyse d'aujourd'hui*, Paris, PUF, 1956 ; Schweich, M., "Psychothérapie des schizophrènes hospitalisés", *La psychanalyse*, n° 4, 1958, pp. 135-152.

celui-ci, en raison même de la perturbation du cours des pensées et de la désagrégation de la personnalité, ne peut se comparer au transfert dont est capable un patient névrosé. Racamier écrit ainsi : « L'analyse met ordinairement en présence d'un sujet dont le transfert est à la fois éprouvé, centré sur l'analyste, et jugé. Or le psychotique éprouve, mais ne centre ni ne juge ses émotions ni ses sentiments. »¹ Racamier propose une longue description du caractère à la fois submergeant et insaisissable, et par là difficile à manier, du transfert psychotique : le transfert psychotique est « intense », « réactif », « massif », « impétueux », les émotions du psychotique sont d'emblée portées à un point d'incandescence, le psychotique est « intolérant à la frustration », ses désirs sont en permanence exacerbés. Un autre spécialiste, Michel Schweich, souligne également ce point : « Loin d'être indifférents et isolés, les schizophrènes sont extrêmement perméables à l'ambiance et ils vous impliquent avec une très grande rapidité pourvu qu'on veuille les comprendre. »² D'un autre côté les sentiments du psychotique sont labiles, fluides, ils ne se fixent que difficilement sur une personne et risquent en permanence de s'en détacher : « ce qui manque au psychotique est [...] non pas la capacité de constituer un transfert, mais la capacité d'en éprouver la vraie nature, de le focaliser, de le juger de s'en distancer et de le prendre en main »³.

Face à la singularité de cet engagement du psychotique dans la relation avec le thérapeute, le psychanalyste ne peut s'effacer comme dans la cure classique, où, assis derrière son patient allongé, il est supposé intervenir le moins possible et laisser jouer l'association libre. Au contraire, il doit donner à voir sa personne, physiquement, en adoptant une position de face à face, et symboliquement, en ramenant toujours l'échange à la réalité et en s'engageant personnellement dans la relation avec le patient. Racamier écrit ainsi : « l'existence même du malade doit compter aux yeux de l'analyste (comme, dit Rosen, s'il était un membre de sa propre famille). L'analyste est personnellement et humainement engagé et impliqué dans l'existence et le destin de son malade. Qu'il le veuille ou non, il a charge d'âme ; et il est nécessaire qu'il le veuille et l'accepte, et bon qu'il en donne la preuve. Le patient sait alors qu'il peut compter sans réserves sur l'analyste ; il apprend qu'il existe en connaissant qu'il existe au cœur d'un

¹ Racamier, "La psychanalyse des psychoses", *op. cit.*, p. 588.

² Schweich, "Psychothérapie des schizophrènes hospitalisés", *op. cit.*

³ Racamier, "La psychanalyse des psychoses", *op. cit.*, p. 592.

autre. »¹ Poussant loin cette vision de la relation thérapeutique comme relation de proximité attentive, certains psychanalystes proposent une technique de « maternage », décrite en référence à une théorie de la frustration précoce, selon laquelle l'enjeu de la cure est de réparer une frustration vécue par le patient au cours de sa petite enfance. Si la plupart des analystes soulignent les limites de la méthode, et la faiblesse de sa justification théorique, elle capte bien une vision de l'intervention thérapeutique auprès de ces patients, qui jouera à ce titre un rôle important pour les soignants dans les hôpitaux psychiatriques dans les années 1960 et par la suite. Ainsi, le psychanalyste ne doit pas hésiter à développer une attitude d'intervention et d'explicitation avec son patient. Cette intervention doit toutefois être maîtrisée. La relation thérapeutique ne peut passer que par une attention plus grande au « contre- transfert », c'est-à-dire aux réactions du psychanalyste à l'égard de son patient. D'un autre côté, dans la mesure même où le transfert du patient ne se fixe que faiblement sur le thérapeute – c'est la notion de « transfert diffus », que développent certains analystes² -, celui-ci a la nécessité d'intervenir également sur l'environnement du patient : dans le cas de malades hospitalisés, il lui faut ainsi comprendre plus spécifiquement les relations nouées avec les autres soignants.

C'est précisément de cette conception du transfert psychotique que découle la vision que développent les psychanalystes de leur rôle auprès des équipes psychiatriques. Pour les psychanalystes, mener une activité de thérapeute à l'intérieur d'un service hospitalier impose de s'impliquer également dans la vie même du service, le psychanalyste développant une responsabilité vis-à-vis de son environnement. Les psychanalystes apparaissent ainsi comme une voix nouvelle à l'intérieur des services, qui, lorsque l'on admet la légitimité de leur intervention, développent une forme d'autorité qui se situe dans une relation complexe avec celle du médecin-chef. En 1958, Jean Kestemberg explique ainsi l'échec d'une première tentative d'introduire des psychanalystes à l'hôpital psychiatrique de Villejuif par leur incapacité à interagir et collaborer avec les infirmiers³. A l'inverse, du point de vue des équipes soignantes, la présence de psychanalystes dans le service suppose une adaptation des manières de

¹ *Ibid.*, pp. 596-597.

² Schweich, "Psychothérapie des schizophrènes hospitalisés", *op. cit.*

³ Intervention de Jean Kestemberg discussion de : Oury, "La participation de l'infirmier à la psychothérapie", *op. cit.*

faire, qui ne va pas sans friction. Daumézon donne ainsi le point de vue du médecin-chef :

Ainsi l'irruption de la psychothérapie multiplie les incidents, exacerbe la sensibilité à leur égard.

Dans un premier temps j'avais pu penser que la présence du psychothérapeute pouvait déplacer les problèmes sur lui seul : à propos d'un sujet névrotique, les problèmes semblaient se scinder en une dichotomie schématique : au médecin et au service la réalité, au psychothérapeute la vie phantasmatique. En fait l'expérience a très vite prouvé que le malade récusait cette dichotomie, que la psychothérapie ne pouvait être enfermée dans les limites étroites du colloque avec l'analyste. Qu'on le veuille ou non, le service tout entier personnel et matériel est utilisé par le malade comme moyen de communication avec le thérapeute. Même s'il s'agit d'un malade en apparence névrotique léger.

Nous touchons là la différence de situation avec l'analyse classique, différence tenant à la nature même du malade. Le psychothérapeute classique dit au sujet : « je n'aurai de contact avec vous que dans le cadre du traitement, tout ce qui existe au dehors ne peut être pris en compte que si vous me l'amenez ici ». Nos malades sont tels qu'ils ne peuvent être traités de cette manière, et s'ils sont à l'hôpital, c'est en raison même de cela. Nous ne les gardons à l'hôpital que pendant le temps où ils ont besoin de s'exprimer à travers toute l'ambiance. Dès qu'ils peuvent s'exprimer dans le colloque thérapeutique, c'est qu'ils peuvent sortir.¹

Précisément, le problème qui se pose à la fin de la décennie 1950 au groupe de Sèvres est devenu celui des transformations induites dans la vie d'un service par l'introduction de psychothérapeutes. Pour les psychiatres et les psychanalystes, bien au-delà de la psychothérapie collective telle qu'elle était mise en œuvre par les psychiatres à la fin des années 1940, la psychanalyse des psychoses permet de prendre à bras le corps le problème de la psychothérapie dans les hôpitaux psychiatriques. Ce point est bien résumé dans cette intervention d'un psychiatre au cours de l'une des discussions du groupe : « Ce qui est nouveau à notre époque ce n'est pas seulement une connaissance plus précise et une meilleure compréhension des lois mêmes de l'hygiène mentale, mais surtout notre besoin d'aborder et de traiter directement la personne de nos malades au niveau propre et spécifique de l'activité psychique altérée du sujet. Les problèmes psychologiques de la personne ne se réduisent ni à des mécanismes nosographiques, ni à

¹ Daumézon, G., "Expérience d'introduction de psychothérapies dans un service fermé par l'équipe d'admission de l'HP Sainte Anne. 5. Réflexions du chef de service", *Information Psychiatrique*, n° 5, 1958, pp. 380-382.

une idéalisation communautaire. Il n'y a de psychothérapie au sens propre que dans la relation personnelle que nous entretenons avec le malade, et je dis nous ici en entendant par là aussi bien les infirmiers. »¹ Mais du même coup, le problème central qui se pose aux psychiatres porte désormais sur leur rôle et celui de leurs collaborateurs, les infirmiers, dans le traitement psychanalytique des psychoses. En quoi précisément les infirmiers des services participent-ils ou non à l'entreprise psychanalytique ? Peuvent-ils prétendre y jouer un rôle par eux-mêmes, ou bien faut-il s'en remettre entièrement aux psychanalystes pour assurer le traitement des psychotiques ? Résumant les débats du groupe, un psychiatre écrit ainsi :

Il [se] dégage [des discussions] une volonté commune de dépasser le stade de la « thérapeutique institutionnelle » qui n'est rien d'autre qu'un moyen d'aseptiser un milieu, de détruire les éléments de nocivité, comparables pour le chirurgien à la pourriture d'hôpital de l'ère prépastorienne. Les divergences apparaissent lorsqu'il s'agit d'articuler ce qui n'est qu'une hygiène avec la thérapeutique proprement dite.²

Plus précisément, les divergences auxquelles fait allusion ce psychiatre apparaissent à l'occasion du rapport que fit au groupe le psychanalyste et psychiatre René Diatkine. Celui-ci défendait une position d'extrême prudence sur la possibilité de transmettre aux infirmiers un savoir faire en psychothérapie : « Dans une psychanalyse normale, le praticien a été préparé par une analyse didactique, il est protégé par le côté formel de la cure et ce n'est d'ailleurs qu'après une longue formation qu'il arrive à maîtriser les phénomènes de transfert et de contre-transfert qui sont le moteur de toute cure. Pouvons-nous communiquer au personnel infirmier une telle maîtrise ? Je ne le pense pas ; ce jugement n'est pas un seul instant dicté par un sentiment péjoratif à l'égard de ce personnel, mais simplement par le caractère totalement différent de son activité, infiniment plus éprouvante que l'activité médicale. »³ L'intervention de Diatkine souleva de vives réactions chez certains psychiatres, comme Jean Oury, médecin-directeur de la clinique de La Borde, dans le Loir-et-Cher : « J'avoue avoir été profondément choqué par ce qui se profile dans l'arrière-plan de ce discours : une sorte

¹ Intervention de Follin, in Diatkine, R., "Réflexions d'un psychanalyste sur la participation des infirmiers à la psychothérapie", *Information Psychiatrique*, 34, n° 10, 1958.

² Ayme, J., "La participation des infirmiers à la Psychothérapie", *Information Psychiatrique*, 35, n° 6, 1959, pp. 475-485.

³ Diatkine, "Réflexions d'un psychanalyste sur la participation des infirmiers à la psychothérapie", *op. cit.*

de mépris - ou de méconnaissance – de l’infirmier en tant que tel. C’est peut-être parce que j’ai l’expérience de l’apport infiniment riche et varié que représente la mise en forme de ce que disent des infirmiers sur les malades avec lesquels ils vivent au moins huit heures par jour que je me permets d’intervenir d’une façon assez catégorique. Le niveau culturel de l’infirmier importe moins que la posture dans laquelle on le met pour l’écouter quand il peut parler de ses faits d’existence quotidienne avec les malades. » Ce différend fut suffisamment profond pour casser la dynamique de travail du groupe et mettre un terme à ces réunions en 1959.

A partir du début des années 1960, dans le prolongement des discussions du Groupe de Sèvres, le thème des institutions devient un sujet majeur de réflexion et de controverse dans les mondes de la psychiatrie, de la psychanalyse, et rapidement au-delà dans le champ social, alimenté par l’essor fantastique que connaissent les sciences humaines au cours des deux décennies 1960 et 1970. Au sein de la psychiatrie, il est à l’origine d’entreprises comme la Société de psychothérapie institutionnelle, que crée François Tosquellès en 1965, ou encore la tentative de Racamier de systématiser sa réflexion dans une série d’ouvrages de synthèse¹. Alimentées par les divisions de la psychanalyse, ces discussions développeront un ensemble de propositions théoriques et de controverses. Plus largement, elles seront également un élément majeur de l’ouverture de la psychiatrie au reste de la société, et de l’intérêt que des groupes de plus en plus éloignés porteront à la psychiatrie. Le groupe formé autour de Tosquellès constituera en particulier une première passerelle vers la formation dans les années 1970 de groupements permettant la collaboration de psychiatres, de psychologues, de sociologues et des philosophes. Il faut notamment citer le Centre d’études, de recherches et de formation institutionnelle, créé autour de Félix Guattari, psychanalyste à la clinique de La Borde, et placé sous la figure tutélaire de Michel Foucault, et qui en réunissant des sociologues, des historiens, des psychologues et des philosophes, sera un lieu d’échange important sur les problèmes de la psychiatrie². Il contribuera également à

¹ Racamier, P.-C., *Le psychanalyste sans divan*, Paris, Payot, 1970, qui devait être le premier volume d’une série.

² Notamment sur l’architecture hospitalière, puis sur le secteur : "Programmation, architecture et psychiatrie", *Recherches*, numéro spécial, 1967 ; Fourquet et Murard, "Histoire de la psychiatrie de secteur", *op. cit.*

élargir ce questionnement en l'insérant dans un champ de réflexions concernant des institutions aussi diverses que l'école, la santé publique, l'économie¹.

Autour de la psychothérapie collective s'est ainsi constituée une zone médiane entre les deux mondes de la psychiatrie et de la psychanalyse. Le problème clef soulevé au cours des réunions de Sèvres, l'évolution du travail dans les services psychiatriques, rejoint la question que se posaient les psychiatres à la fin des années 1940 au moment du lancement du projet de psychothérapie collective, mais il est ici envisagé à partir d'une position intermédiaire, à l'intersection des deux mondes, et dans une perspective purement technique, là où le projet initial participait d'un questionnement d'ordre éthique. Avec ce mouvement, une reconfiguration d'ensemble du projet de psychothérapie collective s'est opérée qui s'explique également par l'émergence de nouveaux thèmes de réflexion, et en particulier le « secteur ». C'est vers celui-ci qu'il faut maintenant se tourner.

¹ Voir les collections de la revue *Recherches* éditées par le Cerfi.

ECOLE DES HAUTES ETUDES EN SCIENCES SOCIALES

Doctorat Nouveau Régime

Discipline : Sociologie

Nicolas HENCKES

Le nouveau monde de la psychiatrie française

Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970

Second volume

Directeur de thèse : Isabelle BASZANGER

Thèse soutenue publiquement le 13 décembre 2007

Jury

Mme Isabelle BASZANGER

Directrice de recherche CNRS, CERMES

M. Alain EHRENBURG

Directeur de recherche CNRS, CESAMES

M. Bruno LATOUR

Professeur, Institut d'études politiques de Paris, CSO

M. Philippe URFALINO

Directeur de recherche CNRS, Directeur d'études EHESS, CESTA

M. George WEISZ

Professeur, McGill University, Department of Social Studies of Medicine

SOMMAIRE DU SECOND VOLUME

CHAPITRE 4. UN NOUVEAU MANDAT. L'EXTRAHOSPITALIER, LA PLANIFICATION ET L'ÉLABORATION DU « SECTEUR »	453
1. L'extrahospitalier et la reconfiguration de la question de l'assistance psychiatrique au début des années 1950	459
1.1. <i>L'assistance extrahospitalière en France jusqu'au début des années 1950 : initiatives, perspectives et alternatives</i>	459
L'encombrement des hôpitaux psychiatriques, leur rendement thérapeutique et ses limites	461
Un principe d'intervention, l'« assistance extrahospitalière »	476
<i>De la prévention à la post-cure et retour. 478. Assistance extrahospitalière et assistance tutélaire. 484. Le problème des limites de l'intervention extrahospitalière : psychiatrie sociale et psychiatrie militante. 492</i>	
Un contre-projet : la spécialité de neuropsychiatrie, cadre de la psychiatrie extrahospitalière	497
1.2. <i>Les rapports des Comités d'experts de l'OMS sur la santé mentale : un cadre mondial pour l'organisation des systèmes de santé mentale</i>	500
2. L'intervention de l'Etat. La psychiatrie au ministère de la santé dans le courant des années 1950, entre hygiène sociale et planification	517
2.1. <i>Le moment hygiéniste du ministère de la santé</i>	518
2.2. <i>La psychiatrie dans la planification de la santé</i>	523
3. Une dynamique collective. L'élaboration du secteur à la Commission des Maladies Mentales	535
3.1. <i>La dynamique de la coopération à la Commission des Maladies Mentales</i> ..	537
Le choix des partenaires	537
La gestion de l'agenda.....	539
3.2. <i>Les étapes d'un apprentissage</i>	544
Ouvrir un cadre : Le « rapport préliminaire à la présentation de nouveaux textes propres à assurer un fonctionnement satisfaisant aux hôpitaux psychiatriques » de juin 1954.....	545
Négocier un mandat : Le « rapport sur l'équipement psychiatrique d'un territoire dépourvu de toute formation spécialisée » de novembre 1955	554
<i>Le projet d'implantation communautaire des jeunes psychiatres. 555 Le contre-projet de planification « par en haut » de Jean Dechaume. 560</i>	
Marquer un aboutissement : Les expériences du Groupe de Sèvres et la « note sur le service territorial unifié de protection de la santé mentale » d'octobre 1959	566
3.3. <i>La cristallisation : la circulaire de mars 1960</i>	573

**CHAPITRE 5. LE SECTEUR DANS LES ANNÉES 1960 ET 1970 : ENTRE
ROUTINISATION DE L'ENGAGEMENT RÉFORMATEUR ET NOUVELLES
LOGIQUES D'ACTION..... 579**

**1. La naissance d'une spécialité. Le secteur dans la recomposition de la psychiatrie
..... 583**

*1.1. La neuropsychiatrie dans la réforme hospitalière de 1958 : l'échec d'une
tentative de conciliation..... 584*

*1.2. La construction d'une nouvelle représentation de la psychiatrie : Les Journées
du Livre Blanc de la psychiatrie française de 1965, 1966 et 1967. 589*

Le contexte..... 590

Les conditions d'un travail commun 595

Un état des lieux : les diverses facettes de la psychiatrie. 598

Travailler ce qui rassemble et ce qui divise..... 606

*Un consensus : la réforme de la loi de 1838. 606. L'objection du « libre choix » : le
secteur, un projet pour la psychiatrie publique, le scepticisme des praticiens libéraux.
608. Un point de convergence : des besoins humains pour un repositionnement de la
psychiatrie dans la médecine. 612*

Une « charte » pour la psychiatrie : une nouvelle vision du secteur au cœur d'une
nouvelle représentation de la psychiatrie..... 620

*1.3. L'institutionnalisation de la spécialité : quelle place pour le secteur dans la
définition de la psychiatrie ? 624*

La création du Syndicat des psychiatres français et les réformes de 1968 624

La question du secteur dans l'évolution de la représentation de la psychiatrie au
début des années 1970 629

**2. Les limites d'une régulation. Les évolutions du secteur dans l'expérience de
planification 637**

2.1. Les logiques d'action locales 640

*Le point de départ : la nécessaire coordination du dispositif psychiatrique parisien.
642. L'initiative des psychiatres. 645. Les limites du POD. 647. La relance d'une
volonté planificatrice. 649*

2.2. Les transformations de l'intervention du Ministère 653

Le mouvement et l'impuissance 656

De la consultation à l'animation 663

2.3. Vers la déshospitalisation. L'évolution des normes d'équipement 668

3. La psychiatrie de secteur à l'épreuve de la chronicité..... 677

*3.1. Retour sur la chronicité : le rapport de Le Guillant, Bonnafé et Mignot au
Congrès de Psychiatrie de 1964, ou la chronicité au cœur de la psychiatrie de
secteur..... 679*

Les nouveaux enjeux de la chronicité en psychiatrie 679

Constituer la chronicité des maladies mentales en problème 686

Les fondements : la chronicité et l'« acuité » comme polarités..... 691

De la guérison à la gestion. Les nouveaux objectifs du travail psychiatrique . 796

Une nouvelle vision du secteur 700

*3.2. L'intervention pharmaceutique : les psychoses chroniques à l'ère des
chimiothérapies 702*

<i>3.3. Le traitement au long cours ou le nouveau régime de la psychiatrie de secteur</i>	713
Entre esprit critique et esprit d'équipe, la modestie de la psychiatrie de secteur	714
Le temps indéfini du travail psychiatrique	721
<i>Conclusion</i>	734

CONCLUSION GÉNÉRALE. LA RÉFORME DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES, JUSQU'OU ? 737

ANNEXE 1. DOCUMENTS 751

1. <i>Conclusions des Journées psychiatriques de mars 1945</i>	751
2. <i>Circulaire du 15 mars 1960 sur le secteur</i>	755
3. <i>Résolutions adoptées par la Société de l'Evolution psychiatrique en conclusion des Journées psychiatriques du Livre blanc de la psychiatrie française, 1965-1967</i>	768

ANNEXE 2. CHRONOLOGIE 775

SOURCES ET RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 781

CHAPITRE 4. UN NOUVEAU MANDAT. L'EXTRAHOSPITALIER, LA PLANIFICATION ET L'ÉLABORATION DU « SECTEUR »

L'apparition de la notion de « secteur » à la fin des années 1950 est aussi soudaine que sa diffusion sera massive. C'est dans le courant de l'année 1957, en marge des réunions du groupe de Sèvres, que plusieurs psychiatres utilisent ce terme pour présenter les expériences qu'ils ont commencé à rassembler auprès de bassins de population donnés, à partir d'un travail de consultations en dispensaire et en liaison avec leurs activités hospitalières¹. D'abord formule de travail prometteuse, le secteur devient en quelques mois le nouvel étendard du mouvement réformateur initié par les jeunes psychiatres. En janvier 1959, *l'Information psychiatrique* lui consacre ainsi un numéro spécial dont le titre sonne comme un manifeste : « Pour un service de santé mentale de secteur ». Le secteur apparaît comme l'aboutissement du travail entrepris depuis 1945, et comme le seul véritable moyen d'assurer l'avenir de la profession. Dès l'année suivante, la notion est reprise par le ministère de la Santé qui, par une circulaire

¹ En particulier : Lambert, P.-A., "Sur un essai de psychiatrie de secteur en milieu rural", *Information Psychiatrique*, 33, n° 6, 1957, pp. 330-340. Rétrospectivement, plusieurs psychiatres revendiqueront la paternité du terme dès la Libération. Cf. en particulier le témoignage de Lucien Bonnafé : Fourquet, F. et L. Murard, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, Paris, Encres, 1980 [1975]. Mais précisément il s'agit d'une reconstruction rétrospective, qu'il convient de prendre comme telle.

du 15 mars 1960, en fait le principe d'une nouvelle politique de santé mentale¹. Et très rapidement le secteur apparaît comme une manière d'organiser la psychiatrie, garantissant sa spécificité face à l'organisation de la médecine issue de la réforme des Centres Hospitalo-Universitaires de 1958, à laquelle la psychiatrie n'a pas participé. En quelques années seulement, entre 1957 et le début des années 1960, l'idée de « secteur » est ainsi devenue le motif autour duquel s'organisent à la fois le travail des psychiatres, la vision qu'ils ont d'eux-mêmes, et l'intervention des pouvoirs publics en psychiatrie. Le mouvement est d'autant plus significatif que la notion de sectorisation est à l'origine un concept banal en politiques sociales².

On a souvent fait du secteur une version française de la « désinstitutionnalisation ». Le secteur aurait été une étape vers la sortie de l'asile, obtenue de haute lutte par le petit groupe des jeunes psychiatres et leurs disciples. Il aurait marqué l'aboutissement d'un travail de conviction entrepris depuis la Libération auprès des pouvoirs publics. L'émergence du secteur marque pourtant davantage que la reconnaissance de la possibilité de soigner les malades en dehors des hôpitaux psychiatriques, et par là davantage qu'une « ouverture » de l'hôpital psychiatrique ou qu'une libération des malades mentaux. Que l'on puisse traiter certains malades mentaux sans les interner, ou même sans les hospitaliser, au lendemain de la guerre les consultations d'hygiène mentale, les dispositifs de post-cure et la psychiatrie libérale l'avaient démontré depuis longtemps³. En 1960, le secteur vise moins à développer de nouvelles formes de travail qu'à rationaliser l'existant. Plus profondément, en constituant un mode d'organisation du dispositif de santé mentale, le secteur sanctionne un rapport entre médecins et pouvoirs publics. Il marque une vision du rôle des uns et des autres dans la production de la psychiatrie et une manière de concevoir la psychiatrie comme profession. En ce sens, le secteur constitue avant tout la reconnaissance d'un mandat nouveau pour les professionnels de la psychiatrie.

¹ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Non parue au *Journal Officiel*.

² Il existe des assistantes sociales de secteur, c'est également autour de la notion de secteur que les hygiénistes réorganisent le dispositif de dispensaires d'hygiène sociale dans l'immédiate après guerre à Paris, etc.

³ Ce qui n'empêche pas par ailleurs les jeunes psychiatres de militer pour une libéralisation, ou peut-être plus exactement en employant un terme plus tardif, une humanisation des conditions de vie dans les hôpitaux psychiatriques. De façon générale, ces visions en termes d'ouverture ou de libération reposent, on l'a vu en introduction, sur l'idée implicite que ce sont les mêmes malades qui, traités à une époque dans les hôpitaux psychiatriques ont été ensuite soignés en extrahospitalier, ce qui n'a pas beaucoup de sens.

Dans cette perspective, si le secteur est bien issu du travail des jeunes psychiatres depuis la Libération et tout au long de la décennie 1950, son émergence peut être caractérisée plus exactement comme un processus de cristallisation, l'engagement des psychiatres trouvant à la fois un débouché et une forme de reconnaissance dans un objet travaillé conjointement avec les autres acteurs engagés autour du problème de la réforme de l'hôpital psychiatrique. Si, en effet, le secteur tel qu'il est mis en forme dans la circulaire de mars 1960 s'inscrit dans la suite de certaines dimensions du projet des jeunes psychiatres à la Libération, et en particulier de leur vision d'un « service départemental de santé mentale », il n'est pas sa traduction directe dans une politique¹, et n'est pas non plus simplement le résultat d'un compromis sur ce projet. Au-delà du projet des psychiatres, le secteur a en effet reposé de manière cruciale sur une conception de l'action de l'Etat portée par l'administration de la santé et sur les techniques de gouvernement qui en découlaient. De ce point de vue, l'émergence du secteur est le résultat d'un travail engagé conjointement par les psychiatres et les pouvoirs public, travail réalisé dans des arènes locales et nationales de manière dysharmonique et à des rythmes différents dans ces diverses arènes. A l'issue de ce processus, le secteur apparaît comme un dispositif frontière dont la force est sa capacité à organiser la coopération d'un vaste ensemble de protagonistes. J'emprunte ici la notion d'objet frontière à la sociologie des sciences, qui l'a développée pour caractériser des outils permettant de réaliser un accord minimal entre des acteurs devant collaborer à un même projet tout en restant engagés dans des mondes différents². Cette notion permet en particulier d'insister sur le travail que réalisent l'ensemble des acteurs pour amener leurs partenaires à partager leur vision du monde, sans se limiter à un seul type d'acteurs. Dans le cas du secteur, cela conduit en particulier à souligner la manière dont la nature même du projet des jeunes psychiatres subit au cours du processus une évolution importante pour s'enrichir de nouvelles dimensions.

De façon générale, l'approche que je développe participe des tentatives de constituer l'Etat en un objet de recherche empirique en examinant la manière dont

¹ Selon une logique de « traduction » telle qu'elle est décrite par Bruno Latour ou Michel Callon. Callon, M., "Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint Brieuc", *Année sociologique*, n° 36, 1986, pp. 169-208.

² Star, S. L. et J. R. Griesemer, "Institutional Ecology, "Translations" and Boudary Objects. Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-1939", *Social studies of science*, n° 19, 1989, pp. 387-420.

agissent les acteurs sociaux qui s'en réclament. L'Etat est pour moi à la fois une instance de légitimation et, par l'intermédiaire de ses représentants, une instance susceptible d'intervenir directement dans les mondes sociaux, que ce soit par la production d'une régulation en mesure d'influencer la manière dont agissent les acteurs, ou par l'action directe de ses représentants, par exemple dans le cas de la psychiatrie en contribuant à la mise sur pied de structures sanitaires. J'insiste toutefois sur l'idée que l'action de l'Etat repose sur le travail de ses acteurs, et que ce travail, pour reprendre les expressions d'Albert Ogien, « est régi par des règles relevant d'une certaine théorie », théorie qu'il qualifie de « théorie professionnelle de l'Etat »¹. Dans les années 1970, la sociologie de l'Etat avait abouti à l'idée, subversive à l'époque, que celui-ci, loin de représenter une volonté générale, était traversé par des intérêts particuliers, vis-à-vis desquels il jouait au mieux un rôle d'arbitre et au pire celui d'une chambre d'amplification². Face à ce constat, qui n'était pas dénué d'arrière-pensées, de nouvelles approches se réclamant d'un « institutionnalisme » ont tenté de réapprécier le rôle de l'Etat dans la régulation sociale en soulignant que celui-ci pouvait constituer un système relativement autonome, reposant sur des logiques propres à son fonctionnement, tandis que d'autres travaux ont pointé la construction collective de l'action publique, qui dépendait de représentations partagées. Ces différents travaux ont eu l'intérêt pour certains d'insister sur les modes d'accès à l'Etat³, et pour d'autres de souligner l'idée que l'élaboration de l'action publique correspondait aussi à un processus d'apprentissage chez ceux qui en étaient la cible⁴. Vis-à-vis des uns comme des autres toutefois, une dimension importante d'une approche en termes de mondes sociaux et d'objets frontière tient, il me semble, à ce qu'il n'est pas nécessaire de supposer que

¹ Ogien, A., *L'esprit gestionnaire. Une analyse de l'air du temps*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1995. Ogien note par ailleurs, d'un point de vue méthodologique : « C'est en étudiant les détails des techniques de gouvernement que l'on peut espérer parvenir à montrer comment une manière d'élaborer et de conduire l'action publique induit une manière de la penser, et donc d'en poursuivre la mise en œuvre, tout en modifiant insensiblement les règles du travail politique, c'est-à-dire le cadre de théorisation pour l'action future ».

² Les travaux conduits au centre de sociologie des organisations dans les années 1960 et 1970, notamment Grémion, P., *Le pouvoir périphérique. Bureaucrates et notables dans le système politique français*, Paris, Le Seuil, 1976 ; Thoenig, J.-C., *L'ère des technocrates: le cas des Ponts et Chaussées*, Paris, Les Éditions d'Organisation, 1973.

³ Hassenteufel, P., *Les médecins face à l'Etat*, Paris, Presses de Sciences Po, 1999 ; Keeler, J. T. S., *The politics of neocorporatism in France: farmers, the state, and agricultural policy-making in the Fifth Republic*, New York, Oxford University Press, 1987.

⁴ Hall, P. A., "Policy paradigms, social learning and the state", *Comparative politics*, 25, n° 3, 1993, pp. 275-296.

l'ensemble des acteurs impliqués dans une politique donnée partagent la même vision du monde. En particulier, dans le cadre d'une gestion experte ou professionnalisée d'un secteur d'activité, le problème qui se pose aux acteurs est de construire des outils qui permettent aux agents de l'Etat, fonctionnaires ou acteurs du monde politique, et aux professionnels de travailler conjointement dans une arène donnée, tout en préservant leur sphère d'autonomie respective.

C'est tout particulièrement le cas du secteur. Les textes qui élaborent la notion au tournant des années 1960 en font un objet faiblement déterminé, à la fois du point de vue du droit et de la politique et du point de vue des pratiques médicales. C'est, pour une part, ce qui expliquera ses évolutions dans les années 1960 et 1970. A partir des années 1960, de façon récurrente, le bilan de la politique de secteur fait toujours apparaître une déception, mais le secteur reste néanmoins toujours un objectif, un avenir de la psychiatrie. C'est le caractère à la fois robuste et faiblement déterminé du secteur qui en fait à la fois la force et la faiblesse, ce qui lui permettra de durer tout en apparaissant simultanément sans cesse en danger d'être dévoyé. Cette capacité des objets frontière à faire tenir des mondes en dépit de leur faiblesse interne me paraît accrue dans la situation où il s'agit de travailler avec des représentants de l'Etat : d'un côté, en effet, la simple mention du secteur dans une circulaire ministérielle suffit à créer un précédent qui, s'il est mobilisé, par les acteurs leur permet de revendiquer le soutien de l'Etat ; d'un autre côté, l'importance que revêt pour les acteurs la reconnaissance de l'Etat les conduit souvent à surdéterminer les textes émanant du ministère, prêtant en particulier souvent à ce dernier une continuité et une unité d'action qu'il n'a pas nécessairement et qu'il est peut-être vain de rechercher dans le cas d'une action publique s'étalant sur plus de quarante ans¹.

Le secteur a émergé au croisement de deux mouvements, qui ont pu avoir partie liée à certains moments de leur histoire, mais dont les destins ont divergé dès le milieu des années 1950 : l'hygiène social et le mouvement de modernisation des infrastructures économiques et sociales du pays tel qu'il a été porté par la planification. D'un point de vue historiographique, l'hypothèse que je voudrais suggérer est que, jusqu'à un certain point, la psychiatrie a été pour l'hygiène sociale un objet de substitution à la lutte contre

¹ Cf. l'analyse que fait Hoffmann du style d'autorité en France dans les années 1960 et qui correspond bien à la représentation que donne à voir de l'autorité du ministère le style des circulaires. Hoffmann, S., *Essais sur la France. Déclin ou renouveau ?* Paris, Editions du Seuil, 1974, p. 123.

la tuberculose lorsque, les chimiothérapies aidant, celle-ci, à partir des années 1950, a cessé d'être le problème brûlant qu'elle avait été dans la première moitié du vingtième siècle. Par là on peut entendre trois phénomènes au moins. La substitution de l'hygiène mentale à la lutte contre la tuberculose comme problème pour les administrations centrale et locale : créées d'abord autour de la lutte contre la tuberculose, les administrations de l'hygiène sociale, au niveau central et local, s'épanouiront dans l'après-guerre dans la lutte contre les maladies mentales, qui leur permettra de faire aboutir leurs idées. En raison du statut de ses établissements, de la masse de lits qu'ils représentaient et du statut de leurs médecins, la psychiatrie a été à partir de l'après-guerre et jusqu'à la fin des années 1960 un domaine privilégié pour mettre en œuvre le projet des hygiénistes. Un second élément concerne la reconversion des établissements, que ce soient les dispensaires ou les sanatoriums. Au début des années 1960, la psychiatrie paraît être l'avenir du sanatorium, même si dans les faits la reconversion paraît avoir été plus difficile¹. Un certain nombre de projets de construction lancés dans l'entre-deux-guerres ou au lendemain de la seconde guerre mondiale deviendront des hôpitaux psychiatriques. Le phénomène touche également les dispensaires. A Paris, par exemple, les consultations d'hygiène mentale se substituent à celles de la lutte antituberculeuse. Un troisième élément, enfin, concerne les populations, les maladies mentales se substituant à la tuberculose comme première cause d'entrée en maladie de longue durée². Mais, on le verra, en s'insérant dans les cadres mis en place pour la lutte antituberculeuse, la psychiatrie en change également le sens. La psychiatrie mine ainsi de l'intérieur les modèles d'action issus de l'hygiénisme, sans parvenir à imposer un modèle de remplacement. L'une des fragilités de la politique menée en psychiatrie à partir de la seconde moitié des années 1960 vient précisément des limites des courants issus de l'hygiène sociale face à la fois à l'organisation traditionnelle de la médecine et à l'essor d'une médecine plus scientifique, mais également face à la montée de nouveaux modes de régulation politique et administrative de la santé, notamment pour

¹ Guillaume, P., *Du désespoir au salut. Les tuberculeux aux XIXème et XXème siècle*, Paris, Aubier, 1986 ; Lert, F., *Emergence et devenir d'un système de prévention. Le système de prise en charge de la tuberculose*, Thèse de 3e cycle, Paris, Paris IX Dauphine, 1980. Guillaume cite une étude sur la reconversion de 13 500 lits privés, où toutefois la psychiatrie joue un rôle mineur, au profit d'établissement de rééducation fonctionnelle. Lert évoque également des projets de reconversion de sanatorium en établissements psychiatriques qui n'aboutirent pas, au profit, là encore, de la rééducation fonctionnelle.

² Cf. les *Indicateurs statistiques de la caisse régionale de sécurité sociale de la Seine*.

ce qui est des questions hospitalières. Je reviendrai sur ce point plus précisément dans le prochain chapitre.

Avant cela, comprendre l'émergence du secteur nécessite de saisir les assises de la collaboration qui se noue entre les psychiatres et l'administration centrale autour de l'assistance extrahospitalière. La première partie du chapitre examine les conceptions que portent les jeunes psychiatres de l'assistance extrahospitalière à la fin des années 1940 et dans le courant des années 1950. La seconde partie analyse les transformations de l'action publique en matière de santé mentale au lendemain de la guerre. Enfin, la troisième et dernière partie examine la genèse du secteur dans la collaboration entre l'administration du ministère de la Santé et les psychiatres.

1. L'extrahospitalier et la reconfiguration de la question de l'assistance psychiatrique au début des années 1950

1.1. L'assistance extrahospitalière en France jusqu'au début des années 1950 : initiatives, perspectives et alternatives

Robert Castel a vu dans le projet des jeunes psychiatres dans les années 1940 et 1950 une ambiguïté de fond, une hésitation entre deux formules de transformation ou de réforme de la psychiatrie, formules antagonistes et selon lui inconciliables¹. D'un côté, réformer l'hôpital, en l'ouvrant, en y développant l'activité thérapeutique, tout en maintenant ses murs et ses structures essentielles. Formule réformiste, qui correspond à la psychothérapie collective des jeunes psychiatres, elle apparaît comme un renoncement, voire comme l'expression d'une forme d'« aliénation », le groupe étant empêché de voir où serait réellement son intérêt par son attachement à l'institution asilaire. De l'autre côté, développer l'extrahospitalier et par là dépasser l'hôpital, « si ce n'est l'abolir », d'une manière que Castel compare à la psychiatrie communautaire anglo-saxon (*community psychiatry*). C'est cette tension qui aboutit selon lui, dans le « secteur », à un « non choix », qui sera à la fois l'un de ses traits essentiel et l'une des

¹ Castel, R., "Genèse et ambiguïté de la notion de secteur en psychiatrie", *Sociologie du travail*, n° 1, 1975 ; Idem, *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, Paris, Ed. de Minuit, 1982.

raisons de son échec. Sous cette forme, le projet des jeunes psychiatres paraît en effet manifester au mieux une indécision, au pire une forme de duplicité, dans laquelle Castel pointe une complicité coupable avec le pouvoir.

Si Castel a bien vu une dimension importante du mouvement des jeunes psychiatres lorsqu'il souligne leur pragmatisme et leur capacité à se saisir des opportunités, l'une des limites de son analyse me paraît être son ancrage dans une vision étroitement structuraliste voire fonctionnaliste de l'histoire, qui le conduit dans certains textes à identifier dès la fin du XIX^e siècle, dans une analyse généalogique d'inspiration foucauldienne, les deux voies de « recomposition » de la psychiatrie qui s'épanouiront après 1945¹. Si cette analyse correspond peut-être à l'état du débat au moment où il écrit, dans le courant des années 1970, l'analyse rend mal compte à mon sens de la manière dont les psychiatres et les autorités posent le problème de l'extrahospitalier jusqu'au début des années 1960². L'élaboration de la question de l'« extrahospitalier » par les jeunes psychiatres, notamment dans le problème de l'« assistance extrahospitalière », s'inscrit en effet avant tout dans le cadre de la réflexion qu'ils engagent dès 1945 sur le sens de l'assistance psychiatrique et le rôle du psychiatre dans son effectuation. De ce point de vue, l'extrahospitalier n'est pas pour eux une alternative à l'hôpital psychiatrique, mais au contraire une manière de prolonger leur intervention pour la rendre plus efficace. Le terme même d'« extrahospitalier » renvoie au demeurant davantage à l'idée d'une complémentarité, ou d'une excroissance de l'intervention médicale par rapport à l'hôpital, qu'à celle d'une substitution ou d'une alternative : comme le noteront plus tard, de façon critique, certains psychiatres, « extrahospitalier » suppose l'hôpital³. Plus précisément, deux traits me semblent

¹ Castel, R., *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Ed. de Minuit, 1976, p. 283 sq.

² Et de ce point de vue, elle conduit également à déformer un certain nombre de faits. Castel fait ainsi preuve d'une certaine légèreté lorsque, par exemple, il cite le titre du second volume des Documents de l'Information psychiatrique, *Au-delà de l'asile et de l'hôpital psychiatrique* en témoignage de l'engagement des jeunes psychiatres à développer une alternative à l'hôpital psychiatrique : il suffit d'ouvrir ce volume pour constater que c'est l'institution psychiatrique qui en est l'objet, son titre renvoyant plutôt à la recherche d'une nouvelle formule pour la qualifier – et c'est l'expression de « centre de traitement et de réadaptation sociale » qui s'imposera. Castel, "Genèse et ambiguïté de la notion de secteur en psychiatrie", p. 63. Mais, par ailleurs, les discussions sur l'extrahospitalier sont moins abondantes dans l'immédiate après-guerre que ne semble le suggérer Castel – et pour de bonnes raisons : médecins hospitaliers, les jeunes psychiatres n'ont guère l'occasion de développer une activité en dehors de leurs services.

³ On peut noter d'ailleurs qu'un certain nombre des structures qui finiront par se créer sous ce titre, et en particulier les hôpitaux de jour mais également les consultations d'hygiène mentale, pourront s'installer sur le terrain des établissements hospitaliers.

caractériser la réflexion des jeunes psychiatres sur l'extrahospitalier. D'une part, elle s'articule à une conception de l'action en santé mentale fondée sur l'intervention thérapeutique, et qui, d'un point de vue conceptuel, repose, au sortir de la guerre, sur la notion d'adaptation. D'autre part, elle suppose une unité d'intention dans l'assistance psychiatrique, laquelle est guidée par le souci de coordonner des structures qui, étrangères les unes aux autres, contribueraient en fait à aggraver le problème principal contre lequel il s'agit de lutter, la chronicité. De ce point de vue la réflexion sur l'assistance extrahospitalière repose sur une réflexion d'ordre systémique sur la place de l'hôpital psychiatrique dans le dispositif de prise en charge psychiatrique du pays. Dans ces deux dimensions, l'assistance extrahospitalière s'oppose au laisser-faire caractéristique du libéralisme. Profondément, en effet, si le problème de l'extrahospitalier marque pour les jeunes psychiatres une rupture par rapport à la vision de la psychiatrie portée par les fondateurs de la discipline au XIX^e siècle¹, c'est par la manière dont il permet d'imaginer un rôle nouveau pour les professionnels, dont le ressort est à la fois une forme d'engagement spécifique dans le travail psychiatrique et l'élaboration d'un rapport nouveau avec l'autorité publique.

L'encombrement des hôpitaux psychiatriques, leur rendement thérapeutique et ses limites

A partir de la fin des années 1940, l'ensemble des débats sur l'hôpital psychiatrique sont placés sous le signe de l'« encombrement » des établissements. Il est important de saisir à quoi correspond cette notion importante, d'un point de vue presque phénoménologique, dans la mesure où elle guide l'action publique en psychiatrie jusqu'au début des années 1970. Une analyse du phénomène de l'encombrement participe en effet d'une sociologie du rationnement². L'encombrement est davantage que le constat d'une limitation à l'effectuation du travail psychiatrique. Il comporte en lui-même une vision des moyens et des besoins de la psychiatrie, il déploie une conception des objectifs que se fixent les acteurs et de ce qui est légitime ou non d'accomplir pour parvenir à ces objectifs. L'encombrement participe ainsi d'une

¹ Cf. l'expression développée par Lucien Bonnafé de « doctrine post-esquirolienne », Bonnafé, L., "De la doctrine post-esquirolienne", *Information Psychiatrique*, 36, n° 4 et 5, 1960, pp. 423-444 et 559-570.

² Light, D. W. et D. Hughes, "Introduction: A sociological perspective on rationing: power, rhetoric and situated practices", *Sociology of Health and Illness*, 23, n° 5, 2001, pp. 551-569.

manière de penser le travail psychiatrique et les dispositifs sur lesquels il repose. Il combine un jugement sur les malades et une évaluation de l'action en psychiatrie. C'est du même coup également sur ces deux dimensions que joue son envers, l'idée de rendement thérapeutique.

Une première dimension importante de l'encombrement correspond à l'augmentation irrésistible des populations hospitalisées dans les hôpitaux psychiatriques depuis le XIX^e siècle. Le phénomène prend des proportions spectaculaires dans l'entre-deux-guerres. De 1900 à 1940, la population des asiles est passée de 65 000 à 110 000 malades internés. En chiffres relatifs, la population française internée est passée de 1,7 pour 1000 habitants à 3 pour 1000¹. La seconde guerre mondiale, on l'a vu, a fait baisser le niveau d'hospitalisation, mais dès la fin des années 1940 les premiers avertissements sont lancés. Dans une étude réalisée en 1949 pour le compte de l'Institut National d'Hygiène, dont il est le chef de la section d'hygiène mentale, Henri Duchêne avertit que la chute du nombre de malades hospitalisés pendant la seconde guerre mondiale est purement conjoncturelle, qu'une partie importante est due à la diminution des entrées, et qu'elle n'augure pas d'un retournement de la tendance². De fait, dès la fin de la décennie la population internée a retrouvé son niveau d'avant la guerre. Entre 1946 et 1952, la population des hôpitaux psychiatriques est passée de 65 000 à 97 000 malades³. De façon générale, cette augmentation inéluctable est jusqu'aux années 1960 l'arrière fond sur lequel se joue une grande partie de l'intervention politique. En 1953, les travaux de préparation du premier plan d'équipement sanitaire, pour le Deuxième Plan, reposent ainsi sur une estimation de la progression moyenne annuelle de 5 000 malades. Apparaissant comme une véritable marée montante, le phénomène semble difficilement contrôlable. Une des dimensions importantes pour les médecins des hôpitaux psychiatriques est leur absence de maîtrise de la procédure de l'internement, qui les met en position de devoir accueillir l'ensemble des malades internés sans pouvoir infléchir à aucun moment leur orientation en amont.

¹ Duchêne, H., "Statistique des hôpitaux psychiatriques", *Bulletin de l'Institut National d'Hygiène*, 3, n° 1, 1948, pp. 24-41.

² Duchêne, H., *La statistique des hôpitaux psychiatriques. Travail de l'Institut National d'Hygiène*, Rapport à la Commission des maladies mentales, séance du 24 mai 1949, 1949, CAC 19950173 art. 1, dossier de la séance du 24 mai 1949.

³ "Le plan quinquennal d'équipement sanitaire. Assistance psychiatrique. Lutte contre les maladies mentales", *Information Psychiatrique*, n° 6, 1953, pp. 154-179.

A l'intérieur des établissements, la question de l'encombrement des hôpitaux psychiatriques peut s'analyser à deux niveaux au moins. Un premier niveau correspond à une expérience immédiate, celle de l'entassement physique des malades dans les hôpitaux et de son cortège d'inconvénients, voire d'atteintes à la dignité ou même à l'intégrité des personnes : l'exiguïté des salles communes se traduit par la réduction de l'espace pour chaque malade ; le manque de personnel oblige à développer des consignes de sécurité plus drastiques et à restreindre les libertés accordées aux malades ; le personnel n'est plus en mesure d'assurer l'ensemble des soins dont les patients pourraient avoir besoin ; l'inadaptation des équipements sanitaires peut par ailleurs conduire à leur sur-utilisation, aggravant le risque de casse ou de panne. Le compte rendu d'une visite de parlementaires dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine en octobre 1952, rédigé à l'intention du Préfet par la direction des Affaires sociales de la préfecture de la Seine, donne une description vivante du phénomène¹. La première partie de la visite a concerné deux quartiers à l'hôpital de Villejuif, un quartier d'hommes et un quartier de femmes : « Il en est de même partout : 3 rangées de lits dans chaque dortoir, sauf dans ceux affectés à l'observation, salles de jour encombrées. Aucune place en réserve nulle part. Malgré cela, tenue excellente, des locaux très propres, du personnel sérieux et avenant, des ateliers où le travail se poursuit favorablement. Chez les hommes, il a fallu faire remarquer à la commission qu'elle se trouvait dans le quartier des agités pour qu'elle s'en aperçoive. Aucune clameur ne le décelait. » La commission s'est ensuite déplacée à Paris : « A Sainte-Anne, où la commission a visité d'abord le service des admissions, l'impression fut moins bonne. Ce service, qui, depuis un mois reçoit en moyenne une vingtaine d'entrants par jour, est saturé. La gêne qui en résulte est aggravée par le Médecin-Chef, Dr. Daumézon, qui a prescrit de disposer par terre les matelas correspondant à la troisième rangée de lits placée dans les autres services. Les visiteurs ont été frappés par cette mise en scène et ont fait remarquer au médecin qu'il ne gagnait pas ainsi un centimètre carré et que ses malades seraient mieux dans des lits. Il a répondu que c'était un moyen pour éviter que la troisième rangée de lits ne devînt définitive. » A ce premier niveau, l'encombrement correspond ainsi à une gestion de l'espace, des équipements et du personnel de manière à répondre à des besoins. Il correspond à la transgression de normes minimales. A partir

¹ Direction des Affaires sociales de la Préfecture de la Seine, note du 4 octobre 1952 au Préfet de la Seine. AP 1513W art. 23.

de 1949, le ministère développe ainsi une série de standards en termes de surface allouée aux malades, qui permettent d'estimer la qualité des établissements. Le point de départ est une unité de soins modèle telle que les psychiatres la conçoivent : une unité de soins pour cinquante malades doit ainsi disposer de 12 chambres individuelles de 10 m² chacune, de 38 chambres en dortoirs, correspondant à une surface globale de 228 m², soit 6 m² par malades. Les salles de jour totalisent 250 m² soit 5 m² par malade et le réfectoire, distinct des salles de séjour, doit atteindre 50 m². Le total de la surface nécessaire pour 50 malades est donc de 650 m², décomposable selon la nature de l'espace. On peut en déduire une série de normes auxquelles comparer l'existant quelle que soit sa configuration d'ensemble – nombre de malades par unité et nombre d'unités - et le calcul permet d'évaluer la capacité optimale et la capacité maximale d'occupation des hôpitaux psychiatriques. Les travaux pour le premier plan d'équipement sanitaire établissent ainsi la capacité optimale des hôpitaux psychiatriques français à 59 200 lits, leur capacité maximale à 77 000 lits, pour 95 000 malades. L'estimation de l'encombrement global des établissements ne traduit pas cependant pas l'utilisation que font les acteurs de l'espace dont ils disposent. Comme le montre la description de la préfecture de la Seine, on peut toujours rajouter des matelas, installer des tables.

La « mise en scène » de Daumézon telle qu'elle est rapportée par le fonctionnaire de la préfecture témoigne toutefois d'une construction du problème de l'encombrement comme enjeu plus profond pour le médecin. A un deuxième niveau, l'encombrement correspond en effet à un enjeu d'ordre plus proprement moral ou éthique. En encombrant les services, les malades empêchent leur bon fonctionnement, conduisant à une dégradation de l'acte médical. L'encombrement correspond dans ce cas à un décalage entre les attentes des soignants et les possibilités qu'ils ont d'accomplir leur travail. Il contraint les personnels des hôpitaux psychiatriques dans l'exercice de leur métier : faire du gardiennage plutôt que donner des soins, adopter une attitude autoritaire contraire à leur ethos. Profondément, l'encombrement apparaît alors comme un obstacle au projet de faire de l'hôpital psychiatrique un établissement de traitement.

Une des conséquences de l'encombrement est d'avoir à décider d'une organisation du travail des infirmiers. Discutant des normes de personnel, Le Guillant note ainsi :

Un traitement actif des maladies mentales ne peut être assuré sans un nombreux personnel infirmier. Si une certaine proportion entre l'effectif des malades et celui du personnel est évidemment justifiée, il convient de distinguer du chiffre « statique » de la population celui des malades effectivement traités et de tenir compte des activités thérapeutiques (insuline, ergothérapie) qui absorbent le personnel infirmier aux dépens des tâches de surveillance, de celles concernant la vie matérielle du service, etc. Ainsi 24 malades en insulinothérapie nécessitent la présence permanente d'au moins six infirmières alors que deux suffiraient à assurer la « surveillance » de ces mêmes 24 malades.

En dehors du problème du personnel, les difficultés qui découlent de l'encombrement peuvent toutefois être également liées à un aménagement des services, l'absence de salle dédiée à l'ergothérapie, aux cures d'insuline ou plus tard aux cures neuroleptiques empêchant ainsi par exemple de s'engager dans ce type de soins¹. L'effet de l'encombrement sur les pratiques peut également se faire sentir à un niveau profond dans les critères même d'évaluation de l'hospitalisation. Dans une étude de 1955, Daumézon et son équipe montraient que, dans le département de la Seine, l'augmentation de la population au-delà de la capacité des établissements à partir de 1947 avait conduit les chefs de service à faire évoluer leurs pratiques, les amenant à accorder plus facilement des sorties². L'étude soulignait également que le comportement des médecins était différent pour les populations admises après que le taux d'encombrement de l'établissement fut devenu important et pour les populations plus anciennes : en définitive les patients étaient traités en fonction de l'état du service au moment de leur admission.

L'encombrement correspond en ce sens à un traitement différencié des populations hospitalisées. Certains malades sont plus encombrants que d'autres. L'idée d'encombrement comporte ainsi également un questionnement sur les malades et sur le sens même de leur allocation dans les hôpitaux psychiatriques : que faire avec des malades qui encombrant les services ? Et ce problème peut lui-même recouvrir deux questions distinctes : d'un côté, ces malades qui encombrant le service peuvent n'être

¹ Par exemple pour le problème des cures neuroleptiques : Collier, G. et B. Defer, "Problèmes posés par l'application des cures neuroleptiques dans un hôpital psychiatrique de structure classique." *Information Psychiatrique*, 33, n° 3, 1957, pp. 144-152.

² Daumézon, G. et al., "L'incidence psychopathologique sur une population transplantée d'origine Nord Africaine. Etude de démographie hospitalière et d'écologie psychiatrique", in H. Duchêne (dir.), *Etudes de sociopsychiatrie*, Paris, Institut National d'Hygiène, 1955 ; Idem, "Réflexions sur le mode de fonctionnement de l'appareil d'assistance psychiatrique du département de la Seine à l'égard d'un échantillon de population durant 10 années (1945-1954)", *Information Psychiatrique*, n° 10, 1956, p. 693

pas loïsibles d'un traitement à l'hôpital psychiatrique, mais ils empêchent le personnel soignant d'accomplir des soins qui profiteraient à d'autres malades – que peut-on faire avec ces malades pour qu'ils n'encombrent pas les hôpitaux psychiatriques ? Où et comment les orienter différemment ? D'un autre côté, ces soins pourraient leur profiter à eux également, mais leur surnombre empêche simplement de développer ces soins. Dans ce cas il suffirait d'augmenter les moyens des établissements, mais en attendant que peut-on faire pour eux étant donné la gravité de leurs troubles et le manque de moyens ?

Le terme même d'encombrement n'est ainsi pas dépourvu d'une certaine ambiguïté, dans la mesure où il peut qualifier des malades encombrants ou caractériser une situation globale d'insuffisance des moyens. Trois catégories émergent en effet au lendemain de la guerre comme les principales responsables des difficultés des établissements. La première correspond aux arriérations et aux sénilités. Pathologies déficitaires, et dont les possibilités de réadaptation paraissent presque nulles, ils constituent d'emblée pour les psychiatres une catégorie à accueillir ailleurs qu'à l'hôpital psychiatrique, et qui à proprement parler encombre les services. Ces malades peu autonomes nécessitent en effet un personnel abondant, mais ils ont peu de perspectives d'amélioration et de sortie, faute de structures adaptées à leurs besoins. En même temps, leur présence dans les hôpitaux psychiatriques, bloquant des lits et du personnel qui permettraient de traiter des malades qui pourraient davantage en profiter, constitue un handicap majeur pour leur fonctionnement comme institution thérapeutique.

Une deuxième catégorie correspond aux malades difficiles. Cette catégorie a émergé au moment des premières discussions sur la réforme des asiles au tournant du siècle, dans le cadre de la volonté de médicaliser les asiles et d'en extraire les populations rappelant leur vocation carcérale. La catégorie d'« aliénés vicieux » ou « difficiles » caractérise ainsi des populations de malades à la limite du pénal, qui n'ont pas commis d'actes délictueux, mais qui présentent des comportements antisociaux et gênent le fonctionnement des asiles. En 1910, Henri Colin ouvre à l'asile de Villejuif une section spéciale pour les accueillir dans des conditions de sécurité renforcées. La

catégorie n'est du reste pas dénuée de jugement moral¹. Au lendemain de la guerre, le problème suscite une série de discussions à la Commission des maladies mentales, qui aboutit à la publication d'une circulaire en juin 1950 recommandant la création d'unités spécialisées réparties sur le territoire². Une dimension importante de la discussion concerne la délimitation des indications de ces unités. Les psychiatres oscillent entre une caractérisation s'articulant à une vision d'ordre psychopathologique, limitant l'admission à des catégories d' « anormaux psychiques » présentant certains types de troubles de la personnalité, et une caractérisation comportementale. Au cours de la discussion Lucien Bonnafé s'inscrit ainsi dans la deuxième approche. Les malades difficiles comprennent pour lui « les malades qui n'ont pas leur place dans le service psychiatrique ordinaire, 1. parce que leur influence directe sur leurs compagnons de séjour est néfaste; 2. parce que, plus généralement, leur présence constitue un obstacle souvent invincible à la mise en œuvre de techniques efficaces de psychothérapie collective. »³ Les malades difficiles sont ainsi des malades qui empêchent par leurs comportements la bonne marche du service et la mise en œuvre des techniques de soins spécifiques de l'hôpital psychiatrique. Ils apparaissent à proprement parler comme encombrant les services.

¹ Colin donnait la définition suivante des aliénés vicieux : « Les criminels ont commis des crimes, assassinat, incendie, viol. Les vicieux ont commis des délits, souvent sont restés aussi à la limite du Code, et parfois n'ont rien fait de répréhensible mais sont simplement insupportables dans les services ordinaires. Il s'agit donc en somme, d'une part de ces déséquilibrés, épileptiques, hystériques, de certaines catégories de « fous moraux » si nombreux dans les asiles des grandes villes, qui par leur indiscipline, leurs mauvaises habitudes, leurs tendances à la révolte, leurs penchants agressifs, sont la terreur du personnel et des malades tranquilles ; il s'agit, d'autre part, de certains « parasites, récidivistes et exploiters des asiles », comme les appelle si justement Legrain ; des fous qui s'adonnent habituellement à l'ivrognerie et qui cherchent, dans un accès d'alcoolisme antérieur, l'excuse à toute une série d'actes délictueux ou le moyen d'échapper aux difficultés d'existence créées par la misère ou la rigueur de la saison. ». Colin, H., "Le quartier de sûreté de Villejuif (aliénés criminels, vicieux, difficiles, habitués des asiles)", *Annales Médico-psychologiques*, n° 2, 1912, pp. 370-391 et 540-548, pp. 374-375. Voir aussi : Colin, H., *Les Aliénés vicieux dans les asiles d'aliénés, rapport à la 2e sous-commission (modes divers d'assistance des aliénés), de la commission mixte chargée d'étudier les questions intéressant l'hospitalisation des aliénés.*, Paris, Conseil général de la Seine, 1899.

² Circulaire du 5 juin 1950 relative aux services pour malades mentaux difficiles. Le calendrier des discussions à la CMM est le suivant : le 1^{er} mars 1949 est discuté un « Rapport sur la réalisation de services réservés aux psychopathes difficiles », le 29 novembre suivant un « rapport sur l'organisation technique des services psychiatriques pour aliénés criminels, délinquants et difficiles », et le 20 décembre 1949 un dernier rapport sur la « Mise en observation des prévenus dans les Hôpitaux psychiatriques ». Deux nouvelles séances sont organisées les 27 mars et 29 mai 1956 pour examiner un projet de règlement intérieur des services de malades difficiles.

³ "Commission des maladies mentales. Compte Rendu. Séance du 29 novembre 1949", *Information Psychiatrique*, n° 1, 1950, pp. 20-36, p. 21.

A côté de ces deux groupes, une troisième catégorie apparaît toutefois plus problématique : les psychoses chroniques. On l'a vu dans les chapitres précédents, le projet des jeunes psychiatres, de manière cruciale, reposait sur une réévaluation de la chronicité, les « chroniques » leur paraissant constituer un enjeu du soin aussi important que les « aigus » ou avant la guerre les « petits mentaux ». Assez rapidement toutefois, les psychiatres prennent conscience des limites de leur possibilité d'intervention. Dès la fin des années 1940, malgré les efforts, les psychotiques chroniques paraissent « sédimenter » à l'hôpital psychiatrique. L'image de la sédimentation est l'une des nombreuses métaphores forgées par les jeunes psychiatres dans l'immédiate après-guerre et qui, pour les trente années à venir, capte à la fois une vision de la maladie mentale et une manière de comprendre le rôle de l'hôpital. La « sédimentation » caractérise ainsi la manière dont certains malades chroniques, littéralement, passent au travers du soin pour constituer une population fixée à l'hôpital psychiatrique et finalement l'encombrant. Certains textes utilisent également les termes de « sédiment » ou de « résidu » pour désigner le groupe des malades chroniques au long cours que les traitements mis en œuvre n'ont pas réussi à « améliorer » suffisamment pour les faire sortir. Une thèse de médecine sur « la chronicité des psychoses en fonction des traitements et des mesures d'assistance »¹ concluait ainsi une analyse quantitative de la place des psychoses chroniques dans le service : « La sédimentation, en ce qui concerne les psychoses chroniques, dans un service relativement bien équipé et dont nous verrons les efforts, s'établit à 34% en moyenne de l'effectif de cette catégorie de malade, qui représente elle-même 30% du nombre total des entrants. » La sédimentation apparaît ainsi comme un phénomène de filtrage des populations entrantes, pour constituer un reste, une masse inerte : dans le service considéré, les malades chroniques, « installés » dans le service, occupent 50% des lits. Comme les arriérés ou les séniles, les chroniques prennent des lits qui pourraient être utilisés pour d'autres malades. Leur poids pour le service réside toutefois également ailleurs, dans la démonstration des limites de l'intervention psychiatrique. L'auteur remarque ainsi : « En fait la perte de valeur subie par l'instrument thérapeutique ne peut pas être estimée sur ce seul critère quantitatif : les effets psychologiques de la présence de ces malades sur l'esprit, sur l'atmosphère du

¹ Bailly-Salin, P., *La chronicité des psychoses en fonction des traitements et des mesures d'assistance*, Thèse de médecine, Paris, 1957.

service sur les pensionnaires nouvelles, sur le personnel et sur les médecins ne peuvent que difficilement être estimés. »

L'image de la sédimentation correspond ainsi à un processus de constitution des populations hospitalisées. L'idée a été exposée dans sa généralité par une étude américaine et elle constitue une hypothèse sérieuse pour expliquer les données françaises de l'entre-deux-guerres¹. Sur 100 malades admis telle année, 33 resteront hospitalisés l'année suivante, 26 l'année d'après, et ainsi de suite. En faisant la somme pour chaque année de l'apport des malades des années précédentes, on aboutit nécessairement à une augmentation de la population asilaire au fil des ans. Dans son étude de 1949, que j'ai citée plus haut, Duchêne montre par un raisonnement mathématique que le phénomène ne peut expliquer à lui-même l'augmentation observée dans les établissements français dans l'entre-deux-guerres, qui découle davantage de l'augmentation de la durée de séjour, liée à la baisse de la mortalité. Mais de fait les durées de séjour longues correspondent aux malades chroniques, et ceux-ci paraissent bien constituer une part croissante de la population des hôpitaux psychiatriques. D'un autre côté, si le phénomène ne constitue pas nécessairement une explication globale de l'augmentation des populations hospitalisées, la sédimentation correspond bien à la confrontation d'un thérapeute avec ses propres échecs thérapeutiques. Elle joue de ce point de vue un rôle clef dans les « expériences » de psychothérapie collective des jeunes psychiatres. Le sédiment correspond à la masse de malades qui restent insensibles à la volonté de transformer le service en lieu hautement thérapeutique.

L'image de la sédimentation capte bien par ailleurs l'incertitude propre au pronostic psychiatrique. Le sédiment n'apparaît qu'après coup, lorsque le milieu est laissé au repos, et il se constitue au cours d'un processus de longue durée, invisible. Il est impossible de distinguer dans le milieu les particules qui contribueront au sédiment. De même, les échecs thérapeutiques n'apparaissent qu'après coup, lorsque l'on se penche sur les dossiers médicaux ou que l'on examine les durées de séjour. Ainsi, si le sédiment témoigne des échecs du service, il n'est pas simplement une addition d'échecs individuels. Pris individuellement, les chroniques sont toujours susceptibles d'efforts nouveaux, de nouvelles propositions de traitements, qui leur seront faites par exemple

¹ Dayton, N. A., *New facts on mental disorders. Study of 89 190 cases*, Ch. C. Thomas, Springfield, 1940, cité par Duchêne, *La statistique des hôpitaux psychiatriques. Travail de l'Institut National d'Hygiène*, op. cit.

lorsque le personnel changera. La sédimentation est un phénomène statistique, d'une autre nature que les observations cliniques¹. A la limite, la sédimentation participe d'une économie de l'espoir².

Une partie du problème de la sédimentation provient ainsi de l'ambiguïté de la notion de chronicité en psychiatrie, que j'ai évoquée dans les chapitres précédents³, à la fois catégorie diagnostique, correspondant à une sémiologie donnée, et type évolutif. Cette ambiguïté s'accroît encore dans le courant des années 1950, avec des analyses insistant sur l'apport propre du séjour hospitalier à la sémiologie des patients chroniques, dont l'étude de Racamier, que j'ai citée dans le chapitre précédent, constitue pour la France un modèle. La chronicité est alors, pour une part, un phénomène réactionnel, et la sédimentation apparaît comme un processus endogène au fonctionnement de l'établissement. L'étude que j'ai citée plus haut utilisait l'image, crue, de « pourriture asilaire », et une partie de son propos consistait en un examen des moyens pouvant être mis en œuvre pour traiter spécifiquement les atteintes de la chronicité⁴.

La notion de « rentabilité » ou de « rendement thérapeutique » est une autre dimension de la manière dont les psychiatres appréhendent le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques dans le courant des années 1950. Elle correspond à un mode d'évaluation de l'activité des établissements qui vise à apprécier son efficacité globale dans le traitement des patients. La question du rendement thérapeutique apparaît directement liée à celle de l'encombrement : d'un côté, ce dernier est en effet la cause directe d'une perte de rendement thérapeutique, tandis que, d'un autre côté, améliorer le rendement thérapeutique des établissements permettrait d'empêcher leur encombrement en réduisant, précisément, la part de malades encombrants. C'est Paul Sivadon, dans un travail publié en 1952, qui donne l'analyse la plus élaborée de l'idée de rendement thérapeutique en proposant une série d'indicateurs statistiques visant à quantifier

¹ Pickstone, J. V., *Ways of knowing: a new history of science, technology, and medicine*, Chicago, University of Chicago Press, 2001.

² Sur ce point, voir Pressman, J. D., *Last resort. Psychosurgery and the limits of medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998.

³ Cf. supra ch. 3.

⁴ Bailly-Salin, *La chronicité des psychoses en fonction des traitements et des mesures d'assistance*, op. cit.

l'activité des établissements¹. L'étude est liée au travail réalisé dans son service, le Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale de Ville-Evrard (CTRS), doté de moyens supplémentaires grâce à un financement de la sécurité sociale, et elle vise précisément, cinq ans après la mise en route du projet, à justifier l'investissement en faisant la preuve de son efficacité. L'analyse porte sur le mouvement des malades, mais elle met également en balance les coûts de l'expérience et les bénéfices financiers qui en sont tirés. A ce titre, elle apparaît comme une véritable analyse coût-efficacité, qui anticipe largement sur les travaux qui seront réalisés une décennie plus tard au Commissariat Général au Plan et qui situe bien les jeunes psychiatres au côté des élites modernisatrices du pays².

Sivadon propose ainsi d'évaluer un établissement psychiatrique sur cinq « qualités » essentielles. La première est « sa capacité d'hospitalisation », qu'il définit comme « le nombre de malades qu'il peut traiter en fonction d'un nombre donné de lits ». Le calcul s'obtient en additionnant au nombre des malades présents au premier janvier dans le service le nombre des entrées dans l'année, et en divisant le résultat par le nombre de lits. Le calcul indique le nombre de malades que reçoit un lit moyen de l'établissement, la capacité d'hospitalisation d'un service étant maximale lorsque le nombre d'admissions est maximal. Cet indicateur ne tient pas compte toutefois de ce que deviennent les patients. Le deuxième indice, que Sivadon appelle « indice d'absorption », vise précisément à prendre en compte cet aspect. Le calcul s'obtient en soustrayant au numérateur, dans le rapport précédent, le nombre des malades transférés vers d'autres établissements, défalquant ainsi du total des malades passés par l'établissement ceux qui n'y sont pas véritablement traités, et qui restent dans le circuit psychiatrique. Sivadon commente ainsi la donnée :

Lorsqu'un service est surencombré ou mal équipé techniquement, il ne peut, lorsque de nouvelles entrées lui sont imposées, que se débarrasser « par regorgement » du trop plein des malades en faisant des sorties hasardeuses ou des transferts vers d'autres services. Il regorge et n'absorbe pas. La mission de

¹ Sivadon, P., "Une réalisation d'assistance psychiatrique hospitalière: le CTRS de Ville Evrard", *Annales Médico-psychologiques*, II, n° 3, 1952, pp. 329-367, d'où sont également extraites les citations qui suivent.

² Sur l'économie de la santé : Benamouzig, D., *Essor et développement de l'économie de la santé en France. Une étude empirique de sociologie cognitive*, Thèse de sociologie, Paris, Université Paris IV Sorbonne, 2000. Sur l'analyse des courants modernisateurs en France dans l'après-guerre : Grémion, P., *Modernisation et progressisme. Fin d'une époque. 1968-1981*, Paris, Editions Esprit, 2006.

l'hôpital psychiatrique est de résorber la population morbide en guérissant le plus grand nombre, en réadaptant les déficients, en assistant les incurables. Sa valeur principale réside dans sa capacité d'absorber des malades sans être amené à se débarrasser de la plupart sur d'autres hôpitaux. Faute de quoi, il fonctionnerait non plus comme hôpital, mais comme service de triage, à la manière d'une infirmerie régimentaire.

Plusieurs indices visent à rendre compte de la qualité du travail réalisé par l'établissement. L'un rend compte des « guérisons sociales » : « On ne peut au moment de la sortie posséder aucun critère de guérison absolue. Nous appelons donc guérison sociale toute sortie rendue possible par une amélioration suffisante pour permettre la reprise d'une existence libre. » L'indicateur proposé est le rapport entre le nombre de malades sortis par guérison ou amélioration et le nombre d'admissions. Sivadon complète le calcul par un indicateur de la « solidité des réadaptations sociales obtenues », rendant compte de la proportion parmi les sortis des rechutes et des reprises d'activité. De ce chiffre on peut également déduire l'effet de la sédimentation. Sivadon annonce parvenir à réduire à 7% le nombre de malades chroniques dans son service. Le chiffre, extrêmement bas, correspond à la part dans le nombre total de malades traités par le service des malades y ayant séjourné plus de 7 mois. Un dernier indice enfin est le coût moyen de la maladie, dont le calcul s'obtient en multipliant la durée moyenne de séjour par le prix de journée de l'établissement. Pour estimer la rentabilité de son établissement, Sivadon compare les résultats de son service à ceux de services voisins, aux chiffres disponibles pour l'ensemble des établissements français et à ceux d'établissements étrangers. Ainsi, l'appréciation du gain réalisé par l'investissement de la sécurité sociale repose sur une comparaison du coût du traitement d'un malade dans le service avec celui de ce même malade dans un autre hôpital psychiatrique, au prix de journée plus bas, mais aux durées moyennes de séjour plus longues.

D'un point de vue pragmatique, si le calcul vise à justifier une décision, son intérêt réside surtout dans la manière dont il ancre dans le nombre une représentation de l'hôpital psychiatrique. L'ensemble des calculs de Sivadon repose sur une analyse en termes de flux. La citation que j'ai donnée plus haut, et en particulier les termes d'« absorption » ou de « regorgement », situe bien le discours dans le réseau sémantique d'une mécanique des fluides, auquel participe au demeurant également l'idée d'« encombrement ». Le rendement thérapeutique est un mode d'évaluation qui ne

porte pas sur un geste, une procédure, mais sur l'activité globale de l'hôpital. Le calcul repose sur des cohortes de malades et il établit une efficacité de l'établissement en tant que tel. Il traduit ainsi dans une donnée quantifiée l'idée de constituer l'établissement en instrument de soin. Il ne permet pas en revanche d'isoler des trajectoires types en fonction de catégories nosologiques ou de données fines sur les malades. A ce titre, l'analyse en termes de rendement thérapeutique est efficace à condition de pouvoir isoler l'hôpital psychiatrique comme unité. Pour être valable, l'expérience nécessite le contrôle des admissions, de manière à pouvoir établir une comparaison : « Pour mesurer valablement ces éléments [constituant l'augmentation du rendement du service], il convenait d'éviter deux écueils : le choix préalable des malades et l'élimination des incurables. » Sivadon souligne ainsi qu'aucune sélection n'est réalisée à l'entrée et que la file active de son service présente les mêmes caractéristiques que celles des autres hôpitaux psychiatriques du département¹.

C'est également la limite de la méthode. En 1956 la discussion à la Commission des maladies mentales d'un rapport de l'administration sur la « rentabilité thérapeutique », précisément, des établissements psychiatriques tourne court². Le rapport présente des données concernant l'ensemble des établissements français, et donne ainsi les bases d'une comparaison établissement par établissement. Les participants à la réunion font tout d'abord valoir l'imprécision des données, qui par exemple ne permettent pas de documenter les phénomènes de sédimentation, et Sivadon fait la promotion de ses propres indicateurs. Une critique plus profonde toutefois concerne les éléments locaux qui modifient l'appréciation que l'on peut avoir de la rentabilité de tel ou tel hôpital. L'un des médecins du quartier psychiatrique de Niort fait ainsi valoir la situation particulière de son établissement : « à Niort, les chiffres de rendement thérapeutique sont influencés par l'existence d'un service libre de 25 lits, qui reçoit 300 malades par an, mais qui se trouve situé en dehors de l'hôpital psychiatrique. Si on en tenait compte, le rendement thérapeutique passerait de 26% à 70%. » Par

¹ A l'exception des malades hospitalisés récemment dans d'autres services, dont il justifie ainsi l'exclusion : « Pendant les trois premières années de fonctionnement du service, de nombreux chroniques nous ont été amenés que l'on avait fait sortir le matin même d'une maison de santé ou d'un hôpital où ils séjournaient parfois depuis des années. Nous avons donc dû ajouter une restriction nouvelle : ne sont admis que les malades n'ayant pas été traités dans un autre service psychiatrique au cours des six derniers mois. »

² "Commission des maladies mentales. Séance du 18 décembre 1956", *Information Psychiatrique*, n° 3, 1957, pp. 161-167. Le rapport, du coup, n'est pas diffusé, et je n'en ai trouvé aucune trace.

ailleurs ce même établissement souffre également de la présence de « malades chroniques placés depuis de longues années », transférés depuis des établissements d'autres départements, ce qui « améliore le rendement thérapeutique apparent des établissements évacués, mais alourdit les chiffres du quartier psychiatrique de Niort. » Le cas du quartier psychiatrique de Niort n'est pas isolé. La rentabilité thérapeutique d'un établissement ne peut être évaluée qu'en tenant compte à la fois de l'équipement psychiatrique de la région, et des transferts de malades chroniques opérés depuis ou vers d'autres établissements.

En définitive, le rendement thérapeutique correspond à un état de l'organisation de l'assistance psychiatrique et à la place de l'hôpital dans cette organisation, plutôt qu'à une compétence particulière de ses médecins : « M. Bonnafé souligne que [l]es conclusions [du rapport] doivent permettre de juger non les médecins mais les structures. En cas de fonctionnement insuffisant d'un établissement, la responsabilité des médecins ne peut être engagée que dans la mesure où ils n'ont pas consacré tous leurs efforts à obtenir la suppression des situations ne permettant pas une activité thérapeutique normale. Dans la mesure où ils luttent pour transformer ces structures défectueuses, ils ne peuvent être considérés comme responsables de leurs conséquences. »¹ L'argument a une certaine portée. A la fin de la décennie 1950, le Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques négocie avec le ministère de la Santé et du Travail et les caisses de sécurité sociale le principe d'une indemnité complétant les émoluments perçus par les médecins-chefs au titre de leur salaire de fonctionnaires. La Sécurité Sociale souhaite indexer le versement de l'indemnité sur l'efficacité du travail réalisé par les médecins-chefs. En fin de compte les médecins-chefs parviennent à obtenir que le calcul soit basé sur l'activité globale de l'établissement, en tenant compte de son équipement en personnel et en moyens, et que l'indemnité soit répartie de manière égale entre l'ensemble de ses médecins².

¹ *Ibid.*

² Voir Ayme, J., *Chroniques de la psychiatrie publique à travers l'histoire d'un syndicat*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 1995, p. 79 sq. et Ey, H., "Les difficultés qui rendent pratiquement impossible l'appréciation automatique et standardisée du rendement des services", *Information Psychiatrique*, 33, n° 5, 1957, pp. 247-249.

Un article de Louis Le Guillant paru en 1953 apporte de ce point de vue un autre éclairage sur le problème de l'encombrement¹. Analysant la structure de la file active de son service², Le Guillant observe que la majorité des malades qui lui parviennent, 59 % exactement, ont été traités auparavant dans d'autres services, et en particulier, pour beaucoup, dans des services de cure libre des hôpitaux de l'Assistance publique ou de cliniques. Ces malades chroniques constituent un poids supplémentaire pour l'hôpital du fait de l'échec des thérapeutiques auxquelles ils ont été soumis, et de la durée de la pathologie. Le Guillant en tire toutefois des considérations plus générales sur l'évolution de l'assistance psychiatrique et sur la place que tend à y prendre l'hôpital psychiatrique :

La création de services libres (ou exceptionnellement d'un mode de vie libre dans des services fermés) d'équipes médico-sociales et de consultations, d'hôpitaux sans lit, de homes d'accueil, de foyers et de clubs, de colonies ou de placements familiaux, etc. transforme profondément un peu partout l'assistance aux malades mentaux. L'hôpital psychiatrique demeure seul, enfermé dans ses propres murs, ses règlements et ses habitudes, immobile et pétrifié dans un monde en mouvement.

Ainsi maintenu à l'écart de la vie, il voit s'accroître son délaissement, se réduire encore la part d'intérêt et de crédits qui lui était accordée. Jamais le niveau d'assistance n'y a été aussi bas par rapport aux possibilités techniques, jamais l'encombrement, l'insuffisance technique du personnel infirmier n'ont été aussi accentués. Il n'est que de lire les recommandations que doit faire en 1953 une circulaire ministérielle sur le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques pour mesurer le point où nous en sommes.

Corrélativement, l'hôpital psychiatrique s'engage dans un ensemble de cercles vicieux : son décalage progressif par rapport aux conditions modernes de traitement psychiatrique accentue la crainte et parfois l'hostilité qu'il engendre ; celles-ci à leur tour écartent toujours plus de lui malades et familles. Bien plus, ses insuffisances sont ressenties plus vivement que jamais par les usagers et leurs proches, les critiques s'élèvent de toutes parts. Insuffisances et critiques auxquelles l'administration doit faire face par une aggravation du formalisme bureaucratique et des interdictions, du caractère policier et carcéral de ce mode d'assistance.

On le voit, l'analyse de Le Guillant reprend le motif de l'isolement de l'hôpital psychiatrique, mais elle le situe sur le strict plan de la circulation des patients. L'une des conséquences de l'isolement de l'hôpital psychiatrique est l'évolution de sa file active :

¹ Le Guillant, L. et al., "Remarques à propos d'un groupe de cent entrantes dans un service fermé de la Seine", *Information Psychiatrique*, 29, n° 9, 1953, p. 252 .

² A la tête comme Sivadon d'un service ayant bénéficié d'une subvention de la sécurité sociale, Le Guillant cherche à l'origine par ce calcul à justifier ses résultats.

« Ce n'est pas 59 % de malades plus ou moins chronicisés que nous recevons bientôt dans nos services, mais exclusivement de pareils malades : les rechutes de schizophrénies, les psychoses chroniques, les victimes de la psychochirurgie, les aliénés difficiles, les idiots et les déments. » Mis à l'écart du mouvement de la civilisation, l'hôpital psychiatrique apparaît ainsi comme un point de fixation des populations encombrantes. L'encombrement des hôpitaux psychiatriques correspond ainsi à une dégradation globale de la position de l'hôpital psychiatrique dans le dispositif d'assistance. Il apparaît bien comme un phénomène systémique contre lequel l'amélioration du rendement thérapeutique n'apporte en définitive qu'une réponse partielle.

L'encombrement des hôpitaux psychiatriques apparaît ainsi comme un problème complexe, aux dimensions multiples, liant les questions de la chronicité, du sens du travail psychiatrique et finalement de l'organisation des soins. Au-delà de la question des moyens de la psychiatrie, un élément clef ressort en effet : l'association du problème à une vision globale du dispositif psychiatrique, liant les difficultés des établissements à leur cloisonnement les uns par rapport aux autres, aboutissant au passage des malades d'un service à l'autre, dans une sorte de filtrage progressif faisant échouer dans les établissements en fin de chaîne les malades les plus gravement atteints. A l'inverse, l'analyse amène les psychiatres à insister sur le rôle de la coordination des services dans la lutte contre la chronicité et l'encombrement. C'est autour de cet enjeu que se pose la question de l'assistance extrahospitalière.

Un principe d'intervention, l' « assistance extrahospitalière »

Entre la Libération et le début de la décennie 1950, les jeunes psychiatres développent une vision plus affinée de ce qu'ils peuvent faire en dehors de leur service. On a vu que les discussions de la Libération avaient affirmé « l'unité et l'indivisibilité » de l'assistance psychiatrique. Au nom de la nécessité pour le thérapeute d'accompagner son patient tout au long de sa maladie, ils proposaient la création d'un service psychiatrique départemental unifié, regroupant dans une seule structure l'ensemble des institutions d'assistance, hospitalières et non hospitalières¹. Les projets des psychiatres pour l'équipement extrahospitalier se caractérisent toutefois en 1944 et 1945 par une

¹ Cf. supra, ch. 2.

grande prudence, qui peut s'expliquer par le manque d'expérience. « Il nous est difficile de tracer, dès maintenant, un tableau exact [de l'équipement extrahospitalier]. Il est vraisemblable en effet que, à l'usage, de nombreuses créations que nous ne soupçonnons pas à l'heure actuelle seraient envisagées », écrivent ainsi, prophétiques, Daumézon et Bonnafé dans le bilan qu'ils rédigent à l'occasion des Journées Psychiatriques Nationales de 1945¹.

A partir de la fin des années 1940, les jeunes psychiatres s'engagent *à la fois* dans des initiatives et dans l'élaboration de principes d'intervention plus précis. Le contexte de l'encombrement joue pour beaucoup dans cette évolution. Pour certains, la déception à l'égard du travail hospitalier que j'ai analysée dans le chapitre précédent se traduit par la volonté de développer des formes de travail alternatives susceptibles de renouveler leurs moyens d'action. C'est en particulier le cas de Louis Le Guillant, l'un des rares psychiatres de sa génération à s'engager précocement dans une pratique extrahospitalière, anticipant à la fin des années 1950 sur le « secteur ». Pour d'autres, l'augmentation du « rendement thérapeutique » de leurs services conduit à s'engager dans un accompagnement des malades après leur hospitalisation. C'est par exemple le cas de Paul Sivadon, qui en marge de l'expérience de son CTRS lance une importante expérience de foyer de post-cure. Dans un article important sur lequel je reviendrai plus longuement plus loin, il commente ainsi :

Le rôle du psychiatre d'hôpital est de faire sortir les malades. Le but auquel il doit tendre est d'accélérer le courant de passage des hospitalisés pour restreindre le plus possible la redoutable « sédimentation », la création du résidu des « chroniques » qui doit se limiter à l'inévitable contingent des déments grabataires et des grands antisociaux. Mais cette accélération du mouvement des malades rendue possible par nos modernes armes thérapeutiques est actuellement freinée par l'absence presque complète d'assistance extrahospitalière.²

Le travail qu'engagent les psychiatres sur « l'assistance extrahospitalière » conduit à une conception originale du rôle et de l'organisation d'un dispositif complétant l'hôpital psychiatrique. Prolongeant la vision de l'assistance psychiatrique

¹ Daumézon, G. et L. Bonnafé, *Le malade mental dans la société. Documents de l'Information Psychiatrique, I*, Paris, Desclée de Brouwer, 1946.

² Sivadon, P., "L'assistance extra-hospitalière. Vers une assistance psychiatrique extra-hospitalière efficace." *Annales Médico-psychologiques*, 1, n° 1, 1947, pp. 30-51, ici p. 31.

qui a été dégagée au lendemain de la guerre, l'assistance extrahospitalière en renouvelle certains aspects en mettant en œuvre des techniques nouvelles et en s'adressant à des populations différentes. Requalifiant un certain nombre de dispositifs hérités de leurs aînés, la délimitation que les jeunes psychiatres donnent à leur projet le situe ainsi au croisement de plusieurs manières de penser le rôle et les moyens d'intervention du psychiatre lorsqu'il sort de son service.

De la prévention à la post-cure et retour

On l'a vu, depuis la fin du XIX^e siècle, la réflexion sur le dispositif psychiatrique tend à penser l'intervention médicale sous la forme d'une chaîne : avant, pendant, après l'hospitalisation, soit prévention, cure, post-cure. L'hôpital psychiatrique est un moment du traitement, qui idéalement doit débiter par des pratiques de prévention et se conclure par des traitements de post-cure. Cette vision, que l'on a vu se mettre en place au cours des premières discussions sur la réforme de la loi de 1838 au début de la Troisième République, est suffisamment puissante pour structurer l'ensemble des projets réformateurs de l'hôpital psychiatrique jusqu'aux années 1960. D'une certaine manière, ce dont il s'agit à chaque fois, c'est d'améliorer le fonctionnement de la chaîne pour améliorer la circulation des patients dans le dispositif. Là où toutefois les projets diffèrent, c'est sur les points sur lesquels leurs auteurs pensent que doivent s'appliquer les efforts. Avec le mouvement d'hygiène mentale, la prévention a constitué dans les années 1920 et 1930 le cœur du travail politique et médical des psychiatres. Les principaux dispositifs dont les entrepreneurs du mouvement font la promotion, le service libre et le dispensaire, correspondent à des actions en amont de l'hôpital psychiatrique, qui visent en dernier ressort à éviter le recours à l'hospitalisation. Prévenir s'entend alors dans un sens de dépistage et de traitement précoce. La prévention s'adresse à des populations qui se situent à la limite de la pathologie. De ce point de vue, le projet des entrepreneurs du mouvement d'hygiène mentale se situait bien en polarité avec l'hôpital psychiatrique.

A partir de 1945, si la prévention n'est pas absente du travail des jeunes psychiatres, ceux-ci opèrent une série de déplacements par rapport à leurs aînés. De manière générale, la prévention tend à passer après la réadaptation, autour de laquelle s'organise désormais la vision qu'ils développent de l'intervention psychiatrique.

Réadapter, c'est substituer à une attitude de veille et de surveillance une attitude d'intervention directe. La réadaptation se concentre sur des individus malades, et se situe en seconde ligne après la cure. La problématique de la réadaptation ouvre également sur une intervention sur le milieu, conçu comme un enjeu du traitement. Ce déplacement correspond en fait à deux éléments distincts.

Le premier correspond à un réinvestissement par les jeunes psychiatres de certains dispositifs de post-cure, comme les sociétés de patronage ou les colonies familiales, qui avaient été relativement négligés dans l'entre-deux-guerres par le mouvement d'hygiène mentale. Un signe important est l'inscription de la question de la post-cure à l'ordre du jour du Congrès des Médecins Aliénistes et des Neurologistes de Langue Française de 1948¹. Le rapporteur, Gaston Ferdière, est vivement critiqué par ses collègues pour la timidité de ses propositions et son manque de souffle, et, fait exceptionnel, le rapport n'est pas publié, mais l'événement permet de faire le point d'un certain nombre d'initiatives lancées depuis la Libération. Deux d'entre elles en particulier, développées dans le cadre d'associations, sont importantes pour le rôle qu'elles joueront dans la mise en place du secteur à partir de la fin des années 1960, constituant à la fois un précédent et une force d'appoint. La première est l'association que fonde Paul Sivadon en marge de l'expérience du CTRS à Ville-Evrard, l'Élan retrouvé, en 1948². Initialement conçue comme un club d'anciens malades disposant de l'encadrement de professionnels – une assistante sociale travaille à plein temps pour l'association, qui propose également des consultations médicales –, l'association s'engage rapidement dans la création de structures d'accueil : un foyer de post-cure est ouvert en 1953, un hôpital de jour le sera en 1960. La seconde entreprise qui connaîtra un développement important est la Fédération des Sociétés de Croix-Marines, liée à une initiative d'un médecin de l'hôpital psychiatrique de Clermont-Ferrand, ancien interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, Pierre Doussinet (1907-1974), qui s'est associé à une notabilité locale, Alice Delaunay, préfète³. Le mouvement développe une formule d'« assistance tutélaire » qui se décline sous la forme de foyers ou de club de post-cure.

¹ Ferdière, G., "L'assistance post-hospitalière", in P. Combemale (dir.), *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, 46e session, Marseille, 13-18 septembre 1948. Comptes rendus*, Paris, Masson, 1948.

² Sur l'Élan Retrouvé voir : Diébolt, E., *De la quarantaine au quarantenaire, histoire du foyer de postcure de l'Élan*, Paris, Editions de l'Élan Retrouvé, 1997.

³ Arveiller, J.-P., *Pour une psychiatrie sociale. 50 ans d'action de la Croix Marine*, Ramonville Sainte Agne, Erès, 2002.

D'abord régional, fonctionnant sur le modèle des ligues charitables, il prend une dimension nationale avec la création en 1952 d'une Fédération rassemblant les comités locaux en leur fournissant un apport technique et un cadre politique. Dans les deux cas, ces entreprises s'articulent par ailleurs à des idéologies qui dépassent les enjeux immédiats de la post-cure et sur lesquelles je reviendrai plus loin.

Car, et c'est le second élément, avec ce travail sur les dispositifs de post-cure, les jeunes psychiatres font également évoluer le sens même de la notion de prévention. Si leur travail sur la prévention, relativement fragmentaire et souvent implicite, est moins spectaculaire que d'autres aspects de leurs activités, il est néanmoins important pour la manière dont la psychiatrie abordera de façon générale un certain nombre de problèmes jusqu'aux années 1980. Leur position peut se résumer globalement de la manière suivante. Dans la ligne de leurs réflexions sur le sens de l'intervention psychiatrique, les jeunes psychiatres insistent sur le fait que la prévention correspond bien à une action et un ensemble de pratiques. Elle ne peut donc pas constituer seulement une forme de surveillance des populations, mais elle doit être pensée comme une intervention sur des personnes. En ce sens la prévention est indissociable de la thérapeutique.

Pour une part, cette vision correspond à une interprétation du projet hygiéniste tel qu'il s'est développé dans l'entre-deux-guerres. Au lendemain de la première guerre mondiale, la relance de l'hygiénisme s'était articulée à la promotion nouvelle d'une hygiène sociale, supposée davantage prendre en compte le facteur humain¹. Ses entrepreneurs les plus ambitieux avaient développé un programme d'intervention sur « les modes de vie des populations », proche de la sociologie des niveaux de vie de Maurice Halbwachs². Plus largement, ils rêvaient de moyens qui leur permettraient d'agir sur l'ensemble des structures sociales du pays. « Tout ce qui rend la Cité et la Famille plus belles et plus joyeuses les fait plus fortes et plus saines » écrit par exemple l'une des figures du mouvement, Robert-Henri Hazemann³. Sur un plan institutionnel, le mouvement proposait d'élargir les missions des dispositifs créés avant la première guerre mondiale, les bureaux d'hygiène et les dispensaires antituberculeux. A partir des années 1930, il a disposé pour cela d'un modèle, le Centre de Santé. Le prototype, situé

¹ Murard, L. et P. Zylberman, *L'hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée: 1870-1918*, France, Fayard, 1996.

² Murard, L. et P. Zylberman, "Robert-Henri Hazemann, urbaniste social", *Urbi*, n° X, 1987, pp. 54-91.

³ Hazemann, R.-H., "Hygiène sociale et urbanisme", *Hygiène Sociale*, n° 9, 1944, pp. 132-134.

en banlieue de Londres dans le quartier de Peckham, proposait à la fois un centre de médecine préventive, mais également un ensemble de services sociaux, tels que gymnase, salle de danse ou encore spectacles¹. Le Centre de Santé était également un outil de connaissance des populations, qui permettait d'observer en continu les usages que ses clientèles faisaient de ses services². Il constituait ainsi une technologie de transformation du social, dont l'efficacité et le rayonnement dépendaient toutefois de l'offre qu'il était à même de développer.

Dans la ligne de ces réflexions, le travail des jeunes psychiatres sur la prévention s'engage d'abord au plus près des pratiques, dans le cadre du développement des dispensaires d'hygiène mentale. Les premières pratiques de dispensaire en psychiatrie sont organisées dans les années 1920 au sein du Service Libre de Prophylaxie Mentale d'Edouard Toulouse, qui met en place à la fois un ensemble de consultations externes, et surtout un service d'assistantes sociales, le premier en psychiatrie en France. Les assistantes sociales sont supposées seconder les psychiatres, que ce soit en les alimentant en information sur les familles des consultants ou en jouant un rôle de secrétaires médicales, mais elles développent également une activité au domicile des patients, en réponse à un signalement, en donnant un conseil ou en amenant à la consultation³. Si le dispositif, dans le Service Libre de Toulouse, reste étroitement lié à l'activité du service d'hospitalisation, l'extension des pratiques de dispensaire dans les années 1930 conduit à développer d'autres modèles organisationnels. Une proposition significative, en banlieue parisienne, provient de deux jeunes psychiatres qui seront plus tard à l'origine du mouvement des Croix-Marines, Pierre Doussinet et Elizabeth Jacob⁴. Ils proposent un modèle de dispensaire autonome, composé de plusieurs sections à même de prendre en charge les différentes catégories de clientèles – enfants, petits névrosés ou malades sortant des hôpitaux psychiatriques. Surtout, le dispensaire doit être installé à distance des hôpitaux psychiatriques pour ne pas risquer de heurter les

¹ Murard, L., "Dispensaire", *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2003.

² Sur ce point, voir Armstrong, D., "The rise of surveillance medicine", *Sociology of Health and Illness*, 17, n° 3, 1995, p. 393.

³ Targowla, R. et G. Bernheim, "Le service social à l'hôpital psychiatrique", *Prophylaxie mentale*, 3, n° 9, 1927, pp. 254-258. Voir : Huteau, M., *Psychologie, psychiatrie et société sous la troisième république. La biocratie d'Edouard Toulouse (1865-1947)*, Paris, L'Harmattan, 2002.

⁴ Doussinet, P. et E. Jacob, "Tentative nouvelle d'assistance médicale aux psychopathes", *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1938 ; Jacob, E., "Notes pour servir au progrès de la recherche biologique et au perfectionnement de l'assistance en psychiatrie", *Le Bulletin Médical*, 1942. Une analyse de cette expérience se trouve dans : Raynier, J. et H. Beaudouin, *L'assistance psychiatrique en France. III. Assistance psychiatrique extra-hospitalière. Psychiatrie sociale*, Paris, Le François, 1951.

populations, même si les activités des deux institutions doivent être coordonnées, notamment dans la prise en charge des post-cure. Enfin, et pour la même raison, le dispensaire doit pouvoir proposer des traitements. Un autre modèle est l'intégration du dispensaire dans le cadre du dispositif des dispensaires d'hygiène sociale. C'est le parti pris en Seine-et-Marne, sous l'impulsion du psychiatre Henri Beaudouin, à Nancy, dans le cadre de l'Office d'Hygiène Sociale dirigé par Jacques Parisot, et, à partir de 1941, à Paris, à l'initiative de Hazemann et Georges Heuyer. Le dispositif permet de faire profiter l'hygiène mentale des moyens des autres disciplines, en même temps que de rationaliser l'utilisation des locaux et du personnel. Par ailleurs il facilite une coordination entre les agents des différentes sections de l'Office, qui peut bénéficier aux patients.

Ces différentes formules font l'objet en 1951 d'une discussion à la Commission des maladies mentales, consacrée aux normes minimales d'agrément des dispensaires, qui permet de se mettre d'accord sur une doctrine commune¹. Nonobstant les nécessaires adaptations locales, liées aux moyens disponibles, le consensus qui se dégage fait du dispensaire d'hygiène mentale un centre de diagnostic et de traitement autonome, qui doit dispenser des traitements. L'insistance des psychiatres sur ce dernier point correspond en fait à plusieurs éléments. Le premier est que, pour que le dispensaire ait une activité efficace, il faut ménager ses clientèles. L'action préventive du dispensaire dépend de façon cruciale de sa capacité à vaincre les préjugés des populations à son endroit. Pour cela, il doit leur apporter un bénéfice direct. Dans le cas contraire, s'il se contente d'une action de dépistage, il risque de devenir un « piège à fous » :

Le rayonnement d'un dispensaire, son succès auprès du public, sera fonction de son atmosphère médicale et de son activité thérapeutique. Le malade admet la nécessité d'un traitement et s'y soumet, il n'admet que bien difficilement l'utilité d'une surveillance ou considère comme une formalité désagréable tout examen qui n'est pas suivi d'une sanction pratique. Ne serait-ce que du point de vue psychothérapique, la remise d'une ordonnance à un malade qui vient consulter est une nécessité.²

¹ Commission des maladies mentales, séances des 25 avril 1950, 22 janvier et 29 octobre 1951, *Information psychiatrique*, 26, n° 7, pp. 250 sq., 27, n° 3, pp. 83 sq. et 27, n° 10, p. 298.

² Hamel et al., "Les conditions minima d'agrément des consultations d'hygiène mentale", *Information Psychiatrique*, n° 8, 1951, pp. 235-239 .

Le deuxième niveau correspond à un impératif de la prise en charge. Pour que celle-ci ait une efficacité, il faut que le patient s'associe à la cure et, d'une certaine manière, ait le désir de guérir. Au niveau même du dépistage, le patient ne doit donc pas rester passif. C'est par exemple le sens de la réflexion que fait Daumézon sur la post-cure¹. Soulignant que le but de l'action est de « faire admettre au patient son invalidité pour en faire un tremplin », il lui faut réaliser « l'intégration du sujet dans un organisme médical et social de lutte contre le trouble ». Le dispensaire ne peut jouer ce rôle « que s'il apparaît comme l'organisme appartenant au malade, dans lequel le sujet guéri participe à toute l'activité. » A la limite, dans les propositions les plus ambitieuses, il s'agit de constituer une alliance nouvelle avec les patients pour en faire des partenaires de leur prise en charge. Ces considérations ouvriront, dans le courant des années 1950, sur des enquêtes témoignant d'une attention aux attentes des clientèles vis-à-vis des dispensaires².

Un troisième niveau correspond à une forme de réflexivité des praticiens, qui prend sens dans le cadre d'une réflexion sur l'efficacité de la parole du psychiatre et des motivations de la consultation en dispensaire. Toute intervention a un effet sur le malade. Le seul énoncé d'un diagnostic change le regard porté sur la personne par elle-même ou par ses proches. Du même coup, le dépistage précoce est déjà en lui-même une intervention thérapeutique. C'est ce que Duchêne note clairement à propos des consultations d'hygiène mentale pour enfant :

L'impossibilité de dissocier le diagnostic de la thérapeutique est, [...] sinon exclusivement constatée, du moins plus évidente et plus radicale en prophylaxie mentale que dans tout autre domaine d'hygiène sociale. Sans même aborder l'influence psychothérapique qui s'exerce fatalement dès qu'un consultant est reçu, la simple constatation par le médecin, devant la mère d'un enfant, d'un développement intellectuel insuffisant, de perturbations psychomotrices dues à une dominance latérale contrariée, etc., peut déjà entraîner une modification considérable de la façon dont la mère a vu jusqu'alors son enfant. Alors même que le psychiatre se cantonnerait dans l'attitude la plus rigoureusement « descriptive » et s'interdirait le moindre conseil, il s'exercerait donc, dans une proportion assez limitée mais significative de cas, une véritable « action thérapeutique ».³

¹ Intervention de Daumézon, Ferdière, "L'assistance post-hospitalière", *op. cit.*, pp. 425-426

² Par exemple dans une étude des conditions d'accueil des patients dans les dispensaires : Paumelle, P., "Hygiène mentale d'une consultation", *Hygiène Mentale*, n° 1, 1956, pp. 63-104.

³ Duchêne, H., "Interdépendance des problèmes de dépistage et de cure libre", *Sauvegarde de l'enfance*, n° 7/8, 1951, pp. 549-558.

La consultation a ainsi un effet thérapeutique parce qu'elle provoque une évolution de la relation médecin-malade. En ce sens, et à un dernier niveau, le rôle thérapeutique du dispensaire découle aussi de la conception que les psychiatres ont, précisément, de la thérapeutique. Dans la mesure où le but de la cure est de réadapter le patient, en psychiatrie l'action sur le milieu n'est pas seulement d'ordre prophylactique, mais elle est véritablement curative. Par l'action sociale que peuvent mettre en œuvre ses assistantes sociales, le dispensaire est une pièce maîtresse de cette action. Son intervention rejoint donc celle des autres dispositifs hospitaliers et de post-cure dans une unique forme d'assistance psychiatrique.

Assistance extrahospitalière et assistance tutélaire

De façon plus générale, la réflexion sur l'extrahospitalier est marquée à la fin des années 1940 par deux tentatives ambitieuses de développer des perspectives d'ensemble sur le travail extrahospitalier, sur le sens de son intervention, de ses outils et sur ses populations cibles, sous l'impulsion des responsables des expériences que j'ai évoquées plus haut, Paul Sivadon et les entrepreneurs des Croix-Marines.

C'est dès 1947 que Paul Sivadon s'engage dans la systématisation de principes devant guider les modes d'intervention extrahospitaliers, dans un article programme intitulé justement « l'assistance extrahospitalière » paru dans les *Annales Médico-Psychologiques*¹. L'intérêt de Sivadon pour le problème de l'extrahospitalier tient à sa propre carrière, qui l'a amené d'abord dans l'une des deux colonies familiales de la Seine, à Ainay-le-Château, dans l'Indre². Le poste de médecin-chef de la colonie était réservé à de jeunes médecins nommés au concours qui, traditionnellement, obtenaient rapidement ensuite un poste de médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine, sans passer par un autre poste de province. Sivadon y est resté de 1933 à 1943, date à laquelle il est nommé dans la Seine à Ville-Evrard. A Ainay-le-Château, où il a été chargé aussi bien de la surveillance des pensionnaires du service que de leur

¹ Sivadon, "L'assistance extra-hospitalière", *op. cit.*, dont, sauf indication contraire, sont également extraites les citations qui suivent.

² Sur ces institutions, cf. supra, ch. 2. La colonie familiale d'Ainay-le-Château a fait l'objet de l'enquête de Denise Jodelet : Jodelet, D., *Folies et représentations sociales*, Paris, Presses universitaires de France, 1989. Sur Sivadon, voir son autobiographie : Sivadon, P., *Psychiatrie et socialités: récit autobiographique et réflexions théoriques d'un psychiatre français*, Toulouse, Érès, 1993.

recrutement dans les hôpitaux de la Seine, il a été marqué par les transformations que cette « transplantation dans un milieu archaïque rural », selon ses termes, permet d'obtenir chez certains malades¹. Sa sensibilité aux questions d'hygiène mentale tient également à un bref emploi de médecin-contrôleur des assurances sociales dans les années 1930 et il a par ailleurs développé une bonne connaissance du monde du travail grâce à son frère, médecin du travail, qui jouera un rôle important dans son propre travail. Il tire de ces expériences une vision décalée du problème de l'assistance psychiatrique, qu'il cultive et développe à partir de la Libération sous la forme de propositions originales. Dès 1944, au cours d'un débat organisé à la Société Médico-Psychologique sur les questions d'assistance², il propose ainsi la généralisation d'une formule de « patronage » des « invalides mentaux » aux côtés des établissements psychiatriques³.

L'article de 1947 est plus ambitieux. Sivadon veut y développer « une conception générale de l'assistance psychiatrique » susceptible d'orienter les « réalisations » à venir, et anticipant sur une réforme de la loi de 1838. L'article prolonge en fait les analyses développées par les jeunes psychiatres en 1945, en ouvrant d'une certaine manière un chapitre nouveau. Le point de départ est une vision de la maladie mentale et du sens de l'assistance psychiatrique. L'originalité du « psychopathe » par rapport aux « malades somatiques » réside en ce qu'il est davantage que ceux-ci atteint dans « sa capacité d'adaptation sociale ». Du même coup, ce problème « domine » le problème de l'assistance psychiatrique :

L'originalité du fait psychiatrique réside dans l'intrication et l'interaction de phénomènes somatiques, psychologiques et sociaux. La psychose est un trouble global de la personnalité conditionné à la fois par une atteinte somato-psychique et par une perturbation des rapports de l'individu et du milieu. L'effort difficile du psychiatre tend à appréhender ce vaste ensemble, à en analyser et à en réduire le plus possible les éléments, et surtout à favoriser une synthèse nouvelle. Pour ce faire, il a besoin d'armes thérapeutiques variées. Parfois, la thérapeutique somatique et la psychothérapie individuelle suffiront à rééquilibrer la personnalité du malade. Mais le plus souvent rien de solide ne pourra être fait sans l'utilisation du troisième élément en cause : le milieu. Modifier et adapter le milieu aux possibilités de l'individu, tel est l'objet de la

¹ Voir son témoignage dans Fourquet et Murard, *Histoire de la psychiatrie de secteur, op. cit.*, pp. 109-110.

² Voir ch. 1.

³ Sivadon, P., "Patronage des invalides mentaux socialement isolés dans le cadre de la loi de 1838", *Annales Médico-psychologiques*, 2, 1944, p. 453.

sociothérapie. L'assistance psychiatrique possède en plus des caractéristiques qui lui sont communes avec les autres types d'assistance, celle d'être avant tout un instrument de sociothérapie.

Par rapport aux positions avancées dans le cadre du débat de 1945 sur la loi de 1838, la réflexion de Sivadon apporte ainsi un élément supplémentaire, la mise en avant du rôle du milieu dans l'explication et le traitement de la maladie mentale. Du même coup, l'assistance n'est pas seulement une condition ou un support à l'intervention médicale, elle est en elle-même l'enjeu d'une intervention en ce qu'elle est création d'un environnement nouveau autour de la personne, d'un rapport nouveau de l'individu malade à son milieu qui permettra de traiter son trouble. Ainsi l'assistance extrahospitalière « consiste à inventorier les milieux favorables à l'adaptation des psychopathes, à créer artificiellement pour eux des conditions d'existence débarrassées des sources habituelles de conflits, et à les orienter par la persuasion et au besoin par une douce contrainte vers le mode de vie qui seul peut leur convenir ». En développant une action d'assistance, le psychiatre construit, constitue des « milieux artificiels » correspondant à la sociabilité du patient. L'analyse de Sivadon dégage par là une réflexion sur la nature des relations entre psychopathes et « milieu » social, réflexion qu'il développera davantage par la suite dans une série de travaux visant à constituer une psychopathologie du travail¹. Dans le cadre de l'article de 1947, Sivadon dresse une liste de propositions qui constituent un panorama exhaustif des outils disponibles à la fin des années 1940 en matière d'équipement extrahospitalier. Il distingue réadaptation au milieu et réadaptation à la profession. La réadaptation au « milieu » repose sur des formules de placements familiaux, depuis les placements disséminés, dans des familles isolées, jusqu'au colonies familiales, qui réalisent des formules de « placement de type dense », sur le modèle des colonies de Dun-sur-Auron ou d'Ainay-le-Château. La gradation de la densité du placement – qui se mesure essentiellement à la présence médicale et la concentration géographique des familles nourricières – répond aux différents niveaux de sociabilité des patients. La réadaptation à la profession repose sur la création de « Centres d'orientation professionnelle spéciaux pour les psychopathes », de « centres spéciaux d'apprentissage » ainsi que sur des formules d'adaptation des conditions de travail, depuis des formules de travail isolé jusqu'à des formules

¹ Sivadon, P., "Psychopathologie du travail", *Evolution Psychiatrique*, n° 3, 1952, pp. 451-471.

d'« équipes encadrées » ou, degré supérieur de l'encadrement, « chantiers et ateliers spéciaux ».

L'assistance psychiatrique extrahospitalière de Sivadon n'est pas seulement réservée à une population de malades particulièrement atteints, qu'il s'agirait d'une certaine manière de récupérer. Extensive, la vision englobe une vaste gamme de pathologies. Seul un groupe d'affections aiguës en est exclu, les « psychopathies aiguës accidentelles qui, après guérison, ne laissent apparaître aucune atteinte des fonctions d'adaptation sociale ». Le point est important, car a contrario l'assistance extrahospitalière apparaît être destinée à des affections chroniques, aux effets durables pour la personne. « Les sujets auxquels s'adresse l'assistance extrahospitalière forment cependant encore la masse la plus importante par le nombre : ils comprennent l'infinie variété allant des « prédisposés », des fragiles formant la clientèle des dispensaires de prophylaxie mentale, jusqu'aux grands invalides de l'esprit qui constituent le « fonds » de l'assistance hétéro-familiale de type dense.¹ » Et de commenter :

Cette masse est fort disparate. Mais tous les sujets qui la composent ont entre eux un caractère commun : ils ont une sociabilité réduite. Ils ont besoin, pour s'intégrer utilement dans l'édifice social de conditions privilégiées, de conseils, d'aide, en un mot d'assistance. Leur nombre va augmentant d'année en année. Et ceci beaucoup plus par la complexité croissante de la vie sociale que par l'augmentation en nombre absolu des psychopathes et des déficients mentaux. La révolution démographique de ces dernières décades en est sans doute la cause la plus importante : la concentration dans les villes, qui actuellement enferment plus de la moitié de la population, entraîne une densification des rapports sociaux qui oblige à une multiplication des règlements et des contrôles et constitue une source permanente de conflits. Seuls, peuvent s'insérer sans heurt dans la vie sociale moderne ceux qui sont bien équilibrés et qui ont un niveau mental suffisant. Les autres sont rejetés, véritablement centrifugés par la rotation infernale de la vie collective avec ses exigences chronométrées, la ponctualité de ses obligations et de ses contrôles, ses censures et ses interdictions.

La citation est importante car Sivadon reprend ici des catégories cibles de l'hygiène mentale pour les fondre dans un seul grand groupe avec les malades chroniques des hôpitaux psychiatriques. Mais plus profondément, l'analyse revient à faire des chroniques et des faibles dans leur ensemble des victimes de la civilisation

¹ C'est-à-dire des colonies familiales du type d'Ainay-le-Château.

industrielle. Du chronique stabilisé au névrosé, le problème réside dans l'inadaptation de la personne à la vie moderne.

Une dimension importante de l'assistance extrahospitalière de Sivadon concerne les dispositifs de tutelle à mettre en place en direction des personnes prises en charge. La tutelle est pour Sivadon une composante de l'assistance extrahospitalière, la dernière dans la liste qu'il donne. Mais elle est d'abord une contrainte et se justifie par la tendance du psychopathe à ne pas se soumettre aux consignes qui peuvent lui être données :

Contrairement aux autres déficients, ce n'est qu'exceptionnellement que les psychopathes demandent à être assistés, et s'ils réclament de la société quelque secours, c'est au bureau de chômage qu'ils s'adressent. L'effort de réadaptation qui doit être accompli s'exerce à contre-courant par rapport à leurs tendances naturelles et si, par exception, quelqu'un d'entre eux trouve spontanément les conditions d'existence qui lui conviennent, c'est grâce à une conjoncture heureuse dont le hasard est le seul responsable. Le psychopathe devrait rechercher un milieu plus simple, moins dense, un travail plus spécialisé, une tutelle morale plus ferme. Or nous le voyons spontanément secouer toute tutelle, perdre toute spécialisation professionnelle, rechercher l'existence citadine et en ville, se complaire dans les milieux les plus denses et les moins organisés. Rien d'utile ne peut donc être fait en sa faveur que par voie d'autorité, voire de contrainte. Oublier ce point essentiel, c'est, dans beaucoup de cas aller à un échec.¹

Le psychiatre doit donc être en mesure d'assumer des mesures de contraintes. Le dispositif de tutelle est un moyen pour orienter le malade vers le mode de vie qui lui sera le plus favorable. Le régime de tutelle n'est qu'un moyen pour imposer un régime au malade. Il constitue un rapport de force, mais passager et orienté, et limité à la relation du malade à son thérapeute². Il n'est pas un régime d'existence ou un statut, mais un moyen dans le cadre d'une relation thérapeutique. En ce sens, le rapport d'assistance est un rapport fondé sur la conviction et l'engagement plutôt que sur la surveillance et le droit. Sivadon indique ainsi utiliser dans cette optique la mesure de sorties d'essai. En principe mesure transitoire, en la faisant durer elle permet de réaliser un statut de protégé qui constitue une tutelle allégée et permet véritablement l'exercice

¹ Sivadon, "L'assistance extra-hospitalière", *op. cit.*, pp. 45-46.

² On pourrait rapprocher cette vision de la « contrainte généreuse » proposée par Emilie Gomart si celle-ci ne posait pas une vision un peu trop irénique des relations médecins malades. Gomart, É., "Towards generous constraint: freedom and coercion in a French addiction treatment", *Sociology of Health and Illness*, 24, n° 5, 2002, pp. 517-549.

d'une contrainte. C'est ce qu'explique bien cette citation : « Quelle différence y a-t-il, pourra-t-on objecter, entre la situation d'un sujet en congé depuis trois ans dans sa propre famille, comme c'est parfois le cas, et celle d'un sujet définitivement sorti ? La différence réside dans le fait - essentiel – que le sujet se sent sous la dépendance morale du médecin et de l'administration, qu'il sait que tout écart dans sa conduite peut être suivi d'une réintégration immédiate, que les conseils du médecin et des assistantes sociales sont pour lui des ordres auxquels il ne peut se soustraire sans mettre en danger sa liberté. Nous parlions plus haut de contrainte : le mot n'est pas trop fort. » Dans d'autres publications, Sivadon propose d'utiliser les ressources du régime de « longue maladie » de la sécurité sociale qui « permet en effet d'imposer au bénéficiaire tout mode de vie et toute activité jugés indispensables à sa réadaptation sociale »¹.

Ce point distingue le projet d'assistance extrahospitalière de Sivadon du projet développé par les entrepreneurs du mouvement des Croix Marines menés par Pierre Doussinet. Depuis la fin de la guerre, ces derniers se sont, en effet, faits les champions d'un projet de « placement tutélaire » qui résume pour eux le sens de l'assistance psychiatrique en général². Au niveau des dispositifs, le projet diffère peu en réalité de celui de Sivadon. Comme l'assistance extrahospitalière de celui-ci, le placement tutélaire repose sur quatre « termes principaux » : encadrement social, qui reprend les mesures de placement familial proposées par Sivadon ; encadrement professionnel ; surveillance médico-social exercée depuis le dispensaire ; et dispositif de tutelle. Mais c'est l'ordre dans lequel ils sont mis par Doussinet et ses collègues, et finalement leur signification globale, qui distinguent leur projet. La spécificité de celui-ci est, en effet, de faire de la relation de tutelle la condition première de l'assistance extrahospitalière : « De la définition et de la reconnaissance juridique de ce que nous appellerons *la situation de protégé* dépend l'envergure même de l'assistance psychiatrique post-hospitalière », soulignent les psychiatres³.

La proposition correspond en fait à une inversion du rapport entre droit et médecine. L'assistance tutélaire prime sur l'organisation médicale de l'assistance. Elle

¹ Intervention de Sivadon, Ferdière, "L'assistance post-hospitalière", *op. cit.*, p. 417

² Doussinet, P. et H. Courbaire de Marcellat, "Essai de définition et de réalisation du placement tutélaire", *Archives de médecine sociale*, 1949, pp. 281-287.

³ Intervention de Doussinet, Ferdière, "L'assistance post-hospitalière", *op. cit.*, p. 415.

la redouble : la « complexité » de l'assistance extrahospitalière est liée au fait « qu'elle devra impliquer la juxtaposition d'interventions de caractère juridique à la plupart des interventions de caractère technique. »¹ Pour Doussinet et ses collègues, la médecine doit ainsi certes jouer un rôle clef d'initiateur, de « polarisateur » de l'organisation des soins psychiatriques extrahospitaliers. Mais elle ne peut le faire que dans un cadre plus général, organisé par le droit de la tutelle : « Qu'on la considère comme un impératif technique, comme une nécessité de la préservation sociale ou comme une obligation morale de la Société envers les incapables, la notion de Tutelle est le grand trait d'union unificateur. »² Ce texte de 1943 précise bien les choses :

La question de la délégation de tutelle à des groupements spécialisés est posée par les prétentions de la médecine et de la pédagogie. La pédagogie a toujours eu tendance à revendiquer le monopole des problèmes qui se posent pour l'enfance qu'il s'agisse d'éducation ou d'instruction, ou même d'orientation. Malgré tout, elle s'en est tenue habituellement par le passé à son rôle de mandataire de l'autorité de tutelle naturelle.

Si elle cherche aujourd'hui à sortir de ce rôle pour tenter de s'approprier la direction de la tutelle de l'enfance anormale, cela tient tout simplement à la carence absolue de toute tutelle légale de remplacement de la tutelle naturelle, devenue, dans ce cas, insuffisante ou défailante.

Il en est de même pour les prétentions de la médecine, qui s'étendent en outre à toutes les variétés d'adolescents et d'adultes incapables, mais qui découlent elles aussi de la même erreur d'appréciation, née de l'angoisse de bien des consciences médicales en face des carences néfastes et cruelles de l'Etat.

A la vérité la médecine et la pédagogie devraient rester des auxiliaires. L'une et l'autre seront toujours les plus précieux agents d'exécution ; ni l'une ni l'autre ne sauraient prétendre à l'autorité ou à la direction générale de la tutelle...

Certes si le problème de la tutelle n'était qu'un problème technique de sociologie ou de médico-pédagogie, mais en fait, nous l'avons vu dans la définition même de la tutelle, il s'agit d'une action protectrice plus complexe, qui doit mettre en œuvre à tout instant des rouages administratifs tout autant que des actions techniques.

Aucune solution rationnelle et harmonieuse, même pour un groupe déterminé d'ayants droit, ne paraît possible dans ces conditions en dehors de l'Administration de l'Etat, dont l'autorité et l'action coordinatrice indispensable pourraient seules s'exercer avec efficacité.³

¹ Doussinet, P. et al., "L'Assistance tutélaire, contribution à son organisation", *Archives de médecine sociale*, III, n° 3, 1947.

² *Ibid.*

³ Doussinet, P., "Pour une administration de la Tutelle", *Revue médicale de France*, 1943.

Logiquement, Doussinet et ses collègues ont orienté une partie de leurs efforts dans le sens d'une réflexion sur le contenu même des mesures de tutelle, dans un souci de la rationaliser et de la faire coïncider plus exactement avec les objectifs techniques du travail psychiatrique. En 1952, ils vont jusqu'à proposer un projet de loi instituant un dispositif de tutelle général¹. Le projet vise à constituer la protection tutélaire comme une nouvelle mission de l'Etat à part entière, à côté de la protection sociale et de l'assistance publique :

A l'inverse de la protection sociale proprement dite dont les formes d'entraide et d'assistance laissent subsister la plénitude de l'initiative et de la liberté, la protection tutélaire se propose d'intervenir dans la direction de l'existence et de contrôler la conduite des intéressés. Elle limite ainsi leur initiative et leur liberté dans une mesure variable allant, suivant les cas, d'un régime comparable à celui de la minorité légale à celui d'un parrainage des plus libéral. Parce qu'elle comporte nécessairement une contrainte aussi nuancée qu'elle soit, une telle Protection Tutélaire n'est compatible avec les principes de liberté que si elle est ordonnée, contrôlée, levée dans des formes légales par une autorité indépendante, susceptible d'être en tous points garante des libertés légitimes. D'où la nécessité d'en confier les actes essentiels à la seule autorité à laquelle on reconnaisse un pouvoir sur la liberté individuelle, le Pouvoir judiciaire.

Dans le même temps, le texte vise à proposer un dispositif rationnel, se substituant aux mesures existantes dans les différentes parties du droit en les rassemblant dans une seule organisation : « Ces dispositions auront pour effets principaux de dégager la protection tutélaire de l'empirisme général dans lequel elle s'exerce, en lui fournissant des objectifs définis et des limites déterminées, de remédier aussi exactement que possible aux incapacités constatables et évaluables, de substituer aux mesures généralement massives et globales de la législation actuelle sur la Tutelle et de l'assistance tutélaire des mesures beaucoup plus légères, limitées et discriminées. »

Le dispositif proposé par Doussinet et ses collègues dépasse ainsi largement la psychiatrie. Si ses populations cibles sont prioritairement les « mineurs en danger » ou les « diminués psychiques », il s'adresse plus largement à « de vastes catégories de sujets qui, en raison de leur âge et de l'état d'abandon dans lequel ils se trouvent ou en raison de leurs anomalies psychiques, ne peuvent passagèrement ou de façon durable

¹ Doussinet, P. et al., *La Protection tutélaire et l'institution de la tutelle, dispositions codifiées*, Clermont-Ferrand, Société d'hygiène mentale du Centre (impr. de Mont-Louis), 1952 .

assurer sans danger pour eux-mêmes ou pour la société le contrôle de leur conduite ou la direction de leur existence. » Complexe – il comporte plus de deux cents articles –, le projet prévoit la création d'une « Institution de la tutelle » comprenant un Conseil national placé sous la présidence du chef de l'Etat et des antennes départementales comprenant chacune un exécutif et une juridiction. Cette instance serait en particulier chargée de l'encadrement de l'internement psychiatrique. Par ailleurs, le projet décline également le régime de tutelle sous la forme d'un ensemble de mesures précises, permettant l'assistance, la surveillance, la suppléance ou la suspension de l'exercice de ses capacités sociales par le sujet. Ces mesures peuvent spécifiquement s'appliquer à douze droits fondamentaux, concernant la disposition de la personne, la « participation sociale » - liberté de résidence, des engagements contractuels, liberté familiale ou encore droit de vote -, et la protection des biens.

On le voit, le projet de Doussinet et de ses collègues correspond bien à une tentative de développer une réflexion générale inscrivant l'intervention médicale dans un horizon juridique et social plus vaste en en déterminant à la fois les limites et, jusqu'à un certain point, le contenu. Il se distingue par là du travail de Sivadon et des jeunes psychiatres marqué à l'inverse par la volonté de penser la médecine comme une instance de production et d'organisation du droit et du social. Au cœur de cette opposition se retrouve ainsi la même ligne de partage qui avait traversé le débat sur la réforme de l'assistance psychiatrique jusqu'à la seconde guerre mondiale.

Le problème des limites de l'intervention extrahospitalière : psychiatrie sociale et psychiatrie militante

Une dimension importante des réflexions des psychiatres sur l'assistance extrahospitalière au lendemain de la guerre concerne l'extension de leurs missions dans la société. Menés par les psychiatres marxistes, les psychiatres français développent de façon générale une vision prudente du rôle que le psychiatre peut être amené à jouer dans la Cité et de la dimension politique de ses missions. Ces réflexions s'organisent autour et à partir d'une controverse sur les notions de « psychiatrie d'extension » ou de « psychiatrie sociale ».

L'origine de la controverse est, dans l'immédiate après-guerre, l'essor dans les pays anglo-saxons d'un discours inflationniste sur le rôle du psychiatre dans la société comme nouveau leader charismatique. Le psychiatre peut jouer un rôle de conseiller

dans la gestion des affaires gouvernementales et à la limite intervenir dans les relations internationales. Si ce discours est de toute évidence lié aux perspectives nouvelles que la psychiatrie américaine croit voir se dessiner devant elle, pour une part il s'explique également dans le contexte de la lutte contre le nazisme puis de la guerre froide, qui contribuent à faire du problème de la démocratie un enjeu pour l'ensemble des sciences humaines. Loin d'être seulement une organisation sociale et politique, la démocratie s'enracine dans des comportements et des types psychologiques. A contrario, les régimes totalitaires constituent des déviations pathologiques¹. Sur le continent européen, ces idées font une percée à l'occasion d'un Congrès International d'Hygiène Mental organisé à Londres en 1948, sur le thème de « la citoyenneté mondiale »². En France, l'événement suscite plusieurs condamnations, portées plus particulièrement par les psychiatres marxistes, mais largement relayées dans l'ensemble de la profession. En particulier, la commission d'organisation des Journées Psychiatriques publie un communiqué, rappelant que si « l'avenir de la psychiatrie et la meilleure utilisation des compétences du psychiatre résident dans le développement de l'hygiène mentale et plus généralement des activités englobées dans la notion de psychiatrie d'extension », pour autant « le psychiatre laisserait échapper la conception rigoureusement scientifique de son rôle s'il laissait s'installer une confusion de plans entre une discipline qui se situe sur le plan strictement médical et d'autres activités sociologiques et politiques »³. La discussion se prolonge au Congrès Mondial de Psychiatrie de 1950, dont une session est spécifiquement consacrée à élaborer une définition de la psychiatrie sociale. Elle aboutit à une motion, adoptée à la quasi unanimité des présents, qui affirme que si la psychiatrie sociale est l'étude des conditions sociales de la maladie mentale, elle n'est pas en elle-même une intervention sur ces conditions sociales. La motion se conclut ainsi :

En phtisiologie, quelle que soit l'efficacité des méthodes biologiques de traitement et de prévention, une véritable lutte antituberculeuse ne peut se concevoir en dehors de la nécessité d'améliorer les conditions de vie (alimentation et habitat en particulier). De même, en pathologie mentale,

¹ Que l'on pense par exemple aux expériences de Stanley Milgram sur l'obéissance à l'autorité ou aux publications d'Adorno sur la personnalité autoritaire.

² Flugel, J. C., *International Congress on Mental Health, London, 1948*, London, New York, H.K. Lewis; Columbia University Press, 1948. Sur le congrès et son contexte, voir : Ohayon, A., *L'impossible rencontre. Psychologie et psychanalyse en France 1919-1969*, Paris, La Découverte, 1999.

³ Lhermitte, J., "Journées psychiatriques nationales", *Information Psychiatrique*, 24, n° 8, 1948, p. 231 sq.

aucune thérapeutique ou hygiène ne saurait méconnaître la nécessité d'éliminer les conditions sociales pathogènes.

Sous peine de confusion grave, il est cependant nécessaire de reconnaître que ces conditions elles-mêmes ne relèvent pas de la thérapeutique psychiatrique.¹

La réflexion qu'engagent spécifiquement les psychiatres marxistes à l'occasion de cette controverse est l'un des éléments à l'origine de la naissance en 1951 de la revue *la Raison*². Animée dans un premier temps par Louis Le Guillant, elle est placée sous le patronage d'Henri Wallon³. Elle sera l'un des principaux relais du pavlovisme en France dans le courant des années 1950. Dans l'éditorial du premier numéro, Le Guillant engage une critique « des illusions auxquelles de trop nombreux psychiatres s'abandonnent quant aux possibilités, à l'étendue et au sens même de leur action »⁴ :

Le plus grand danger est dans la perspective même dans laquelle les problèmes sont abordés. Elle est caractérisée non seulement par une extrapolation abusive de situations et de mécanismes individuels aux collectifs, mais dans un véritable renversement de l'ordre des choses. En place d'une étude scientifique de l'individu par rapport à l'ensemble des conditions concrètes qui le déterminent, c'est à partir des données particulières tirées de la psychologie et de la psychopathologie que l'on prétend comprendre et résoudre les structures et les conflits sociaux. Naturellement une pareille démarche ne parvient qu'à retrouver intacts, les problèmes qu'elle prétendait éclairer et finalement à justifier les idéologies traditionnelles, les « vérités éternelles » et le vieux contenu irrationnel de la conscience.

Pour éviter de tomber dans ce piège, il s'agit donc de se doter d'une psychopathologie scientifique, ce précisément à quoi est consacrée la revue. Plus spécifiquement toutefois, c'est dans un article paru également dans le premier numéro, que Bonnafé propose ce qui deviendra par la suite la ligne de la revue, et au-delà dans une large mesure des jeunes psychiatres ou de leurs élèves, sur le problème de la psychiatrie sociale⁵. Bonnafé souligne que la volonté d'intervenir dans le champ social fait courir le risque d'une mystification, en même temps qu'elle entraîne le psychiatre à jouer un rôle technocratique et dirigiste. Le psychiatre a d'abord pour fonction

¹ "Psychiatrie sociale", *La Raison*, n° 1, 1951, pp. 27-28.

² Sur *la Raison*, voir Foutrier, B., *L'identité communiste, la psychanalyse, la psychiatrie, la psychologie*, Paris, L'Harmattan, 1994 ; Ohayon, *L'impossible rencontre*, op. cit.

³ Henri Wallon (1879-1962), normalien, psychiatre et philosophe, professeur au Collège de France, lui-même engagé au Parti Communiste, est une figure de la psychologie au milieu du siècle.

⁴ Le Guillant, L., "Editorial", *La Raison*, n° 1, 1951, pp. 5-12.

⁵ Bonnafé, L., "Réflexions sur la psychiatrie sociale", *La Raison*, n° 1, 1951, pp. 73-90.

d'appliquer les connaissances et les techniques d' « un certain domaine scientifique [...] à certains types de malades ». Lorsqu'il s'aventure en dehors du domaine restreint de ses compétences il doit faire preuve de la plus grande prudence :

Aucun objet n'appartient exclusivement au psychiatre, n'est sa propriété, il ne peut qu'éclairer et servir. Il dit ce qu'il sait, en fonction de quoi, dans la mesure des circonstances historiques, la société lui confie des tâches déterminées, dans le domaine de sa pratique. Plus il s'éloigne de son objet primitif, le traitement de la folie, et moins ses techniques sont définies, plus il a le devoir de se soumettre à une critique étrangère à son optique particulière, et moins sa responsabilité est exclusive dans la solution des problèmes de plus en plus sociaux posés devant lui.

D'un autre côté, la psychiatrie sociale ne doit pas être conçue comme une activité en soi, ni sur le plan intellectuel, ni sur le plan technique. Bonnafé prend pour exemple l'organisation de la vie des services à l'hôpital où « le mode de vie susceptible du meilleur rendement est celui où le psychiatre intervient le moins dans la société des malades ». De même en dehors de l'hôpital :

Que l'on considère l'action thérapeutique sur un autre plan, vis-à-vis du malade non hospitalisé, et cette position du problème devient plus nette encore. Le psychiatre n'est pas maître des conditions sociales aggravantes ou favorisantes. Pas plus que le phthisiologue, il n'a pour rôle et possibilité le changement des conditions de vie de son malade, son intervention sur les situations, relations personnelles, aussi bien que conditions matérielles, reste technique. Il éclaire, conseille, certifie et là aussi, s'il est fidèle à la vérité, dénonce. Comme à l'hôpital ce qu'il dénonce est social au sens le plus strict, c'est-à-dire dépend de lui, essentiellement, en tant que citoyen.¹

En fin de compte, Bonnafé souligne que la notion de « psychiatrie sociale », prise comme une spécialisation du psychiatre, est une mystification née de l'aliénation de celui-ci : c'est parce qu'il est limité dans l'exercice de sa vocation, que le besoin s'est fait sentir d'une « psychiatrie sociale » complémentaire de la psychiatrie hospitalière. Au contraire, pour Bonnafé, le terme de psychiatrie sociale peut retrouver un sens plus positif si l'on en fait une tentative de socialiser la psychiatrie dans son ensemble : « La psychiatrie sociale ne peut être aucune discipline autonome, aucune école, rien de particulier ou de spécial dans la science et le métier psychiatrique, rien

¹ *Ibid.*, p. 85.

d'autre qu'une orientation militante pour donner aux réalités sociales, dans notre théorie scientifique et notre pratique la place qu'elles ont dans le monde réel. »

D'avantage que l'hygiénisme avant la guerre, les jeunes psychiatres développent ainsi après 1945 une relation ambivalente à l'idée d'une action sur la société, faite à la fois d'interventionnisme et de doute. L'assistance extrahospitalière retient du projet hygiéniste de l'entre-deux-guerres la volonté de prendre en compte et d'influer sur les déterminations sociales de la pathologie mentale. Le psychiatre peut développer une action sur le milieu à condition qu'il ne se pose pas en technocrate, qu'il ne cherche pas à se substituer au politique. Ce qui est perdu, en revanche, c'est l'idée d'une connaissance objective des populations par le moyen de la statistique ou d'enquêtes sociales. Comme à l'intérieur des services psychiatriques, l'action extrahospitalière est intervention. En ce sens, l'assistance extrahospitalière prolonge en quelque sorte le travail psychiatrique hospitalier, dont elle partage le même horizon et les mêmes objectifs. « Il ne doit pas exister à notre avis de solution de continuité dans la gamme des divers modes d'assistance. Une assistance psychiatrique cohérente forme un tout au sein duquel les murs de l'hôpital ne doivent pas constituer une barrière isolant une zone d'une nature particulière » écrit ainsi Sivadon dans son article de 1947. A l'inverse, on l'a vu, Daumézon souligne que le travail de réadaptation des patients doit s'engager dès l'hôpital psychiatrique, dès le début de la cure : dans la mesure où la réadaptation du malade repose sur une acceptation par le malade de son invalidité, « ce n'est pas à la sortie seulement que se pose le problème, mais tout au long du traitement, dès l'entrée pourrait-on dire, dans la façon dont on propose au sujet de considérer son trouble. »¹ A la limite cette vision de l'assistance psychiatrique trouvera un débouché dans certaines visions du secteur comme extension de la psychothérapie collective². Au début de la décennie 1950, le problème de la psychiatrie extrahospitalière correspond ainsi véritablement à la revendication d'un élargissement du mandat du psychiatre en dehors de son établissement, mais dans la continuité de ses activités hospitalières.

¹ Intervention de Daumézon, Ferdière, "L'assistance post-hospitalière", *op. cit.*, p. 425.

² Par exemple : Audisio, M., *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Toulouse, Privat, 1980.

Un contre-projet : la spécialité de neuropsychiatrie, cadre de la psychiatrie extrahospitalière

Pour les jeunes psychiatres, l'assistance extrahospitalière correspond à une forme spécifique d'intervention et à un dessein global. La cohérence de l'assistance extrahospitalière répond à la nature des maux dont souffrent les clientèles de la psychiatrie. A cette vision s'oppose celle que propose le Syndicat des Spécialistes des Maladies du Système Nerveux. Discret dans ses interventions publiques, le syndicat n'en développe pas moins une vision argumentée et cohérente de ce que doit être l'organisation de la psychiatrie, que l'on peut expliciter à partir d'une note rédigée en décembre 1953 à l'intention du ministère de la Santé sur un projet de loi tendant à l'organisation de la prophylaxie mentale et conservée au Archives nationales¹. Le projet, qui n'a pas été conservé, proposait manifestement une organisation sur le modèle de celle mise en place dans le cadre de la lutte contre la tuberculose, qui intégrait davantage le dispositif à l'hôpital en le plaçant dans chaque département sous la responsabilité du « phtisiologue départemental », chef du service de phtisiologie². Dans le cas de la psychiatrie, le projet semblait mettre en place un dispositif plus intégré encore donnant en particulier aux médecins des hôpitaux psychiatriques le rôle d'intervenir dans l'ensemble des structures du dispositif. L'ensemble paraît ainsi avoir été proche des propositions des jeunes psychiatres.

Commentant l'exposé des motifs du projet, la note constate d'abord, pour signaler l'ampleur du problème, le grand nombre de catégories citées dans l'intitulé du texte, qui évoque les « enfants anormaux, malades mentaux non internés, alcooliques, épileptiques ». D'emblée, si l'on y ajoute les infirmes moteurs par atteinte nerveuse, mais que l'on en soustrait les épileptiques, qui « débordent le cadre des maladies mentales », l'auteur de la note y reconnaît l'ensemble des clientèles de la spécialité qu'il représente : « en fait nous retrouvons là l'ensemble des malades atteints de maladies mentales et nerveuses, des maladies du système nerveux : c'est tout le problème de la clientèle de cette spécialité médicale qu'est la neuropsychiatrie avec son prolongement normal : l'hygiène mentale. » Dès lors, si le syndicat souligne l'importance de

¹ Bureau du syndicat national des médecins français spécialistes des maladies du système nerveux. « Note sur la proposition de loi 3542 tendant à l'organisation de la prophylaxie des déficiences mentales », 30 décembre 1953. 6p. CAC 19950173 art. 2. Le projet de loi n'a pas été conservé aux archives.

² Ordonnance 45-2575 du 31/10/1945 relative à l'organisation et au fonctionnement de la lutte antituberculose. Voir : Lert, *Emergence et devenir d'un système de prévention*, op. cit.

coordonner l'ensemble des nombreux organismes engagés dans le traitement de ces différentes populations, il oppose une fin de non recevoir à l'idée que ce soit selon les lignes proposées par les jeunes psychiatres et sous leur direction. L'argumentation développée dans la note repose sur trois points qui font apparaître une position claire. Le premier correspond à une vision politique : le libéralisme médical : « Sur un plan politique général d'abord, il semble inutile, sinon dangereux, d'augmenter encore la fonctionnarisation de la médecine sociale en demandant la création de nouveaux postes de médecins fonctionnaires. » Le second point mis en avant concerne la lourdeur de la bureaucratie mise en branle. Le syndicat suggère ainsi qu'il conviendrait de ne pas mettre en place une organisation spécifique, mais plutôt de suivre l'exemple des autres législations d'hygiène sociale mises en place à la Libération dans la lutte contre la tuberculose et la PMI. Dans ces domaines, c'est un fonctionnaire de l'administration décentralisée, médecin de santé publique, le directeur départemental de la Santé, qui se charge de l'animation du dispositif avec l'assistance d'un conseiller technique régional. La troisième dimension de la critique se situe sur un plan proprement médical, et concerne « la technique et la profession médicale ». On peut distinguer deux éléments dans l'argument. D'une part, le syndicat appelle à préciser le champ d'action de ce mode d'intervention :

Le terme de déficience mentale est trop vague, et aussi trop restrictif, et il faut tenir compte de la psychologie du grand public qui ne veut pas entendre parler de maladies mentales et ne veut pas voir le médecin des aliénés. Dans la clientèle qui viendra dans ces organismes, on peut rencontrer aux deux extrêmes les aliénés dangereux, les déséquilibrés constitutionnels, ceux que le public appelle les fous, et d'autre part, les paralysés, les malades purement neurologiques; mais les épileptiques par exemple, les traumatisés crâniens, les séquelles neuropsychiatriques des accidents du travail, nombre d'alcooliques sont ce que le grand public appelle des malades nerveux. Les névrosés, les algiques, les fonctionnels de la médecine générale qui constituent le fond de ce qui est appelé maintenant les « psychosomatiques » entrent dans le même cadre. Il en est de même pour la clientèle de la neuropsychiatrie infantile où, à côté des enfants présentant des déficiences intellectuelles, il y a ceux, dits « caractériels » qui ont des troubles du comportement, et ceux où s'associent infirmités psychiques et motrices; instables psychomoteurs, séquelles d'encéphalopathie infantile ou même de poliomyélite, troubles de la parole et de l'audition. C'est toute la clientèle du neuropsychiatre, c'est tout le domaine de l'hygiène mentale.

Il ne s'agit pas dans ce domaine d'opposer dans une discussion théorique neurologie et psychiatrie. Il s'agit pour rester encore dans l'unité de la pratique journalière d'organiser la prophylaxie individuelle familiale et collective des maladies nerveuses et mentales. Il s'agit d'un service départemental de neuropsychiatrie et d'hygiène mentale.

C'est, on le voit, une vision nettement différente de celle des jeunes psychiatres que fait apparaître le syndicat. En isolant trois catégories, « les fous », les « malades purement neurologiques » et les « malades nerveux », il met en évidence les filières différenciées auxquelles ces catégories s'adressent de fait, constituant la « pratique journalière » des spécialistes en neuropsychiatrie. Du même coup, et c'est le second élément de l'argument, la note signale la diversité des professionnels concernés, qui comptent non seulement les médecins des hôpitaux psychiatriques, mais aussi « les professeurs de clinique neuropsychiatrique ou [les] agrégés de neurologie et de psychiatrie », et les chefs de services de neuropsychiatrie dans les hôpitaux généraux, dont elle défend l'aptitude à tenir des consultations de dispensaire. L'assistance extrahospitalière correspond ainsi à l'ensemble de la spécialité de neuropsychiatrie dans sa diversité, telle qu'elle a été mise en ordre dans le certificat créé en 1949. Il ne doit pas s'agir de l'uniformiser ou de masquer les spécificités propres à chaque segment à l'intérieur du groupe, mais seulement d'organiser l'accès des malades aux différents spécialistes dont ils peuvent avoir besoin. Contre la vision développée par les jeunes psychiatres, l'assistance extrahospitalière correspond ici à un marché de professionnels en concurrence pour la définition et la prise en charge des problèmes de santé mentale et s'organisant en fonction des spécialisations de chacun. Elle apparaît ainsi comme un terrain morcelé qu'il s'agit de réguler pour qu'il fonctionne de manière souple plutôt que d'organiser de manière centralisée et autoritaire.

Cette opposition du Syndicat des Spécialistes du Système Nerveux est suffisante pour empêcher le projet du ministère d'aboutir. Rapidement enterré, le problème ne sera plus repris sous cette forme dans les années qui suivent. Pour encadrer l'extrahospitalier, il faudra au ministère développer une approche nouvelle. Ce sera le travail de la Commission des maladies mentales dans les années 1950 que d'engager ce travail. Avant d'examiner ce point, il nous faut toutefois encore examiner rapidement le travail accompli par les Comités d'expert de l'OMS, qui à partir de la fin des années 1940 et jusqu'à la fin des années 1950 constitue un lieu important où s'est forgée une

vision globale de l'évolution de la psychiatrie. Ces textes sont importants pour les normes qu'ils élaborent qui joueront un rôle clef dans le débat français de la fin des années 1950 et des années 1960. En même temps, la vision globale dont ils sont porteurs, congruente avec celle des jeunes psychiatres, influencera largement la manière dont les questions de l'assistance extrahospitalière, et plus largement de l'assistance psychiatrique, seront pensées dans le cadre de la planification hospitalière dans le courant des années 1950.

1.2. Les rapports des Comités d'experts de l'OMS sur la santé mentale : un cadre mondial pour l'organisation des systèmes de santé mentale

Dans le courant des années 1950, la vision des jeunes psychiatres trouve en effet à la fois un renfort et une source d'inspiration dans les expériences et les travaux étrangers, et surtout dans les travaux de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Fondée en 1948, l'OMS prend la suite de la Section d'Hygiène de la Société des Nations, mais elle situe son action dans une perspective élargie par rapport à sa devancière, visant non plus seulement l'endiguement des maladies infectieuses, mais aussi le développement de la santé dans le monde. L'hygiène mentale, ou plus généralement la psychiatrie, est l'un des chantiers nouveaux ouverts par l'organisation, qui a inclus l'état de bien-être psychique dans sa définition de la santé. Si elle n'est pas la première de ses priorités, la promotion de la santé mentale est une orientation constante de l'organisation, dont le premier directeur général est au demeurant un psychiatre canadien, Brock Chisholm. L'élaboration d'une norme internationale en matière de psychiatrie ou de santé mentale est liée à la fois à l'état du problème dans les pays membres et aux équilibres entre pays au sein de l'OMS. Pour comprendre le sens de la norme développée par l'Organisation, il faut donc commencer par donner quelques indications sur les conditions dans lesquelles elle se saisit des questions de psychiatrie.

L'activité de l'OMS est essentiellement normative¹. Elle vise à produire une information, élaborer des références communes, proposer des pistes pour harmoniser les méthodes de lutte contre les maladies et l'organisation des systèmes de santé, donner

¹ Sur l'organisation et les missions de l'OMS, voir : Beigbeder, Y., *L'organisation mondiale de la santé*, Paris, PUF, 1995.

des conseils aux Etats. Elle a autorité pour élaborer des nomenclatures des médicaments et des maladies, et peut prendre des règlements pour l'endiguement des maladies infectieuses, qui s'imposent aux Etats membres. Son action repose sur la constitution de réseaux d'experts, qui peuvent être convoqués en Comités par le Conseil exécutif de l'Organisation pour éclairer son action. Ces Comités d'experts, réunis en séminaire sur plusieurs jours au siège de l'organisation, débouchent sur la rédaction de rapports supposés donner leur diagnostic sur le problème posé et fournir des recommandations à l'OMS quant aux actions à développer, qui peuvent également constituer des sources mobilisables par les Etats. L'OMS finance par ailleurs des études et propose également des bourses de voyage destinées à favoriser les échanges internationaux.

En France, concernant spécifiquement les questions de santé mentale, les activités de l'OMS trouvent dans l'immédiate après-guerre un relais auprès du directeur de l'Hygiène Sociale au ministère de la Santé, Eugène Aujaleu. Lui-même personnellement associé aux travaux des Comités d'expert de la santé mentale, Aujaleu sera par ailleurs membre du conseil exécutif de l'OMS, qu'il présidera en 1968, et il représentera la France à son assemblée générale jusqu'en 1981. Il encourage vivement les psychiatres français à s'intéresser aux travaux de l'Organisation et à s'y impliquer, s'en faisant lui-même à l'occasion le porte-parole¹. Le premier psychiatre français à profiter d'une bourse d'étude de l'OMS est Paul Sivadon, qui entreprend en 1950 un voyage de quatre mois aux Etats-Unis et aux Pays-Bas, à l'issue duquel il engage une collaboration durable avec l'Organisation². Par la suite les psychiatres français seront nombreux à bénéficier de ces financements. Ces voyages permettent de nouer des liens, mais également d'établir une expertise et ils jouent également, à ce titre, un rôle important pour les carrières individuelles. Un cas significatif est le voyage que fait le psychiatre Maurice Despinoy en 1959 pour étudier les hôpitaux de jour en Grande Bretagne et aux Etats-Unis, ce qui fait de lui, à son retour en France, l'un des promoteurs de la formule - quand bien même il n'est pas le premier à créer une

¹ Aujaleu fait en particulier dès 1949 de la publicité pour les travaux de l'OMS au sein de la Commission des maladies mentales. Voir en particulier une note signée de sa main, invitant les psychiatres de la Commission à suivre et à participer aux travaux de l'Organisation, et leur transmettant les conclusions du 1^{er} rapport du comité d'expert : « Conclusions du rapport du comité d'experts de la santé mentale de l'Organisation Mondiale de la Santé », 2p., 26 décembre 1949, CAC 19950173

² Il remplace au pied levé Louis Le Guillant, qui, membre du Parti Communiste, se voit refuser l'entrée sur le territoire américain. Voir le témoignage de Sivadon in Fourquet et Murard, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, pp. 125-126.

structure¹. Mais pour ce qui nous intéresse, c'est bien au Comité d'experts que les choses se passent.

Entre 1949 et 1974, date de sa dernière session, le Comité d'experts sur la santé mentale est réuni seize fois et publie autant de rapports². (Cf. tableau n° 1 la liste des rapports.) Outre les fonctionnaires de la section de santé mentale de l'OMS, le Comité est constitué de personnalités nommées pour leur expertise et issues des pays membres de l'organisation. Sont également convoqués des « consultants », et, à partir du 10^{ème} rapport, des représentants d'organisations internationales. Au total, et à l'exception des deux premiers comités – qui comptent respectivement 7 et 9 membres – et du dernier – exceptionnellement pléthorique, avec 27 membres - le nombre de participants oscille de 10 à 16 membres. Le premier rapport du Comité, en 1949, proposait que le Comité fonctionne sur la base d'un noyau permanent, formé de cliniciens, nommés pour deux ans, auxquels s'ajoudraient des membres choisis en fonction de l'ordre du jour, intégrant éventuellement des personnels paramédicaux, de manière à constituer la représentation de l'ensemble des professions participant aux équipes thérapeutiques³. La proposition ne paraît toutefois pas avoir été suivie d'effet, car en dehors des deux premiers Comités, et en dehors des fonctionnaires de l'OMS, deux Comités successifs ne comptent jamais plus de deux membres en commun, et souvent aucun. Ainsi, le Comité est entièrement renouvelé après sa 2^{ème} session, puis après la 4^{ème} session. La majorité des personnes qui participent aux travaux du Comité ne participent qu'à une session : 110 des 146 personnalités que j'ai recensées n'interviennent qu'une fois. 22 membres du Comité participent à deux sessions, 8 à trois. Avec 4 participations, Paul Sivadon est, en dehors des fonctionnaires de l'OMS, la personnalité qui totalise le plus grand nombre de participations, même s'il intervient en une occasion en tant que consultant seulement. Il devance notamment Robert Felix, le directeur du National Institute of Mental Health aux Etats-Unis, Thomas Rodger, professeur à l'Université de Glasgow et Andreï Snejnevski, professeur de psychiatrie à l'Université de Moscou, qui

¹ Voir en particulier Despinoy, M., *Les hôpitaux de jour. Rapport sur un stage d'étude effectué sous les auspices de l'OMS*, 1959 ; Idem, "Les hôpitaux de jour et les hôpitaux de nuit", *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, n° 4, 1963 et Bléandonu, G. et M. Despinoy, *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté*, Paris, Payot, 1974.

² Les rapports du comité d'expert de la santé mentale sont publiés dans la série des rapports techniques de l'OMS en français et en anglais. Ils sont également disponibles en téléchargement sur le site de l'Organisation : <http://www.who.int/fr/>

³ OMS, *Comité d'experts de la santé mentale. Rapport sur la première session. Genève 29 août-2 septembre 1949*, Genève, OMS, 1950, pp. 33-34.

participent chacun à trois sessions. La continuité du travail du Comité tient en fait à la procédure de sélection de ses membres, choisis par l’OMS parmi les réseaux qu’elle a elle-même constitués, et à l’ordre du jour donné au Comité, qui lui impose un suivi.

Tableau n°1. Les rapports du Comité d’experts de la santé mentale de l’OMS

	Date de la réunion	Intitulé du rapport.
1 ^{er} rapport	août-sept. 1949	[Sans titre]
2 ^{ème}	septembre 1950	[Sans titre]
3 ^{ème}	novembre 1952	L’hôpital psychiatrique public
4 ^{ème}	novembre 1954	Législation relative à l’assistance psychiatrique
5 ^{ème}	décembre 1956	L’hôpital psychiatrique centre d’action préventive en santé mentale
6 ^{ème}	septembre 1958	Problèmes de santé mentale relatifs à la sénescence et aux personnes âgées
7 ^{ème}	octobre 1958	Psychiatrie sociale et attitudes de la collectivité
8 ^{ème}	juin 1959	Epidémiologie des troubles mentaux
9 ^{ème}	juin 1960	Enseignement de la psychiatrie et de l’hygiène mentale aux étudiants en médecine
10 ^{ème}	octobre 1960	Développement des programmes de santé mentale
11 ^{ème}	oct.-nov. 1961	Le rôle des médecins de la santé publique et des omnipraticiens dans la protection de la santé mentale
12 ^{ème}	sept.-oct. 1962	La formation des psychiatres
13 ^{ème}	octobre 1963	Les troubles psychosomatiques
14 ^{ème}	octobre 1966	Services de prévention et de traitement de la dépendance à l’égard de l’alcool et des autres drogues
15 ^{ème}	sept.-oct. 1967	Organisation des services pour arriérés mentaux
16 ^{ème}	octobre 1974	Organisation des services de santé mentale dans les pays en voie de développement

Les membres du Comité ne représentent pas les Etats membres de l’organisation, même si sa composition manifeste un souci de représentativité. Si l’on décompte le nombre de représentants, en excluant les représentants d’organismes internationaux, la France est, avec 7 personnalités, le troisième Etat le mieux représenté, loin derrière la Grande Bretagne et les Etats-Unis toutefois – qui totalisent respectivement 18 et 16 personnes -, mais devant les Pays-Bas, la Suède, le Brésil ou encore l’URSS¹. Les pays occidentaux dominant ainsi largement la composition du Comité : la France, la Grande Bretagne et les Etats-Unis totalisent à eux trois plus du tiers de l’ensemble des participations au Comité, et si on y ajoute les autres pays d’Europe de l’ouest, d’Amérique du Nord et l’Australie, on parvient à 91 participations sur 161. La France, la Grande Bretagne et les Etats-Unis totalisent la moitié des 12 participants à la 3^{ème} session du Comité, en 1952, et si l’on ajoute les représentants

¹ Outre Sivadon et Eugène Aujaleu, la France est également représentée par Robert-Henri Hazemann qui participe à deux sessions du comité, et Robert Bridgman, Pierre Fouquet, Serge Lebovici et Jenny Roudinesco, qui participent chacun à une réunion, Bridgman en tant que consultant.

d'Etats d'Europe de l'Ouest, on parvient aux trois quarts du Comité cette année-là. La quasi-totalité des membres du Comité sont par ailleurs des médecins et la plupart d'entre eux sont des universitaires ou des représentants des administrations de la santé de leur pays d'origine. La France fait de ce point de vue figure d'exception, 4 de ses 7 représentants n'étant ni l'un ni l'autre, et aucun d'entre eux n'étant enseignant au moment de leur participation au Comité¹.

Les rapports du Comité d'experts se présentent comme une série de recommandations de portée générale sur la manière d'organiser l'intervention en santé mentale au niveau des Etats. Plus précisément, les rapports du Comité développent une norme ou un référentiel universel reposant sur l'élaboration d'une vision stylisée de l'organisation des dispositifs psychiatriques nationaux. Ils ne font pas apparaître une description précise et donnent rarement des données objectives. D'un autre côté, ils ne mettent pas en scène la confrontation d'avis contradictoires, mais prennent la forme d'une vision consensuelle. L'origine de ses membres, la chronologie dans laquelle il s'inscrit, la forme de ses recommandations font ainsi du Comité d'experts un accompagnateur des mouvements de réforme de l'hôpital psychiatrique dans les pays développés. A ce titre, il traduit dans ses avis une évolution du sens du projet réformateur en phase avec celle que connaît le projet des jeunes psychiatres en France et qu'il faut examiner de près.

Le premier rapport du Comité propose un examen des objectifs et des moyens de l'OMS en matière de santé mentale à moyen terme². Présidé par William Menninger³, le Comité fait le constat d'une pénurie extrême de moyens dans la plupart des pays, soulignant même l'écart dans les pays développés entre l'état des moyens disponibles et les normes d'équipement idéales dont les professionnels souhaiteraient pouvoir

¹ Paul Sivadon et Serge Lebovici deviendront professeur de psychiatrie, respectivement à l'Université de Bruxelles et à Bobigny dans le courant des années 1960 et 1970.

² OMS, *Comité d'experts de la santé mentale. Rapport sur la première session. Genève 29 août-2 septembre 1949.*

³ William Menninger (1899-1966) est une figure de la psychiatrie américaine. Co-fondateur avec son frère Karl et leur père de la Menninger Foundation, l'une des cliniques les plus réputées du pays, et joue un rôle important dans l'élaboration de la politique de santé mentale de Kennedy, au début des années 1960. Son frère est un des acteurs clefs de la réorganisation de la profession au lendemain de la Seconde Guerre mondiale.

disposer¹. Constatant ainsi l'impossibilité de doter rapidement les pays en voie de développement d'une infrastructure satisfaisante en matière de traitement des maladies mentales, le Comité émet l'avis que « c'est seulement par la psychiatrie préventive qu'il sera possible de résoudre en définitive les problèmes de santé mentale ». Dans ses recommandations, le Comité insiste ainsi sur le fait que le programme de l'OMS favorise la prise de conscience par les Etats des besoins en psychiatrie et la création d'infrastructures permettant l'organisation de la prophylaxie mentale. Le rapport note le retard pris en ce domaine par les pays développés eux-mêmes, dont il souligne qu'ils « donn[ent] un mauvais exemple » au reste du monde. L'une des mesures importantes sur laquelle compte le Comité est la spécialisation d'un personnel chargé de la promotion de la santé mentale :

Les mesures prophylactiques déjà prises dans le domaine de la santé mentale sont dues pour la plupart à l'initiative, souvent bénévole, de psychiatres isolés qui s'intéressent spécialement à la prophylaxie, mais qui sont néanmoins, professionnellement parlant, des thérapeutes. Cette manière d'aborder le problème doit fatalement être aussi inefficace que le serait une tentative visant à créer des services de santé publique en demandant à des spécialistes de la médecine interne de d'y consacrer une partie de leur temps et les loisirs que leur laisse l'exercice de leur spécialité.²

Le rapport propose de confier aux médecins de santé publique l'action en santé mentale, et, mieux encore, de former un corps de « médecins fonctionnaires spécialisés dans le domaine de la santé mentale ». Sans négliger l'importance des structures de soins, il souligne toutefois surtout leur rôle dans la formation professionnelle ou dans la recherche : « la psychiatrie clinique n'a pas seulement pour objet de soigner les malades, mais elle vise aussi à dégager à travers l'étude de chaque cas traité, des connaissances applicables à la prophylaxie. »³ Il recommande en particulier la formation des infirmières visiteuses pour qu'elles concourent à la santé mentale. Il juge que c'est en premier lieu en direction des enfants que les efforts doivent porter. Il

¹ « Le comité est, d'autre part, impressionné par le fait que même dans les pays évolués, les moyens d'action thérapeutiques sont considérés comme insuffisants pour assurer un traitement satisfaisant à tous les malades atteints de troubles mentaux. Il a été estimé qu'une collectivité devrait posséder un psychiatre pour 20 000 habitants. Cette condition rend encore plus lointaine la possibilité d'assurer un traitement idéal à toutes les populations des pays insuffisamment évolués. » Selon les chiffres donnés plus haut dans le rapport, même aux Etats-Unis le nombre de psychiatres ne dépasse pas 1 pour 32 000 habitants.

² OMS, *Comité d'experts de la santé mentale. Rapport sur la première session. Genève 29 août-2 septembre 1949*, p. 7.

³ *Ibid.*, pp. 8-9.

compte sur l'implication des fonctionnaires de la santé publique, dont le rôle est « de discerner et de supprimer, dans la collectivité, les facteurs qui nuisent au développement psychique normal des individus, plutôt qu'à traiter les malades résultant de ces facteurs ». L'ensemble de ces recommandations s'articule ainsi à une vision positive de la santé mentale, objet de connaissance scientifique :

Dans tout le domaine de la santé mentale, le Comité désire souligner le principe selon lequel il y a lieu de résoudre les difficultés en appliquant à chaque problème les connaissances scientifiques les plus perfectionnées dont on peut faire état dans les pays évolués, afin d'arriver à utiliser des moyens appropriés à la situation locale, plutôt que de reprendre automatiquement les méthodes et les techniques mises au point dans d'autres pays.¹

Le rapport élabore ainsi la santé mentale comme enjeu d'une intervention spécifique, correspondant à un champ d'action et à des professionnels spécialisés dans cette action. Le deuxième rapport, paru à la suite d'une réunion organisée en septembre 1950, précise cette orientation en proposant une liste de recommandations pour prévenir la survenue de troubles mentaux aux différents âges et dans les différentes circonstances de la vie². Piloté par un noyau déjà présent à sa première session, le Comité s'est enrichi de « psychiatres qui collaborent avec des services de la santé publique au développement des méthodes d'hygiène mentale ou qui dirigent des services d'enseignement de l'hygiène mentale destinés aux agents de la santé publique ». En l'occurrence, le Comité a intégré des responsables des services de santé mentale de San Francisco, d'Amsterdam et de Stockholm, ainsi que, pour la France, Jenny Roudinesco (1903-1987), ancienne interne et médecin des hôpitaux de Paris, responsable des consultations externes en psychiatrie infantile à Ambroise Paré, et qui est co-rapporteur. Le rapport donne avant tout une définition de la notion de santé mentale, qui manquait dans le premier rapport :

La santé mentale, telle que le Comité la conçoit, est soumise à la double influence des facteurs biologiques et sociaux. Elle ne constitue pas un état statique, mais présente des variations et des fluctuations de degré ; la conception du Comité suppose chez l'individu l'aptitude à nouer des relations harmonieuses avec autrui, et à participer ou à contribuer de façon constructive aux modifications du milieu social ou physique. Elle implique également la

¹ *Ibid.*, p. 8.

² OMS, *Comité d'experts de la santé mentale. Rapport sur la deuxième session*, Genève, OMS, 1951.

résolution harmonieuse et équilibrée des conflits en puissance parmi ses propres tendances instinctives ; cette harmonie réclame la réalisation d'une synthèse bien intégrée plutôt que l'opposition d'une fin de non-recevoir à certaines tendances instinctives, en vue d'en refouler d'autres.

Cette conception suppose en outre que l'individu ait pu développer sa personnalité de façon à ouvrir à ses impulsions instinctives, susceptibles de produire des conflits, un champ d'expression harmonieuse dans la pleine réalisation de ses possibilités.¹

La définition du Comité est, on le voit, hautement normative : en fondant la bonne santé mentale sur la réalisation d'une harmonie avec l'environnement de la personne elle la fait reposer sur un jugement de valeur. Le rapport passe par ailleurs en revue des mesures à adopter afin de prévenir l'irruption de troubles mentaux aux différents âges de la vie : femmes enceintes, enfance, vieillissement. Ensemble, ces deux premiers rapports constituent la santé mentale comme un bien, une valeur, dont l'expert, le psychiatre, détiendrait, de part son expertise, la clef.

Une décennie plus tard, le bilan opéré au cours de la dixième session du Comité d'experts fait apparaître à la fois un bilan inégal de l'action de l'OMS, et surtout une évolution sensible de la perspective². Le rapport s'ouvre par un inventaire de la mise en œuvre du programme proposé par les différents Comités durant la décennie. Si celui-ci a été suivi par les Etats pour ce qui est de la création d'organismes centralisés dédiés à la santé mentale, administration et instituts de recherches, en revanche ses recommandations concernant la mise en place d'un corps de médecins fonctionnaires chargés de la santé mentale n'ont guère été suivies d'effets, et de façon générale la diffusion de l'enseignement des questions de santé mentale en direction des médecins de santé publique est jugée insuffisante : « De l'avis de plusieurs membres du Comité, l'introduction des principes et des techniques de l'hygiène mentale dans les services de santé publique n'a pas fait assez de progrès. Cela tient peut-être au fait que les psychiatres ont souvent tendance à s'intéresser davantage aux individus qu'aux groupes. »³ D'un autre côté, le rapport note la persistance, voire l'aggravation des inégalités en personnel formé à la psychiatrie dans les différents Etats membres de

¹ *Ibid.*, p. 4.

² OMS, *Développement des programmes de santé mentale. Dixième rapport du comité d'experts de la santé mentale*, Genève, OMS, 1961.

³ *Ibid.*, p. 6.

l'OMS. Mais plus profondément il me semble, c'est une vision différente du développement de la santé mentale qui s'élabore. Le Comité cite ainsi les résultats d'un groupe d'étude mis en place pour évaluer les niveaux de santé pour signaler que « toute évaluation de la santé mentale à l'aide d'un indicateur ou d'un étalon de mesure quelconque doit s'effectuer en fonction du système de valeurs admis dans la collectivité à laquelle appartient l'intéressé »¹. Or précisément, ces indicateurs n'existent pas pour la santé mentale, de sorte que, note le rapport :

Il est rarement possible, dans l'état actuel des connaissances, d'évaluer les résultats des activités de santé mentale. On peut néanmoins tenir pour acquis qu'elles influent sur la santé mentale dans un sens « positif », encore que ce terme puisse avoir des acceptions légèrement différentes suivant le contexte économique, social et culturel.²

Cette réserve faite, le rapport opère un déplacement, suggérant que l'une des tâches sur lesquelles le service peut se concentrer est la prévention des maladies, et que parmi les mesures de prévention, les mesures de prévention secondaires et tertiaires, soit la prévention par traitement précoce et les mesures prises pour éviter les rechutes, doivent être privilégiées. Toutes ensemble, ces différentes propositions marquent bien la rupture avec une certaine manière d'envisager l'hygiène mentale développée dans les deux premiers rapports. Dans cette perspective, le rapport propose une série de principes généraux, sous la forme d'un schéma global de développement des services de santé mentale, en plusieurs étapes³. L'ordre de priorité dressé par le Comité place en premier la formation d'un personnel spécialisé, médecin et personnels paramédicaux, puis l'établissement de services d'abord extrahospitaliers, puis hospitaliers. A la vision élaborée dans les premiers rapports se substitue ainsi une vision plus proche des pratiques de soin, davantage axée sur les structures de prise en charge.

Cette évolution est sensible dans le courant de la décennie, et elle apparaît mieux encore dans certains des rapports intermédiaires du Comité. Elle peut s'analyser comme une évolution du sens de l'intervention, et plus profondément une évolution du sens de la normativité de l'action de santé mentale vers une vision plus congruente avec celle développée en France par les jeunes psychiatres. Le mouvement est particulièrement

¹ OMS, *La mesure des niveaux de santé. Rapport d'un groupe d'étude*, Genève, OMS, 1957.

² OMS, *Dixième rapport du comité d'experts de la santé mentale*, p. 15.

³ *Ibid.*, p. 19 sq.

sensible dans les 3^{ème} et 5^{ème} rapports de l'organisation, consacrés à l'hôpital psychiatrique, sur lesquels il faut revenir maintenant.

Le 3^{ème} rapport sur « l'hôpital psychiatrique public » élaboré en 1952, marque en effet une inflexion à l'égard des deux premiers rapports¹. Issu, je l'ai signalé, d'un Comité entièrement renouvelé, à l'exception du secrétariat assuré par les fonctionnaires de l'OMS, il comprend cette fois essentiellement des médecins hospitaliers, dont pour la France Paul Sivadon. Le rapport propose une vision stylisée des évolutions de l'organisation de la psychiatrie dans les pays développés et part de cette description pour proposer des perspectives d'avenir pour leur transformation. Le Comité prend ainsi acte de ce que « certains pays d'Europe occidentale et d'Amérique du Nord tendent à l'heure actuelle à insister exagérément sur la nécessité d'augmenter le nombre des lits pour malades mentaux, ce qui nuit au développement d'autres services dont l'action contribuerait à réduire soit le nombre des demandes d'admission dans les hôpitaux psychiatriques, soit la durée de séjour des malades qui doivent y être hospitalisés. »² Mais un minimum de lits est nécessaire pour faire face aux besoins essentiels :

Si l'on considère la situation des pays qui en sont au début de leur développement économique, il faut reconnaître que l'on doit absolument prévoir un minimum de lits pour les malades mentaux afin de permettre l'isolement et le traitement des sujets qui, par leur comportement, constituent un danger pour eux-mêmes et pour autrui ou qui posent un grave problème social dans la collectivité à laquelle ils appartiennent. Ce genre de malades ne peut être assisté que dans un hôpital psychiatrique.³

Pour calculer le niveau optimal de développement des services hospitaliers psychiatriques, il passe en revue les chiffres donnés par les praticiens. Il note ainsi que : « Dans les pays occidentaux, on dispose habituellement pour les malades mentaux de trois lits par millier d'habitants : environ un tiers de ces lits (soit un pour mille habitants) sont affectés à la catégorie de malades ci-dessus décrits. »⁴ En proposant ces chiffres, le Comité d'experts avance une norme qui aura un rôle important pour le débat français. Pour les pays encore peu développés, les experts du Comité aboutissent à des

¹ OMS, *L'hôpital psychiatrique public. Troisième rapport du comité d'experts de la Santé mentale*, Genève, OMS, 1953.

² *Ibid.*, p. 4.

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*, p. 5.

propositions moins tranchées, les chiffres oscillant entre 1 et 5 lits pour 10 000. Le rapport en arrive ainsi à la conclusion suivante :

Il est sans doute impossible d'établir des règles rigides concernant le nombre de lits à prévoir pour les malades mentaux qui, du fait de leur comportement et de leur maladie, doivent être isolés (dans leur propre intérêt comme dans celui de la société). Cependant, une collectivité qui ne possède pas pour ses malades mentaux au moins un lit par 10.000 habitants, quel que soit le niveau de son développement économique, ne sera pas en mesure d'assurer l'assistance même très élémentaire que l'on peut désigner sous le nom d'« hospitalisation psychiatrique d'urgence. » On peut dire aussi qu'en raison de l'intensification du développement économique et des progrès de l'urbanisation, toute collectivité sera probablement amenée en fin de compte à réserver au moins un lit par 1.000 habitants pour le traitement et l'hospitalisation de ces cas psychiatriques particulièrement marqués.

Cependant, ce niveau atteint, on ne saurait affirmer que l'étape suivante doit consister à augmenter le nombre des lits pour malades mentaux. Il est sans doute préférable que les responsables de l'organisation des services psychiatriques, parallèlement à toute nouvelle augmentation de l'équipement en lits, se préoccupent au moins avec autant de soin de créer des moyens de traitement extra-hospitalier et d'autres formes d'assistance psychiatrique au sein de la collectivité. Il est incontestable que, dans le passé, on s'est trop attaché à augmenter simplement l'équipement en lits et trop peu soucieux d'organiser un véritable service public de santé mentale.¹

Dans une perspective quasi évolutionniste, le rapport décrit ainsi les étapes suivantes du développement des services psychiatriques. « Une fois assuré le nombre de lits requis pour les hospitalisations indispensables, il conviendrait d'accorder au développement de services psychiatriques extrahospitaliers au moins autant d'importance qu'à l'extension de l'armature hospitalière. Même lorsqu'on envisage d'augmenter le nombre des lits, il faut se demander non pas combien de lits supplémentaires sont nécessaires, mais comment utiliser ces nouveaux lits pour en tirer le meilleur parti. »² Le rapport donne des indications précises, proposant ainsi que les personnels hospitaliers consacrent un tiers de leur temps à l'extrahospitalier. Les premières étapes constituent une sorte de prise de contact avec l'extérieur : propagande et information sur « l'activité de l'hôpital » et « la nature des maladies mentales », éducation en santé mentale – qui peut s'intégrer aux programmes d'éducation à la santé développé par ailleurs, pour laquelle le Comité renvoie au second rapport du Comité

¹ *Ibid.*

² *Ibid.*, p. 6.

d'experts -, recherches en santé mentale et finalement établissement de liaison avec les praticiens locaux. Le psychiatre participe ainsi aux « affaires locales de la collectivité », il se fait connaître et peut engager des collaborations. Dans un second temps, ces différentes étapes aboutissent à l'établissement d'un service externe de consultation, véritable avant-poste de l'hôpital psychiatrique. Ce service externe dispense des consultations qui peuvent jouer un rôle dans la post-cure ou la préparation de l'hospitalisation, ou être spécialisées. Une dernière étape est l'établissement de moyens de traitement en dehors de l'hôpital, avec en particulier des formules d'hospitalisation de jour. Le rapport fait ainsi apparaître la création des services psychiatriques extrahospitaliers comme une démarche d'ensemble impliquant des professionnels engagés dans l'élargissement de leurs activités. En proposant un récit pragmatique plutôt que des normes d'équipement, il met ostensiblement en scène la dimension humaine de la psychiatrie, dans un mouvement de prise de conscience. La conclusion du rapport est de ce point de vue très explicite :

Le second point qui doit être mentionné à propos de l'organisation des services psychiatriques publics est que le mode de développement décrit au chapitre 3 du présent rapport correspond à la façon dont, historiquement, les hôpitaux psychiatriques publics le plus modernes ont étendu leur rôle dans la collectivité. L'hôpital psychiatrique a longtemps été et reste souvent encore le seul moyen de traitement et d'assistance psychiatriques. Le développement des techniques et l'évolution des notions sur les maladies mentales ont amené une diversification des moyens de prévention, de traitement et d'assistance. Cet ensemble est axé non plus sur l'hôpital, mais sur l'équipe médico-sociale. On peut donc considérer les services psychiatriques de deux points de vue très différents :

a) Le point de vue classique : l'hôpital psychiatrique élargit le champ de ses activités et se prolonge dans la collectivité par ses services extrahospitaliers.

b) Le point de vue moderne : l'équipe médico-sociale se charge de l'ensemble des problèmes psychiatriques d'une collectivité et considère l'hôpital psychiatrique comme un instrument parmi d'autres pour accomplir sa tâche.

Bien que le premier point de vue corresponde évidemment au stade initial du développement des services publics, certains membres du Comité estiment que, moins on attendra pour adopter le second type d'organisation, mieux cela vaudra — à condition qu'il s'accorde avec la structure sociale du pays intéressé. De cette façon, on peut intégrer dans un ensemble technique fonctionnel, et non plus lié à une unité architecturale, tous les aspects de la lutte contre les maladies mentales. Cette formule permet aux services de se développer avec souplesse en fonction des besoins du moment et empêche qu'une activité ne s'exerce de telle sorte qu'elle porte préjudice à une autre.¹

¹ *Ibid.*, pp. 39-40.

La citation est importante, elle sera abondamment reprise et commentée en France dans les années qui suivront. En mettant au centre du jeu les équipes psychiatriques, le rapport participe à la définition d'un mandat nouveau pour les professionnels, la définition et le traitement des problèmes de santé mentale d'une communauté. D'un autre côté, en liant l'action extrahospitalière aux activités de soin, dont elles constituent un prolongement, le rapport participe à la redéfinition du sens de l'action en santé mentale. La seconde partie du rapport propose par ailleurs une étude de l'organisation des hôpitaux psychiatriques, proche de celle élaborée par les psychiatres français, dont les principaux éléments sont la formule pavillonnaire et la taille réduite de l'établissement. Il donne également des indicateurs destinés à évaluer la qualité des soins et la rentabilité des services psychiatriques qui sont ceux élaborés en France par Sivadon : indice d'absorption, durée moyenne de séjour, et coût de la maladie. Dans l'ensemble, le rapport aboutit à une vision de la transformation des hôpitaux psychiatriques proche des propositions des psychiatres français.

Cette vision est prolongée dans le cinquième rapport, sur « l'hôpital psychiatrique, centre d'action préventive en santé mentale »¹ :

Tout en réaffirmant ce qu'il disait dans ses premier et deuxième rapports sur la nécessité d'une action systématique en faveur de la santé mentale dans le cadre de l'œuvre normale de santé publique, [le Comité d'experts] met en garde contre le déséquilibre que représente l'existence d'un appareil thérapeutique perfectionné à coté de services préventifs insuffisants [...] : l'équilibre doit être rétabli lorsqu'il a été rompu et il doit être soigneusement maintenu là où l'œuvre de protection de la santé mentale n'en est qu'à ses débuts. On doit cependant reconnaître que bien souvent, et plus spécialement dans les régions peu avancées, l'hôpital psychiatrique est le seul centre d'action systématique et de formation professionnelle complémentaire. Le Comité a donc examiné les conditions à remplir pour que les hôpitaux psychiatriques puissent combiner la prévention avec leurs activités curatives et contribuer ainsi pleinement à l'exécution de l'indispensable programme complet de protection de la santé mentale.²

L'hôpital psychiatrique apparaît donc non seulement comme un centre de cure, mais également comme l'un des postes avancés de la prévention. Ainsi, si le rapport

¹ OMS, *L'hôpital psychiatrique, centre d'action préventive en santé mentale. Cinquième rapport du comité d'experts de la santé mentale*, Genève, OMS, 1957.

² *Ibid.*, p. 4.

concède d'emblée aux hôpitaux psychiatriques un rôle préventif pour des raisons d'opportunité, la suite du texte en fait plus profondément une conséquence de la nature de la prévention en psychiatrie et singulièrement de ses limites. D'une part, en comparaison avec d'autres secteurs de la médecine, les connaissances étiologiques en psychiatrie sont trop vagues pour pouvoir véritablement déboucher sur des pratiques de prévention. Mais, d'autre part, l'impossibilité de développer véritablement des principes de prévention tient à la difficulté d'élaborer une norme universelle en matière de santé mentale : « il faut admettre que la diversité sociale et culturelle des populations est trop grande pour qu'on puisse faire des recommandations de portée universelle sur le contenu et la forme de l'éducation à donner en matière d'hygiène mentale »¹. Trois facteurs plaident dès lors pour que le rôle de l'hôpital soit pris en compte. L'élargissement des équipes psychiatriques hospitalières les dote de personnels à même d'intervenir à l'extérieur. D'un autre côté, l'amélioration des conditions de traitement à l'hôpital a permis d'améliorer les connaissances sur l'étiologie des maladies mentales. De ce point de vue, le rapport fait preuve d'un certain optimisme, qui rejoint celui des jeunes psychiatres lorsqu'il pointe qu'« il est très souvent possible d'empêcher des états prépsychotiques identifiables de dégénérer en psychoses graves »². Mais surtout le développement de l'efficacité thérapeutique en psychiatrie aboutit à une confiance nouvelle des populations à l'égard de la psychiatrie.

[L]e développement de l'hygiène mentale est intimement lié au progrès de la thérapeutique psychiatrique, non seulement parce qu'un traitement précoce efficace des troubles mentaux peut en lui-même être considéré comme préventif, mais aussi, et plus encore, parce que le progrès de la thérapeutique contribue de plusieurs manières à créer des conditions favorable à une prévention positive, conçue comme une amélioration systématique de la santé mentale.

De ce point de vue, on doit attacher une importance toute spéciale au perfectionnement du traitement donné dans les hôpitaux psychiatriques. Le rôle central traditionnellement joué par ces établissements dans le domaine des soins psychiatriques confère à leurs succès actuels autant de poids qu'il donnait de relief à leurs échecs passés. De plus, il arrive encore souvent que le service hospitalier de psychiatrie ait à s'occuper d'une plus grande diversité d'affections mentales que toute autre catégorie d'établissements, sans parler des psychiatres praticiens. Aussi apparaît-il non seulement possible mais nécessaire que ce

¹ *Ibid.*, p. 6.

² *Ibid.*, p. 7.

service participe à l'action préventive ; cette nouvelle tâche ne doit d'ailleurs pas simplement se juxtaposer à ses activités thérapeutiques, mais faire partie intégrante des fonctions qu'il exerce normalement en tant que centre de protection de la santé mentale — au sens le plus large du mot.¹

L'action en santé mentale se présente ainsi non pas sous la forme de prescriptions, mais sous celle d'une pratique au contact avec les malades. De ce point de vue, le rapport prend des accents antipositivistes sensiblement en contradiction avec l'affirmation du primat de l'expertise contenue dans le premier rapport :

La théorie seule ne suffira jamais à résoudre les multiples problèmes que pose la santé mentale, pas plus qu'une formule unique ne pourra englober tous les paramètres résultant de l'extrême diversité des cultures et des coutumes. La connaissance puisée à l'expérience pratique acquise auprès des malades, où qu'ils se trouvent, est indispensable au progrès. L'hôpital psychiatrique bien organisé, avec les antennes qu'il lance dans la vie sociale de la collectivité et les liens solides qui le rattachent aux autres services de santé publique, constitue un point de départ rationnel et la base d'opérations tout indiquée pour un service de santé mentale véritablement efficace.²

Plus encore, le rapport souligne à de nombreuses reprises que l'action en santé mentale repose davantage sur un mode d'engagement spécifique que sur des moyens : « Quoi qu'il en soit l'essentiel n'est pas le système d'organisation, mais l'esprit dans lequel le travail est effectué »³. Même chose à l'hôpital : « rien n'est plus important pour la création d'une vraie ambiance thérapeutique que le moral du personnel hospitalier »⁴, ou, plus loin : « même avec l'inconvénient d'une architecture et d'un emplacement mal adaptés, l'hôpital peut faire un travail utile si les malades y sont soignés dans l'esprit qui convient, c'est-à-dire avec la ferme intention de faire tout ce qui est possible pour les guérir »⁵. Ou encore cette description d'un psychiatre amené à s'engager de manière pragmatique dans des pratiques de prévention dans le prolongement de son activité thérapeutique :

Dans le succès thérapeutique de la psychiatrie contemporaine, il serait difficile de déterminer la part exacte qui revient aux « cures », entendues au sens médical strict du terme. Mais, en pareille matière, le pourquoi importe peu au

¹ *Ibid.*, p. 8.

² *Ibid.*, p. 19.

³ *Ibid.*, p. 9.

⁴ *Ibid.*, p. 12.

⁵ *Ibid.*, p. 11.

malade et à sa famille, à peine plus à l'administrateur, et encore moins au public. Quant au psychiatre, s'il porte incontestablement un intérêt théorique à l'appréciation exacte des facteurs étiologiques et thérapeutiques qui se présentent à lui, il s'attache avant tout au résultat et, par suite, risque de considérer comme secondaire d'approfondir ces problèmes dans toute leur complexité. Pratiquement, il peut lui suffire de savoir que, malgré l'intervention de facteurs héréditaires significatifs, la réussite du traitement dépend pour une bonne part d'une intervention appropriée sur les facteurs du milieu. Or cette intervention se rattache très étroitement aux activités préventives, et, tout en espérant pouvoir un jour faire œuvre de prophylaxie positive sur une grande échelle, le psychiatre sera prêt, pour l'instant, à orienter ses efforts vers la prévention plus immédiate que la société attend de lui. Il essaiera donc d'empêcher l'état de ses malades d'empirer au point de rendre leur hospitalisation inévitable. Il s'efforcera aussi de réduire le nombre des cas qui évoluent vers la chronicité. Il s'emploiera enfin à diminuer les risques de récurrence chez ceux qui ont quitté l'hôpital. Un diagnostic précoce, un traitement actif et une postcure efficace permettront en effet au psychiatre de prouver la valeur de son action préventive et de gagner ainsi cette confiance du public sans laquelle il n'aura jamais la possibilité d'entreprendre les recherches qui lui permettront, en fin de compte, d'organiser une prophylaxie plus complète.¹

Les rapports du Comité d'experts font ainsi reposer le développement de l'extrahospitalier et de la prévention sur une attitude de réforme, non pas sur des prescriptions en termes d'actions ciblées. Dans un autre rapport sur « la psychiatrie sociale et les attitudes de la collectivité », le Comité insiste également sur le développement des services psychiatriques actifs avant l'éducation du public². Cette vision commande également les analyses que le Comité fait de la législation en termes de santé mentale dans son quatrième rapport, sur, précisément, la « législation relative à la santé mentale »³. Le rapport commente ainsi :

Il semblerait que la plupart des législations actuelles s'inspirent d'une conception erronée de leur objet. Elles visent trop à contrôler le malade mental et son médecin et ne précisent pas suffisamment la responsabilité qui incombe aux pouvoirs publics de créer des services pour malades mentaux. Elles ne contribuent guère à susciter une attitude constructive à l'égard des problèmes de santé mentale.⁴

¹ *Ibid.*, pp. 10-11.

² OMS, *Psychiatrie sociale et attitudes de la collectivité. Septième rapport du Comité d'experts de la Santé Mentale*, Genève, OMS, 1959.

³ OMS, *Législation relative à l'assistance psychiatrique. Quatrième rapport du Comité d'experts sur la santé mentale*, Genève, OMS, 1955.

⁴ *Ibid.*, p. 6.

Plus généralement le rapport insiste sur le fait qu'une législation ne préjuge en rien de l'utilisation qui en est faite : « La loi doit donc être conçue de telle sorte qu'elle favorise l'équipement sans gêner le développement des progrès de l'assistance. Le danger consisterait à prévoir des hôpitaux psychiatriques sans prévoir en même temps les conditions de leur bon fonctionnement ; l'hôpital psychiatrique peut être pour le malade la meilleure ou la pire des choses. »¹ La loi est évolutive, elle doit permettre de s'adapter à l'évolution des mentalités, sans chercher elle-même à la heurter, mais en l'orientant. L'intervention de l'Etat est ainsi une intervention pragmatique, il est posé en instituteur de la société :

La loi doit tout d'abord s'accorder avec les traditions culturelles et juridiques de la société en cause. Mais, ce faisant, elle risque de cristalliser les usages et ainsi de s'opposer à l'évolution. Il semble qu'on puisse éviter cet écueil en conseillant des dispositions légales qui, tout en s'adaptant à l'état actuel d'évolution d'une société, gardent des ouvertures sur l'avenir. Il est pour cela souhaitable, à chaque étape de l'évolution, d'introduire le germe de l'étape suivante, et, à l'étape suivante, de modifier la fonction des institutions précédentes.²

Il s'agit de confier la responsabilité du développement des services psychiatriques aux médecins, la loi ne jouant plus qu'un rôle instrumental dans l'accomplissement de leurs objectifs.

Dans l'ensemble, les rapports du Comité d'experts font apparaître une vision du changement de l'organisation des dispositifs psychiatriques congruente avec celle des jeunes psychiatres. Dans ce cadre, l'organisation des dispositifs psychiatriques repose moins sur des principes ou des normes d'équipement s'imposant de l'extérieur que sur une stratégie globale et pragmatique de développement tenant compte des nécessités du terrain. Les rapports posent les psychiatres en instituteurs de la société, mais dont le magistère s'exerce moins par l'enseignement *ex cathedra* que par la démonstration, par l'engagement dans le travail. La démarche n'est pas vulgarisation, mais action. Ils ne proposent pas une norme définitive, mais élaborent une démarche de changement. Au-delà toutefois de cette perspective globale, les rapports du Comité d'experts proposent des arguments, des éléments qui peuvent être utilisés dans le cadre de l'élaboration locale de la politique de santé mentale. Les psychiatres français peuvent ainsi inscrire

¹ *Ibid.*

² *Ibid.*, p. 25.

leur action dans le cadre d'un mouvement plus général de la société et du développement de la psychiatrie. Les rapports du Comité d'experts joueront un rôle majeur pour alimenter le travail des jeunes psychiatres et ils seront une source d'inspiration importante pour l'élaboration de la notion de secteur. Avant d'examiner de plus près cette question, il faut d'abord comprendre le sens de la régulation mise en place par le ministère de la Santé.

2. L'intervention de l'Etat. La psychiatrie au ministère de la Santé dans le courant des années 1950, entre hygiène sociale et planification

Pour comprendre comment les projets des jeunes psychiatres pourront aboutir, il faut restituer les conditions de l'intervention du ministère de la Santé sur les problèmes psychiatriques dans le courant des années 1950. Seule cette approche permet de comprendre comment le ministère est susceptible de se saisir de, d'orienter et d'infléchir la vision portée par les psychiatres de leur travail. Cela nécessite toutefois de comprendre précisément le détail des techniques de gouvernement sur lesquelles s'appuient ses agents, et spécifiquement les régulations développées dans le domaine de la psychiatrie. J'envisage dans ce qui suit la notion de régulation sous l'angle d'un problème d'organisation des projets¹. Ce dont il s'agit, en effet, pour le ministère de la Santé lorsqu'il intervient sur les hôpitaux psychiatriques, c'est d'organiser le travail psychiatrique, de mettre à disposition les équipements et les instruments qui permettront aux professionnels d'accomplir leur travail. Les régulations créées par le ministère doivent ainsi s'analyser de manière pragmatique en tenant compte de l'engagement des acteurs. Elles correspondent à des espaces de conflits et de négociations. Une première étape est toutefois d'abord de comprendre quels sont les acteurs du ministère et comment ils découpent leurs objets.

¹ Strauss, A., "The articulation of project work: an organizational process", *Sociological Quarterly*, n° 29, 1988, pp. 163-178.

2.1. Le moment hygiéniste du ministère de la Santé

Il ne s'agit pas ici de faire une histoire de l'administration sanitaire en France dans l'entre-deux-guerres et jusqu'aux années 1960, mais d'identifier les formes de rationalité médico-administrative qui ont rendu possible la collaboration entre les administrateurs du ministère de la Santé et les psychiatres dans le courant des années 1950, pour aboutir au secteur. Dans l'immédiate après-guerre et jusqu'aux années 1960, c'est l'hygiène sociale qui structure la relation entre les psychiatres et l'administration du ministère de la Santé. Ultime avatar de l'hygiénisme, l'hygiène sociale correspond dans les années 1920 et 1930 à la fois à une conception de la maladie, à des techniques d'intervention, comme les Centres de santé, et à une philosophie globale du rôle des pouvoirs publics en matière de santé et à des formes d'organisation des bureaucraties techniques. Dans l'ensemble, l'hygiène sociale se présente comme une série de principes de rationalisation médico-administrative, qui justifient des modes d'organisation, dictent des priorités à l'action, et qui peuvent opérer à des niveaux divers de l'administration de la santé, des administrations locales au ministère. Sur le plan intellectuel, j'ai souligné son enracinement dans une vision de la maladie que l'on pourrait qualifier d'écologique. Les hygiénistes sociaux insistent à la fois sur les facteurs sociaux dans la propagation de la maladie et sur le retentissement social de la maladie. Ils prônent des mesures prophylactiques qui concernent les facteurs sociaux de la maladie et insistent également sur les mesures de réadaptation sociale, et sur l'incidence de la maladie sur les proches du malade. Surtout, ils insistent sur la coordination des services de santé, de façon à ce que soit assurée une continuité de la prise en charge dans toutes les dimensions de la vie des patients. Du même coup, les hygiénistes insistent sur le rôle de l'Etat, qui seul peut prendre des mesures correctives visant à influencer certains facteurs sociaux, adopter une démarche de prévoyance sociale anticipant sur les atteintes de la maladie, et mettre en place les coordinations nécessaires¹. L'hygiène sociale est portée dans l'entre deux guerre à la fois par des médecins, le plus souvent issus de la lutte contre la tuberculose – tels que Robert-Henri Hazemann en région parisienne, Jacques Parisot à Nancy, ou encore le médecin belge

¹ Deguiral, R., *Hygiène Sociale. Principes, méthodes, organisation*, Toulouse, Privat, 1953.

René Sand¹ – et par des philanthropes, et en particulier par la fondation Rockefeller. Les praticiens de l'hygiène sociale sont engagés dans des formes de médecine organisée, dans les administrations de la santé ou à l'armée. S'ils accèdent dès l'entre-deux-guerres à des responsabilités dans les administrations locales, ils percent plus difficilement au niveau national, l'expérience de Hazemann, directeur du ministre communiste Henri Sellier en 1936, apparaissant bien limitée. Il faut attendre le lendemain de la guerre pour que les manières de penser les problèmes de santé propre à l'hygiène sociale percent réellement au sommet de l'Etat.

La pénétration de l'administration centrale de la santé par l'hygiène sociale est en effet à la fois progressive et limitée. Elle est néanmoins décisive pour la psychiatrie. A sa création en 1920², le ministère de la Santé est issu du rapprochement, d'un côté, de la direction de l'Assistance et de la direction de l'Hygiène publique, toutes deux créées avant la première guerre mondiale, et, de l'autre, de celle de la prévoyance sociale, liée elle à l'essor des assurances sociales, alors que se préparent les textes de 1928 qui instituent un régime d'assurance sociale obligatoire pour les salariés du commerce et de l'industrie. L'administration du ministère ne compte alors aucun médecin, mais elle s'adjoit des conseillers techniques et une pléthore de commissions consultatives. Son action reste au demeurant limitée. Le ministère de la Santé est une administration faible dont l'existence est mal assurée jusque dans le courant des années 1930. Il disparaît en tant que tel de 1924 à 1930, période pendant laquelle son administration est rattachée au ministère du Travail. Jusque dans le courant des années 1930, ses moyens financiers sont par ailleurs peu importants. Sa logique d'intervention est davantage la régulation de l'assistance que l'organisation de l'hygiène. Elle correspond à une approche en termes de droit et d'équilibres sociaux plutôt qu'en termes d'action sanitaire. L'hygiène est en fait prise en main par la Fondation Rockefeller. A partir de 1924, l'administration de la santé est en effet doublée par une administration parallèle, l'Office National d'Hygiène

¹ Sur l'essor de l'hygiène au cours de la troisième république et ses limites, voir Murard et Zylberman, *L'hygiène dans la République*. Sur Hazemann, voir Murard et Zylberman, "Robert-Henri Hazemann, urbaniste social". Sur Parisot, voir Thévenin, E., *Jacques Parisot, 1882-1967: un créateur de l'action sanitaire et sociale*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 2002.

² Sur l'organisation du ministère jusqu'au lendemain de la guerre, voir Carbonatto, G., *Le ministère de la santé publique et de la population*, Thèse de droit, Paris, 1949 ; Murard, L. et P. Zylberman, *L'administration sanitaire en France dans l'entre-deux-guerres. Le ministère de l'hygiène: création et action, suivi de: Deux essais sur l'histoire de la coopération sanitaire internationale*, Paris, CERMES, Convention MiRe-INSERM, 1996. Voir aussi Valette, J., "Etude sur l'évolution des structures de l'actuelle direction des hôpitaux de 1945 à 1976", *Revue Française des Affaires Sociales*, 1977, pp. 139-171.

Sociale, fonctionnant comme un organisme de droit privé sous l'égide de la Fondation. A l'origine, le montage a été mis en place pour que l'administration puisse accepter des subventions. L'Office est chargé de recueillir et de tenir à jour la situation sanitaire de la France, de centraliser et de mettre à la disposition de tous les services publics médecins hygiénistes, tous renseignements concernant l'hygiène sociale et d'effectuer une propagande éducative en France et aux colonies. Il est mis un terme à son mandat en 1934, son personnel étant intégré au ministère, auquel il constitue un premier apport de techniciens.

Il faut toutefois attendre la seconde guerre mondiale pour voir le ministère être doté de moyens et d'une organisation conséquente, grâce à l'action volontariste des gouvernements de Vichy et, à la Libération, du gouvernement provisoire, qui, sur ce terrain comme sur beaucoup d'autres en matière sociale, conjuguent leurs efforts¹. Le point est d'autant plus significatif que le ministère est confié en 1944 à un communiste, François Billoux. Une partie de l'expansion du ministère est liée à l'émergence d'un nouveau domaine d'intervention, la famille et la population, mais le mouvement s'accompagne également d'un renforcement des services chargés des questions de santé. Les effectifs du ministère, qui sont d'un peu plus de 230 avant la guerre, sont portés à près de 450 en 1944, doublés en 1946 avec la fusion des services de naturalisation dans ceux de la population, avant d'être rognés de nouveau en 1948 dans le cadre d'une compression budgétaire, pour s'établir à 800 fonctionnaires environ à la fin de la décennie. Le ministère s'adjoit dans le même temps une inspection générale, organisée d'abord en deux corps par le gouvernement de Vichy, santé et famille, fusionnés en 1946 en une seule inspection générale de la santé et de la population. Il est enfin également doté de structures déconcentrées : le gouvernement crée en 1940 des régions sanitaires, placées sous l'autorité d'un directeur régional de la santé, tandis qu'une ordonnance de 1945 crée à l'échelon départemental des directions de la Santé et des directions de la Population, pour l'animation desquelles sont par ailleurs organisés des cadres de fonctionnaires intégrant des personnels médicaux et paramédicaux, les inspecteurs de la santé et les inspecteurs de la population. L'échelon régional est supprimé en 1946 par mesure d'économie, pour être partiellement recréé en 1947 en

¹ Ainsi de l'action sur l'enfance inadaptée et sur la population : Chauvière, M., *Enfance inadaptée: l'héritage de Vichy*, Paris, Editions ouvrières, 1980 ; Rosental, P.-A., *L'intelligence démographique*, Paris, Odile Jacob, 2003.

renforçant les pouvoirs des inspecteurs divisionnaires résidant dans une ville chef lieu d'une circonscription sanitaire et sociale.

En 1948, après plusieurs réformes, l'administration centrale du ministère se structure autour de trois grandes directions, la direction de l'Hygiène publique et des hôpitaux, la direction de l'Hygiène sociale et la direction de l'Entraide sociale et de la population¹. Cette organisation, qui pour l'essentiel perdurera jusqu'au début des années 1960, marque en fait l'apogée de l'emprise de l'hygiénisme sur le ministère, bien qu'elle le cantonne dans un périmètre relativement restreint. Elle peut être analysée en deux temps. D'un côté, elle crée un nouvel équilibre entre hygiène et assistance. La direction de l'Hygiène sociale est organisée par fléaux sociaux en six bureaux : l'un se charge de l'hygiène mentale et de l'alcoolisme, un deuxième de la PMI, deux bureaux s'occupent de la tuberculose, et les deux derniers ont respectivement, pour l'un, la tutelle de la lutte contre le cancer, le rhumatisme et la lèpre, pour le second, celle de la lutte antivénéérienne et de la transfusion sanguine. Pour la première fois, ces bureaux rassemblent sous leur tutelle l'ensemble des moyens de la lutte contre les fléaux sociaux à l'exception des hôpitaux généraux, soit à la fois la coordination du dispositif, la tutelle des établissements spécialisés – sanatoriums, centres de lutte contre le cancer, hôpitaux psychiatriques... -, et l'organisation des dispensaires, qui auparavant étaient placés sous la tutelle de la direction de l'Assistance. Celle-ci, devenue Sous-direction de L'Entr'aide sociale, a perdu la gestion des établissements d'assistance pour ne plus s'occuper que du droit à l'assistance. C'est bien ainsi une requalification des questions d'assistance en un problème d'hygiène sociale qui est opérée. Cet équilibre nouveau s'est également traduit par la disparition de fait du Conseil Supérieur de l'Assistance Publique, et, à partir de 1942, l'essor du Conseil Permanent de l'Hygiène Sociale, dont l'organisation double celle de l'administration. La direction de l'Hygiène sociale est confiée à Eugène Aujaleu, qui a joué un rôle clef dans la France Libre. Né en 1904, médecin phthisiologue, agrégé du Val de Grâce, Inspecteur général de la santé public, il a rejoint Alger en 1942, où il a été chargé d'organiser le service de santé du Comité français de libération nationale, et, ce faisant, de préparer la réorganisation sanitaire de

¹ S'y ajoutent le service de la pharmacie et la direction générale du personnel et du budget.

la France¹. A la Libération, il devient le directeur du cabinet de Billoux, mais, lui-même non communiste, il ne reste en poste que quelques mois, le temps d'assurer la transition, à l'issue desquels il se voit proposer l'une des deux directions nouvellement créées. Sensibilisé à la dimension sociale de la maladie par son activité de phtisiologue, il prend alors la direction de l'Hygiène sociale².

D'un autre côté, la juxtaposition de la direction de l'Hygiène sociale et de la direction de l'Hygiène publique et des hôpitaux fait cohabiter deux visions de l'administration de la santé : une organisation horizontale, par pathologie, sous le couvert de la direction de l'Hygiène sociale, et une organisation verticale par les structures, sous l'autorité de la direction de l'Hygiène publique et des hôpitaux. Celle-ci est confiée en 1950 à un autre phtisiologue du Val de Grâce, Daniel Boidé³. Boidé décédant brutalement en juin 1956, Aujaleu prend alors la tête d'une unique direction générale de la Santé publique et devient ainsi l'homme fort du ministère jusqu'à son départ en 1964⁴. La nouvelle organisation ne fera toutefois alors que regrouper, sans en changer significativement la structure, les deux directions antérieures. La direction de l'Hygiène publique et des hôpitaux a en fait sous sa tutelle l'essentiel des structures médicales du pays. Elle est en effet chargée aussi bien de la régulation des professions médicales et paramédicales que de la législation hospitalière, laquelle commence à prendre de l'importance depuis la loi hospitalière promulguée en 1941 par Vichy, et en prendra davantage encore avec le lancement du Plan d'équipement sanitaire, en 1953. L'importance des questions traitées par la direction de l'Hygiène publique en fait ainsi en réalité l'interlocuteur privilégié du corps médical, de sorte que pour un grand nombre de dossiers pourtant placés sous sa juridiction, comme le cancer ou la tuberculose, la direction de l'Hygiène sociale n'exerce qu'une tutelle lâche.

En raison du statut particulier des hôpitaux psychiatriques, la psychiatrie fait toutefois exception à ce schéma. La réorganisation de 1948 conduit en effet à confier la

¹ Sur Aujaleu, voir son témoignage in Fourquet et Murard, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, pp. 77-78. Voir également l'entretien qu'il a accordé à Jean-François Picard : <http://picardp1.ivry.cnrs.fr/Aujaleu.html>.

² Sur ce point : *Ibid.*

³ Cf. Maroselli, A., "Le docteur Boidé, directeur de l'hygiène publique et des hôpitaux, est mort le 29 juin 1956", *Bulletin d'information du ministère de la santé publique et de la population*, n° 2, 1956.

⁴ Selon Aujaleu, le ministre, alors Raymond Marcellin, estime qu'il lui fait de l'ombre et profite d'un différend entre eux sur un projet de suppression des directions départementales de la santé pour lui demander sa démission. Ce conflit a toutefois son importance, comme on le verra plus loin. Aujaleu prend sa retraite en 1970, après avoir transformé l'Institut National d'Hygiène en INSERM, et décède en 1990.

tutelle des hôpitaux psychiatriques au bureau de la psychiatrie de la direction de l'Hygiène sociale, qui détient ainsi de fait l'ensemble des leviers d'une politique de santé mentale. C'est le seul domaine de l'hygiène social où ses pouvoirs sont aussi étendus. La psychiatrie est un domaine d'intervention relativement récent pour les dispositifs d'hygiène sociale. Deux jeunes fonctionnaires vont animer le bureau durant la décennie. Le premier est un jeune énarque, Pierre Jean, qu'Aujaleu recrute à sa sortie de l'école et qui fait bientôt partie de son équipe rapprochée. D'abord affecté au bureau de la psychiatrie, il devient en 1957 conseiller du directeur général de la santé, avant de prendre la sous-direction des Hôpitaux en 1961 et de quitter le ministère en même temps qu'Aujaleu, en 1964. La seconde personne est Marie-Rose Mamelet, qui succède à Jean à la tête du bureau de la psychiatrie, qu'elle dirige jusqu'en 1964. Fille d'un directeur d'hôpital psychiatrique, elle restera au ministère après le départ d'Aujaleu, jouant un rôle important dans la continuité de l'action de l'administration centrale jusqu'à la fin des années 1970. Cette équipe de jeunes réformateurs a sous sa tutelle à la fois la conception et le contrôle de la plupart des équipements psychiatriques du pays. D'un point de vue plus général, cette organisation consacre bien la possibilité d'une approche nouvelle de la maladie mentale. Elle conduit surtout à faire de la question de l'organisation des soins en psychiatrie un enjeu exclusivement technique, à l'écart des questions relevant à proprement parler de l'assistance, même si elle est amenée à intervenir pour faire valoir le droit des malades hospitalisés auprès des autorités compétentes – direction de la Sécurité sociale ou direction de l'Assistance. La direction de l'Hygiène sociale est ainsi en mesure de proposer des options originales et, de ce point de vue, la psychiatrie apparaîtra comme un domaine privilégié pour faire aboutir les projets des hygiénistes sociaux¹. Encore leur faut-il des moyens d'agir : c'est l'essor de la planification qui les leur donnera.

2.2. La psychiatrie dans la planification de la santé

Le Plan a longtemps suscité l'enthousiasme des sociologues s'intéressant à l'administration publique. Michel Crozier voyait ainsi dans les institutions servant la

¹ Voir le témoignage d'Eugène Aujaleu dans Fourquet et Murard, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, p. 176 sq.

planification française l'essor d'une administration d'un nouveau type, signe d'une évolution en profondeur de l'exercice du pouvoir en France¹. La planification apparaissait comme le moyen de vraiment réformer le pays en constituant un « processus d'apprentissage, c'est-à-dire un moyen pour la société de découvrir, de poser et de résoudre de nouveaux problèmes ». Plus spécifiquement, Crozier identifiait trois éléments clefs des transformations de l'administration engagées autour de la planification : le passage des principes à la stratégie, la transformation de la relation de pouvoir avec les gouvernés, avec la reconnaissance du principe de négociation, et l'utilisation de nouvelles ressources d'influence telles que l'information, la recherche ou la prévision. Cet enthousiasme devait toutefois être rapidement réfréné, et, dans le courant des années 1970, Ehrard Friedberg notait que la planification, en tant que telle, ne constituait probablement pas la bonne entrée pour une analyse des nouvelles tendances de l'action publique². Le Commissariat Général au Plan constituait bien un pôle particulièrement dynamique de l'administration française, mais son influence sur les autres administrations restait des plus limitée³. Ce constat s'accompagnait d'un diagnostic pessimiste sur la capacité réelle d'évolution de l'administration à un moment où par ailleurs un certain nombre de signes tendaient à montrer l'essoufflement des mouvements porteurs d'un projet de modernisation de la société française et de l'Etat⁴.

Sans vouloir reprendre ce débat, il est important de saisir relativement précisément la signification, la portée et les limites de l'essor de la planification dans le domaine de la santé, et son effet sur les pratiques de gouvernement pour ce qui concerne la psychiatrie. De ce point de vue, une analyse en termes de pratiques planificatrices me semble permettre de mettre l'accent sur la diversité des pratiques introduisant des raisonnements prévisionnels dans l'action publique et susceptibles d'être mobilisées par l'ensemble des administrations centrales, sans supposer qu'il y ait unité d'intention et d'action dans les différentes administrations et sans préjuger non plus de leur origine. En particulier, cette approche par les pratiques permet de prendre en compte les

¹ Crozier, M., "Pour une analyse sociologique de la planification française", *Revue Française de Sociologie*, VI, n° 2, 1965, pp. 147-163.

² Friedberg, E., "Insaisissable planification, réflexions à propos de quelques études de la planification française", *Revue Française de Sociologie*, XVI, n° suppl., 1975, pp. 605-625.

³ De ce point de vue, les premières enquêtes de terrain menées par les chercheurs du Centre de Sociologie des Organisations de Crozier aboutirent rapidement à des conclusions mitigées : Lautman, J. et J.-C. Thoenig, *Planification et administrations centrales. Etudes sociologiques. Rapport de pré-enquête*, Paris, Centre de Recherches de Sociologie des Organisations, 1966.

⁴ Crozier, M. et al., *Où va l'administration française?* Paris, Éditions d'organisation, 1974.

transformations de l'action publique dans un secteur donné à partir des interventions multiples des divers segments de l'Etat. Si le Plan, c'est-à-dire à la fois la procédure de planification comme mode de gouvernement et le Commissariat Général au Plan comme institution, joue un rôle important dans l'essor et la diffusion des pratiques planificatrices dans les administrations centrales, un certain nombre de ces pratiques peuvent être également liées aux évolutions internes aux ministères, et c'est en particulier le cas du ministère de la Santé.

De façon générale, on n'a peut-être pas assez souligné le fait que l'essor des pratiques planificatrices dans l'après-guerre marquait l'implication croissante des administrations centrales dans la production de biens et de services. L'un des enjeux de la mise en place de la planification a ainsi été d'organiser et d'encadrer l'accroissement de la participation de l'Etat dans les dépenses sanitaires et sociales, via notamment la Caisse des Dépôts et des Consignations. La planification des équipements collectifs recouvre en effet deux dimensions : une dimension horizontale, qui correspond à la coordination des initiatives en matière d'équipement, de manière à répondre aux besoins de l'ensemble du territoire, sans gaspillage ; une dimension verticale, qui correspond à une planification à moyen terme en fonction d'objectifs chiffrés, liés à une évaluation des besoins à l'horizon de la fin du Plan, et donc à une anticipation sur le développement de l'équipement du pays. Pour les « planificateurs », les hauts fonctionnaires et les hommes politiques engagés dans la promotion des pratiques planificatrices, il s'agit à l'origine d'un parti pris idéologique, correspondant à une stratégie de développement social et économique du pays par le biais d'une action volontariste de l'Etat. Le rapport de la deuxième commission d'Équipement Sanitaire et Social du Plan traduit bien cet esprit lorsque, réfléchissant sur les moyens mis en œuvre, il souligne qu'« il s'agit de donner l'initiative à l'Etat, c'est-à-dire au ministère de la Santé publique, et cela non pas seulement en droit mais en fait. »¹

Ces objectifs rencontrent en fait des tendances anciennes à l'œuvre dans l'administration de l'assistance publique, dont les premières tentatives d'imposer un mouvement de « rationalisation » de l'équipement sanitaire remontent à l'entre-deux-

¹ Commissariat général au plan, "Commission de l'équipement sanitaire et social. Rapport du groupe de travail "procédure", *Rapport général de la commission de l'équipement sanitaire et social*, Paris, 1953.

guerres¹. Ces tentatives aboutissent à l'élaboration de projets de réforme de la loi hospitalière et à la promulgation par le gouvernement de Vichy de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics. La loi introduit en particulier l'idée d'une carte sanitaire. Elle est complétée par l'institution, par un décret de novembre 1948, d'une Commission nationale du plan d'organisation hospitalière, qui entame un classement des établissements et l'élaboration d'indices d'équipement. La procédure aboutit en 1956 à un premier arrêté de classement ainsi qu'à la publication de chiffres, qui sont intégrés à la loi portant approbation du Deuxième Plan². Un autre aspect de la rationalisation du dispositif hospitalier est réalisé avec deux réformes des pratiques de gestion des établissements : une ordonnance d'octobre 1944 met en place une procédure d'établissement du prix de journée fondée sur la prévision du budget de l'établissement pour l'année à venir ; et un décret de mars 1953 impose de nouvelles normes de présentation des comptes des établissements³. Parallèlement à ces réformes le ministère procède au renforcement de ses outils de connaissance statistique du système hospitalier. Etablies par la Statistique générale de France dans l'entre-deux-guerres, les statistiques des hôpitaux psychiatriques sont ainsi confiées à sa création en 1943 à l'Institut National d'Hygiène, et placées à la fin des années 1940 sous la responsabilité du chef de la section psychiatrie, Henri Duchêne. Celui-ci s'engage dès lors pour améliorer le recueil des données, en collaboration avec les médecins des hôpitaux psychiatriques⁴.

Dans ce contexte, l'apport propre du Plan se situe à deux niveaux différents. Un premier niveau correspond à la procédure de planification elle-même. Celle-ci repose sur l'élaboration par des commissions de planification d'un diagnostic sur l'état du pays et des objectifs de production ou d'équipement à atteindre à l'issue du Plan. Les

¹ Sur la modernisation des établissements hospitaliers dans l'entre-deux-guerres, voir Smith, T. B., "The social transformation of hospitals and the rise of medical insurance in France, 1914-1943", *The historical journal*, 41, n° 4, 1998, pp. 1055-1087. Voir aussi Galvez, H., *La fédération hospitalière de France. Cinquante ans d'histoire de l'hôpital public en France. 1924-1974*, Paris, Collection "Revue Hospitalière de France", 1974.

² Loi n° 56-342 du 27 mars 1956 portant approbation du deuxième plan de modernisation et d'équipement.

³ Sur tous ces points voir : Comet, P., *L'hôpital public*, Paris, Berger-Levrault, 1960.

⁴ A travers notamment un important travail sur les fiches statistiques, qui se poursuivra jusqu'aux années 1960, cf. Duchêne, H., "Projet de fiche statistique pour les malades des hôpitaux psychiatriques", *Information Psychiatrique*, n° 3, 1949, p. 87. Ces travaux constituent ainsi les débuts de l'épidémiologie psychiatrique en France. Après la mort de Duchêne, en 1963, la psychiatrie sera représentée à l'INSERM par Raymond Sadoun, dont l'unité sera presque exclusivement consacrée à la statistique des hôpitaux psychiatriques.

commissions, élément central de la « mystique du Plan » véhiculée par les planificateurs, sont supposées constituer des instances de concertation entre les représentants de l'Etat et les forces vives de la nation, de manière à aboutir à des décisions concertées. Le Plan est, dans un second temps, adopté par le Parlement. Un deuxième niveau correspond toutefois spécifiquement à l'intervention du Commissariat Général au Plan. Celui-ci est chargé de préparer les travaux des commissions, dont il fournit le secrétariat, mais il élabore également un certain nombre d'études et, de manière plus générale, il développe une expertise susceptible d'influencer les différents acteurs de la décision. Si, dans un premier temps, les activités du Commissariat au Plan concernent peu la santé, elles joueront néanmoins un rôle important pour la constitution d'une économie de la santé à partir des années 1960¹. Du point de vue des fonctionnaires du ministère de la Santé publique, le Plan, dans ces deux dimensions, apparaît surtout comme un levier pour faire avancer leurs projets. Administration faible, le ministère de la Santé dispose en effet avec le Plan d'un allié non négligeable dans ses négociations avec le ministère des finances. En retour toutefois, le Plan suppose une adaptation des procédures de travail de l'administration du ministère.

L'extension du Plan aux questions de santé date du Deuxième Plan, en 1953. Le Premier Plan, pour la période 1947-1952, comporte bien une « commission de la Consommation et de la modernisation sociale », présidée par le secrétaire de la CGT, assisté des deux directeurs généraux de la Population et de la Sécurité Sociale, et dont Aujaleu est Rapporteur. Celle-ci paraît néanmoins développer une norme relativement lâche. Elle est supposée jouer un rôle transversal aux commissions « économiques », et initialement sa mission est essentiellement « de fournir aux diverses commissions du Plan une évaluation des besoins à satisfaire au point de vue social, dans leurs domaines respectifs »². Ses activités iront toutefois plus loin, puisqu'elle s'engage dans l'élaboration d'une norme autonome, fondée sur un état des besoins, qui contribuera à un premier diagnostic. L'ampleur de son mandat, qui couvre sept domaines différents - alimentation, habitat, équipement médico-social, natalité et petite enfance, pouvoir

¹ Benamouzig, *Essor et développement de l'économie de la santé en France*, op. cit.

² Aujaleu, E. et H. Péquignot, "Le plan français. Aspects sanitaires et sociaux", *Techniques hospitalières*, 2, n° 14, 1946. Voir aussi Aujaleu, E., *Premier rapport de la commission de la consommation et de la modernisation sociale*, Paris, Commissariat général du plan de modernisation et d'équipement, 1947.

d'achat des travailleurs et démographie –, et l'absence de relais à ses activités l'empêcheront toutefois d'aller au-delà du constat.

Deux innovations marquent la planification sanitaire dans le Deuxième Plan, la création d'une commission de l'Équipement sanitaire et social et la mise en place d'une procédure, qui restera inchangée jusqu'au Cinquième Plan, pour la période 1966-1970. Cette dernière consiste à dresser un inventaire des moyens, procéder à une analyse des besoins, établir des normes d'équipement par une analyse des besoins, et finalement dresser une liste par région d'équipements à créer pendant la durée du Plan. Certains sociologues ont critiqué le fait que la conception du social défendue par le Plan, telle qu'elle apparaissait dans les rapports de ses commissions, se limitait aux équipements collectifs, et plus spécifiquement pour ce qui est de la santé, se contentait de l'hôpital et était incapable de s'adapter à des modes d'organisation des pratiques de santé innovantes, comme allait l'être le secteur¹. En fait, du Deuxième au Cinquième Plan, la commission du Plan se superpose, ou plus précisément chapeaute les administrations du ministère, en introduisant un niveau de régulation supplémentaire. La commission joue le rôle de synthèse ou d'arbitrage entre les différentes directions du ministère de la Santé, synthèse que, faute de services transversaux, le ministère ne peut pas accomplir lui-même². Son rôle est de trancher entre les propositions d'équipement élaborées par les ministères et éventuellement d'émettre des recommandations sur les modifications à apporter à la loi ou à la réglementation pour permettre d'atteindre les objectifs qu'elle fixe. Le rapport de la commission s'organise ainsi autour des contributions des différentes directions. D'un autre côté, la commission du Plan est fortement investie par l'administration du ministère de la Santé : présidée par un conseiller d'Etat, elle est vice présidée par les deux directeurs de l'administration de la santé³. La régulation qu'elle introduit est donc complémentaire de la régulation exercée par le ministère de la Santé, mais elle ne s'y substitue pas et ne constitue pas à elle seule une régulation autonome. Nourrie des travaux du ministère, la commission de l'Équipement sanitaire et social

¹ Jobert, B., *Le social en plan*, Paris, Editions ouvrières, 1981.

² Jean, P., "La santé publique", in G. Langrod (dir.), *La consultation dans l'administration contemporaine*, Paris, Cujas, 1972, pp. 555-634.

³ Ce qui fait d'Aujaleu, rapporteur de la première commission, puis vice président de toutes les commissions jusqu'à son départ du ministère, l'une des personnalités les plus assidues des travaux du plan. La place de la fonction publique dans la composition de la commission correspond par ailleurs à une tendance générale des commissions du Deuxième au Quatrième Plan. Sur ces points, voir Margairaz, M. et H. Rousso, "Le plan, une affaire d'Etat? Les responsables des commissions du Ier au IXe plan", in H. Rousso (dir.), *La planification en crises*, Paris, Editions du CNRS, 1987, pp. 19-71.

n'impose ainsi pas une vision nouvelle des questions de santé. Elle n'est pas non plus un organe de contrôle, ni de suivi des réalisations, qui restent le fait des administrations. Enfin, dans le cas de la psychiatrie, voire de la médecine, même s'il est difficile de généraliser, la commission ne joue pas non plus le rôle de concertation que jouent les commissions économiques, dans la mesure où une partie importante de la concertation se déroule en amont, avec les principaux corps intéressés par les problèmes, au sein des commissions consultatives du ministère, ou dans l'interaction avec les conseillers techniques. C'est directement entre les psychiatres et l'administration du ministère qu'est élaborée la politique psychiatrique du pays. A l'inverse – et c'est un point important –, de là viendront les tensions avec les collectivités locales, qui sont peu représentées dans la procédure¹.

A ce dernier point tiennent également les limites du volontarisme des pouvoirs publics dans le courant des années 1950 et 1960. En matière de psychiatrie, la politique du ministère est bien une politique d'équipement. Jusqu'à la veille de la guerre, les hôpitaux psychiatriques ne pouvaient bénéficier des mêmes moyens de financement que les hôpitaux généraux. Dans un contexte de crise, les équipements ont vieilli, et ce d'autant plus qu'ils ont été soumis à la pression de l'encombrement. Au lendemain de la guerre, il s'agit donc d'amener les collectivités locales à investir afin de créer les équipements manquants ou d'améliorer l'existant et surtout d'orienter ces investissements. L'hôpital psychiatrique est en effet lui-même un vecteur de l'action thérapeutique de la psychiatrie. Pour autant l'Etat ne peut pas, constitutionnellement, se substituer aux collectivités locales, qui doivent garder la maîtrise de l'initiative d'un investissement. Si l'administration centrale dispose bien d'un certain nombre de leviers, son influence reste faible sur les pouvoirs locaux, et elle est essentiellement répressive. Un article d'Eugène Aujaleu et Henri Péquignot publié en 1947 dans le contexte du Premier Plan dresse un tableau lucide du problème, que complète le rapport de la commission d'équipement sanitaire du Deuxième Plan².

¹ Cf. le chapitre suivant.

² Aujaleu, E. et H. Péquignot, "La réalisation en France d'un plan d'équipement médico-social. Difficultés administratives", *Techniques hospitalières*, n° 21, 1947, Commissariat général au plan, "Commission de l'équipement sanitaire et social. Rapport du groupe de travail "procédure"".

En dehors du problème de l'investissement. Les collectivités territoriales ont en effet une relation ambiguë aux établissements sanitaires, et particulièrement aux hôpitaux psychiatriques¹. Les hôpitaux sont une source d'emploi importante. Un hôpital psychiatrique de bonne taille est souvent le premier employeur de sa ville d'implantation, d'autant qu'il se situe souvent en périphérie urbaine. Mais les hôpitaux psychiatriques ont également mauvaise réputation, à plus forte raison si on leur demande d'accueillir certaines catégories de malades, comme les malades difficiles. Enfin les collectivités locales dont dépendent les établissements ne sont pas toujours le bon cadre pour la planification. Un certain nombre d'institutions peuvent avoir un caractère régional, même si elles dépendent des départements ou des communes. Dans ces cas, il est difficile de convaincre les collectivités locales d'engager les investissements.

Les leviers dont dispose l'administration ne sont toutefois pas tout à fait inexistantes. L'un des principaux est ainsi l'approbation par le ministre des budgets des établissements, qui permet de les relever progressivement. L'introduction en 1953 dans les budgets hospitaliers d'un fonds d'amortissement facilite, d'autre part, les investissements. Le développement de la Sécurité sociale, qui se substitue progressivement au budget de l'assistance dans le financement des prix de journée, contribue à libérer les initiatives. La publication de normes élaborées par les professionnels donne également à l'administration un certain nombre d'instruments. Pour ce qui concerne les investissements lourds, l'Etat peut par ailleurs accorder des subventions. Ces différents outils permettent d'introduire des éléments de négociation avec les acteurs locaux. De ce point de vue, durant toutes les années 1950, l'intervention des fonctionnaires du ministère est directe, elle se situe au plus près du terrain. Les responsables du bureau de la psychiatrie sont en première ligne, assistés, à partir de 1953 par une équipe de conseillers techniques choisis parmi les médecins des hôpitaux psychiatriques. De 1948 à 1951, les fonctionnaires du ministère engagent une étude approfondie de la situation de l'ensemble des établissements français, s'appuyant sur les rapports d'activité, les remontées du terrain, via les médecins-chefs ou les directeurs

¹ Pour une analyse de la production des besoins en équipement sanitaires : Guillaume, M., "Contradictions sociales et planification des équipements collectifs." in L. Nizard et P.A. Belanger (dir.), *Planification et société*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 1974, pp. 282-298.

départementaux de la santé, et sur une visite systématique des établissements¹. Cette implication forte sur le terrain leur permet d'obtenir un certain nombre d'avancées, comme en témoigne Aujaleu lui-même :

Tout ce que peut faire le ministère de la Santé publique et de la population [...], c'est d'employer la persuasion et d'amener les collectivités à prendre conscience de leurs responsabilités. Récemment par exemple la fixation de la capacité des hôpitaux psychiatriques a permis de faire comprendre à un certain nombre de départements la nécessité où ils se trouvaient d'accroître leur équipement à cet égard et l'on peut dire que tout le programme annexé au plan d'équipement des hôpitaux psychiatriques est la conséquence directe des interventions répétées du ministère auprès des collectivités depuis 2 ou 3 ans.²

En fin de compte, les efforts de persuasion déployés par l'administration apparaissent n'avoir qu'un effet limité sur les collectivités locales, d'où ce commentaire d'Aujaleu :

Il nous paraît que cet état de chose est illustré d'une manière frappante par les documents qui ont été soumis à la commission plénière et à la commission des inventaires en ce qui concerne le plan d'équipement pour les diverses disciplines ; on peut constater en effet dans ces documents que les programmes proposés ne sont en aucune manière des tranches de plans théoriques établis, mais seulement la juxtaposition d'initiatives locales, exprimées sans souci ni des priorités désirables, ni des besoins à l'échelon national. La commission du plan se trouvera dans ce paradoxe de donner en même temps son approbation à un plan théorique et son approbation à un programme de réalisations qui du moins sur le plan de la répartition géographique n'est généralement pas conforme au plan théorique.³

C'est surtout au niveau de l'extrahospitalier que se pose le problème. En 1955, un décret visant à augmenter l'activité des dispensaires fait des dépenses d'hygiène mentale des dépenses obligatoires, remboursées à près de 80% aux départements par

¹ P. Jean témoigne : « Pendant longtemps les médecins avaient l'habitude de se plaindre pour rien alors ils faisaient leur rapport par dessus la jambe, et alors à partir des années 1950 ils ont compris que ça servait à quelque chose, alors on a vu tous les rapports, il y en avait 300, alors on en voyait la moitié une année, l'autre moitié l'autre, parce qu'on ne pouvait pas faire absolument tout, il n'y avait pas assez de monde pour étudier ça, mais, on a examiné dans les années 49 50, 48 49 51 on a examiné tous les rapports des médecins, et ils se sont aperçus que ça servait à quelque chose parce qu'on intervenait, on disait au préfet, il faut absolument que les femmes aient des serviettes hygiéniques, c'est absolument anormal, alors il faut supprimer les tinettes et débrouillez vous pour faire mettre des cabinets, etc. » Entretien, juillet 2003.

² Commissariat général au plan, "Commission de l'équipement sanitaire et social. Rapport du groupe de travail "procédure"".

³ *Ibid.*

l'Etat¹. Le dossier de préparation du décret, conservé aux archives nationales, permet de se faire une idée des arguments utilisés par l'administration de la santé pour obtenir l'aval des autres ministères².

Depuis 1937, le ministère a fait du développement des dispensaires d'hygiène mentale l'un des axes de sa politique. Dans un premier temps, il distribue des subventions pour l'équipement des dispensaires, selon un « saupoudrage » à la fois relativement aléatoire et limité. La subvention est fonction des ressources du ministère, et elle connaît d'importantes fluctuations d'une année sur l'autre. Le rapport élaboré par l'administration pour la préparation du deuxième plan d'équipement sanitaire pointe ainsi que la subvention n'atteint que 10% des dépenses engagées par les départements. D'un autre côté, les subventions sont la plupart du temps reconduites d'une année sur l'autre, et le ministère ne dispose guère de critères pour juger de la qualité des services rendus. Il ne peut pas non plus intervenir sur la politique des administrations locales, le montant de la subvention étant de toute façon trop faible pour jouer véritablement un rôle d'incitation. Rendre obligatoire le remboursement par l'Etat des dépenses d'hygiène mentale constituerait une incitation forte pour les collectivités locales.

Le ministère de la Santé doit négocier le texte à la fois avec le ministère de l'intérieur, garant des finances publiques des collectivités locales, et avec le ministère des finances, qui doit ouvrir la ligne de crédit. La justification élaborée par les fonctionnaires du ministère s'appuie sur une étude approfondie de l'incidence financière de la mesure pour chaque département, et sur un calcul des économies réalisées³. Ce dernier est leur argument central. L'augmentation de l'activité des dispensaires doit permettre d'accueillir 60 000 adultes supplémentaires par an. Sur ces 60 000 malades, on peut estimer qu'un certain nombre d'entre eux éviteront l'hospitalisation :

- pour 6000 de ces malades (alcooliques notamment) on pourra éviter deux mois d'hospitalisation, soit 360 000 journées d'hôpital chaque année ; réparties sur une année entière, ces 360 000 journées représentent l'occupation permanente d'environ 1 000 lits

¹ Décret n° 55-571 du 20 mai 1955 sur la prophylaxie des maladies mentales, pris dans le cadre des pouvoirs spéciaux accordés au Gouvernement par la loi du 2 avril 1955.

² CAC 19830173 art. 2, chemise « Préparation du décret du 20 mai 1955 sur l'organisation des dispensaires d'hygiène mentale ».

³ Note « Dispensaires d'hygiène mentale, éléments financiers », non signée, non datée.

- pour 30 000 de ces malades, on pourra raccourcir l'hospitalisation nécessaire de 20 jours, soit par un traitement précoce, soit par une sortie plus rapide avec surveillance de post-cure, soit environ, selon le même calcul, 600 000 journées d'hospitalisation, qui représentent environ 1 700 lits.

Au total, donc, la mesure permettrait de réduire de 2 700 unités les besoins en lits d'hospitalisation, en même temps que d'économiser, au niveau du fonctionnement des hôpitaux psychiatriques, un montant de l'ordre du milliard de franc, pour un prix de journée moyen de 1000 francs. Le raisonnement, qui repose sur une série d'hypothèses implicites sur la morbidité psychiatrique et le comportement des acteurs, notamment en termes de décision d'hospitalisation, est en fait un peu biaisé. Les données paraissent ainsi relativement fragiles. La valeur du raisonnement est surtout d'ordre pragmatique. Le ministère de la Santé n'est pas dupe, comme en témoigne cette note d'Aujaleu à son ministre, justifiant les termes de la négociation :

[L']organisation rationnelle [des dispensaires d'hygiène mentale] est sans doute le but que nous recherchons, et au cours des années qui viennent tous nos efforts convergeront vers ce but. Mais il me paraîtrait dangereux de faire état, dès à présent, d'une augmentation possible des dépenses pour les collectivités départementales. Je suis persuadé que la plupart des départements profiteront de l'instauration du système nouveau pour améliorer le plus vite possible le fonctionnement de leurs dispensaires d'hygiène mentale, et que, d'ici peu d'années, ils seront amenés, de leur plein gré, à dépasser le montant de leurs dépenses actuelles. Mais vis à vis du ministère de l'Intérieur, je pense que si nous voulons obtenir satisfaction sur le principe – et c'est la seule chose qui importe pour le moment –, il est préférable de présenter la mesure envisagée comme devant pour l'immédiat diminuer la charge des départements. On peut cependant faire valoir auprès de l'Intérieur le fait que les départements qui le voudront bien pourront améliorer le fonctionnement de leur service d'hygiène mentale en se contentant de ne pas réduire leurs dépenses; l'augmentation de la participation financière de l'État leur apportera à elle seule le surcroît de ressources nécessaires pour développer l'activité du service.

L'enjeu de la mesure est bien de susciter une initiative plutôt que véritablement de réaliser des économies. Elle est un choix que l'argument économique ne justifie pas complètement.

De façon plus générale, le cas des dispensaires le montre, la planification des équipements psychiatriques apparaît ainsi surtout comme un outil dans une négociation qui implique un grand nombre de partenaires, mais elle ne constitue pas en elle-même

une méthode de production des équipements psychiatriques. Telle qu'elle est organisée dans le cadre du Plan, elle ne permet pas non plus d'intervenir à un niveau fin. Elle ne dit ni comment ni où créer les équipements, ni encore comment ils devront fonctionner. Commentant en 1953 à la Commission des maladies mentales le programme d'équipement en matière de dispensaire pour le Deuxième Plan, Aujaleu souligne ainsi :

[N]ous tenons à souligner que la question du fonctionnement « idéal » des dispensaires d'hygiène mentale n'est abordée ici que d'une manière accessoire, à seule fin de démontrer l'utilité d'une réforme de structure et l'impossibilité de parvenir à une organisation satisfaisante sans l'adoption d'un texte législatif qui pourra être incorporé à la loi de programme résultant des travaux de la commission du Plan. Compte tenu des observations formulées par les membres de cet organisme, lors de l'examen du plan d'équipement relatif aux hôpitaux psychiatriques, sur l'intérêt de développer des consultations d'hygiène mentale pour désencombrer dans une certaine mesure les établissements d'hospitalisation, nous pouvons légitimement espérer que satisfaction nous sera donnée à ce sujet. Il n'en reste pas moins que le plan proposé ne peut être qu'un plan d'équipement et que l'administration ne pourra régler en détail les problèmes relatifs au fonctionnement (organisation des locaux, mise en place des diverses catégories de personnel etc.) que lorsque le plan d'équipement aura été adopté et assorti d'une disposition législative (qui pourra être extrêmement sommaire) rendant obligatoire cette organisation. Si notre plan d'équipement théorique est adopté, nous n'aurons plus alors au cours des cinq années qui viennent qu'à mettre sur pied l'organisation souhaitable, avec le seul souci de traduire dans les textes réglementaires à prendre pour l'application de la loi les préoccupations des techniciens représentés par la Commission des maladies mentales.¹

Le décret de 1955 devait constituer la disposition législative rendant obligatoire l'organisation des dispensaires. Précisément, l'enjeu pour l'administration de la santé sera dès lors de se donner des outils pour encadrer plus finement la production des projets d'équipement psychiatriques des départements. C'est dans ce cadre-là qu'interviendra la circulaire de mars 1960 sur le secteur, comme instrument de régulation complémentaire à ceux déjà mis en place.

¹ E. Aujaleu, « note pour la Commission des maladies mentales. », non datée, CMM séance du 28 avril 1953. CAC 19830173 art. 1.

3. Une dynamique collective. L'élaboration du secteur à la Commission des maladies mentales

L'analyse qui précède permet de comprendre comment l'action planificatrice de l'Etat va pouvoir ouvrir sur une régulation de l'assistance extrahospitalière. Il reste maintenant à saisir plus précisément comment celle-ci sera créée, quels seront son contenu et sa portée. Au début des années 1950, on l'a vu, avec leur projet d'assistance extrahospitalière les médecins des hôpitaux psychiatriques revendiquent un mandat élargi qui leur permettrait d'intervenir en dehors de leurs services à la fois pour limiter les effets de la chronicisation de leurs malades et pour développer de nouveaux modes de prise en charge. Le ministère, de son côté, souhaiterait développer le dispositif psychiatrique et est prêt pour cela à suivre les psychiatres. Toutefois, simultanément, l'opposition du syndicat des médecins spécialistes des maladies du système nerveux au projet de législation sur les dispensaires a montré que l'Etat ne pouvait pas organiser directement le dispositif psychiatrique en en confiant la responsabilité à un seul groupe, mais qu'il fallait composer avec l'ensemble de la profession. C'est donc à la fois la possibilité d'une régulation de l'assistance extrahospitalière et la nature du mandat qui peut être confié à la psychiatrie dans le cadre de cette régulation qui vont être l'objet de la négociation dans ce jeu à trois pistes.

On a généralement tendance à tenir pour acquise la création de la régulation des mandats professionnels. La sociologie des professions a souvent analysé la manière dont les professionnels revendiquaient des mandats en fonction de leurs conceptions de leur travail et de la concurrence dont ils faisaient l'objet, mais elle a rarement pointé le rôle des représentants de l'Etat dans l'élaboration du contenu même de ce mandat. Tout se passe généralement comme si les professionnels élaboraient des projets que les autorités n'auraient plus qu'à reprendre en les sanctionnant par une régulation. Le contenu du mandat serait du ressort des professionnels, l'autorité publique se bornant à sélectionner dans les propositions qui lui sont faites ce qui lui convient ou pas. L'élaboration du secteur est un cas où le contenu de la régulation est lié à un travail conjoint des psychiatres et de l'administration de la santé. A la fin du processus, le mandat confié aux psychiatres dans le cadre du secteur correspond à une position nouvelle par rapport aux propositions énoncées par les psychiatres en début de

décennie. L'élaboration du secteur s'apparente ainsi à un processus d'apprentissage collectif où les différentes parties en présence vont devoir s'observer et s'écouter, pour découvrir, poser et en fin de compte résoudre ensemble un certain nombre de problèmes. Cet apprentissage ne se limite pas à un compromis sur les propositions développées par les jeunes psychiatres, il apporte des éléments nouveaux au projet des psychiatres. Au cours du processus le secteur sera enrichi d'une vision plus précise du rôle du psychiatre, qui apparaîtra comme un acteur de la planification des dispositifs locaux, initiateur des équipements et responsable des équipes thérapeutiques.

Le dispositif qui va émerger dans le courant des années 1950, et que va mettre en forme la circulaire du 15 mars 1960 sur le secteur, est directement lié au travail de la Commission des maladies mentales. Formée on l'a vu en 1947, celle-ci assure la principale représentation de la psychiatrie auprès du ministère de la Santé tout au long de la décennie. Remarquablement permanente dans sa composition, réunie très régulièrement au cours de la période, elle est pratiquement l'unique instance de négociation entre les différents segments de la profession et l'administration de la santé. La Commission est ainsi un lieu privilégié pour observer le travail engagé par les psychiatres et l'Etat sur le secteur. Il ne s'agit pas de proposer une évaluation de l'efficacité de l'activité de la Commission, en analysant par exemple les répercussions des positions de la Commission en termes de textes¹, mais de comprendre la dynamique d'une collaboration sur une période d'une quinzaine d'année. Dans un premier temps, il faut toutefois comprendre quel type d'instance est la Commission des maladies mentales. J'analyse ainsi d'abord rapidement le mode de recrutement de la Commission et ses méthodes de travail. Cela nous permettra ensuite de comprendre les étapes de l'élaboration de la circulaire².

¹ Exercice auquel s'est livré pour une année l'un des administrateurs du ministère de la Santé, Pierre Jean : Jean, "La santé publique", *op. cit.*

² La plupart des procès-verbaux et un grand nombre des rapports de la Commission des maladies mentales ont paru dans *l'Information psychiatrique*. Certains documents qui n'ont pas été publiés sont conservés au Centre des Archives Contemporaines, versement 19950173 art. 1. Toutefois ce versement, qui ne provient pas du bureau de la psychiatrie de la direction de l'Hygiène sociale, est très lacunaire, et ne contient par exemple presque aucune trace des réunions de la première Commission d'Etude des Problèmes de la Santé Mentale de 1947 à 1949. Je donnerai dans la suite prioritairement les références des articles parus dans *l'Information psychiatrique*, en indiquant à défaut ceux que l'on ne pourra trouver qu'aux Archives Nationales.

3.1. La dynamique de la coopération à la Commission des maladies mentales

Le choix des partenaires

L'accès à la Commission des maladies mentales est un privilège réservé à quelques élus. J'ai évoqué dans le chapitre précédent les conditions dans lesquelles la Commission avait été créée, dans le contexte du travail engagé par les jeunes psychiatres pour constituer une représentation. Il faut s'interroger maintenant plus précisément sur le fonctionnement de la Commission, qui dépasse le simple enjeu de la représentation, et d'abord sur les équilibres entre ses membres.

En dehors des représentants de l'administration et d'un représentant du syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, la Commission des maladies mentales ne compte, je l'ai signalé, aucun membre de droit. Ses membres sont en principe choisis par le ministre au titre de personnalités qualifiées. Dans les faits, c'est l'administration auprès de laquelle la Commission est placée, la direction de l'Hygiène sociale, qui élit ses partenaires. Le choix des membres de la Commission par l'administration n'est de toute évidence pas arbitraire. Du point de vue de l'administration, pour pouvoir faire avancer ses projets, celle-ci doit pouvoir compter sur la représentativité de ses correspondants¹. Les membres de la Commission doivent ainsi en principe être l'émanation d'un corps. Ils sont supposés exprimer une opinion, représenter une tendance. Ils doivent par ailleurs faire la preuve d'une expertise, apporter un savoir-faire, une expérience². Pour autant, dans le cas des médecins des hôpitaux psychiatriques, corps égalitaire, l'administration joue un rôle important pour distinguer des individus. Elle dispose d'un pouvoir de reconnaissance, qui sanctionne une expertise. En ce sens, être nommé dans une instance comme la Commission des maladies mentales peut faire la représentativité d'une personnalité. D'un autre côté, la participation à la Commission suppose un intérêt pour les questions qui y sont discutées. Rien n'assure que les autorités de la discipline s'intéresseront à ses travaux : par exemple, le titulaire de la chaire de psychiatrie à la faculté de Paris, Jean Delay, bien

¹ Voir sur ce point, bien qu'à un niveau différent, les analyses de : Grémion, *Le pouvoir périphérique*, op. cit.

² « Je ne crois pas qu'on ait fait d'erreur monumentale sur les personnes, je ne crois pas. » note ainsi rétrospectivement Pierre Jean. Entretien, juillet 2004.

que membre de la Commission, ne participe de fait à presque aucune de ses réunions ; au contraire, son homologue de la faculté de Lyon, Jean Dechaume, président du Syndicat national des médecins français spécialistes du système nerveux, est lui assidu aux travaux de la Commission. Enfin, les nominations à la Commission sont durables. Sur les 19 médecins des hôpitaux psychiatriques qui sont nommés à un moment ou un autre à la Commission, 14 le sont dès 1949, qui tous sauf un participent aux travaux de la Commission jusqu'en 1960. Les seuls cas où des membres de la Commission sont remplacés de leur vivant correspondent aux départs à la retraite de fonctionnaires et aux démissions – encore celles-ci se limitent-elles pour l'essentiel au cas de Georges Heuyer, nommé président au moment de la formation de la Commission et qui renonce à son mandat en 1952.

En dehors des représentants des administrations, des caisses de sécurité sociale, de juristes et de représentants des directeurs administratifs des établissements psychiatriques, la Commission est constituée principalement de praticiens. Ses membres se répartissent pour l'essentiel en deux groupes, les médecins des hôpitaux psychiatriques, au nombre de 19 pour l'ensemble de la période, et les enseignants, au nombre de 12, une personnalité, Henri Baruk, entrant dans les deux catégories. La présidence de la Commission revient alternativement à l'un et l'autre groupe selon une règle informelle établie, semble-t-il, au moment de la création¹. Le choix des enseignants a été relativement aisé, la Commission comptant parmi ses membres les titulaires des chaires de psychiatrie des grandes villes. Il n'en a pas été de même pour les médecins des hôpitaux psychiatriques. Dans un premier temps, ce sont les réseaux d'Eugène Aujaleu qui ont servi de base au recrutement de la première Commission². Sur les 14 médecins des hôpitaux psychiatriques nommés en 1949, 9 sont membres du conseil syndical, et parmi les autres 4 sont médecins-chefs des hôpitaux psychiatriques de la Seine, le dernier est médecin-chef d'un hôpital psychiatrique autonome, c'est-à-dire dépendant directement du ministère, et choisi pour cela. Par la suite, les liens noués

¹ Cf. les discussions au moment de la recréation de la Commission en 1970 : CAC 19910084 art. 28. Georges Heuyer est le premier président de la commission, Xavier Abély vice-président. Heuyer démissionne en 1952, Abély le remplace pour être lui-même remplacé comme vice-président par Jean Dechaume, avant de décéder en 1965. Dechaume lui succède alors au poste de président, tandis que Henri Ey prend la vice-présidence, mais la Commission ne se réunit déjà plus à ce moment-là.

² Eviter également les médecins compromis avec le régime de Vichy selon P. Jean. Entretien, juillet 2004.

par le bureau de la psychiatrie permettront de choisir les nouveaux membres¹. Les nominations sanctionnent alors le travail accompli ou une proximité avec l'administration. Hubert Mignot, médecin des hôpitaux psychiatriques de la Seine, ou Jacques Trivas, médecin-chef du quartier psychiatrique de Niort, nommés tous deux en 1955, entrent dans ce deuxième cas². Henri Ueberschlag, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Lannemezan, correspond au contraire au cas d'un entrepreneur à qui son travail vaut une notoriété en dehors du monde de la psychiatrie, que sanctionne sa nomination à la Commission en 1955.

On peut contraster le recrutement de la Commission avec celui des conseillers techniques qui assisteront l'administration de la santé à partir du milieu des années 1950 dans le cadre de la mise en œuvre de la planification. Ces conseillers techniques, dont le rôle est d'examiner les programmes d'équipement des départements, constituent une expérience originale dans l'histoire de l'administration de la santé. Leur rôle se distingue de celui, plus politique, des conseillers intégrés au cabinet du ministre³. Il contraste également avec celui que l'on peut attendre des membres de la Commission des maladies mentales : si cette dernière doit pouvoir compter sur des relais d'opinion, sur des psychiatres qui rassemblent, à l'opposé les conseillers techniques amenés à travailler en relation avec les autorités locales, doivent faire preuves de qualités de diplomatie ou de tact, en même temps que d'une expertise précise sur les questions qu'il s'agit de traiter⁴. Le conseiller technique doit disposer d'une capacité de synthèse et être capable d'adapter les normes à une situation donnée, là où les membres de la Commission travaillent à l'élaboration de principes universels.

La gestion de l'agenda

Contrairement à d'autres commissions formées avec le mandat explicite d'élaborer une politique donnée, la Commission des maladies mentales a pour mission de conseiller le ministère sur l'ensemble des questions de santé mentale. Totalisant plus de 77 réunions entre 1947 et 1965, date de sa dernière réunion avant une mise en

¹ Entretien avec Pierre Jean, Juillet 2004.

² *Idem*.

³ Lucien Bonnafé et Louis Le Guillant, qui participent au cabinet du ministre communiste Billoux à la Libération, seront les seuls psychiatres recrutés dans ce cadre jusqu'à la fin des années 1960.

⁴ Entretien Jean, juillet 2003.

sommeil qui durera jusqu'au début des années 1970, son activité connaît un pic dans la première moitié de la décennie 1950, pour décliner ensuite à partir de 1960 de sorte qu'elle coïncide bien avec le travail sur le secteur (cf. tableau n° 2). La Commission a en principe vocation à examiner et discuter les textes que la direction de l'Hygiène sociale s'attache à faire paraître, des règlements d'administration publiques aux projets de loi, comme par exemple le projet de loi sur les alcooliques dangereux, adopté par le Parlement en avril 1954¹. Ses statuts sont toutefois des plus lâches et laissent une certaine marge de manœuvre à ses membres. Si elle est présidée par un médecin, ses réunions sont convoquées par l'administration, qui en tient également le secrétariat. L'administration décide librement de ce dont elle veut discuter avec les psychiatres. Elle n'est pas obligée de la saisir sur les textes qu'elle veut faire passer, et n'est pas même soumise à l'obligation de la réunir régulièrement. Aucun des grands textes d'orientation de l'administration n'est examiné par la Commission : ni la circulaire de 1952 sur le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques, qui constitue un rappel d'un certain nombre de normes de fonctionnement des hôpitaux destinées à les humaniser², ni le décret de mai 1955 rendant obligatoire les dépenses d'hygiène mentale, que j'ai évoqué plus haut, ni la circulaire de mars 1960 sur le secteur. L'avis de la Commission est de toute façon purement consultatif, et le ministère est en définitive seul à décider du contenu de ses textes. L'administration peut par ailleurs également saisir la Commission avec un mandat plus large, à un stade préliminaire de l'élaboration d'une règle, lorsqu'elle souhaite trouver réponse à des difficultés rencontrées sur le terrain : ainsi de l'organisation du travail dans les hôpitaux psychiatriques, qui donne lieu à une série de rapports depuis 1951 jusqu'à l'adoption d'un arrêté et d'une circulaire en 1958, qui modifient le règlement modèle pour autoriser la création d'associations au sein des établissements psychiatriques à fin d'organiser le travail thérapeutique. En revanche, le problème de l'encombrement des hôpitaux psychiatriques, dont l'administration saisit également la Commission en 1951, ne donne lieu à aucun texte, ni même à aucune discussion en Commission. Dans d'autres cas, comme celui des sorties d'essai, les discussions sont suffisamment vives pour empêcher la publication de tout texte.

¹ Loi n° 54-439 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui.

² Circulaire n° 148, du 21 août 1952 sur le Fonctionnement des hôpitaux psychiatriques. Reproduite dans *l'Information psychiatrique*, 28, n° 10, pp. 306-335.

Tableau n° 2. Nombre de réunions de la CMM par année.

1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	total
2	2	8	5	7	7	5	5	5	6	4	4	5	3	2	2	4	0	1	77

Note : Pour 1947 et 1948, il s'agit de la Commission d'Etude des Problèmes de Santé Mentale. Les données pour ces années sont par ailleurs sous-estimées, le fonds conservé aux archives nationales étant très lacunaire.

Si la Commission est ainsi liée à l'action du ministère, elle dispose toutefois d'une autonomie relative, qui permet aux psychiatres de fixer son ordre du jour, de se saisir de questions qui leur paraîtraient importantes, voire d'interpeller l'administration. La commission joue à ce titre largement le rôle d'une chambre d'écho des revendications de la profession. Elle leur sert pour obtenir des précisions sur les intentions du ministère, des éclairages sur le sens d'une initiative. Elle leur permet également de prendre des positions sous la forme de résolutions. Si celles-ci n'ont aucune valeur juridique, elles prennent néanmoins une dimension politique. Par ailleurs, la Commission peut décider en séance de la mise sur son agenda de problèmes qu'elle juge importants. Les psychiatres peuvent mettre à la discussion des questions soulevées par un problème précis rencontré sur le terrain, ou demander l'inscription de questions de portée plus générale. Un texte en appelle un autre. Le travail de la Commission a, de ce point de vue, un caractère cumulatif. D'un autre côté, c'est elle qui décide du traitement à donner aux dossiers, même lorsqu'ils sont présentés par l'administration, et la discussion n'est convoquée que dans la mesure où les rapporteurs ont fait leur travail. L'examen des textes s'achève sur un vote, implicite lorsque la discussion s'épuise, ou explicite lorsqu'il s'agit de s'entendre sur la formulation exacte d'un arrêté ou dans le cas de textes conflictuels. Dans certains cas, le travail de la Commission débouche sur l'adoption d'un vœu. De façon générale, le travail de la Commission est ainsi en grande partie lié à l'appétence des psychiatres eux-mêmes. Le rythme des débats correspond ainsi à une dynamique d'entraînement, administration et psychiatres se stimulant l'un l'autre, et dont la condition première est une volonté de coopération de part et d'autre. Dans de nombreux cas au demeurant il est difficile de dire qui a l'initiative d'une discussion.

Cette dynamique se retrouve au niveau de l'organisation du travail de la Commission. Celui-ci oscille entre l'examen de règlements qu'il s'agit de discuter

presque mot à mot, et celui de textes dont la perspective est plus vaste. Dans les deux cas toutefois, la Commission est un endroit où l'on discute de principes et non de stratégie¹. Les débats portent sur des normes et, de ce point de vue, se basent sur l'appréciation d'un idéal. D'un autre côté, la poursuite de cet idéal s'ancre dans l'analyse d'une situation et se fait dans le cadre d'une législation que l'on n'envisage pas de changer. La Commission n'a pas vocation à proposer un projet de réforme d'envergure. S'il se dégage un horizon, c'est en définitive par petites touches successives. Les comptes rendus donnent ainsi à voir chez les psychiatres une tension entre l'examen des textes qui leur sont soumis et la tentation de rejeter tout compromis, soit une tension entre réforme et révolution. Ainsi en juin 1949, cette réflexion de Lucien Bonnafé à propos d'une discussion sur l'application de la législation sur les services libres :

M. le Dr. Bonnafé souligne que le byzantinisme apparent de ces débats représente en fait une expression typique de la situation véritablement paléontologique dans laquelle on traite ces problèmes. Pour prendre exemple sur un fait précis, il signale que dans son service, 20 environ sur 29 des malades en provenance de services libres d'hôpitaux sont placés illégalement « d'office ». La situation actuelle, de droit et de fait, ne peut guère que conduire à de telles absurdités, il paraît vain de chercher dans le détail comment les conduites cohérentes pourraient être mises au point. Il propose à la Commission de prendre acte de l'incohérence due au décalage entre les besoins médico-sociaux actuels d'une part, l'arsenal juridique et le niveau de l'organisation hospitalière d'autre part et de passer à l'ordre du jour.²

La même tension est à l'œuvre entre des tentatives d'inscrire le travail de la Commission dans une perspective à long terme, et la nécessité de faire face aux problèmes qui surgissent en fonction de l'actualité. Le travail de la Commission est en effet marqué par des phases d'avancées où de nombreux textes sont examinés les uns à la suite des autres, et des moments de prises de recul et de bilan sur le travail effectué, où l'ordre du jour est mis en question, où l'on évalue le chemin parcouru et où l'on

¹ Cf. cette protestation de Lucien Bonnafé en 1949 contre un vote organisé sur le principe de la création de conseillers techniques régionaux : « il me paraît hors de doute que dans les milieux psychiatriques et notamment auprès de l'écrasante majorité des médecins des hôpitaux psychiatriques, le fait d'aborder le problème par « le principe » au lieu de traiter d'abord les questions de fait qui les préoccupent [...] équivaut à accentuer la signification d'autorité que ne peut manquer de prendre la mesure envisagée. » "Compte rendu. Commission de Maladies Mentales du Conseil Permanent d'Hygiène Sociale. Séance du 25 octobre 1949", *Information Psychiatrique*, 25, n° 10, 1949, pp. 368-376, p. 376.

² "Commission des maladies mentales du conseil permanent d'hygiène sociale. Séance du 28 juin 1949", *Information Psychiatrique*, 25, n° 8, 1949, pp. 280-286.

propose des ouvertures. Ainsi, en 1949, Lucien Bonnafé est chargé d'établir un bilan du travail réalisé par la Commission d'étude des problèmes de santé mentale de 1947. Daumézon propose alors un véritable plan d'organisation du travail pour la Commission :

M. Daumézon indique alors à la commission qu'il lui paraît nécessaire de faire un tri des diverses affaires dont elle va être amenée à se saisir afin d'utiliser pour chaque catégorie de questions la méthode de travail la plus satisfaisante. Le Dr. Daumézon expose qu'il convient de distinguer dans les travaux de la commission 4 sortes de problèmes :

1. les problèmes doctrinaux généraux – exemple. Définition de la maladie mentale pour la législation des congés de longue durée. Ces problèmes doivent être discutés en séance plénière.
2. Les problèmes de codification. Exemple : révision du règlement modèle. Il convient de désigner des sous-commissions qui rédigeront un texte dont on évitera la discussion article par article devant la commission. Il est important de continuer ce travail, mais il serait bon que lorsque l'administration a profondément modifié le texte approuvé par la commission au point de le rendre méconnaissable (c'est le cas pour l'arrêté type sur les services ouverts), le nouveau texte soit au moins porté à la connaissance de la commission.
3. Les problèmes de planification. L'œuvre entreprise a débuté par les rédactions d'un rapport Bonnafé, Godeau, Lauzier sur les conditions d'aménagement des hôpitaux psychiatriques, elle s'est poursuivie par l'étude de plans régionaux. Mais il convient de rédiger au plus tôt un texte sur les conditions où fonctionnent les services d'hygiène mentale (dispensaire, services sociaux, etc.) de faire un projet d'équipement étagé pour chaque département, pour chaque région.

Ainsi les médecins auront la possibilité de s'appuyer sur une doctrine ministérielle précise dans leurs demandes auprès des autorités locales.

4. Des problèmes locaux. La reconstruction d'un hôpital, le réaménagement d'un service imposent des études préalables. L'expérience montre que ceux qui ont été chargés de ces questions rédigeaient des rapports qui souvent avaient un caractère très provisoire ; souvent ces rapports n'ont pas été discutés en commission.

Le Dr. Daumézon propose que la « commission de planification » soit habilitée à étudier ces problèmes au fur et à mesure de la rédaction des rapports.¹

La suite de la réunion permet également aux autres participants de faire des propositions qui de fait constitueront l'ordre du jour de la Commission dans les mois

¹ *Ibid.*

qui suivent. Un nouveau bilan est proposé en février 1951 et à nouveau en novembre 1953. A cette occasion le président, Xavier Abély, note en ouverture de séance :

On a certes pu faire une critique de l'activité de la Commission ces derniers temps ; ces critiques ne peuvent être qu'un stimulant de cette activité. Un nombre important des problèmes posés par l'assistance psychiatrique restent à régler. Sans doute convient-il que la Commission oriente ses travaux vers les problèmes essentiels tels que, en particulier, la réforme de la loi du 30 juin 1838 et du règlement intérieur de 1939.

Si, avec des initiatives de ce type, les psychiatres travaillent à convaincre l'administration, toutes les discussions de la Commission des maladies mentales ne visent pas à proposer des mesures concrètes que pourrait prendre l'administration. Toutes les propositions de textes ne débouchent pas non plus sur une initiative de l'administration. Pour qu'un rapport élaboré par les psychiatres débouche sur un texte, il faut que l'administration s'en saisisse et pour cela qu'il entre dans ses logiques d'action. Un certain nombre de discussions de la Commission peuvent avoir une influence diffuse, qui touchera la rédaction d'une circulaire, la mise au point d'un texte doctrinal, ou l'initiative d'une réglementation. D'un autre côté, un écart subsiste entre les délibérations des psychiatres et les textes pris par l'administration. C'est précisément ce à quoi faisait allusion Daumézon dans le cas des sorties d'essai. C'est également cet écart qui explique le travail accompli par la Commission dans les années 1950 et le temps nécessaire à l'élaboration de la circulaire sur le secteur.

3.2. Les étapes d'un apprentissage

Ce cadre général permet de comprendre comment va être posé et traité le problème de la régulation de l'assistance psychiatrique jusqu'à la parution de la circulaire du 15 mars 1960. L'analyse des comptes rendus de la Commission permet d'identifier trois étapes dans l'élaboration du secteur, qui correspondent à la discussion de trois rapports soumis par les psychiatres en 1954, 1955 et 1959. Le premier, intitulé « Rapport préliminaire à la présentation de nouveaux textes propres à assurer un fonctionnement satisfaisant aux hôpitaux psychiatriques », et présenté dans la suite de la préparation du premier plan d'équipement sanitaire et social en juin 1954, permet d'ouvrir un cadre en posant le problème d'une régulation conjointe de la planification

des établissements psychiatriques et de leur environnement. Alors que la planification se contente de proposer des objectifs en termes de nombre de lits, les psychiatres posent un certain nombre de conditions pour optimiser le fonctionnement médical des hôpitaux psychiatriques et font ainsi apparaître une série d'exigences quant à leur insertion dans le tissu sanitaire. Une deuxième étape, marquée par la discussion d'un second rapport intitulé « rapport sur l'équipement psychiatrique d'un territoire dépourvu de toute formation spécialisée », présenté à la fin de l'année 1955, voit les psychiatres proposer une nouvelle formulation du mandat qu'ils souhaitent se voir confier dans le cadre de cette régulation. Cette formulation fait des psychiatres des émissaires locaux du ministère de la Santé, qui, tout en développant une activité de cliniciens, sont à même de faire émerger à partir de cette activité sur le terrain les normes de fonctionnement du dispositif extrahospitalier. Les psychiatres proposent ainsi une démarche de planification ancrée dans la clinique et placée sous leur autorité directe, au plus près du terrain. Cette deuxième étape voit aussi se réaffirmer l'opposition des membres du Syndicat des spécialistes du système nerveux. La troisième étape est celle de l'ultime élaboration du secteur. Elle correspond au travail du Groupe de Sèvres sur les premières expériences mises en place sur le terrain depuis le milieu des années 1950 et aboutit à une note présentée par les psychiatres à la Commission des maladies mentales en octobre 1959, sous le titre « note sur le service territorial unifié de protection de la santé mentale. »

Ouvrir un cadre : Le « Rapport préliminaire à la présentation de nouveaux textes propres à assurer un fonctionnement satisfaisant aux hôpitaux psychiatriques » de juin 1954

Les discussions qui vont mener au « Rapport préliminaire » de juin 1954 sont liées de près à la préparation du premier plan d'équipement sanitaire au début de l'année 1953. Celle-ci donne en effet pour la première fois l'occasion à la Commission des maladies mentales de discuter des perspectives générales du développement de la psychiatrie en France. En février 1953, l'administration soumet à la Commission le rapport préparé pour la commission d'Équipement sanitaire et social du plan. Le rapport est divisé en deux volets, concernant l'un les hôpitaux psychiatriques et l'autre les dispensaires d'hygiène mentale, qui comprennent tous deux quatre parties correspondant à la procédure de planification : un inventaire des moyens, un inventaire

des besoins, le plan théorique et la liste des projets soutenus par l'administration. La partie « hôpitaux psychiatriques » prend pour point de départ le problème de l'encombrement des hôpitaux psychiatriques, auquel il s'agit d'apporter une réponse. Ses propositions reposent sur une estimation de la capacité des hôpitaux psychiatriques et de l'augmentation du nombre de malades, dont sont déduits des besoins en lits à l'échéance du Plan. La partie « dispensaire », quant à elle, insiste sur la possibilité de limiter l'encombrement des établissements par le développement des consultations d'hygiène mentale.

Au cours de la réunion, la discussion glisse très rapidement sur le détail des projets présentés par l'administration. Plutôt que de commenter les données du rapport, les psychiatres s'engagent en effet dans une discussion d'ensemble qui d'emblée fait apparaître une position décalée. S'ils reconnaissent le bien fondé des chiffres présentés par l'administration, c'est la représentation que le rapport donne des problèmes et des moyens à mettre en œuvre pour leur apporter une réponse qu'ils contestent. Le rapport se contente de recenser les besoins en lits et de fixer des objectifs globaux. Or, ne faire qu'inviter les collectivités locales à proposer des plans de construction pour pallier les besoins risque de les pousser à des constructions empruntant des solutions de facilité au mépris des exigences du travail psychiatrique¹. Ce qu'il faut, c'est donc élargir le champ de la planification. C'est ce à quoi vont s'employer les psychiatres dans la discussion. Dans un premier temps, il faut donc pointer tout ce qui dépasse du Plan et qui devrait pourtant être compris dans une planification efficace :

¹ Cf. aussi cet éditorial de Georges Daumézon en 1952, saluant la mise en place de la planification : « J'ai dit dans un Editorial récent que la construction de nouveaux pavillons d'ailes ou d'étages supplémentaires aux bâtiments existants apparaît comme une solution de facilité. Il est à craindre cependant que ces dispositions soient les premières qui viendront à l'esprit des départements lorsque l'administration les invitera à parer à l'encombrement de leurs asiles. Aussi apparaît-il nécessaire qu'une doctrine soit arrêtée, publiée, portée à la connaissance des autorités locales. Il importe que cette œuvre soit menée à bien sans retard faute de quoi notre collègue [Lauzier, conseiller technique de l'administration, chargé de l'examen des plans d'équipement des départements] va se trouver devant des projets étudiés, déjà approuvés par les autorités locales, et dans l'alternative cruelle soit de donner son avis favorable à une conception fautive, soit de soulever des réserves et de demander de nouvelles études qui stopperont toute construction. Il y a plus grave. Rien ne serait plus néfaste que de se borner à construire. Nous sommes unanimes à reconnaître que l'organisation de nos hôpitaux ne permet pas dans la grande majorité des cas de fournir aux malades les soins auxquels ils ont droit. Le plan quinquennal va-t-il avoir pour conséquence d'augmenter la capacité de soins pour les malades mentaux ou seulement la capacité "d'enfermement des fous" sans s'intéresser à la réforme de notre organisation. » Daumézon, G., "Editorial", *Information Psychiatrique*, 28, n° 1, 1952, p. 6.

M. Daumézon marque de son côté que le rapport qui est soumis à la Commission *ne fait pas une place suffisante* à l' « équipement » en personnel médical et soignant dont un hôpital psychiatrique doit disposer pour assurer un rendement thérapeutique suffisant. Le plan qui est soumis est ainsi un plan thérapeutique d'hébergement et *ne permet pas d'accroître les possibilités de soins* aux malades mentaux. M. le dr. Le Guillant reprend cet argument et souligne que la capacité *n'est qu'un aspect du problème* posé par le rendement d'un établissement psychiatrique. Pour permettre d'assurer le plein traitement des malades, il convient que la population hospitalisée ne dépasse pas la capacité optimum. Il est indispensable par ailleurs que le service dispose d'un effectif de personnel médical et soignant suffisant travaillant dans *des conditions différentes de celles qui sont offertes* dans les hôpitaux psychiatriques actuels. M. le Dr. Bonnafé insiste également dans le même sens. L'organisation technique indispensable à un service à gros rendement thérapeutique est, certes, coûteuse, mais d'après l'expérience en cours dans son établissement, M. le dr. Bonnafé estime qu'il peut prouver que ces dépenses permettent de réaliser une économie importante en journées d'hospitalisation. Ainsi, le rapport présentement soumis à la Commission *devrait-il être inséré dans un texte général* visant l'organisation de l'assistance psychiatrique en France.¹

Dans cet extrait, les psychiatres procèdent à une série d'interventions pour tenter de négocier le cadre de la planification hospitalière. Comme le signalent les expressions que j'ai soulignées, ils cherchent à montrer que les problèmes de l'assistance extrahospitalières débordent le cadre de la planification et requièrent d'autres formes de régulation. Dans la suite de la discussion, les psychiatres développent leurs propositions. D'un côté, certaines normes devraient être précisées. Deux éléments clefs concernent ainsi la taille et l'implantation des établissements, qui ne sont pas pris explicitement en compte dans le Plan proposé. Pour les jeunes psychiatres les établissements doivent être de taille réduite et dispersés sur le territoire, de façon à faciliter l'accès des populations. Mais, d'un autre côté, ils vont jusqu'à remettre en cause la logique même de la planification hospitalière avec ses normes dictées d'en haut. Ainsi d'une intervention de Louis Le Guillant, qui suggère une démarche alternative reposant sur la création de « quelques services à haut rendement thérapeutique, fût-ce même en nombre très réduit, deux ou trois pour la France entière ». En fin de discussion, Daumézon fait de son côté une autre proposition, qui annonce largement ce que sera le secteur :

¹ "Conseil permanent d'hygiène sociale. Commission des maladies mentales. Procès-verbal de la séance du 24 février 1953", *Information Psychiatrique*, n° 6, 1953, pp. 180-184, pp. 180-181. Je souligne.

M. le dr. Daumézon précise que, pour lui, dans un plan idéal, il ne saurait être question d'augmenter la capacité d'hôpitaux psychiatriques existants. Il faudrait pouvoir placer pour une zone de population donnée, une équipe de psychiatres qui pourrait alors avec une organisation de dispensaires cohérente et un ou plusieurs services d'hospitalisation, traiter les malades et non les héberger. On doit partir, pour établir le plan, de l'équipe médicale et de ses besoins. Ainsi l'équipement en lits d'hospitalisation serait-il différent suivant que le secteur déterminé a une forme clairsemée ou une forme dense de population.¹

Ce que cherche ainsi Daumézon, on le voit, c'est à faire avancer une autre manière de poser le problème de l'équipement, non plus à partir de standards généraux, mais à partir de la réalité du travail de terrain. Dans les réponses qu'il fait à ces interventions, Aujaleu accepte volontiers la proposition d'introduire une norme limitant la taille des établissements et la distance les séparant de leur zone de desserte, mais il pose une limite nette aux ambitions des psychiatres. Rappelant les grandes lignes de la procédure de planification et les missions de la Commission d'Équipement Sanitaire et Social du Plan, à qui est destiné le rapport, il introduit une distinction entre « l'équipement », auquel est limité le mandat de la Commission du Plan, et le « fonctionnement » ciblé par les psychiatres, qui lui est du ressort du ministère : « L'équipement et le fonctionnement sont deux choses distinctes. En ce qui concerne le fonctionnement des établissements, il est bien entendu que le ministère poursuivra sa politique d'amélioration concrétisée depuis quelques mois par de nombreuses créations de poste et par la publication de la circulaire 148. »² Aujaleu renvoie ainsi le problème de l'élaboration des normes de fonctionnement au travail de l'administration et de la Commission des maladies mentales. La discussion se poursuit au cours de la séance suivante, à la fin du mois d'avril 1953, consacrée spécifiquement au volet « dispensaire » du plan. Daumézon, ayant découvert entre temps l'arrêté de création de la Commission d'Équipement Sanitaire et Social, regrette d'avoir manqué une occasion : « Il semble, en effet, qu'il aurait été possible de faire un plan plus ambitieux que celui qui a été présenté par les services, tenant compte de considérations de rendement et non pas uniquement de constructions et permettant une refonte de l'assistance psychiatrique. » Il propose par ailleurs la création d'une commission technique « chargée de veiller à l'attribution des crédits aux opérations satisfaisantes »,

¹ *Ibid.*, p. 183.

² *Ibid.*, p. 181.

ce à quoi Aujaleu répond à nouveau en soulignant les limites du mandat de la commission du Plan et la nécessité de s'en tenir au plan proposé.

Les travaux de préparation du Plan ont ainsi fait apparaître la nécessité d'une autre forme de régulation du dispositif psychiatrique, à côté de celle mise en œuvre dans le cadre de la procédure de planification. En même temps, ils ont permis aux deux groupes des psychiatres et de l'administration de jauger les logiques du partenaire. C'est dès la séance suivante, au mois de novembre 1953, que l'occasion est donnée aux psychiatres de proposer que soit mise en place une réflexion pour élaborer cette régulation¹. En fin de réunion, le représentant de l'administration annonce la mise en chantier d'une série de décrets et arrêtés pour « fixer les conditions d'organisation et de fonctionnement des hôpitaux psychiatriques ». Les psychiatres demandent alors l'élaboration d'une politique globale permettant de répondre d'emblée à l'ensemble des problèmes se posant à la psychiatrie. Outre qu'elle permet de sentir le style des échanges entre psychiatres et administration tels qu'ils sont rapportés dans les procès-verbaux, cette citation, bien qu'un peu longue, montre bien à nouveau comment les psychiatres procèdent pour mettre sur la table des négociations une régulation globale de l'assistance :

M. le docteur Daumézon remercie l'Administration pour les efforts qu'elle entreprend pour améliorer l'assistance psychiatrique française.

Il insiste cependant sur le fait que les hôpitaux psychiatriques ne représentent qu'une partie de l'assistance psychiatrique et qu'il faut aussi se soucier de l'ensemble des problèmes posés par la santé mentale.

Il convient ainsi en particulier de placer les dépenses intéressant les dispensaires d'hygiène mentale parmi les dépenses obligatoires.

Après que M. le Docteur Aujaleu ait indiqué à M. le docteur Daumézon que suivant toute vraisemblance, ce problème particulier pourrait être réglé prochainement, M. le docteur Le Guillant marque son inquiétude de voir les possibilités d'initiative des médecins enfermés dans un cadre strict, tel que celui envisagé pour les sorties d'essai par exemple.

Il faudrait pour faire œuvre utile pouvoir repenser les problèmes de l'assistance psychiatrique dans leur ensemble.

M. le docteur Ey abonde dans le sens de M. le docteur Le Guillant et demande si plutôt que de procéder par étape il ne serait pas possible d'effectuer dans sa totalité la réforme désirable.

¹ "Conseil permanent d'hygiène sociale. Commission des maladies mentales. Procès-verbal de la séance du 24 novembre 1953", *Information Psychiatrique*, n° 1, 1954, pp. 39-44.

Après une intervention de M. le docteur Le Guillant, M. le docteur Fouquet indique que tels problèmes qui se posent actuellement n'auraient pas à être évoqués si les solutions de fond étaient intervenues en temps utile. C'est ainsi que la question des sorties d'essai ne devrait se poser que pour une minorité des malades en traitement. En effet si le placement en service libre était plus largement utilisé, seuls les malades internés, qui devraient être en petit nombre, auraient à bénéficier éventuellement d'une telle mesure.

Sur une intervention de M. le docteur Daumézon, Melle Mamelet indique qu'à maintes reprises l'administration centrale est intervenue pour qu'il soit mis fin à l'abus de la pratique en matière de placement d'office et précise que dans tous les cas où le ministère est intervenu, on a pu constater que le placement volontaire devenait la règle et le placement d'office l'exception. Cette question avait d'ailleurs fait l'objet d'une mise au point dans la circulaire 148.¹

A nouveau, dans cet échange, c'est le sens, les limites et la portée de la régulation du dispositif psychiatrique par le ministère qui sont en jeu. Cet échange donne à voir une tentative des psychiatres de négocier le principe d'une régulation globale de l'assistance psychiatrique en pointant à la fois les limites imposées par les cadres existants, l'ampleur des problèmes qui se posent en dehors de ces cadres, mais aussi l'inanité d'un certain nombre de questions que ce cadre fait surgir du fait de son imperfection – la question des sorties d'essai. La Commission décide alors la mise en place d'une sous-commission pour examiner la question, qui présente en juin suivant le « Rapport préliminaire ».

Selon les termes du compte rendu de la séance de novembre 1953, le mandat de cette sous-commission était « d'étudier l'ensemble des problèmes qui ont été soumis [à la Commission des maladies mentales] par l'administration centrale, exception faite pour le règlement des services des malades médico-légaux ». En juin suivant, les rapporteurs indiquent qu'il s'agissait pour eux d'« établir les exigences essentielles auxquelles doit satisfaire un hôpital psychiatrique moderne », en préalable à la rédaction de nouveaux textes réglementaires sur l'hôpital psychiatrique². La première des deux citations peut suggérer la méthode de travail suivie par le groupe pour parvenir au texte présenté finalement. En constituant une synthèse des problèmes posés à la Commission par l'administration, il se serait agi de dresser un bilan d'ensemble des exigences

¹ *Ibid.*, p. 43.

² Daumézon, G. et al., "Rapport préliminaire à l'élaboration de nouveaux textes propres à assurer un fonctionnement satisfaisant aux hôpitaux psychiatriques", *Information Psychiatrique*, n° 9, 1954, p. 340, p. 340.

médicales qui peuvent être opposées à ces demandes. La sous-commission ne comprend au demeurant que des psychiatres, qui vont facilement se mettre d'accord : elle est composée à la fois de membres du groupe des jeunes psychiatres, Daumézon, Bonnafé, Ey, Fouquet, et d'un ancien, Jean Lauzier, et elle comporte également un médecin du Val de Grâce, Hamon, et un enseignant, Léon Michaux, successeur de Georges Heuyer à la chaire de neuropsychiatrie infantile de la Faculté de médecine de Paris. Ni ce dernier ni Bonnafé ne signeront toutefois le rapport final, sans que leur défection soit expliquée – Bonnafé est au demeurant présent à la réunion de juin 1954.

Le rapport se présente comme un tableau à deux colonnes, que ses auteurs commentent ainsi : « La présentation sur deux colonnes de notre étude préliminaire correspond à deux idées directrices essentielles : ce qui est nécessaire au traitement du malade (colonne de gauche) ; et en corollaire, les conditions générales auxquelles doit satisfaire l'hôpital psychiatrique pour répondre à ces nécessités (colonne de droite) ». Avec ce montage, il s'agit pour les psychiatres de tenter d'adapter le travail de l'administration à leurs exigences. Le tableau correspond ainsi à une sorte de double récit, qui permet de traduire les contraintes du travail psychiatrique en une série de normes dont l'administration est susceptible de se saisir. Du côté gauche, les auteurs du rapport mettent en scène une trajectoire médicale type, avec ses aléas et les tâches médicales qui sont nécessaires pour y faire face. Du côté droit, ils en déduisent une série de règles ou de normes qu'ils proposent directement à l'appréciation de l'administration, et qui sont susceptibles de fournir la base d'une réglementation. Le tableau permet ainsi de faire émerger des normes qui apparaissent répondre aux conditions réelles du travail psychiatriques. Il permet à l'administration d'ouvrir le cadre de sa régulation en restant au plus près des besoins des psychiatres. L'extrait reproduit dans le tableau n° 3 permet de visualiser plus précisément le montage.

Tableau n° 3. Extrait du « Rapport préliminaire à l'élaboration de nouveaux textes propres à assurer un fonctionnement satisfaisant aux hôpitaux psychiatriques. »

<p>L'entrée du malade dans cet établissement est une mesure d'ordre thérapeutique, qui s'insère dans l'ensemble des mesures de traitement et d'assistance dont il est l'objet.</p> <p>Dans la règle, cette hospitalisation est décidée après un échange d'informations préalable entre médecin spécialiste, médecin traitant et l'entourage de l'intéressé. Elle a lieu à une date et à une heure fixées par rendez-vous – hormis les cas d'urgence.</p> <p>Le temps de la venue à l'hôpital, du transport du malade de son domicile jusqu'au service où il doit être admis, est un temps technique</p>	<p>L'hôpital psychiatrique n'est qu'un des chaînons de l'organisation d'ensemble de l'hygiène mentale et de l'assistance psychiatrique. Il est articulé avec cette organisation.</p> <p>Il est en liaison :</p> <ul style="list-style-type: none"> - avec les dispensaires d'hygiène mentale et comporte lui-même une consultation externe ; - avec le corps médical du territoire par lui desservi. - avec les divers services sociaux ; -éventuellement, avec les dispositifs locaux d'hygiène sociale. <p>Ce transport doit pouvoir être effectué par des techniciens (infirmiers spécialisés) de l'hôpital psychiatrique qui fournira l'ambulance.</p>
---	--

Source : Daumézon, Georges, Henri Ey, P Fouquet, et al., 1954, "Rapport préliminaire à l'élaboration de nouveaux textes propres à assurer un fonctionnement satisfaisant aux hôpitaux psychiatriques", *Information Psychiatrique*, n° 9, p. 340.

Le rapport énumère ainsi les moyens nécessaires aux différentes étapes du traitement, qui sont traitées en trois grands moments : l'entrée, la cure, les préparatifs de sortie et la post-cure. La majeure partie des recommandations concerne en fait le séjour à l'hôpital, qui est détaillé en deux sections : les thérapeutiques et le climat. C'est dans la section sur le climat que se retrouve l'essentiel des recommandations émanant de la psychothérapie collective. En amont, l'organisation de l'extrahospitalier n'est pensée que de manière très générale, comme une « organisation d'ensemble » dont les contours sont peu définis. Six points insistent sur le caractère médical des formalités d'admission, mais également sur le fait que « le malade doit pouvoir être traité dans un hôpital psychiatrique à proximité de son domicile » ou encore sur les mesures préalables à l'hôpital. En aval, le problème de l'assistance extrahospitalière n'est posé que dans la mesure où il s'agit de répondre aux besoins des patients sortant de l'hôpital et cherchant une réadaptation. Le rapport recommande que le médecin envisage des possibilités de réinsertion sociale dès l'entrée du patient, et qu'il se mette pour cela en rapport avec les familles, les dispositifs d'hygiène mentale et les médecins traitants. Il propose que les établissements puissent disposer d'organismes permettant de placer les patients pour un séjour de repos au sortir de leur hospitalisation. Pour réduits qu'ils soient, en développant ainsi les chapitres de l'admission et de la post-cure, le rapport situe l'hôpital dans un contexte qui permet de repenser son organisation interne. Il impose

l'idée que le fonctionnement de l'hôpital ne peut être appréhendé en dehors de l'environnement dans lequel il s'insère, et surtout il donne un outil pour mettre en forme un certain nombre de normes relevant de cette articulation.

Le rapport est bien accueilli par la plupart des participants à la Commission¹. Seules les normes hospitalières proposées par les psychiatres font apparaître une série de points de friction avec le représentant des directeurs d'hôpitaux. Contestant le bien fondé de la démarche revenant à confier aux psychiatres la production de l'ensemble des normes de fonctionnement des établissements psychiatriques, arguant notamment du prix de revient des petits hôpitaux comme le proposent les psychiatres², il se voit opposer par les psychiatres « qu'aucune différence ne peut être établie entre le fonctionnement général d'un hôpital psychiatrique et son fonctionnement médical ». Une autre discussion concerne les conditions de prise en charge des « malades déficients ». Réagissant à un paragraphe du rapport qui se proposait de créer des « établissements spéciaux » pour les malades ressortissant à cette catégorie, le compte-rendu de la réunion signale que « la Commission se montre soucieuse de marquer que les malades placés dans les formations spécialisées ne seront pas pour autant écartés du bénéfice des thérapeutiques psychiatriques actives ». En fin de compte, elle se met d'accord sur le principe de créer des « organisations psychiatriques spécialisées » pour ces malades.

La séquence qui aboutit à la rédaction et à l'examen du « Rapport préliminaire » correspond ainsi à l'ouverture d'un cadre pour la création d'une régulation nouvelle sur l'assistance psychiatrique. En rédigeant le « Rapport préliminaire », les psychiatres donnent une forme précise à leur engagement en s'efforçant d'en traduire véritablement les tenants et aboutissants pour l'administration. Le texte lui-même ne débouche sur aucune mesure immédiate, et la Commission se contentera de l'adopter dans ses grandes lignes, mais il marque bien la première étape du processus. Il constitue en outre un précédent qui pourra être mobilisé dans les discussions à venir.

¹ "Commission des maladies mentales. Séance du 29 juin 1954", *Information Psychiatrique*, n° 3, 1954, pp. 149-155.

² Les directeurs d'hôpitaux ont fait dans le courant des années 1950 de la taille des établissements leur cheval de bataille, et l'une des pierres de touches de leur expertise. C'est sur ce point qu'ils s'opposeront le plus constamment aux psychiatres.

Négocier un mandat : Le « rapport sur l'équipement psychiatrique d'un territoire dépourvu de toute formation spécialisée » de novembre 1955

Un an et demi après le « Rapport préliminaire », le « Rapport sur l'équipement psychiatrique d'un territoire dépourvu de toute formation spécialisée »¹, présenté au cours de la séance de novembre 1955, est la première occasion de reprendre une discussion générale sur l'orientation de l'organisation de la psychiatrie française. La Commission s'est réunie quatre fois entre les deux dates, son ordre du jour étant principalement consacré à l'examen des projets de règlement publics pris en application de la Loi sur les alcooliques dangereux, votée en avril 1954 à l'initiative du parlement². Entre-temps toutefois, le ministère a promulgué le décret du 20 mai 1955 qui va faciliter le développement des dispensaires. Au contraire du « Rapport préliminaire », on ne dispose d'aucune indication sur l'initiative de ce deuxième rapport. Il est signé de quatre médecins des hôpitaux psychiatriques : Lucien Bonnafé, Hubert Mignot, Louis Régis³, Paul Sivadon, et du directeur de l'hôpital psychiatrique du Vinatier à Lyon, Robert Jacquelin. Comme dans le cas du « Rapport préliminaire » de l'année précédente, il se présente donc comme une plate-forme rassemblant au-delà du seul cercle des jeunes psychiatres. L'association d'un directeur administratif au texte permet en particulier de préciser le rôle que les psychiatres vont effectivement pouvoir jouer. Après avoir posé le principe d'une régulation de l'assistance psychiatrique nouvelle et plus large que l'existant, il s'agit en effet maintenant d'élaborer le mandat des psychiatres à l'intérieur de ce cadre. Le rapport marque ainsi une étape importante dans la trajectoire du projet des jeunes psychiatres en ce qu'il est pour eux une occasion de reformuler leur projet en tenant compte des exigences de la collaboration avec l'administration. L'affirmation de ce projet va aussi être l'occasion pour les psychiatres

¹ Bonnafé, L. et al., "Rapport sur l'équipement psychiatrique d'un territoire dépourvue de toute formation spécialisée", *Information Psychiatrique*, 33, n° 6, 1957, pp. 299-311, dont sont extraites, sauf indication contraire, les citations de cette section.

² La Loi n° 54-439 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui institue une obligation de soins pour les alcooliques dangereux et crée des centres de rééducation. Localement le dispositif de la Loi pourra être mobilisé pour faire avancer le dispositif d'hygiène mentale. Cf. le cas de la Seine dans : Henckes, N., *Réformer la psychiatrie, organiser les pratiques de secteur. La construction de la psychiatrie de secteur dans "l'expérience du treizième arrondissement"*, Rapport pour le programme Sciences biomédicales, Santé, Société, MiRe/INSERM/CNRS, 2005.

³ Né en 1888, il est membre de la Commission en tant que médecin-directeur d'un hôpital psychiatrique autonome, c'est-à-dire administré directement par le ministère de la Santé, à Aix-en-Provence.

du Syndicat des spécialistes du système nerveux de formuler un contre-projet que l'administration va devoir prendre en compte avant d'agir.

Le projet d'implantation communautaire des jeunes psychiatres

Le rapport proposé par les jeunes psychiatres et leurs alliés pour l'occasion se présente comme une tentative d'adapter à la situation française les principes édictés dans le troisième rapport du Comité d'experts de l'OMS¹. Il s'ouvre par une longue citation du rapport de l'OMS et s'attache tout au long à rappeler sa fidélité à ses principes. Plus précisément, le rapport entend proposer un scénario d'application des principes développés par les experts de l'OMS à partir du cas de « secteurs d'essai ». Ceux-ci, conçus comme des « territoires vierges de tout équipement » psychiatriques, apparaissent comme des zones d'expérimentations sur lesquelles les médecins psychiatres pourraient créer un équipement psychiatrique correspondant à la démarche de l'OMS. Mais l'enjeu, dans la suite du rapport préliminaire, est bien de poursuivre la réflexion sur la planification de l'équipement hospitalier. Au cours de la séance du 19 décembre 1955, Bonnafé précise ainsi que « l'objet de la discussion est, en fait, de savoir s'il convient, ou non, de procéder à la construction d'hôpitaux psychiatriques neufs sur le Deuxième Plan d'équipement sanitaire et social »². Le rapport souligne de son côté :

C'est la nécessité de construire l'institution d'hébergement qui, en fait, sera la première déterminante ; la question est de savoir si l'on est obligé de la subir passivement ou si l'on peut réagir en élevant, au-dessus de ce plan de l'hébergement, un édifice de conceptions et de réalisations, adapté à la situation actuelle des besoins et de la technique.

Le rapport correspond ainsi à l'élaboration d'une démarche de production des normes d'équipement psychiatrique. L'idée de « secteur d'essai » correspond pour les psychiatres à une tentative de faire émerger des normes d'équipement par un engagement dans les pratiques de soin, à une manière de faire émerger les normes du contact avec les populations. Le rapport lui-même ne propose pas de normes, mais une analyse des difficultés des hôpitaux psychiatriques et une description de la démarche

¹ Cf. supra.

² "Commission des maladies mentales. Séance du 19 décembre 1955", *Information Psychiatrique*, 32, n° 4, 1956, pp. 222-224, p. 222.

d'ensemble pour faire advenir une situation nouvelle, en décrivant les étapes d'une procédure. L'idée de tenter un « essai » renvoie, de ce point de vue, à deux antécédents : d'une part, les expériences tentées avec l'aide de la sécurité sociale, les Centres de Traitement et de Réadaptation Sociale, supposées faire la preuve de l'efficacité d'un financement renforcé des hôpitaux psychiatriques ; et, d'autre part, une expérience mise en place en 1950, la nomination dans les départements ne disposant pas d'hôpital psychiatrique de psychiatres détachés du Cadre et chargés d'animer une activité psychiatrique pour préparer la création de structures psychiatriques¹.

La deuxième partie du rapport met ainsi directement en scène le médecin-chef nommé dans le secteur d'essai et décrit les étapes de son travail. Celui-ci est présenté à la fois comme un organisateur et un clinicien. Projeté sur le terrain, il s'engage simultanément dans une pratique médicale et dans l'élaboration de solutions d'équipement qu'il s'attache à faire adopter par les administrations. D'un côté, sa mission consiste ainsi à « étudier, proposer, diriger les mesures concrètes adaptées au secteur considéré, pour y appliquer les règles formulées dans le rapport du Comité d'experts de l'OMS ». De l'autre, il doit faire preuve sur le terrain de ses qualités de thérapeute : « Nous considérons comme un principe absolu l'extrême urgence qu'il y a à le poser devant les autorités locales, le corps médical, la population, comme d'abord un technicien des soins ». Pour cela, le rapport recommande qu'on lui confie des moyens minimaux, et en particulier des lits ou à tout le moins une formule d'hôpital de jour². Il doit ainsi s'engager dans une activité thérapeutique qui l'amène à comprendre la situation du département, pour dans un second temps seulement être en mesure de planifier au mieux la construction des établissements. L'approche est par ailleurs résolument subjective : le rapport « trait[e] l'ensemble des questions sous un aspect

¹ Sur cette expérience, voir : Ayme, *Chroniques de la psychiatrie publique, op. cit.*, p. 72.

² L'hôpital de jour correspond à une innovation observée dans les pays anglo-saxons, cf. infra ch. 6. Le rapport commente ainsi le dispositif : « Ce premier appareil technique est appelé surtout à fonctionner dans la filiation du « dispensaire d'hygiène mentale », tel que nous le connaissons, mais les vues exposées ci-dessus montrent que nous ne nous satisfaisons pas d'un simple décalque de ce précédent, ce qui réaliserait une formule trop étroite pour l'ampleur de la mission à réaliser. Schématiquement, et comme point de départ, nous avons évoqué la possibilité de « lits de soins », mais il nous semble que se limiter à cette formule serait encore appauvrir les perspectives qui s'ouvrent légitimement dès ce stade, et où deux voies, notamment, méritent d'être tracées : celle du « service à domicile », pour laquelle l'expérience hollandaise semble particulièrement féconde, et celle de l'« hôpital de jour » ou l'« hôpital sans lits », qui, économique en locaux et facile à installer avec un noyau de personnel psychiatrique compétent, aurait certainement un rôle important à jouer dans un secteur rendu à ce stade, à condition que ses caractères démographiques le permettent. »

« vécu », à partir du travail du médecin responsable », « il ne s'agit pas pour nous de discuter ici de normes [...] il s'agit maintenant d'un plan de travail tout différent, de discuter non de normes, mais de principes d'organisation ».

L'idée d'essai renvoie à un imaginaire de table rase. Il manifeste une volonté de rupture avec l'ordre des choses. Le rapport articule ainsi la démarche proposée dans les secteurs d'essai à une analyse des travers du « système » psychiatrique, dont la conséquence est une « dégradation de l'acte médical ». L'analyse reprend et synthétise des éléments qui ont été élaborés dans les textes précédents et que l'on a déjà rencontrés. Trois éléments dominent ainsi la situation actuelle de l'assistance psychiatrique : « la prévalence massive (longtemps exclusivité, maintenant prévalence démesurée) de l'organe d'hospitalisation dans le dispositif de protection de la santé mentale, son isolement, son « aliénation », a-t-on pu dire, étant maintenant considérée d'une façon à peu près universelle comme sa tare majeure (sur le plan de l'organisation) » ; « le caractère massif, pléthorique, de l'organe principal et parfois unique d'hospitalisation, l'H. P. (tare majeure sur le plan de la réalité concrète) » ; « l'insuffisance technique fondamentale de la plupart des autres organes d'hospitalisation ». Ces trois éléments conduisent ainsi à la structure « en cascade » de l'organisation psychiatrique :

Le morcellement organique de ces organes d'importance inégale mais que notre objectif actuel oblige à considérer dans une vue perspective unique, se traduit généralement par une organisation en cascade, dans laquelle le malade est précipité indépendamment des motifs concernant la meilleure protection de sa santé mentale, le plus souvent dans des conditions qui lui sont au contraire défavorables, pour parvenir au terme de ces avatars dans un service d'H. P. qui apparaît comme le bas-fond de cette organisation. A partir de là, les nécessités de reclassement immédiat (parce que le malade tombé à l'H. P. « par débordement » n'y a pas sa place logique), ou les possibilités de stades intermédiaires entre l'hôpital et la vie courante (parce que son état a évolué et que l'organe hospitalier a vis-à-vis de lui rempli sa mission) sont si médiocres qu'on peut les dire pratiquement inexistantes.

Pour renverser ce cercle vicieux, le rapport propose ainsi une démarche de refondation de la psychiatrie. L'élaboration de l'équipement hospitalier psychiatrique apparaît comme la dernière étape d'une démarche d'ensemble, dont le sens est d'éviter de reproduire le principal travers de l'hôpital psychiatrique, son indifférenciation massive :

Dans le secteur d'essai, l'H. P. ne saurait être considéré que comme, essentiellement un instrument de soins spécialisé, où tout sera mis en œuvre pour sauvegarder la qualité des soins, y compris et surtout en prévenant d'emblée les obstacles qu'y apporte un recrutement trop indifférencié. Toute l'action du psychiatre devra donc tendre à chercher ailleurs qu'à l'H. P. la solution de certains problèmes d'assistance traditionnellement réglés à l'H. P., notamment auprès des vieillards et des arriérés.

Le rapport fait ainsi apparaître un thème qui va être important dans le secteur : l'idée de différencier les structures en fonction non pas d'un principe théorique de catégorisation des populations hospitalisées, mais pour les adapter aux problèmes que posent concrètement sur le terrain les patients, tout en préservant la dimension thérapeutique des institutions de soins. L'exemple du problème des vieillards séniles développé par le rapport illustre ce point. L'hôpital psychiatrique doit sans doute disposer de lits pour prendre en charge une partie des vieillards séniles. Il s'agirait de « services gérontopsychiatriques de qualité aptes à traiter avec le maximum d'efficacité les cas les plus authentiquement psychiatriques, les phases de décompensation qui jalonnent l'histoire de la démentiation, à assurer le maximum de rééducation possible, à régler le reclassement des invalides stabilisés au-delà de la phase active de soins-rééducation. » Mais, d'un autre côté, ces services ne devraient s'adresser qu'à des populations triées sur le volet : « il ne doit pas être pensé pour héberger un contingent de séniles pris par référence à la population asilaire traditionnelle ». C'est en fonction de ce qui survient dans la mise en œuvre du projet même, et non pas a priori à partir des populations constituant le recrutement présent des hôpitaux psychiatriques qu'il s'agit de développer des structures alternatives.

Une dernière dimension du projet concerne la relation des professionnels à l'Etat. Celle-ci comporte deux éléments. Le premier est l'investissement fort de l'Etat dans « l'essai ». Les secteurs d'essai sont constitués en zones placées sous la responsabilité directe des plus hautes autorités de l'Etat. Les rapporteurs proposent ainsi que les médecins responsables des secteurs d'essai soient porteurs d'un mandat élaboré au plus haut niveau qui les placent en dehors du droit commun et les fasse bénéficier d'« un appui puissant pour prévenir une conception étriquée et « bureaucratique » de [leur] rôle, telle que, dans bien des cas, les autorités locales seraient sans doute tentées de l'interpréter ». Le choix des secteurs d'essai serait ainsi le fait du ministre, les auteurs du rapport suggèrent par ailleurs que leurs responsables lui rendent compte

directement des « divers stades de [leurs] études et projets ». Ils proposent également que ces médecins soient réunis au sein d'un séminaire de travail, sorte d'instance de concertation où seraient élaborées les directives que le ministre enverrait directement aux administrations locales, et qu'ils participent à la Commission d'Équipement Sanitaire et Social du Plan. Le secteur d'essai correspondrait ainsi à un mode d'élaboration de l'action publique s'appuyant sur un nombre minimal de médiations. La contrepartie de ce mandat, c'est le second élément, serait la latitude laissée au médecin responsable du secteur d'essai pour développer son travail. Il s'agirait ainsi de faire émerger les normes et les principes d'équipement par l'exemple, directement à partir du terrain.

Les perspectives que développe le rapport correspondent ainsi à une vision nouvelle du mandat revendiqué par les psychiatres. Par rapport aux projets élaborés au début de la décennie, que l'on a examinés plus haut, il propose bien une synthèse originale, en développant une articulation entre la démarche de production des équipements extrahospitaliers, dans la ligne de la réflexion de Sivadon sur l'assistance extrahospitalière, et l'analyse du problème de la chronicisation induite par le fonctionnement de l'équipement hospitalier. Aux éléments de l'analyse déjà présents au début de la décennie, le rapport ajoute en particulier l'idée forte que l'équipement psychiatrique est l'émanation de la communauté, du territoire sur lequel il est implanté, et que c'est le psychiatre qui peut catalyser ces besoins par les contacts qu'il noue avec les populations. L'idée est importante et elle indique le sens de ce que sera la psychiatrie communautaire à la française : moins une psychiatrie intervenant sur la communauté qu'une psychiatrie dont l'équipement apparaît dans une relation organique à la communauté, appelée à répondre aux besoins psychiatriques de la communauté. En même temps le rapport développe une vision plus précise du mandat que les psychiatres revendiquent de l'État, comme agents dans une procédure de planification et d'élaboration de l'équipement psychiatrique. La démarche proposée par les psychiatres trouvera en particulier un écho sur le terrain dans le développement de certaines expériences de psychiatrie de secteur, et, par exemple, celle du treizième arrondissement de Paris à la fin de la décennie 1950 ou encore dans les années 1970 avec l'aménagement de l'Essonne. Ces différents points justifient l'appellation que l'on peut

proposer de « projet d'implantation communautaire », qui va permettre de caractériser ce projet par rapport au contre-projet que proposera Jean Dechaume.

Le contre-projet de planification « par en haut » de Jean Dechaume

Examiné au cours de la séance de novembre 1955, le rapport suscite en effet une discussion animée, qui dure trois séances jusqu'en février 1956¹. Une partie de la discussion, sur laquelle on reviendra plus loin, se situe entre l'administration et les médecins, mais le rapport provoque également d'emblée une vive réaction des représentants du corps enseignant, Jean Dechaume et Georges Heuyer. Sous la forme d'une longue note présentée à la réunion de décembre 1955, Jean Dechaume propose un véritable contre-projet reprenant point par point les étapes de la démarche développée par Bonnafé et ses collègues pour lui opposer une série de propositions alternatives². Cette note est importante, parce qu'à l'intérieur du cadre ouvert par les jeunes psychiatres, qui est ainsi implicitement accepté par Dechaume, elle marque l'affirmation d'une vision alternative du mandat des psychiatres sur le terrain.

La note s'ouvre par un long résumé de la procédure développée par Bonnafé et ses collègues, qu'il vaut la peine de citer intégralement :

Après la discussion du 29 novembre 1955, si j'ai bien compris la pensée des rapporteurs, un psychiatre de qualité dépendant directement du ministère est envoyé dans un secteur d'essai, qui n'est pas obligatoirement le département. Il vient sur place, dans ce secteur, dépourvu de tout équipement psychiatrique, « penser » l'organisation des soins aux malades relevant de la spécialité. Avant de prendre des décisions sur les futures constructions hospitalières, il travaille « sur le tas » avec son équipe médico-sociale en donnant soins et assistance aux malades de la spécialité. Ce ne peut être dans la nature... il cherche une implantation, un dispensaire, quelques lits d'hospitalisation. Il entreprend la croisade d'hygiène mentale avec la devise : peu d'hospitalisation et soins à domicile.

¹ "Commission des maladies mentales. Séance du 29 novembre 1955", *Information Psychiatrique*, 32, n° 4, 1956, pp. 216-221 ; "Commission des maladies mentales. Séance du 19 décembre 1955" ; "Commission des maladies mentales. Séance du 28 février 1956", *Information Psychiatrique*, 32, n° 5, 1956, pp. 258-261.

² Note non publiée, CAC 19950173 art. 1. dossier de la séance du 19 décembre 1955. Sauf indication contraire, c'est de ce document que sont extraites les citations qui suivent. D'après les procès-verbaux des réunions, Dechaume donne lecture d'une première note au cours de la réunion de novembre 1955, avant d'intervenir à nouveau au cours de celle de décembre 1955. La première note n'a toutefois pas été conservée, mais il n'est pas impossible que soit celle annexée au procès-verbal de la réunion de décembre, que Dechaume aurait relue pour Aujaleu, absent en novembre.

Il réussit, les consultants sont nombreux et dans sa pensée s'édifient déjà les hôpitaux spécialisés de demain dans le lieu qu'il juge adéquat et dans la perspective architecturale qu'il désire.

Mais considérons objectivement les faits, comme nous les avons vus dans la pratique à l'ouverture d'un cabinet de spécialiste, d'une consultation de neuropsychiatrie infantile, d'un service libre.

Le psychiatre est arrivé dans un secteur vierge de tout établissement spécialisé et de tout spécialiste.

Mais ce secteur d'essai comporte une clientèle de malades de la spécialité qui ont déjà eu à faire aux médecins praticiens.

Ils connaissent l'hôpital général voisin, les familles ont la terreur de l'hôpital psychiatrique dont elles n'ignorent pas l'existence, même s'il est dans le département voisin.

Les médecins praticiens du secteur privé n'enverront pas à la consultation le « petit mental » ou le « nerveux » qu'ils soignent à leur cabinet. Ce que vous verrez d'abord, c'est le malade grave qui ennuie le praticien par le danger qu'il présente. C'est le malade chronique, qui a couru tous les médecins, dont le diagnostic n'est pas fait et qui a déjà eu des hospitalisations multiples. C'est le malade dont la famille ne veut pas le séjour dans l'hôpital psychiatrique du département.

Comment alors faire le diagnostic par un simple examen clinique dans un dispensaire démuné de laboratoire de radiologie ou d'électroencéphalographie ? Comment se débarrasser de ces malades qui embouteillent peu à peu la consultation ?

Devant les difficultés du moment, la complexité des cas, la pression de l'entourage, le psychiatre pensera à ses lits d'hospitalisation. Bon gré, mal gré, devant l'urgence, les sollicitations, il hospitalisera le dément sénile, l'idiot incapable de vivre seul.

Très vite s'enliseront les lits d'hospitalisation. Il faudra bien se retourner vers les autorités administratives locales, notamment vers le directeur départemental de la santé, la commission administrative qu'il avait paru court-circuiter dans l'organisation telle que vous la proposez.

L'analyse de Dechaume se présente, on le voit, comme un rappel à la réalité, insistant sur les caractéristiques de la clientèle psychiatrique, sur les besoins d'hospitalisation et sur les contraintes qu'impose le contexte administratif¹. Dechaume partage en fait l'analyse que font les jeunes psychiatres des difficultés que pose

¹ Cette réaction de G. Heuyer en séance va dans le même sens : « En fait il faut faire éclater l'hôpital psychiatrique qui n'est pas plus le centre de traitement pour malades mentaux que le sanatorium n'est le centre de traitement pour tuberculeux. Certes il existe déjà des dispensaires, mais la consultation ne peut être considérée comme suffisante ; il faut des services d'hôpitaux. Il existe par ailleurs des cliniques privées conventionnées et c'est dans ces cliniques que se préfigure la formule d'avenir du traitement des malades mentaux. Il faut souligner que l'hôpital de jour est une des formules d'avenir comme le souligne M. Bonnafé. La divergence de vue essentielle entre M. Heuyer et M. Bonnafé consiste dans le fait que M. Bonnafé construit son exposé en partant d'une organisation médicale théorique et non des faits, c'est-à-dire le malade qui normalement s'adresse à l'hôpital pour recevoir des soins. » Commission des maladies mentales. Séance du 29 novembre 1955, *réf. cit.*.

l'encombrement, et en particulier la nécessité de compléter l'hôpital psychiatrique par des formules de prise en charge différentes. Partant du même problème qu'eux – comment prévoir ces équipements – son approche prend toutefois à rebours la démarche élaborée par Bonnafé et ses collègues. D'une part, Dechaume souligne la nécessité de prendre en compte un bilan plus complet de l'équipement psychiatrique que celui proposé par les jeunes psychiatres, qui permettrait en particulier d'intégrer les moyens de la psychiatrie libérale et les hôpitaux généraux. Mais, d'autre part, son projet se démarque par l'ordre dans lequel mettre en place les équipements et la signification que ceux-ci doivent revêtir. Pour Dechaume, le premier problème que les praticiens doivent résoudre sur le terrain est en effet celui des besoins d'hospitalisation pour les catégories de malades qui encombrent les hôpitaux psychiatriques. Il s'agit ainsi d'apporter rapidement une réponse aux besoins suscités par deux catégories : les « vieillards dits psychiatriques ou difficiles », d'une part, et, d'autre part, les « infirmes mentaux adultes et enfants, chroniques ou incurables, incapables de réinsertion sociale » : « Qu'il s'agisse des uns ou des autres, il y a là un problème angoissant de lits d'hospitalisation qui ne peut être réglé que par l'étude d'un plan d'ensemble d'équipement hospitalier réalisé dans un travail en commun des trois directions ministérielles, sur un plan régional ou départemental. » Et plus loin : « ne pas régler l'hospitalisation de ces chroniques et incurables, c'est diminuer le rendement des consultations qui perdront leur véritable sens d'assistance extrahospitalière ». Si la typologie des patients dont la prise en charge à l'hôpital psychiatrique est problématique est donc la même que celle proposée par Bonnafé et ses collègues, le projet de Dechaume diffère toutefois sur le moment de leur qualification : ici celle-ci se fait d'emblée, et non pas à partir de leur recrutement sur le terrain.

Une fois le problème de ces « incurables » réglé, Dechaume propose pour le reste des populations psychiatriques une typologie des services d'hospitalisation répartis en trois catégories différentes : les « services d'hospitalisation pour malades aigus à séjour de courte durée, où, pour schématiser, soins étiologiques sont prééminents, mais où la rééducation ne doit pas être oubliée » ; les « services de réadaptation, où thérapeutique médicale et thérapeutique de réadaptation seront poursuivies simultanément, car elles sont intriquées, sous direction médicale, pour permettre ultérieurement le reclassement professionnel vrai dans les ateliers spécialisés », destinés

à « des malades à séjour de durée plus longue » qui toutefois ne nécessitent pas toujours une hospitalisation ; enfin, « les organismes de séjour ou services d'hospitalisation pour incurables, où les soins passent peut-être au second plan de façon continue, mais où une adaptation sociale relative est poursuivie ». Après la création des institutions hospitalières, c'est dans une dernière étape seulement que Dechaume envisage la création d'institutions légères, dispensaires et hôpital de jour, et il ne leur prête qu'un rôle limité dans le dispositif de soin¹. Dechaume suggère au contraire d'utiliser les moyens hospitaliers existants en les ouvrant davantage. Il propose en particulier deux voies pour faire évoluer les pratiques hospitalières dans ce sens : l'accroissement du personnel, et l'invention de nouvelles formules d'utilisation des moyens hospitaliers reposant sur un principe « non pas du médecin plein temps, mais du service plein temps [...] permettant une utilisation plus rationnelle d'un matériel coûteux. »

Dans ce schéma, les services d'hospitalisation psychiatriques sont ainsi vus comme des institutions spécialisées techniquement, disposant d'un fort appareillage technique mobilisable par les équipes pour répondre aux besoins des patients :

L'hôpital, pilier central de l'assistance ainsi évolué servirait de port d'attache aux équipes médico-sociales et aux consultations extrahospitalières, où pourrait se poursuivre le dépistage, la prévention, la surveillance des soins près des familles, sur les lieux de vie. Soins, prévention, protection de la santé mentale seraient ainsi assurés au mieux, dans l'intérêt des malades, et avec le minimum de frais, dans le souci du budget des collectivités.

Profondément, là où les jeunes psychiatres conçoivent l'activité psychiatrique comme une pratique de relation permettant de faire émerger les besoins matériels, Dechaume, on le voit, insiste davantage sur la dimension technique voire technologique du travail psychiatrique. Une seconde divergence notable réside dans l'utilisation que fait Dechaume des données objectives de la psychiatrie. A l'inverse des jeunes psychiatres, dont le projet repose sur l'hypothèse que les psychiatres de terrain pourront élaborer une psychiatrie nouvelle à partir de leur expérience de clinicien, Dechaume propose un net partage des tâches :

¹ « Il faut encore se demander quels soins pourraient être donnés au dispensaire devenant en quelque sorte un hôpital de jour ? Qu'advient-il par exemple si un électrochoc ambulatoire est cause d'une fracture de la colonne, à vérifier par une radiographie ? »

Je reste persuadé de la nécessité de l'action que vous voulez – et que nous voulons tous entreprendre pour une meilleure assistance aux malades de la spécialité.

Mais cette action peut être réalisée, sur le plan de la doctrine et des principes, par notre Commission et par les conseillers techniques régionaux, dont il faudra bien reparler un jour, sur le plan pratique, par les spécialistes locaux, qu'ils soient ou non du cadre, pourvu qu'il y ait, sur place, un travail d'équipe entre médecins spécialistes, techniciens administratifs et représentants ministériels.¹

Le projet des jeunes psychiatres correspond à l'exigence de développer une psychiatrie s'enracinant dans les structures sociales des territoires, à partir d'une connaissance physique, non médiatisée de la communauté. A l'inverse, Dechaume insiste sur les impératifs techniques du travail psychiatrique, commandés par l'état des connaissances de la discipline, ramassés dans une structure pilote, l'établissement hospitalier, et planifiée d'en haut, par des instances de pilotage à distance du terrain. On peut ainsi confronter à l'aide d'un petit tableau les deux projets de l'implantation communautaire et de la planification par le haut :

<i>Projet</i>	<i>Conditions de départ</i>	<i>Exigences du travail psychiatrique</i>	<i>Nature du mandat des praticiens sur le terrain</i>
Implantation communautaire	Une communauté réagissant de manière dynamique à l'offre de soins	Développer une relation avec la communauté	Liberté de développer des normes à faire approuver par le ministère
Planification par le haut	Des populations présentant des problèmes spécifiques	Assurer la qualité du dispositif technique	Appliquer les normes élaborées aux niveaux supérieurs

Pour conclure la séquence, il faut encore examiner la manière dont l'administration se saisit de ces discussions. Absent lors de la séance de novembre 1955, Aujaleu répond en décembre par une fin de non recevoir au projet des secteurs d'essai, mais il propose à la Commission de réfléchir à un autre problème : donner des indications sur « les diverses formations dont un département qui, par hypothèse, serait dépourvu de tout équipement, devrait disposer idéalement. Cette indication serait extrêmement précieuse au moment de la préparation du second plan d'équipement. » Sans reprendre à son compte la discussion initiée par les psychiatres, l'interaction avec l'administration aboutit ainsi à donner aux rapporteurs un nouveau mandat : dresser la

¹ Souligné par l'auteur.

liste des « différents types de services dont un département doit disposer pour le traitement des diverses catégories de malades mentaux et le nombre de lits approximatif dont chaque formation spécialisée devrait disposer ». Lors de la troisième séance, en février 1956¹, Bonnafé résume ainsi les conclusions auxquelles est parvenue la Commission : tout département doit comporter un service de consultations, et des « formations d'hospitalisation ». Bonnafé suggère deux formules hospitalières : des services hospitaliers dans les hôpitaux généraux et des hôpitaux spécialisés, ces derniers devant « prendre la forme d'un centre de traitement et de réadaptation sociale ». A côté de ces formules d'hospitalisation, et pour les malades ne relevant pas de l'hôpital psychiatrique, il propose une liste de « formations complémentaires ». A l'appui de son raisonnement, Bonnafé donne alors une liste des malades relevant de ces formations complémentaires, en pourcentage à partir des données recueillies dans son service :

Malades qui, guéris médicalement, présentent une infirmité sociale, nécessitant l'assistance de foyers de transition: 4%

Malades relevant du système de la colonie familiale agricole: 10%

Alcooliques: les besoins varient considérablement d'une région à l'autre

Oligophrènes: légers ou moyens, imbéciles supérieurs: 10%

Malades dont le type de comportement correspond à celui des oligophrènes profonds

Malades caractériels ou débiles difficiles: 2%

Malades séniles authentiquement déments: 3%. Ces sujets peuvent être maintenus en HP mais pourraient également traités dans des hospices très tolérants

malades séniles relevant d'hospices tolérants

Anciens schizophrènes et alcooliques anciens qui ne peuvent être rendus à la vie sociale: 8%.

Ces malades pourraient être placés dans des hospices très tolérants.

La discussion fait ensuite apparaître plusieurs propositions : centres de traitement et de réadaptation sociale, colonies familiales, hospices et établissements pour malades difficiles, « homes de transition ». La Commission estime par ailleurs utile la création d'établissements spécialisés pour les malades difficiles, et, pour les vieillards séniles et difficiles, celle de services « où la mise en œuvre des thérapeutiques propres à cette catégorie de malades permettra d'éviter la chronicisation. » La séquence illustre ainsi la difficulté, au milieu de la décennie, à faire aboutir le projet réformateur

¹ Commission des maladies mentales. Séance du 28 février 1956, *réf. cit.*

des jeunes psychiatres. Ce dernier trouve ici un débouché dans le cadre d'un problème concret posé par l'administration, qui traduit la proposition des jeunes psychiatres en des termes utiles pour son travail.

Marquer un aboutissement : Les expériences du Groupe de Sèvres et la « note sur le service territorial unifié de protection de la santé mentale » d'octobre 1959

Après le rapport de 1955 et les discussions du début de l'année 1956, l'ordre du jour de la Commission ne semble plus se prêter à la tenue d'un nouveau débat sur la question du « système psychiatrique » pendant plusieurs mois. En octobre 1956, l'examen du deuxième plan d'équipement sanitaire et social donne l'occasion aux psychiatres de réaffirmer la nécessité d'une planification qui soit également qualitative et non seulement quantitative, mais il ne suscite aucune initiative. Au cours de la séance suivante, la Commission examine le rapport sur « la rentabilité thérapeutique des établissements psychiatriques » présenté par l'administration, que j'ai évoqué plus haut, et qui, là encore, ne débouche sur aucune perspective. Une discussion sur l'élaboration d'un plan de recherches sur les maladies mentales occupe en revanche deux séances en novembre 1958 et février 1959 et touche de près l'assistance, mais sous un angle un peu décalé. Mise à l'ordre du jour à l'initiative de l'administration, la « recherche sanitaire » est présentée comme une recherche étroitement liée aux besoins de santé publique du pays, et devant être à ce titre programmée par le ministère de la Santé, mais organisée et financée par les organismes de recherche¹. La discussion est fondée, dans un premier temps, sur un rapport élaboré à partir d'une enquête réalisée auprès des membres de la Commission, qui fait émerger une série de thèmes au plus près de la question de

¹ Dans un second rapport élaboré et présenté à la séance de février 1959 par une sous-commission placée sous la présidence de Deniker, la recherche sanitaire est distinguée à la fois de la recherche médicale pure, domaine du CNRS, et de la recherche appliquée, développée à l'INH, le rapport insistant toutefois sur le caractère relativement artificiel de la distinction. La recherche sanitaire est ainsi définie : « On pourrait définir la recherche sanitaire comme l'ensemble des travaux destinés à élucider les problèmes intéressants à la fois la pratique médicale et les autorités sanitaires ainsi que les questions qui exigent la collaboration du Corps Médical et de l'Administration. Par contre il serait absurde de vouloir tracer des limites entre les recherches scientifique, médicale et sanitaire, surtout dans le domaine de la psychiatrie. » Deniker, P., "Problèmes posés par l'organisation de la recherche en psychiatrie", *Information Psychiatrique*, 35, n° 3, 1959, pp. 177-180, souligné par l'auteur. Sur la politique de recherche sanitaire en France dans les années 1950 et 1960, on consultera les travaux de Jean-François Picard : Picard, J. F., "Poussée scientifique ou demande de médecins? La recherche médicale en France de l'Institut national d'hygiène à l'INSERM", *Sciences sociales et santé*, 10, n° 4, 1992, pp. 47-106. Un travail reste à faire sur les recherches financées par l'INH, puis l'INSERM, en psychiatrie.

l'organisation des soins¹, et en premier lieu « les problèmes se rattachant à la chronicité des maladies mentales » soit la recherche des facteurs de chronicité, les moyens de lutte contre la chronicité, l'organisation des soins aux malades mentaux chroniques². D'autres aspects du programme envisagé concernent l'évaluation des thérapeutiques, des recherches sur les structures d'assistance nouvelles, hospitalières et extrahospitalières, ou encore une enquête sur « les malades mentaux n'ayant fait l'objet d'aucun dépistage ou de soins spécialisés ». D'autre part, une discussion sur les moyens souligne la nécessité de lier la recherche au travail psychiatrique, les psychiatres insistant pour dégager un mode de financement à partir des prix de journée³. Une partie de ces thèmes correspond de fait à des travaux développés ou financés par l'Institut National d'Hygiène puis l'INSERM dans le courant des années 1950 et 1960 par certains des jeunes psychiatres ou de leurs étudiants. L'implication directe de la direction générale de la Santé dans cette recherche restera en revanche des plus limitée. Ces discussions mises à part, le problème de l'organisation de l'assistance est mis en sommeil au profit de questions concernant des catégories particulières – assistance aux épileptiques, création d'un centre de réadaptation sous forme de village pour handicapés –, le statut de certains personnels – formation et aptitude du personnel soignant –, ou encore des problèmes spécifiques – utilisation de certains médicaments, régime alimentaire des malades dans les établissements psychiatriques.

Sur le terrain, toutefois, les choses évoluent rapidement. La direction de l'Hygiène sociale poursuit son travail de planification. Les chantiers commencent à être financés et les premières inaugurations ont lieu à la fin de la décennie. Mais c'est surtout du côté des psychiatres que les choses bougent, au sein du groupe réuni par

¹ « Programme de recherche en matière de lutte contre les maladies mentales », nd, CAC 19950173 art. 1, dossier de la séance du 25 novembre 1958.

² Dans une note jointe au rapport de l'administration de novembre 1958, Daumézon propose ainsi l'étude de l'effet de l'ouverture ou de la fermeture d'établissements psychiatriques sur les populations de chroniques, en pointant le fait que « toute la politique psychiatrique est aujourd'hui fondée sur des bases conjecturales hypothétiques sur l'efficacité de l'hôpital psychiatrique pour prévenir la chronicisation ». Il cite en particulier sa recherche de 1955 pour souligner que : « des études partielles laissent supposer que certains facteurs auxquels on ne trouve jamais de référence peuvent jouer un rôle essentiel dans la chronicisation ».

³ Bonnafé insiste ainsi sur le « principe » d'une recherche « effectuée dans le cadre du travail médical quotidien » "Commission des maladies mentales. Procès-verbal de la séance du 24 février 1959", *Information Psychiatrique*, 35, n° 5, 1959, pp. 359-362, ici p. 262.

Daumézon à Sèvres à partir de mai 1957¹. Le groupe met d'emblée à son ordre du jour l'examen de « formules d'avenir » et en particulier, à côté de formules comme l'hôpital de jour, les formules de « secteur ». Le terme qui apparaît ici pour la première fois comme intitulé d'un projet d'ensemble est appelé à faire mouche. La question est abordée à la fin de l'année 1958, au cours de l'une des dernières réunions du groupe, qui examine deux rapports sur des expériences locales, l'une à partir de l'hôpital de Villejuif sous la direction de Louis Le Guillant et l'autre en Charente-Maritime, sous la direction d'un des élèves de Daumézon, Philippe Koechlin². Dans les deux cas, l'expérience correspond à une tentative des psychiatres de développer, conjointement à leurs activités hospitalières, une activité extrahospitalière destinée à une population donnée. A Villejuif, en particulier, l'expérience est liée à la tentative développée par la Préfecture du département de la Seine depuis 1953 de réorganiser le dispositif psychiatrique dans son ensemble³. La dernière partie de la discussion est consacrée à un troisième texte plus théorique sur les tâches d'hygiène mentale en psychiatrie de secteur, dû au responsable de l'hygiène mentale à la Préfecture de la Seine, Henri Duchêne⁴. D'autres expériences sont par ailleurs également commentées, comme celle de Bassens en Savoie ou de Sotteville-lès-Rouen en Seine Maritime. Le dossier paraît suffisamment important pour que le groupe décide de faire paraître les rapports et le compte rendu de l'ensemble des discussions sous la forme d'un numéro spécial de *l'Information psychiatrique* en janvier 1959, dont j'ai cité le titre dans l'introduction de ce chapitre : « Pour un service de santé mentale de secteur ». A l'été suivant, Henri Duchêne fait au congrès de psychiatrie de Tours un rapport de synthèse sur l'extrahospitalier qui s'inscrit dans le prolongement des travaux du groupe.

Quel contour ces textes donnent-ils au secteur ? Avant tout, ils insistent davantage sur les enjeux cliniques du travail en secteur, et en particulier sur le regard nouveau que les pratiques extrahospitalières permettent de porter sur les clientèles du psychiatre. Ils font apparaître à la fois la nouveauté des problèmes à traiter dans le cadre des secteurs, et en particulier les « tâches d'hygiène mentale » que doit assumer le

¹ Cf. chapitre précédent.

² Koechlin, P., "Psychiatrie de secteur en province", *Information Psychiatrique*, 35, n° 1, 1959, pp. 71-79 ; Le Guillant, L., "Le service médico-social de secteur", *Information Psychiatrique*, 35, n° 1, 1959, pp. 9-39.

³ Sur ce point cf. chapitre suivant.

⁴ Duchêne, H., "Tâches d'hygiène mentale dans la psychiatrie de secteur", *Information Psychiatrique*, 35, n° 1, 1959, pp. 89 sq..

psychiatre de secteur, et l'extension que celles-ci prennent rapidement dans l'activité des équipes, qui ne va pas sans poser problème. Duchêne propose une figure nouvelle d'« hygiéniste mental » pour caractériser ce rôle du psychiatre. Mais ces nouvelles tâches ne peuvent pas remplacer l'hôpital psychiatrique. « Les services psychiatriques publics extra-hospitaliers ne peuvent pas supprimer la nécessité de services d'hospitalisation » écrit par exemple Duchêne¹. Du même coup, s'impose la nécessité de trouver le moyen de faire coexister ces différents types d'activité. Le travail en secteur apparaît ainsi comme une formule de rationalisation du temps psychiatrique, à même de pallier les insuffisances de la démographie médicale. Ainsi, Le Guillant note que face à l'« insuffisance quantitative des moyens » de la psychiatrie, « la « formule du secteur » permet [...] de tirer tout le parti possible des ressources dont dispose un service et un territoire géographiquement donnés »². De même le rapport de Duchêne à Tours fait du secteur un enjeu pratiquement corporatiste :

Etant donné que la presque totalité de ces nouvelles attributions du psychiatre concernent des sujets non hospitalisés, il existe un problème angoissant de distribution des spécialistes dont le nombre est à peine le dixième en France de celui qui permettrait de faire face à tous ces problèmes. C'est une des exigences fondamentales, à nos yeux, de l'organisation en secteurs fonctionnels de la psychiatrie des services publics : il faut une organisation qui évite l'abandon des malades mentaux au profit de ces activités généralement dotées d'avantages techniques et matériels bien supérieurs³

L'extension de la mission des médecins des hôpitaux psychiatriques à l'extrahospitalier est ainsi présentée comme une manière de revaloriser le Cadre dans un contexte où, d'une part, l'attraction sur les jeunes psychiatres des carrières non hospitalières se fait sentir, et où, d'autre part, la concurrence des psychiatres engagés dans une activité extrahospitalière avec les médecins du Cadre semblent pouvoir conduire à un dépérissement de l'hôpital psychiatrique. On a déjà rencontré l'argument.

La psychiatrie de secteur apparaît ainsi comme un domaine d'intervention technique radicalement neuf, proposant un grand nombre d'opportunités. Les textes sont moins prolixes sur les moyens de l'intervention et les dispositifs dans lesquels cette

¹ Duchêne, H., "Les services psychiatriques publics extra-hospitaliers. Rapport d'assistance." in P. Cossa (dir.), *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. 57e Session, Tours, 8-13 juin 1959. Comptes rendus*, Paris, Masson, 1959, pp. 583-631.

² Le Guillant, "Le service médico-social de secteur", *op. cit.*

³ Duchêne, "Les services psychiatriques publics extra-hospitaliers. Rapport d'assistance.", *op. cit.*

intervention doit s'insérer. Ainsi, s'il cite le rapport de l'OMS et s'il propose par ailleurs un bilan riche de l'activité des psychiatres départementaux, le rapport de Duchêne au Congrès de Psychiatrie de Tours ne propose qu'une liste évocatrice de structures extrahospitalières, sans donner d'indication sur leurs modalités de fonctionnement ou leur insertion dans l'organisation générale des soins psychiatriques¹. Pour ce qui concerne les autres pièces du dossier, seul Daumézon aborde véritablement le problème dans une communication au Congrès prolongeant le rapport de Duchêne, en proposant une analyse des fondements juridiques du service de santé mentale de secteur². Daumézon souligne en particulier la « nature originale » de la « juridiction » de l'appareil psychiatrique. Le service public de santé mentale nécessite que soit inventée une structure originale qui corresponde à son action essentiellement individuelle, par contraste à la notion traditionnelle de service public :

[J]usqu'ici, les appareils d'Etat se sont cantonnés dans un rôle politique (au sens large) de telle sorte que la forme service public ne saurait, dans l'état actuel de notre droit, remplir une fonction individuelle (ce qu'exprime le fait que le service public d'hygiène sociale n'a de compétence que de prophylaxie). Ainsi il ne peut avoir pour but d'aider un sujet à assumer son destin, tâche que rien, dans l'état actuel, n'a vocation de remplir.

Daumézon développe trois dimensions du service public de santé mentale. La première est l'unité de planification du dispositif psychiatrique : le département lui paraissant constituer une base trop large³, la commune une base trop étroite, Daumézon propose ainsi une formule essentiellement pratique : « Ce n'est peut-être pas une ambition déraisonnable que de penser qu'un des modes d'approche les plus valables pour définir cette communauté consiste à définir le cadre dans lequel une équipe psychiatrique de base recrute ses sujets d'activités et implante ses moyens d'action à

¹ La liste que propose Duchêne comporte des dispositifs comme les dispensaires d'hygiène mentale, les hôpitaux de jour, les foyers de post-cure, les centres de réadaptation au travail, les colonies familiales, ainsi que les services d'urgence, sur le modèle d'une expérience conduite dans la Seine sous sa direction, et les services pour enfants et adolescents

² Daumézon, G., "Réflexions sur la structure juridique du service psychiatrique public", in P. Cossa (dir.), *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. 57e Session, Tours, 8-13 juin 1959. Comptes rendus*, Paris, Masson, 1959.

³ « C'est au département que la loi a confié la charge de l'organisation d'assistance aux aliénés. A l'usage cette formule nous apparaît administrativement défendable, mais humainement fautive : l'appareil psychiatrique a pour objet l'intégration du malade dans une communauté naturelle. Il doit être profondément enraciné dans cette communauté, en être un des organismes consubstantiels et constituants. »

portée d'utilisation de tous ». On reconnaît là le projet d'implantation communautaire que l'on a analysé plus haut. La seconde dimension concerne les règles qui permettent d'assurer la cohérence de l'équipement, dont un des enjeux est d'éviter que les praticiens se « déchargent » des malades qui leur sont confiés : là encore, Daumézon propose de s'en remettre à l'unité de l'équipe médico-sociale. Le troisième élément est l'articulation du dispositif à la communauté d'origine, pour laquelle il propose l'institution de conseils où seraient représentées les autorités politiques, mais aussi les « représentants des groupes idéologiques, culturels, [et] les communautés secondaires : professionnelles, d'intérêt (syndicats), association d'assurance ». On le voit, les propositions de Daumézon reprennent bien les différents éléments de la vision du mandat de la psychiatrie élaborée dans le cadre de la discussion du « Rapport sur l'équipement psychiatrique d'un territoire dépourvu de toute formation spécialisée ».

A l'été 1959, les activités du groupe de Sèvres traduisent ainsi une effervescence, en même temps que le renouveau d'un volontarisme. Le secteur rassemble et actualise les enjeux du projet de réforme de la psychiatrie que continuent à porter les jeunes psychiatres de 1945 en fonction du travail effectué au cours de la décennie à la Commission des maladies mentales. Deux éléments de contexte jouent également un rôle dans le calendrier que se choisissent les psychiatres : d'une part, une série de discussions sur l'intégration de la psychiatrie à la réforme des centres hospitalo-universitaires de 1958, sur lesquelles je reviendrai plus profondément dans le chapitre suivant ; et, d'autre part, la déclaration de l'année 1960 comme année mondiale de la santé mentale par l'OMS. En fait, cette dernière donnera lieu à peu de manifestations à l'échelle nationale, mais elle jouera un rôle sur un certain nombre de projets locaux qui pourront s'y rattacher, et par ailleurs elle fournira aux psychiatres des arguments pour réclamer un certain nombre de gestes de la part du ministère.

Rapidement, cette effervescence trouve un écho dans l'action du ministère. En mai 1959, le ministre, Bernard Chenot, fait une première ouverture à l'occasion de l'inauguration d'un nouvel hôpital psychiatrique à Brienne le Château, dans l'Aube. Après un bilan des réalisations en cours, il précise la politique de son administration, dans la ligne des normes discutées à la Commission des maladies mentales : « un véritable Centre Psychothérapique doit avoir de multiples ouvertures, de multiples

prolongements vers l'extérieur. Il doit être le centre, le point de départ de toute une organisation du Département dans laquelle, autant que possible, le même malade sera suivi tout au long de sa maladie par le même médecin. » Et, reprenant à son compte le terme de « secteur », il annonce la poursuite des efforts en ce sens : « Dans le temps où se réalisera la transformation, que je viens d'évoquer, de notre équipement, nous nous efforcerons de mettre en place partout ce type d'organisation dont nous avons déjà une ébauche dans quelques départements : une équipe médico-sociale responsable, à elle seule, d'un secteur géographique déterminé dans lequel elle mène à la fois le dépistage, les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et la post-cure sous ses formes les plus diverses. »¹ C'est la première fois qu'un ministre énonce aussi de manière aussi claire l'engagement de son administration derrière le projet des jeunes psychiatres.

En octobre suivant surtout, les discussions sur l'organisation du dispositif psychiatrique font leur retour à la Commission des maladies mentales, avec la présentation par les jeunes psychiatres d'une nouvelle « note sur le service territorial unifié de protection de la santé mentale »². Si, une fois encore, on ne dispose pas d'indications sur les conditions d'élaboration du texte, tout indique cependant qu'il est une initiative des psychiatres, qui affirment vouloir ainsi donner une suite aux deux rapports présentés en 1954 et 1955. La note est signée de l'ensemble des signataires des deux rapports, soit de la moitié des médecins des hôpitaux psychiatriques membres de la Commission. Courte et dense, la note n'est pas un rapport visant à analyser un problème et proposer les solutions ajustées à cette analyse, mais elle se présente comme une pétition ou un appel solennel. Elle met tout d'abord en scène une contradiction entre les évolutions de la psychiatrie et les structures dont elle dispose - « les réalisations françaises contemporaines, qui témoignent indiscutablement d'un regain de vitalité de l'organisation psychiatrique publique demeurent dans des structures inchangées » - pour ensuite appeler une réforme de structure ou un changement de principe - « historiquement, le temps paraît venu de cristalliser dans l'organisation concrète, dans les textes, dans le statut des responsables, la mutation des structures classiques, impliquée dans l'évolution normale des choses, conformément à l'évolution déjà

¹ Chenot, B., "Inauguration du Centre Psychothérapique de Brienne-le-Château. (Discours de Monsieur le Ministre de la Santé Publique)", *Information Psychiatrique*, n° 7, 1959.

² Bonnafé, L. et al., "Note sur le service territorial unifié de protection de la santé mentale", *Information Psychiatrique*, n° 2, 1960.

nettement accomplie sur le plan théorique ». Concrètement, la note propose une démarche en deux étapes, reposant, dans un premier temps, sur l'initiative d'une déclaration de principe aboutissant à la création des « services territoriaux unifiés de protection de la santé mentale », et ouvrant, dans un deuxième temps, sur « l'inventaire des moyens diversifiés dont le service doit pouvoir disposer et des normes de fonctionnement ». La discussion organisée à la Commission des maladies mentales débouche sur l'adoption des conclusions de la note et sur un vœu appelant à l'intervention du ministère. Le débat est toutefois rapide et passe presque inaperçu après la longue discussion suscitée par la réforme des CHU, discutée le même jour. La note marque pourtant bien un aboutissement des discussions tenues tout au long de la décennie à la Commission des maladies mentales, et par là un aboutissement du travail sur le projet des psychiatres. Il suffit maintenant de peu de chose pour lui donner une impulsion définitive.

3.3. La cristallisation : la circulaire de mars 1960

La publication, le 15 mars suivant, de la Circulaire relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales est bien le geste attendu par les psychiatres¹. Elle développe dans sa rhétorique toutes les composantes de l'expression d'une volonté nouvelle : la délimitation et l'analyse d'un moment historique : « Le moment paraît venu de faire le point de l'organisation à prévoir pour permettre de réaliser de nouveaux progrès dans la lutte contre les maladies mentales » ; la proposition d'une ouverture : « La présente circulaire a pour but de définir la politique à suivre dans chaque département au cours des années à venir, pour permettre la mise en place d'un dispositif mieux adapté et plus efficace que jusqu'à présent, et constituant véritablement une organisation de la lutte contre les maladies mentales » ; l'élaboration d'une terminologie nouvelle : « Ce dispositif consiste essentiellement 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

¹ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. La circulaire a été publiée dans *l'Information psychiatrique*, 36, n°4, 1960, pp. 497-510. On la trouvera également reproduite en annexe.

dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de postcure » ; enfin le rappel d'un certain nombre de valeurs : proximité et continuité des soins.

Au-delà de cette vision d'ensemble, le secteur tel qu'il est élaboré par la circulaire comporte plusieurs éléments-clefs, dont il faut analyser rapidement la portée :

1. Le secteur correspond ici non pas à des normes, mais à une démarche de planification. La circulaire, adressée aux préfets, aux directeurs départementaux de la santé, aux directeurs et aux médecins-chefs des hôpitaux psychiatriques, propose en effet une procédure pour déterminer un programme d'équipement. Pour cela, elle détaille un certain nombre d'étapes, qu'elle décrit de façon pragmatique : d'abord, déterminer les besoins en lits d'hospitalisation en fonction de l'occupation actuelle des établissements ; ensuite, corriger ces chiffres en tenant compte à la fois de l'origine des patients, de l'amélioration du rendement des établissements que peuvent permettre d'obtenir les travaux engagés ; enfin prévoir également les organismes extrahospitaliers susceptibles d'améliorer encore ces chiffres. Elle est par ailleurs publiée en même temps qu'une seconde circulaire relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens qui développe une procédure analogue à l'échelle des établissements hospitaliers – et qui complète en fait une circulaire d'octobre 1958 relative aux plans directeurs des hôpitaux généraux.

2. L'outil sur lequel repose la procédure de planification est un document que les autorités locales doivent élaborer et remettre à l'administration centrale, les « Programmes d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales » (POD). Le POD constitue le pendant des plans directeurs pour les établissements à l'échelle du département. Il correspond à une carte du département sur laquelle sont indiqués le découpage en secteurs confiés à une équipe médico-sociale unique et les équipements existants ou à réaliser, tout en tenant compte de la répartition de la population et des principales voies de communication.

3. La circulaire propose également un inventaire des moyens. Elle reprend les différentes propositions émises au cours de la décennie par les psychiatres en termes de structures extrahospitalières, qu'elle rassemble en une liste d'équipements types : dispensaire d'hygiène mentale, hôpital de jour, foyer de post-cure et atelier protégé. De façon générale la circulaire propose peu de normes. Pour ce qui est des établissements

hospitaliers, elle rappelle la norme de trois lits pour mille habitants proposée par l'OMS, qu'elle contraste avec l'état de l'équipement français, évalué à 2,1 lits pour mille habitants, mais qui doit seulement constituer un élément d'appréciation. La description qu'elle donne des organismes extrahospitaliers est, en revanche, réduite au minimum. Elle ne donne presque aucune indication ni sur leur fonctionnement, ni sur les effets à attendre de leur création sur l'occupation des lits hospitaliers, ni sur les normes d'équipement à prévoir. Ces équipements sont présentés comme peu onéreux et simples à construire.

4. Le mandat confié aux autorités locales et aux médecins des hôpitaux psychiatriques est clair. Le POD doit être proposé par les médecins-chefs de service et approuvé par les autorités locales et le ministère, les directeurs départementaux de la santé devant assurer la coordination de la réflexion à l'échelle du département. Le POD constitue ainsi la base de la négociation et le support de la collaboration entre les psychiatres et les autorités administratives locales et centrales. Les médecins-chefs de service des hôpitaux psychiatriques se voient par ailleurs également confiée la responsabilité médicale des secteurs. D'un autre côté, une coordination doit être recherchée tant avec les praticiens libéraux qu'avec les services de neuropsychiatrie des hôpitaux généraux.

5. La planification de l'équipement psychiatrique doit se faire sur une base départementale. Cela tranche sur la démarche engagée dans le reste de la médecine, où la planification est régionale.

La circulaire de mars 1960 apparaît ainsi comme un équilibre. Elle ramasse une somme de travail antérieur, et elle ouvre sur des tâches à venir. Elle cristallise le projet des jeunes psychiatres en lui donnant une forme dans le cadre de la procédure de planification. Si l'on revient sur la séquence qui a conduit à sa promulgation par le ministre de la Santé, on peut ainsi relever plusieurs étapes importantes. A l'origine, se trouve la vision développée par le Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques à la Libération de l'insertion de la psychiatrie dans le dispositif de santé publique du pays, notamment avec l'idée de créer un service psychiatrique départemental, que l'on a examinée dans le chapitre précédent. Par la suite, cette vision politique et administrative s'est enrichie d'une dimension plus clinique à travers les analyses dégagées à la fin des

années 1940 et au début des années 1950 par les jeunes psychiatres sur le fonctionnement de l'hôpital et son rôle vis-à-vis des chroniques. Une autre dimension a été, au même moment, la conception de l'intervention en extrahospitalier comme façonnement de dispositifs permettant de constituer des milieux adaptés aux patients. A partir du début des années 1950, enfin, le travail en collaboration avec l'administration de la santé a ensuite apporté une dimension plus territoriale, en inscrivant le projet dans une démarche de planification. Ce faisant, il a permis le dépassement par l'intégration des antagonismes entre jeunes psychiatres et Heuyer et Dechaume.

Le secteur a ainsi bien marqué l'aboutissement d'un travail conjoint des psychiatres et de leurs partenaires tout au long de la décennie 1950. On peut faire encore deux remarques supplémentaires sur les analyses qui précèdent. La première est qu'avec les POD, le secteur repose sur un outil pratique plutôt que sur une vision ou un paradigme. Le secteur, tel qu'il a été formulé dans la circulaire de 1960, ne correspond pas à l'élaboration détaillée d'une vision d'ensemble de la psychiatrie. Il s'ancre dans un dispositif local de consultation et de concertation. Il ne s'articule guère, ni du côté des psychiatres, ni du côté de l'administration, à une tentative de développer un discours compréhensif, une théorie, qui pourrait constituer la base d'un nouveau monde social. Pour les psychiatres comme pour l'administration, et malgré les tentatives de certains, le secteur constitue et constituera dans une large mesure un dispositif susceptible d'organiser les pratiques, plutôt qu'une idéologie ou qu'un ensemble de pratiques directement travaillées par les psychiatres.

Pour une part, cet aspect est également lié au second point que je voudrais souligner pour conclure, la mise à l'écart des personnels politiques de l'élaboration du secteur. On peut y voir un paradoxe si l'on pense à l'inflation à laquelle la psychiatrie allait donner lieu au tournant des années 1970 et jusqu'au début des années 1980. Si les psychiatres ont sans doute reçu tout au long de la période le soutien de certains parlementaires – et notamment des parlementaires communistes, mais pas seulement¹ –, dans l'ensemble, les problèmes de la psychiatrie ont été traités jusqu'aux années 1960 comme des problèmes techniques, recevant peu de publicité dans la presse d'information, et intéressant peu les élus. L'élaboration du secteur a ainsi correspondu à

¹ Comme par exemple Irène de Lipkowski (1898-1995), fille d'un aliéniste, Auguste Marie, députée Gaulliste de 1951 à 1956, qui est le principal relais des psychiatres à l'Assemblée Nationale lors des discussions du budget de la santé dans la première moitié des années 1950.

la prise en charge du processus de décision par l'administration, élaborant seule le dossier, en impliquant un petit cercle de conseillers choisis par elle, pour transmettre en fin de processus seulement le dossier au cabinet du ministère¹. Pour une part, cette dynamique est liée aux caractéristiques du pouvoir sous la IV^e République et en particulier au fonctionnement du régime parlementaire, qui ont bien été analysés depuis plusieurs décennies par les politistes². Mais elle correspond également à une stratégie délibérée des acteurs, reposant sur une anticipation des difficultés posées par le débat dans le cas où la question de la réforme de la loi de 1838 serait posée publiquement³. J'ai souligné, tout au long de ce qui précède, le rôle que cette dynamique pouvait avoir eu pour le cadrage du problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques, amenant à scinder le problème de l'organisation des soins de la réflexion sur le droit de l'internement et de la tutelle. Ce processus aura également permis aux médecins des hôpitaux psychiatriques de s'imposer en relais obligé du pouvoir central dans le traitement des problèmes psychiatriques, ce qui leur permettra ensuite de jouer un rôle clef sur les autres problèmes de la spécialité. C'est ce qu'il nous faut maintenant examiner.

¹Grémion, C., "Le système de décision", in M. Crozier et al. (dir.), *Où va l'administration française?* Paris, Les éditions d'organisation, 1974.

² Par exemple : Suleiman, E. N., *Les Hauts fonctionnaires et la politique*, Paris, Editions du Seuil, 1976.

³ Cf. également le témoignage d'un des fonctionnaires du ministère, P. Jean, en réponse à une question sur le rôle du ministre dans le processus : « La première décision politique à prendre, elle a été prise par le ministre, par Chenot, qui a accepté qu'on n'entre pas dans le système politique, parce que si on était entré dans la voie de... pour faire une loi de santé mentale- Parce que tout le monde nous disait : « Il faut faire une loi... » Il y a une loi pour la tuberculose, il y a une loi pour le cancer, il y a une loi pour la PMI, pour les maladies vénériennes, il faut qu'il y ait une loi pour la santé mentale. Alors, là, le ministre a parfaitement bien compris que si on allait dans ce sens-là, on allait se casser la figure, et que lui, il serait le premier à se casser la figure, parce que, les choses n'étant pas mûres suffisamment, on ne pouvait pas modifier la structure de l'administration de santé mentale sans toucher au statut des malades. Ça nous est apparu d'une manière absolument éclatante. Bon... Alors là, le ministre a très bien compris et il a dit « Bien, faites-le, on va faire une circulaire », c'est tout. Et c'est là qu'il est apparu, le ministre. » Entretien, juillet 2004.

CHAPITRE 5. LE SECTEUR DANS LES ANNÉES 1960 ET 1970 : ENTRE ROUTINISATION DE L'ENGAGEMENT RÉFORMATEUR ET NOUVELLES LOGIQUES D'ACTION

La circulaire de mars 1960 donne aux psychiatres les plus engagés pour le secteur l'espoir qu'elle va rendre possible une transformation en profondeur non seulement de l'hôpital psychiatrique, mais aussi de l'ensemble de la spécialité, de ses relations à la médecine et plus largement encore à la société. Sur le terrain, la circulaire est rapidement mobilisée par quelques uns d'entre eux pour développer des structures innovantes, dont certaines acquièrent rapidement de l'importance. Alors que les effets des différents plans d'équipement sanitaire commencent à se faire sentir sur le terrain et qu'ils voient augmenter leurs moyens tant humains que financiers, la circulaire permet à ces psychiatres d'organiser les initiatives de leurs différents partenaires locaux et d'obtenir la création de structures nouvelles au sein desquelles ils pourront développer des entreprises innovantes. A Paris, la réorganisation du dispositif psychiatrique conduit ainsi dès le début des années 1960 au lancement de ce qui va rapidement constituer la vitrine de la psychiatrie nouvelle, « l'expérience du treizième arrondissement ». D'autres expériences suivent bientôt en région parisienne et en province. L'ensemble de

ces expériences locales constitue un petit milieu d'innovateurs soutenu par le ministère, traversé par des discussions, des échanges, et où émerge tout un ensemble de pratiques nouvelles, qui vont constituer la « psychiatrie de secteur ». Leurs protagonistes ont la sensation de faire aboutir une psychiatrie radicalement nouvelle, plus en prise avec les populations, et de faire émerger un nouveau visage de la maladie mentale. Le secteur apparaît ainsi comme une rupture radicale avec « l'asile », voire comme le lieu d'un nouveau type de rapports sociaux, en rupture par rapport à la société. L'ensemble de ce travail obtient très rapidement une reconnaissance politique forte. Dès 1961, par exemple, la cour des comptes rend un avis très favorable aux orientations de la circulaire¹.

Pour ces psychiatres, l'agrément de leur projet par les pouvoirs publics et le développement des pratiques de secteur sur le terrain ne constituent toutefois qu'une première étape dans la réorganisation de leur discipline. Dès le début des années 1960, ils vont s'efforcer d'élargir le front, en tentant d'intéresser certains de leurs collègues exerçant en dehors des hôpitaux psychiatriques à leur vision de la psychiatrie, pour en élaborer une nouvelle définition comme spécialité médicale. Au milieu de la décennie, ce travail passe par la constitution d'une représentation nouvelle de la spécialité, d'abord avec la rédaction au cours des années 1965, 1966 et 1967, d'un *Livre Blanc*, puis avec la création en 1967 d'une nouvelle organisation corporative, le Syndicat des psychiatres français. Un élément déterminant de ce mouvement est constitué des transformations rapides que connaît la médecine dans le courant des années 1960, incarnées dans la réforme Debré des études médicales, reposant sur une articulation forte avec la biologie, que marque l'organisation des nouveaux centres hospitalo-universitaires (CHU). La représentation que les psychiatres construisent de la spécialité, par contraste, repose sur l'affirmation des fondements de la psychiatrie dans les sciences humaines, et sur l'idée d'une spécialité organisée selon un schéma « horizontal », fondé sur l'égalité entre ses membres, la conscience de la dimension écologique des troubles mentaux, que l'on ne peut véritablement traiter qu'en les comprenant dans leurs contextes, par opposition au dispositif « vertical » ou « en cascade » du système hospitalo-universitaire. Mais plus généralement, ils revendiquent un statut d'exception

¹ Rapport pour l'année 1959. Cf. *Information psychiatrique*, 1962, n° 2, pp. 175 sq. et n° 3, pp. 280 sq.

de la psychiatrie, qui permette la participation des services psychiatriques et des secteurs à la formation des psychiatres.

Sans être l'unique enjeu de ce mouvement d'ensemble, le secteur y joue bien toutefois un rôle clef. Le mobiliser, à partir de 1960, permet aux psychiatres, en revendiquant le soutien du ministère, de légitimer les positions qu'ils défendent et de faire avancer leurs propositions. En plus de la force idéologique du concept, la circulaire sur le secteur constitue également un premier élément d'une possible régulation d'ensemble de la spécialité. Le mouvement obtient rapidement, dans un contexte favorable aux sciences humaines après Mai 1968, un certain nombre de succès : ainsi, dès la fin de l'année 1968 la création d'un Certificat d'Etude Spécialisée en psychiatrie marque la séparation de la psychiatrie et de la neurologie et la reconnaissance du rôle des secteurs dans la définition de la nouvelle spécialité, tandis que le statut des hôpitaux psychiatriques est réformé pour être aligné sur celui des hôpitaux généraux. Au lendemain de 1968, les psychiatres réformateurs ont l'impression d'avoir atteint un certain nombre de leurs objectifs.

Pourtant, très rapidement, dès les premières années de la décennie 1970, cette phase d'euphorie laisse place à une période d'interrogations et de doutes. Pour des raisons liées à la fois aux transformations de la psychiatrie et à celles de ses partenaires, le secteur montre en effet rapidement ses limites. D'un côté, le ministère de la Santé s'avère incapable d'organiser autour du secteur l'ensemble de ses interventions sur la psychiatrie pour constituer une véritable « politique de secteur », entendue comme l'alignement de ces interventions sur une représentation unifiée de l'articulation de la discipline à la société dans son ensemble. En particulier, la montée de logiques d'intervention antagonistes, notamment dans le cadre de la politique hospitalière, apparaît comme une limitation à l'action des bureaux du ministère porteurs du secteur. Dans le même temps, les psychiatres sont obligés de faire des concessions sur l'organisation de la formation, tandis que, plus largement, le secteur peine à intéresser les psychiatres d'exercice privé. D'un autre côté, sur le terrain des pratiques, les psychiatres doivent rapidement revoir à la baisse leur ambition de résoudre le problème de la chronicité. A partir des années 1970, à travers un certain nombre de théories et d'écrits, les psychiatres reformulent leur rôle pour se poser en acteurs modestes face au processus psychotique. Le projet de secteur, et plus largement la réforme de l'hôpital

psychiatrique, entrent ainsi dans une phase de routine marquée par le recul des ambitions, la perte d'un engagement.

Profondément, c'est bien l'essoufflement d'un projet qui est en jeu. Alors que le secteur supposait d'une part que des cliniciens aient la volonté et la capacité de dépasser les enjeux du colloque singulier et développent une vision politique de leur métier, et d'autre part que les administrations manifestent une disponibilité pour accompagner ce travail des cliniciens, c'est bien des deux côtés que les choses se distendent dans une dynamique complexe vers 1970. En fin de compte, à la fin de la période, le secteur peine à constituer la base d'un nouveau rapport de la psychiatrie à la société. Ce sont ces différents mouvements que j'examine dans ce dernier chapitre, en distinguant les niveaux où ils interviennent, mais en m'efforçant de restituer leur cohérence et de comprendre la dynamique d'ensemble de la période. D'une certaine manière, on peut en effet comprendre ce processus dans le cadre de l'analyse écologique développée par Andrew Abbott¹. Dans la mesure où le secteur s'impose sur un segment de la relation entre la psychiatrie et l'Etat, il lui est plus facile de s'imposer sur d'autres. Mais dès lors qu'il s'essouffle sur un segment, c'est aussi sa capacité à réorganiser l'ensemble des autres segments qui s'épuise. C'est bien de tous les côtés, en effet, que le mouvement marquera le pas dans le courant des années 1970, à des rythmes différents, dans un mouvement qui correspond à la fois à une transformation du gouvernement de la santé publique et à celle de la conception portée par les professionnels de leur rôle dans le dispositif de santé du pays. En fin de compte, les limites du secteur tiennent moins aux obstacles posés à sa mise en œuvre, à des résistances des professionnels ou de leurs partenaires qu'à l'incapacité des acteurs d'y associer une régulation. Dans un premier temps j'analyse plus particulièrement les évolutions de la régulation de la psychiatrie en distinguant les deux problèmes de la politique d'équipement sanitaire et de l'organisation de la spécialité de psychiatrie. La troisième partie du chapitre examine enfin quelques enjeux des transformations du travail psychiatrique sur la chronicité dans le cadre des secteurs dans le courant des années 1960 et 1970.

¹ Abbott, A., "Ecologies liées : à propos du système des professions", in P.-M. Menger (dir.), *Les professions et leur sociologie*, Paris, Ed. de la Maison des Sciences de l'Homme, 1999.

1. La naissance d'une spécialité. Le secteur dans la recomposition de la psychiatrie

Dans le courant des années 1960, le monde de la psychiatrie est traversé par un double questionnement sur la nature de ses activités et sur ses rapports au reste de la médecine. Une dizaine d'années après la mise en place de la régulation encadrant la spécialisation médicale, les acteurs de la psychiatrie sont en effet obligés de constater l'émiettement de leur spécialité entre des définitions concurrentes portées par des groupes qui communiquent peu entre eux – praticiens libéraux, médecins des hôpitaux psychiatriques, médecins des hôpitaux et universitaires. Le signe le plus visible de ces tensions est l'opposition récurrente entre les positions prises sur la plupart des dossiers qui intéressent la spécialité par ses deux organes de représentation au cours des années 1950, le Syndicat des spécialistes du système nerveux et celui des médecins des hôpitaux psychiatriques. Plus profondément toutefois, l'origine de ces différends est à chercher dans un problème qui, au lendemain de la guerre, touche l'ensemble de la médecine, mais qui est exacerbé en psychiatrie en raison du statut spécifique des hôpitaux psychiatriques : la tension entre l'hôpital et l'université. L'un et l'autre forment en effet deux systèmes quasi autonomes, assurant chacun sa propre reproduction, en même temps qu'ils prétendent tous deux participer à la formation des spécialistes qualifiés, se mettant ainsi en concurrence directe. Les évolutions du reste de la médecine changent par ailleurs l'environnement dans lequel vont se poser les problèmes de la psychiatrie.

Les psychiatres réformateurs engagés autour du secteur se situent en pointe dans ce travail de redéfinition de la spécialité de psychiatrie. Le secteur va en effet rapidement apparaître comme la base possible d'une définition de la psychiatrie par les pratiques ou par ses missions, contre une définition par les savoirs qui pourrait être portée par des psychiatres plus proches de l'université. Suffisamment consistant pour ancrer cette définition, le secteur est également suffisamment souple pour pouvoir faire travailler dans son cadre des professionnels variés. C'est donc autour du secteur qu'ils vont s'efforcer de rassembler leurs collègues et qu'ils y parviendront dans une certaine mesure. Ce travail de délimitation intérieure et extérieure de la psychiatrie, qui s'engage à la fin des années 1950, aboutira dans le courant des années 1960 à la constitution

d'une nouvelle spécialité, autour d'une coalition entre médecins des hôpitaux psychiatriques et praticiens privés, contre l'université, et pour laquelle le secteur constituera directement ou indirectement une référence importante. Dans un premier temps, toutefois, c'est dans une autre configuration qu'ils vont essayer de faire avancer les choses. En 1958 la réforme hospitalo-universitaire est en effet l'occasion pour eux de tenter un premier essai qui les voit s'efforcer de trouver un accord avec les universitaires autour d'une définition de leur spécialité. C'est l'échec de cette première tentative qui dans un second temps les amènera à chercher d'autres solutions. C'est cette histoire que je reprends dans cette partie¹.

1.1. La neuropsychiatrie dans la réforme hospitalière de 1958 : l'échec d'une tentative de conciliation

La réforme hospitalo-universitaire de 1958 est l'aboutissement d'une longue série de projets de réforme du dispositif de santé français, de son système hospitalier et de la formation de ses médecins, depuis la Libération². Elaborée sous l'impulsion de Robert Debré dans le cadre d'une commission créée en septembre 1956 par le gouvernement Mendès-France – le Comité interministériel d'étude des problèmes de l'enseignement médical, de la structure hospitalière et de l'action sanitaire – elle comprend en fait deux volets complémentaires, l'un portant sur l'organisation hospitalière proprement dite, l'autre sur le système hospitalo-universitaire. D'un côté, elle vise à renforcer l'organisation du dispositif hospitalier, notamment en accordant aux établissements un statut d'établissement public, qui leur donne une plus large autonomie vis-à-vis des pouvoirs locaux, et en renforçant la planification hospitalière.

¹ L'analyse qui suit laisse en particulier largement de côté le problème de la formation des psychiatres, qui mériterait une étude à elle toute seule et dont on trouvera quelques éléments dans : Pinell, P., "La normalisation de la psychiatrie française", *Regards sociologiques*, n° 29, 2005, pp. 3-21. La période est par ailleurs l'une des plus commentées de l'histoire de la psychiatrie française de l'après-guerre. Voir en particulier : Bec, C., *Vers une psychiatrie normalisée, histoire d'une stratégie professionnelle: 1945-1970*, Thèse de 3e cycle, Paris, EHESS, 1977 ; Castel, R., *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, Paris, Ed. de Minuit, 1982. L'ouvrage de Jean Ayme sur le Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques contient pour cette période de nombreux documents inédits : Ayme, J., *Chroniques de la psychiatrie publique à travers l'histoire d'un syndicat*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 1995.

² Sur la réforme de 1958, voir l'ouvrage classique de Haroun Jamous : Jamous, H., *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, CNRS, 1969. Il reste néanmoins à constituer une histoire des hôpitaux et de leurs réformes au cours du XX^e siècle, problème que n'épuise pas Jamous.

De l'autre, elle vise à opérer un rapprochement de l'hôpital et de l'université, en unifiant les filières des concours universitaires et hospitaliers, et à améliorer le fonctionnement médical des hôpitaux, en introduisant le plein-temps pour les médecins hospitaliers. L'objectif est d'améliorer la qualité de l'enseignement et de la recherche médicale, en particulier en donnant davantage de poids aux sciences fondamentales. Engagé dans un contexte qui laisse présager de longues négociations, le processus réformateur s'est en fait accéléré avec le retour de De Gaulle au pouvoir, puis la nomination comme Premier ministre du fils de Robert Debré, Michel, de sorte qu'il aboutit en décembre 1958 sous la forme de deux ordonnances, rapidement complétées dans les mois suivants par une série de décrets d'application.

Dans un premier temps, les promoteurs de ces réformes semblent ne pas s'être vraiment intéressés à la situation spécifique des hôpitaux psychiatriques et de leurs médecins¹. Le Comité interministériel n'a pas cherché à consulter les psychiatres, et à l'hiver 1959, les premières mesures prises en application des ordonnances de décembre 1958 excluent explicitement les médecins des hôpitaux psychiatriques de leur champ d'application. Pourtant les textes préparatoires, puis les ordonnances elles-mêmes, paraissent suffisamment généraux pour pouvoir s'appliquer également aux établissements psychiatriques, et l'ensemble des acteurs de la psychiatrie ou de la neuropsychiatrie s'accordent sur le constat qu'il y a dans la réforme une opportunité à saisir pour régler les problèmes de la spécialité. D'un côté, l'intégration des hôpitaux psychiatriques au dispositif hospitalo-universitaire permettrait en effet de pallier l'insuffisance des structures d'enseignement et de combler le fossé qui sépare universitaires et médecins des hôpitaux psychiatriques. De l'autre, en consacrant le principe du plein-temps médical, la réforme entérine une revendication formulée par les psychiatres tout au long des années 1950. Au début de l'année 1959, un référendum organisé au sein du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques voit ainsi ses membres se prononcer à une forte majorité pour la participation à la réforme.

C'est en fait au début de l'année 1958 que la communauté psychiatrique a commencé à s'intéresser au processus et à s'engager pour tenter de négocier une place pour la psychiatrie ou la neuropsychiatrie dans la réforme. Au dessus des deux

¹ Sur cette séquence, on trouvera les éléments de la chronologie ainsi qu'une analyse du point de vue des médecins des hôpitaux psychiatriques dans Ayme, *Chroniques de la psychiatrie publique, op. cit.*, p. 90 sq.

Syndicats représentant les différents segments de la spécialité, deux instances jouent un rôle clef pour définir une position commune sur le problème, la Commission des maladies mentales et une sous-commission formée au printemps 1959 auprès du Comité interministériel, qui toutes deux comprennent des représentants du corps enseignant en psychiatrie et des médecins des hôpitaux psychiatriques. Le consensus qui se dégage dès juin 1959 à la Commission des maladies mentales repose sur deux éléments. Le premier est l'intégration des hôpitaux psychiatriques au dispositif hospitalier général, et celle de certains établissements implantés auprès des villes de faculté au dispositif hospitalo-universitaire. Le second élément est la reconnaissance de la neuropsychiatrie comme spécialité hospitalière, c'est-à-dire bénéficiant d'un concours spécialisé à partir du clinicat et jusqu'au médicament. Dans le même temps, les médecins des hôpitaux psychiatriques acceptent la suppression de l'internat spécialisé de psychiatrie¹. Cette disposition mettrait en fait la psychiatrie sur le même plan que la chirurgie par rapport au reste de la médecine. C'est le consensus sur ce point qui explique que contrairement à ce qui s'était passé pour le certificat de neuropsychiatrie le problème de la séparation entre neurologie et psychiatrie n'apparaisse pas comme un enjeu majeur de discussion.

C'est en fait sur les modalités d'intégration des hôpitaux psychiatriques au dispositif hospitalo-universitaire qu'un débat va s'engager, et c'est au sein du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques que ce débat va être le plus fort. Appliquer aux hôpitaux psychiatriques les mêmes dispositions qu'aux hôpitaux généraux revient en effet à distinguer les établissements selon qu'ils participent ou non à la formation, sans possibilité de passage de l'un à l'autre, l'entrée dans la carrière hospitalo-universitaire se décidant dès les premiers concours hospitaliers. Si plusieurs membres du Cadres se prononcent pour cette solution, un certain nombre de voix s'élèvent contre cette perspective, au motif qu'elle viendrait rompre l'unité du cadre². Ainsi Henri Ey dans une mise au point publiée au printemps 1959 :

¹ "Conseil permanent d'hygiène sociale. Commission des maladies mentales. Procès-verbal de la séance du 23 juin 1959 et de la séance du 27 octobre 1959", *Information Psychiatrique*, n° 2, 1960, pp. 200-216 ; Abély, X., "La neuropsychiatrie dans le cadre de la réforme hospitalière et hospitalo-universitaire", *Information Psychiatrique*, 35, n° 6, 1959, p. 441.

² Voir Ayme, *Chroniques de la psychiatrie publique*, p. 92, et pour les deux positions sur la question : Abély, X., "Les Hôpitaux psychiatriques et la réforme hospitalière", *Information Psychiatrique*, 35, n° 4, 1959, pp. 271-278 et Ey, H., "La position des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques devant la réforme hospitalière de l'enseignement médical (Réflexions personnelles)", *Information Psychiatrique*, 35, n° 4, 1959, pp. 279-286.

L'absorption pure et simple des services de psychiatrie des Villes de Faculté dans un cadre hospitalier et universitaire unique exclut que désormais ces services puissent être dirigés par des collègues de notre Cadre (sauf mesures transitoires mais qui ne doivent pas nous aveugler). Dès lors il semble que l'on puisse craindre qu'en nous proposant d'entrer dans un nouveau système on nous invite à nous suicider. Et c'est bien, en effet, à une sorte d'auto-destruction du Cadre qu'équivaudrait notre demande pure et simple d'intégration. A partir de ce moment-là, en effet, et une fois épuisés les petits avantages particuliers attachés aux titulaires actuels des postes (obtenus par voie de concours dans la Seine et « par hasard » ailleurs), les établissements ou services intégrés se détacheraient purement et simplement du système actuel des Hôpitaux Psychiatriques pour tomber dans le cadre hospitalo-universitaire. Autant dire que ce que l'on nous propose ou ce que nous demanderions nous même dans cette perspective, c'est de nous amputer. Il faut donc veiller à ce que les modalités de cette intégration en limitant les inconvénients, en laissant subsister au niveau des centres hospitalo-universitaires un secteur, soumis à notre statut actuel.¹

En novembre 1959, l'assemblée générale du Syndicat parvient néanmoins à une motion de synthèse, qui, dans un esprit de consensus, met en avant trois revendications des médecins des hôpitaux psychiatriques : « l'organisation d'une lutte efficace contre les maladies mentales sur l'ensemble du territoire dans son triple aspect indissociable prophylactique, thérapeutique et réadaptatif » ; le règlement du problème du statut des médecins de la lutte ; enfin le principe de « confier l'enseignement de la psychiatrie à ceux qui, issus du tronc commun de cette spécialité, seront les plus à même de lui donner le rayonnement nécessaire, et [d'] organiser cet ensemble de telle sorte que le cadre universitaire ne soit pas définitivement fermé aux non enseignants en ménageant les modalités de passage d'un cadre à un autre »². La référence à un tronc commun de durée indéterminée permet ainsi à l'organisation de couvrir ses dissensions. Toutefois, en mettant en avant le problème de l'organisation des soins en psychiatrie, c'est un projet plus ambitieux que celui en débat jusque là que les médecins des hôpitaux psychiatriques commencent d'esquisser. C'est qu'entre temps le secteur a connu une consécration à la fois à la Commission des maladies mentales et au Congrès de Psychiatrie de Tours. Le projet va être développé avec davantage de détails par le

¹ Ey, "La position des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques devant la réforme hospitalière de l'enseignement médical (Réflexions personnelles)", *op. cit.*

² Citée par Ayme, *Chroniques de la psychiatrie publique*, *op. cit.*, p. 92.

représentant des médecins des hôpitaux psychiatriques à la sous-commission du Comité interministériel, Hubert Mignot en janvier 1960¹.

Dans le rapport qu'il soumet au nom des médecins des hôpitaux psychiatriques, Mignot reprend l'ensemble des données du problème tel qu'il a été posé par ses collègues dans le courant de l'année 1959, mais il y ajoute une dimension clef. Arguant que « la tâche du Comité interministériel est de se pencher non seulement sur les problèmes de l'enseignement médical, en l'espèce ici de la psychiatrie, mais encore sur ceux de l'Activité Sanitaire et Sociale », Mignot propose en effet d'élargir le cadre de la réflexion pour prendre en compte l'ensemble de l'organisation des soins en psychiatrie. Le rapport s'appuie en particulier sur le discours prononcé en janvier 1959 par le ministre de la Santé Publique à Brienne le Château, dans lequel il faisait un premier pas vers la reconnaissance du secteur comme principe d'organisation de la psychiatrie. Mignot dresse ainsi les perspectives pour une réforme large, dont l'objectif serait de créer un service public de santé mental, sur la base de la sectorisation, qui serait le fondement de l'organisation de la profession et de son enseignement. « Il s'agirait en somme d'organiser la Psychiatrie de secteur public pour l'ensemble du territoire sur une base commune ». Il pose ainsi deux conditions à l'établissement de cette organisation : la première, comme dans les conclusions de la Commission des maladies mentales, est l'unité de la formation, et donc de l'internat. La seconde, toutefois, est l'unité de corps entre les médecins et les enseignants, les uns et les autres participant au même service de santé mentale. Cela conduit à faire des universitaires les chefs de services placés à la tête de secteurs pilote, dotés de moyens supplémentaires, mais assurant en fin de compte les mêmes missions que les praticiens hospitaliers :

Soyons précis : en ce qui concerne l'enseignement, les seuls psychiatres qualifiés au 2^e degré auraient qualité pour le dispenser ; en ce qui concerne la recherche, les professeurs seraient dispensateurs des crédits et par là même ils l'orienteraient ; en tant que chefs de service, ils assumeraient dans des conditions analogues aux chefs de services non enseignants, la tâche de psychiatrie publique d'un secteur territorial dont ils auraient la charge au triple point de vue prophylactique, thérapeutique et réadaptatif et ce serait, du fait de leur personnalité, de la cohésion et de la plus grande richesse de leur équipe, que ces secteurs deviendraient des « secteurs pilotes »².

¹ Mignot, H., "Du retentissement de la réforme hospitalo-universitaire sur la psychiatrie française", *Information Psychiatrique*, 36, n° 3, 1960, pp. 311-333.

² *Ibid.*

Le projet de Mignot prévoit ainsi la création de deux concours après l'internat : un concours de 1^{er} degré ouvrirait aux postes de psychiatres des hôpitaux dans l'ensemble des établissements et remplacerait le concours du médicat. Ce concours donnerait également le droit de se présenter à un concours du 2nd degré, qui ouvrirait lui aux fonctions d'enseignement. Le tronc commun réclamé par les médecins des hôpitaux psychiatriques courrait donc jusqu'au médicat des hôpitaux. Fondamentalement, c'est ainsi le principe de la sectorisation psychiatrique, dans la mesure où il met tous les praticiens sur un plan d'égalité à la tête de leur secteur, qui justifie la communauté de statut des praticiens, qu'ils soient simples praticiens hospitaliers ou enseignants.

De façon un peu surprenante, le projet ne soulève pas d'objection majeure de la part du représentant du corps enseignant, Dechaume, qui signe avec Mignot une conclusion commune, et insiste seulement sur l'unité de la neuropsychiatrie. En fin de compte le projet apparaît comme celui de la spécialité dans son ensemble, unie pour assurer une place à la neuropsychiatrie dans le dispositif hospitalo-universitaire – place singulière à la mesure des particularités de son dispositif institutionnel, mais néanmoins intégrée au reste de la médecine. A l'automne 1960, la séquence débouche néanmoins sur un constat d'échec, les différents décrets d'application n'intégrant pas les hôpitaux psychiatriques dans leur champ d'action¹. Une raison en est de toute évidence la difficulté à régler le problème du statut des établissements. Au final, la psychiatrie n'a pas trouvé sa place dans la réforme. Pour les médecins des hôpitaux psychiatriques, cette issue marque néanmoins la reconnaissance de la spécificité du dispositif psychiatrique et la difficulté à le fonder dans les standards de la médecine hospitalo-universitaire².

1.2. La construction d'une nouvelle représentation de la psychiatrie : les Journées du *Livre Blanc de la psychiatrie française* de 1965, 1966 et 1967

Au milieu des années 1960, la psychiatrie apparaît dans une situation paradoxale. Le fait qu'elle ait manqué l'occasion de se moderniser dans le cadre de la

¹ Ayme, *Chroniques de la psychiatrie publique*, op. cit., p. 94.

² Voir en particulier les commentaires de Ayme : *Ibid.*, p. 95.

réforme Debré fait en effet encore davantage ressortir le caractère archaïque de ses institutions. Pour autant, cela ne l'empêche pas de connaître un développement important si on la compare au reste de la médecine. Que ce soit sur le plan intellectuel et technique, ou sur un simple plan démographique, la psychiatrie vit en effet dans les années 1960 une sorte de décennie dorée, qui se traduit directement par la place qu'elle commence à prendre dans la société et la culture française. C'est précisément le constat de cet écart qui décide un petit groupe à organiser une grande manifestation pour dresser un bilan de ce qu'est la psychiatrie, de ses orientations et de ses perspectives. Ce seront les Journées du Livre Blanc de la Psychiatrie Française, qui de 1965 à 1967 vont constituer sous les auspices de la Société de l'Evolution Psychiatrique et sous l'impulsion de Henri Ey le grand événement de la psychiatrie du milieu des années 1960. Les Journées vont permettre aux psychiatres de repenser en profondeur son organisation et ses moyens d'action pour proposer une nouvelle représentation de leur spécialité et finalement la refonder. Avant d'examiner ces différents éléments, il faut toutefois d'abord revenir plus précisément sur le contexte.

Le contexte

Après l'échec de l'intégration de la neuropsychiatrie dans la réforme hospitalo-universitaire, le courant des années 1960 va voir apparaître, réapparaître, ou, plus souvent, se poser de manière nouvelle une série de problèmes importants pour la profession, qui vont occuper activement les psychiatres et divers segments de l'Etat jusqu'à la fin de la décennie. En dehors du problème spécifique de l'organisation du dispositif de soin, sur lequel je reviendrai dans la prochaine partie, trois d'entre eux sont véritablement révélateurs des transformations de la psychiatrie et vont être à l'origine des évolutions de ses structures.

Le premier, sous l'impulsion du ministère de la Justice, est la relance du processus de réforme de la loi de 1838, en sommeil depuis la Libération. C'est une affaire d'abus de pouvoir d'un infirmier sur une patiente placée sous sa responsabilité à l'hôpital psychiatrique de Toulouse, dans un climat de relations par ailleurs délétère entre le corps médical de l'établissement et sa tutelle, qui paraît avoir été l'élément déclencheur. Une commission est créée la fin de l'année 1963, placée sous la présidence d'un conseiller à la Cour de cassation. Si elle ne comprend pas la participation des

instances de représentation des psychiatres, y sont toutefois nommés certains psychiatres fortement engagés dans le secteur. Le mandat de la commission est toutefois limité à la réforme du statut du malade hospitalisé, soit à la protection des biens et au régime du placement, et elle ne s'intéressera pas directement à l'organisation du dispositif de soin.

Plus brûlant est le problème du statut des médecins des hôpitaux psychiatriques¹. Au lendemain de la réforme hospitalière et de la parution des textes réglementant le plein-temps hospitalier en août 1961, les médecins des hôpitaux psychiatriques s'engagent dans des négociations avec le ministère de la Santé pour que leur soit accordé le même statut. Depuis la fin de la décennie 1950 les psychiatres bénéficiaient d'une prime complémentaire versée par les caisses des Sécurité sociale, fonction de l'activité des établissements, mais certaines menacent de couper le versement de la prime. L'obtention du plein-temps permettrait de régler l'ensemble du problème, en même temps que d'augmenter significativement leur rémunération. Les changements dans l'administration du ministère de la Santé, puis l'opposition du ministère des Finances conduisent toutefois rapidement à un enlisement des négociations. Dans la seconde moitié de la décennie, ces blocages conduiront les médecins des hôpitaux psychiatriques à une série d'actions – grève des concours, de certaines prises en charge ou de certains actes – qui parviendront à un apogée au moment des grèves de mai 1968.

Un troisième problème concerne l'évolution de la qualification et de la formation des psychiatres, et plus généralement celle des carrières psychiatriques ou neuropsychiatriques. Au début des années 1950, on s'en souvient, le problème de la qualification des spécialistes avait été réglé par l'activité de commissions de qualification placées sous l'autorité du conseil de l'Ordre des médecins. Il semble qu'au début des années 1960, celles-ci aient durci leurs critères, refusant de plus en plus fréquemment la qualification aux anciens internes des hôpitaux psychiatriques². Les protestations des médecins des hôpitaux psychiatriques conduisent le ministère de l'Éducation Nationale à leur accorder une série d'équivalences : en 1963 aux internes des hôpitaux psychiatriques de la Seine et de certains hôpitaux psychiatriques ayant

¹ Sur ce point, à nouveau voir le récit très détaillé de Ayme : *Ibid.*, p. 105 sq.

² Bonnamour, P., "La psychiatrie française", *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, VII, n° 1, 1967, pp. 27-31.

effectué un stage en neurologie¹, puis en 1965 aux médecins des hôpitaux psychiatriques pouvant justifier de cinq ans d'ancienneté et d'un stage de neurologie de six mois². Ces mesures ne lèvent pas toutes les difficultés. Au milieu de la décennie un contingent important de membres du cadre reste non qualifié au sens de l'Ordre : selon une enquête de 1966, à cette date le Cadre ne compte que 297 qualifiés pour 565 membres, soit 52,6 %, et les auteurs de l'étude notent que la part des non qualifiés, indépendamment du délai de cinq ans imposé pour obtenir l'équivalence, est relativement plus faible parmi les promotions les plus récentes³. Au milieu des années 1960 coexistent ainsi deux modes d'accréditations, par le médecin des hôpitaux psychiatriques et par la procédure de qualification, qui ne se superposent que partiellement.

Ces difficultés surviennent par ailleurs dans un contexte où la psychiatrie commence à jouer un rôle de plus important dans la société française des années 1960, et où la neuropsychiatrie, au sens large, tend à devenir un segment particulièrement dynamique au sein de la médecine. De 1952 à 1965, la population des neuropsychiatres a vu ses effectifs être multipliés par plus de deux. Par comparaison, la croissance du corps médical dans son ensemble n'a été sur la même période que de 50% – et celle de la population française de 16%. Dans l'ensemble des spécialistes, les neuropsychiatres forment l'un des groupes qui connaît la plus forte croissance – derrière toutefois la pédiatrie, la cardiologie et la gastro-entérologie -, et la neuropsychiatrie a gagné deux places dans le classement des spécialités. L'essor de la spécialité peut également se mesurer à l'engouement qu'elle suscite chez les anciens internes des hôpitaux de Paris : 3,8% des spécialistes formés dans l'entre-deux-guerres par l'internat de Paris s'y consacrent exclusivement ou non, mais ils sont 6,8% pour ceux formés entre 1939 et la fin des années 1950, dans un contexte de croissance globale de la part des anciens internes à adopter une pratique spécialisée⁴.

Dans les villes, l'essor de la spécialité est largement lié au développement des psychothérapies, et tout particulièrement celui de la psychanalyse, bien que cet aspect

¹ Arrêté du 26 mars 1963.

² Arrêté du 6 juillet 1965.

³ Bui Dang Ha Doan, J. et al., "Démographie de la psychiatrie française", *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, VI, n° 3, 1966.

⁴ Bui Dang Ha Doan, J., "Les anciens internes des hôpitaux de Paris et leur devenir", *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, IV, n° 3, 1964, pp. 85-113.

soit difficile à documenter¹. Cette pratique concerne en priorité les névroses, et en particulier la dépression qui devient progressivement la nouvelle maladie de civilisation², ou plus largement les « problèmes personnels », avec l'essor du conseil³. Le mouvement correspond également à une extension vers des populations qui restaient relativement marginales jusque là dans la psychiatrie, en particulier les enfants. Un autre aspect quantitativement moins important, mais néanmoins révélateur d'un certain nombre de repositionnement, est l'essor de la médecine psychosomatique, sur laquelle il faut dire quelques mots. Si l'idée d'un rôle des facteurs psychologiques dans la maladie est banal dans les années 1930⁴, l'introduction du terme de psychosomatique après la guerre correspond à la fois à une reconfiguration de la question, et à la formation de petits noyaux de praticiens autour d'approches nouvelles d'un certain nombre de problèmes médicaux. Le mouvement psychosomatique correspond en effet dans un premier temps à des initiatives variées, reposant sur des approches théoriques concurrentes, du pavlovisme à la psychanalyse, et une diversité de techniques, de l'accouchement sans douleur à la relaxation ou l'hypnose, en passant par les psychothérapies brèves. Le premier centre de médecine psychosomatique en France est créé en 1950 au sein de l'hôpital psychiatrique de Villejuif, auprès du service de Marcel Montassut. En 1956 une tentative d'unifier le champ est lancée avec la création d'une Société de Médecine Psychosomatique, sous l'impulsion de deux psychanalystes, Michel Sapir et Léon Chertok, et du patron de ce dernier, Pierre Aboulker, chirurgien urologue à Cochin, qui apporte sa caution au mouvement. On y trouve également des psychiatres comme Charles Brisset, proche de Ey⁵. La psychosomatique correspond ainsi à un nouveau rôle du psychiatre par rapport au reste de la médecine, où celui-ci apparaît comme le conseil de ses collègues somaticiens, les malades lui étant le plus

¹ Une enquête de 1966 dénombre, sur 1500 neuropsychiatres qualifiés ou médecins des hôpitaux psychiatriques, 80 psychanalystes inscrits sur les listes des sociétés de psychanalyse, dont les deux tiers résidant à Paris. Le chiffre sous-évalue toutefois largement la réalité, les sociétés de psychanalyse ayant une politique d'adhésion extrêmement sélective. Cf. Bui Dang Ha Doan et al., "Démographie de la psychiatrie française" La même année Ey dénombre, sur 1300 neuropsychiatres, 150 psychanalystes d'exercice exclusif, sans donner l'origine de ses chiffres. Ey, H., "Ouverture des Journées", *Livre Blanc de la Psychiatrie Française. Tome 1*, Toulouse, Edouard Privat, 1966.

² Ehrenberg, A., *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob, 1998.

³ Abbott, A., *The system of Professions*, Chicago, University of Chicago Press, 1988, ch. 10.

⁴ Weisz, G., "A Moment of synthesis: Medical holism in France between the Wars", in C. Lawrence et G. Weisz (dir.), *Greater than the parts: holism in biomedicine, 1920-1950*, New York, Oxford University Press, 1998.

⁵ Brisset, C., "Introduction à l'étude de la médecine psychosomatique", *Revue de médecine psychosomatique*, I, n° 1 et 2, 1959, pp. 7-21 et 115-127.

souvent adressés après un échec des prises en charge classiques. On reviendra sur ce point.

Dans l'immédiat, cette situation d'ensemble révèle surtout l'ambiguïté de la position des médecins des hôpitaux psychiatriques dans la spécialité. Les médecins des hôpitaux psychiatriques constituent un groupe particulièrement dynamique dans l'ensemble des spécialistes en psychiatrie ou neuropsychiatrie au sens large. Avec le secteur, ils ont fait la preuve de leur capacité à repenser leurs structures aussi bien que leur métier, et disposent d'un projet en phase avec l'essor de leur spécialité. En 1966 un numéro spécial de *l'Information Psychiatrique* sur « le psychiatre » propose ainsi une série d'analyses qui le décrivent non plus seulement comme un thérapeute, mais comme un professionnel susceptible de s'engager dans des activités diverses, à la tête d'équipes variées et en relation avec une pluralité de professionnels¹. L'administration a du reste décidé de les suivre sur cette voie en leur accordant sinon des moyens, du moins du personnel. Entre 1952 et 1966, les effectifs du groupe ont ainsi été multipliés par plus de 3, passant de 179 à 565. Sur 565 médecins des hôpitaux psychiatriques en 1966, près de 250 sont entrés dans le cadre depuis 1960. Alors que les médecins des hôpitaux psychiatriques comptaient pour 27% des neuropsychiatres en 1952, ils forment 38% du groupe en 1966.

Surtout, les hôpitaux psychiatriques jouent un rôle majeur dans la formation des neuropsychiatres. Au milieu des années 1960 les universités ne parviennent en effet à former qu'un petit nombre de certifiés, alors que l'internat des hôpitaux psychiatriques constitue un vivier de psychiatres en formation. A Paris, une enquête pour le *Livre Blanc de la psychiatrie* dénombre, pour la période 1958-1964, 34 lauréats du CES, comparés à plus d'une centaine d'anciens internes des hôpitaux psychiatriques². Des données pour l'année 1963 comptent, parmi 1182 qualifiés en neuropsychiatrie et médecins des hôpitaux psychiatriques, 645 anciens internes des hôpitaux psychiatriques, dont 407 des hôpitaux psychiatriques de la Seine³. Dans cette même enquête, seuls 251

¹ *Information psychiatrique*, 1966, 42, n° 2.

² Green, A. et al., "Enseignement de la psychiatrie et formation du psychiatre", *Livre Blanc de la Psychiatrie Française. Tome 1*, Toulouse, Edouard Privat, 1966, pp. 17-74, ici p. 30.

³ Bertheliet, R., "Nombre et répartition des neuro-psychiatres en France", *Perspectives psychiatriques*, n° 7, 1964. En raison toutefois de l'absence de recensements réellement fiables durant les années 1960 il ne faut pas prendre le chiffre des qualifiés en exercice trop au pied de la lettre, et du reste les chiffres varient beaucoup d'une enquête à l'autre. Sur ce point voir les remarques méthodologiques de : Bui Dang Ha Doan et al., "Démographie de la psychiatrie française", *op. cit.*

neuropsychiatres possèdent le CES à l'exclusion de tout titre hospitalier. A l'inverse, sur les 407 anciens internes des hôpitaux psychiatriques de la Seine en activité, 238, soit plus de la moitié, exercent dans le secteur privé. A Paris, ils sont 50% des psychiatres et neuropsychiatres parisiens, tout modes d'exercice confondus. L'internat des hôpitaux psychiatriques de la Seine apparaît au demeurant comme un concours hautement sélectif et prisé, d'un niveau comparable à l'internat des villes de facultés : en 1960 pour 25 places mises au concours, il y avait 141 candidats¹. Une conséquence de ces mouvements est l'émergence d'un segment important de la profession exerçant en dehors des hôpitaux psychiatriques, mais constitué d'anciens internes de ces établissements, souvent formés par Henri Ey, et attachés à la définition de la psychiatrie portée par celui-ci, par opposition à la neuropsychiatrie enseignée à l'université. Plus largement, l'ensemble de ces données expliquent que les psychiatres soient de plus en plus mal à l'aise avec l'organisation de leur spécialité.

Les conditions d'un travail commun

Ce malaise est à l'origine des Journées du Livre Blanc, dont Henri Ey est l'initiateur et le maître d'oeuvre. Les Journées marquent un moment essentiel dans l'histoire de la psychiatrie de l'après-guerre. C'est Ey lui-même qui introduira et animera l'ensemble des débats aux cours des différents moments de la manifestation. Dans son introduction aux premières Journées, Ey signale que le point de départ de la rencontre est une « demande » des internes et des « jeunes médecins » souhaitant s'engager dans une carrière en psychiatrie, faisant état de leur perplexité à l'égard des « possibilités [de carrière] qui sont offertes et [des] difficultés qui s'opposent à cette demande »². Pour Ey le fond du problème réside dans le contraste entre l'importance des besoins en spécialistes de la psychiatrie, qui devraient être plusieurs milliers au lieu des 1300 recensés par l'Ordre, et la pénurie actuelle autant que les obstacles mis sur la voie de ceux qui veulent devenir psychiatres – sélection draconienne des filières de formation et de qualification, mais aussi conditions d'exercice misérables des médecins des hôpitaux psychiatriques. Mais pour répondre au problème, il faut « que soient bien posées et si possible résolues une série de questions dans l'insatisfaction de la demande

¹ Bertheliet, "Nombre et répartition des neuro-psychiatres en France", *op. cit.*

² Ey, "Ouverture des Journées", *op. cit.*

qui émane de la masse des malades et de leur famille, des organismes de Sécurité sociale et des administrations qui ont la charge de la santé mentale, de la formation et du recrutement des médecins, et des médecins eux-mêmes qui ont choisi ou voudront choisir cette grande branche d'activité de la médecine, de quelque nom qu'on l'appelle qui est destinée à soigner les malades mentaux. » Or, précisément, si la psychiatrie a progressé dans le sens d'un rapprochement avec la médecine, Ey pointe le risque d'un éclatement nouveau de la spécialité, tiraillée entre les CHU et les institutions psychanalytiques, toutes à l'écart des institutions traditionnelles de la psychiatrie, mais qui l'entraînent dans deux directions contradictoires, l'une s'établissant à l'écart de la médecine, l'autre à l'inverse s'engageant dans une définition technicienne de la médecine. Ce dont il s'agit ainsi pour Ey, c'est de refonder l'unité de la psychiatrie sur un « ordre » nouveau, « équilibré et judicieusement calculé ».

Symboliquement, Ey place la manifestation dans la suite des Journées Psychiatriques de 1945 et 1947, mais, au milieu des années 1960, l'enjeu apparaît très différent. Si en 1945 il s'agissait de mettre en forme une série de propositions pour réformer les structures de la psychiatrie, et singulièrement l'hôpital psychiatrique, cette fois il s'agit plus profondément de tenter d'élaborer une nouvelle représentation de la spécialité, pour en proposer une réorientation d'ensemble, alors que ce qui rassemble ses membres apparaît plus incertain. La forme du *Livre Blanc* marque au demeurant la nouveauté de l'initiative : reprise à la diplomatie, elle est en effet au début des années 1960 une innovation dans l'univers des relations professionnelles¹.

Les participants aux réunions du Livre Blanc représentent de fait des psychiatres engagés dans tous les modes d'exercice – internes et médecins chefs, psychanalystes et non psychanalystes, praticiens libéraux, médecins des hôpitaux psychiatriques et médecins de cliniques privées, universitaires et médecins des hôpitaux. C'est la Société de l'Evolution Psychiatrique qui a fourni le gros des participants à la manifestation,

¹ C'est au lendemain de la seconde guerre mondiale que la forme Livre Blanc est reprise progressivement par des organisations non gouvernementales, notamment par une Commission internationale contre le régime concentrationnaire qui publie quatre livres blancs entre 1951 et 1953 : sur les camps de concentration soviétiques, sur la détention politique en Tunisie, sur les camps d'internement en Grèce, sur le système pénitentiaire espagnol. C'est toutefois au début des années 1960 que le concept est sorti du contexte diplomatique pour être repris par des organisations syndicales. En 1962 la section parisienne du Syndicat national de l'enseignement secondaire-F.E.N rédige un Livre Blanc sur les conditions de la rentrée 1963 et surtout en 1965 un ensemble d'organisation agricoles, comprenant la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles, le Centre national des jeunes agriculteurs, la Confédération nationale de la mutualité agricole, font paraître un Livre blanc des organisations professionnelles agricoles.

mais des invitations ont également été lancées à l'ensemble des groupements intéressés par les question de psychiatrie, qu'ils soient syndicaux ou savants. La notoriété acquise par Ey, organisateur du premier congrès mondial de psychiatrie en 1950, puis rédacteur en chef du volume psychiatrie de l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale à partir de 1955 et coauteur en 1960 d'un *Manuel de psychiatrie* qui est rapidement devenu une référence, est également pour beaucoup dans l'importance que prendra la manifestation. Ey s'est par ailleurs efforcé, manifestement pour assurer la représentativité de la réunion, de donner la parole à des personnalités éloignées de ses positions, des enseignants à la faculté de médecine de Paris ou des médecins de cliniques privés. La présence de représentants des ministres de la santé et de l'éducation, ainsi que du garde des sceaux, assureront par ailleurs le parrainage de l'Etat. Le *Livre Blanc* va ainsi permettre à ces praticiens de travailler ensemble et de parvenir à une vision partagée de la psychiatrie, en proposant à la fois une vision de son ancrage dans la médecine et dans la société, une série de perspectives sur son organisation comme groupe professionnel et une définition de son objet et de ses outils intellectuels. En ce sens, le *Livre Blanc* va se révéler être un puissant outil de transformation de la psychiatrie, dont l'efficacité est largement liée à l'organisation mise en place par ses responsables.

Ce travail va en effet s'échelonner sur trois années, ponctuées par trois rencontres plénières à un an d'intervalle, et au cours desquelles seront réunis de nombreux groupes de travail. La durée de l'entreprise témoigne qu'elle correspond bien à un travail de synthèse et de mise en accord des positions, et qu'elle ne se cantonne pas à l'expression de revendications toutes faites. Les discussions des Journées s'organisent de fait selon une procédure complexe, à partir de l'élaboration, la discussion et la réélaboration d'une série de rapports qui établissent un diagnostic consensuel de la situation de la discipline, et dont le résultat sera une série de motions constituant une plate-forme de revendications. C'est probablement Ey qui a décidé de cette forme, qui a par ailleurs été adaptée au fil de l'avancée des travaux¹. Dans un premier temps, en 1965, ont été commandés des rapports à des membres de l'Evolution Psychiatriques sur une série de thèmes couvrant l'ensemble des questions intéressant la discipline. La première réunion s'organise autour de la présentation des rapports et aboutit à la mise en place de nouveaux groupes de travail, dont les conclusion sont présentées et

¹ Les troisièmes Journées, en particulier, n'avaient pas été prévues initialement. Cf. Ey, "Ouverture des Journées", *op. cit.*, p. 3.

discutées au cours des deuxièmes journées, en mars 1966. Dans un troisième temps enfin, un nouveau groupe de personnalités se voit confier la rédaction de nouveaux rapports de synthèse, dont la discussion occupera les troisièmes Journées en juin 1967, aux cours desquelles sont également élaborées et votées 29 motions¹.

Les discussions du Livre Blanc et le travail engagé par les psychiatres autour de la représentation de leur discipline marquent une étape clef pour la psychiatrie dans son ensemble et pour le secteur lui-même. La politique de secteur, ses perspectives et son orientation, sont en effet un enjeu important des discussions des psychiatres, qui sont toutefois partagés sur le sens à lui donner. En même temps, tous sont d'accord pour considérer que l'essor de la spécialité repose sur l'unification de ses structures d'enseignement, et en particulier sur l'intégration des internats des hôpitaux psychiatriques dans le dispositif de formation, et par là sur la reconnaissance du secteur comme fondement de son organisation. A l'issue du processus, les psychiatres s'accorderont ainsi, provisoirement au moins, sur l'importance du secteur pour marquer la spécificité de la spécialité. Cela aura nécessité toutefois une réévaluation du sens de la sectorisation et par une nouvelle formulation de ses enjeux pour la psychiatrie.

Un état des lieux : les diverses facettes de la psychiatrie

Les rapports rédigés pour les premières Journées de juin 1965, qui constituent le premier tome du *Livre Blanc*, dressent un tableau d'ensemble de la psychiatrie par touches successives : formation et enseignement ; organisation de la psychiatrie publique et privée ; rapports de la psychiatrie et de la médecine ; thérapeutiques biologiques, psychothérapie et psychanalyse ; recherche, publications, sociétés ; et enfin rapports avec l'administration et la Sécurité sociale. A chaque fois, les rapports ont été préparés par des psychiatres souvent jeunes et à l'issue d'un travail en commission durant l'année précédente. Dans l'ensemble, ils se présentent comme un bilan aussi

¹ Les comptes rendus des Journées du Livre Blanc ont été publiés sous la forme de trois volumes en supplément de *l'Evolution psychiatrique* en 1966, 1967 et 1968 : le premier reprend les rapports rédigés pour les premières journées ; le second, les débats des deuxièmes journées ; le troisième les rapports et les motions votées au cours des troisièmes journées. *Livre blanc de la Psychiatrie française. Tome 1. Rapports présentés aux Journées Psychiatriques. Paris 19-20 juin 1965*, Toulouse, Edouard Privat, 1966 ; *Livre Blanc de la Psychiatrie Française. Tome 2. Deuxièmes Journées psychiatriques. Paris 5-6 mars 1966. Discussion des rapports présentés aux Premières Journées psychiatriques*, Toulouse, Privat, 1967 ; *Livre Blanc de la Psychiatrie Française. Tome 3. Troisièmes journées psychiatriques. Paris 3-4 juin 1967. Conclusions*, Toulouse, Edouard Privat, 1968.

objectif que possible de l'existant, un diagnostic des problèmes de la spécialité et éventuellement des perspectives pour y faire face.

Le premier rapport du volume, sur « enseignement de la psychiatrie et formation du psychiatre », est aussi le plus ambitieux¹. Il a été rédigé par Dric Martin et André Green, et il est également signé par Paul Sivadon, dont la contribution a toutefois été minimale. Né en 1927, ancien interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, ancien chef de clinique en psychiatrie et figure montante de la psychanalyse, Green jouera un rôle important tout au long des journées. Beaucoup plus long que les autres rapports du volume – soixante pages, alors que la plupart ne dépassent pas une vingtaine de pages – il est également le seul à développer à ce stade des Journées un plan d'action et des propositions cohérentes, reposant sur une vision globale du problème qu'il s'agit de régler. Plus largement, il constitue une analyse fondatrice, qui sera le premier acquis du Livre Blanc, et surtout organisera la réflexion des psychiatres pour les années à venir sur les questions de formation.

Le problème est posé à partir des « besoins » en psychiatrie dans les pays développés et d'un constat de pénurie en France. Le rapport reprend les analyses et les données du 12^{ème} rapport du Comité d'experts de la santé mentale de l'OMS, publié en 1963, et qui pour la première fois dressait un bilan comparé de la population de psychiatres dans le monde : avec 2,5 psychiatres pour 100 000 habitants, la France se situe bien en deçà des chiffres de certains pays développés, 8 pays disposant de plus de 4 psychiatres pour 100 000 habitants – dont les Etats-Unis où l'on compte 7 psychiatres pour 100 000 habitants². Pour les auteurs, il s'agit donc trouver les moyens de « produire », selon leur expression, les psychiatres manquant, et pour cela de corriger ce qui peut l'être dans le mode de recrutement actuel. Le rapport commence ainsi par dresser un tableau d'ensemble des voies d'accès à la psychiatrie, en distinguant les modes de sélection et le contenu des formations. Aux deux filières des internats et du Certificat d'Etude Spéciale, à la qualification par l'ordre et au médicament des hôpitaux psychiatriques, les rapporteurs ajoutent la formation à la psychanalyse, dont ils notent qu'elle n'est certes pas une formation médicale, mais qu'elle permet néanmoins

¹ Green et al., "Enseignement de la psychiatrie et formation du psychiatre", *op. cit.*

² Veil, C., "Nombre de médecins psychiatres. Données étrangères", *Livre blanc de la psychiatrie française. Tome 3*, Toulouse, Edouard Privat, 1968, pp. 17-23.

« d'avoir une activité psychiatrique ou du moins psychothérapeutique »¹. Au passage, le rapport constate également la faiblesse des « zones de contact avec la psychiatrie » au cours des études médicales, limitées à un cours de psychologie médicale durant les premières années du cursus et à un stage optionnel pendant l'externat, qui signale bien la place marginale de la psychiatrie en médecine – et contribue à éloigner les médecins de la spécialité. Après avoir passé en revue pour chaque filière les programmes et les critères d'évaluation, ils aboutissent à deux conclusions, l'insuffisance quantitative du système, chaque mode de sélection correspondant à un « goulot d'étranglement » ; et surtout l'hétérogénéité des critères utilisés par les différents modes de sélection. D'où plus largement le constat, qui vaut pour la spécialité dans son ensemble : « il n'y a en France aucune définition officielle unique du psychiatre, ni en terme de savoir (psychiatre ou neuro-psychiatre), ni en terme d'apprentissage (hospitalier ou universitaire), ni en terme de champs d'exercice (public ou privé). Il n'existe aucune norme : on sélectionne par des procédures différentes des psychiatres différents pour des besoins différentes, comme si la psychiatrie était d'existence douteuse, zone mythique où se rejoignent neurologie, psychologie et sociologie. »

Dans un second temps, le rapport fait un certain nombre de propositions pour refonder l'enseignement de la psychiatrie, et notamment un programme de formation, ainsi qu'une série de mesures structurelles. Pour cela, les rapporteurs procèdent d'abord à un examen du statut et de la place des savoirs en psychiatrie et en médecine. Alors qu'en médecine il existe une articulation forte, dans la clinique, entre l'enseignement des savoirs et la formation à l'exercice du métier, en psychiatrie la relation est plus complexe. Selon Sivadon et ses collègues, les savoirs psychiatriques peuvent en effet être distingués en trois catégories. La première correspond à ce qu'ils appellent les « savoirs médiats », issus des sciences au sens large, soit la biologie, mais aussi la sociologie et la psychologie. Si ces savoirs sont en médecine des « savoirs fondamentaux », qu'il faut acquérir dès le début des cursus, en psychiatrie au contraire, « chacune de ces sciences est séparément utilisable à propos des faits psychiatriques qu'elles permettent d'étudier selon une optique propre, qu'elles permettent de classer dans une série particulière ». Du même coup ces sciences ne sont pas « un savoir préliminaire préparant et expliquant l'étude des faits psychiatriques » et « il y aura

¹ Green et al., "Enseignement de la psychiatrie et formation du psychiatre", p. 23.

toujours une médiation supplémentaire, qui est l'organisation du fait psychiatrique ». C'est ce qui justifie qu'elles ne devraient être enseignées que tardivement dans le cursus, et à titre d'information davantage que de formation. Le deuxième type de savoirs correspond au savoir « nosographico-clinique », « qui est fait de la somme de connaissances historiques et actuelles concernant la psychiatrie : découpages nosographiques, entités et syndromes, conceptions pathogéniques, modes d'abord de la maladie mentale, etc. » Or ce savoir est marqué par des méthodes, des « modes de pensée » très différents selon les écoles psychiatriques. Bien loin de trancher entre ces approches, l'enseignement de ces savoirs devrait « chercher à comprendre le sens de cette diversité », et plus largement « à en tirer parti en étudiant les rapports de ce savoir à la pratique » : par exemple leurs fonctions de « lecture des faits du monde », de « communication » ou de « réassurance » pour le praticien ou l'étudiant.

Un troisième type de savoir, enfin, est constitué de « la connaissance de l'individu qui est devant soi ». Il repose sur « un travail d'analyse implicite à travers l'identification, une activité sémantique intense qui peut faire l'objet d'une théorisation ». C'est ce savoir, indépendant des deux précédents, qui constitue la véritable originalité de la psychiatrie, et c'est pour l'acquérir que la formation du psychiatre doit être d'abord un apprentissage pratique, et davantage, une formation personnelle, qui ne peut se faire qu'en exerçant une fonction d'interne ou équivalente. Au-delà de la position épistémologique, ce qui importe ici c'est la conclusion que la formation doit avant tout correspondre à un engagement dans le travail psychiatrique, et que le futur praticien doit, au long de son cursus, être amené à entrer en contact avec l'ensemble des institutions dans lesquelles il aura éventuellement à exercer. Le rapport institue donc les lieux de soins, entendus dans le cadre du secteur, comme les principaux lieux de la formation et de l'enseignement. Si cette position reprend des thèmes présents, on l'a vu, dès la Libération dans certains écrits des psychiatres, il en propose néanmoins une théorisation plus explicite et aussi plus radicale. Par là il met en place les éléments de base de l'attitude que les psychiatres adopteront vis-à-vis de l'université dans les années qui suivront.

Avant d'y venir, poursuivons l'examen des rapports de ces premières Journées. A côté de la synthèse réalisée par le rapport de Green, Martin et Sivadon, les autres rapports forment un tableau plus pointilliste. Dans leur diversité ils reflètent pourtant

bien le rapport des forces à l'intérieur de la spécialité et permettent de saisir quelques unes des lignes de fracture qui organiseront la suite des débats. Pour ce qui concerne la psychiatrie publique, quatre rapports examinent successivement le problème de « la réorganisation de l'assistance psychiatrique », c'est-à-dire le secteur, celui de la « pratique institutionnelle et traditionnelle », le « problème législatif », et la psychiatrie de l'enfant. Chapeautant d'une certaine manière l'ensemble, le rapport sur la législation psychiatrique, rédigé par Hubert Mignot, propose en fait une analyse de la signification de l'intervention de l'Etat en psychiatrie¹. Le rapport constate que trois exigences justifient l'existence d'une législation dans le domaine des maladies mentales : l'encadrement des soins sans consentement, celui de la gestion de l'incapacité, et l'organisation du dispositif de soins. Mignot reprend bien ainsi le découpage proposé par les psychiatres à la Libération. Toutefois il ajoute que ces trois questions ne sont la plupart du temps pas spécifiques à la psychiatrie : « La question des soins et de l'hospitalisation imposée ne se pose pas seulement pour les malades mentaux ; la protection des biens intéresse d'autres catégories d'incapables ; l'organisation de la psychiatrie de secteur public est un problème sanitaire parmi les autres. » En ce sens elles ne doivent pas être traitées par un texte unique, dans une nouvelle « loi sur les aliénés », mais doivent être réglées dans le cadre de texte de portée générale, abordant les problèmes tels qu'ils sont susceptibles de se poser dans l'ensemble du champ sanitaire. Enfin, ces lois doivent être adaptées aux exigences des techniques de soin. C'est donc le praticien qui doit commander ses exigences au législateur : ainsi la contrainte de soin devrait être imposée par les seuls médecins soignants et non pas par un médecin qui renoncerait à soigner le malade ; le médecin doit par ailleurs en rendre compte directement au pouvoir judiciaire. Ainsi, tout en reprenant un grand nombre des idées forces de la Libération, le texte de Mignot marque bien une évolution des rapports entre les psychiatres et l'Etat depuis 1945.

Le rapport sur le secteur a été confié à un jeune médecin des hôpitaux psychiatriques, Michel Audisio, qui propose une sorte de théorisation rétrospective des développements du mouvement réformateur depuis 1945. L'analyse s'arrête à la circulaire sur le secteur, dont il note de manière un peu optimiste qu'elle « prend la valeur d'une loi-cadre », et qui apparaît comme l'aboutissement d'un processus de

¹ Mignot, H., "Le problème législatif", *Livre blanc de la psychiatrie française. I. Rapports présentés aux Journées Psychiatriques. Paris 19-20 juin 1965*, Toulouse, Privat, 1965, pp. 103-116.

moyenne durée, reposant sur deux mouvements conjoints. D'un côté, la critique de l'hôpital psychiatrique, qui souffrait d'un mal essentiel, « la confusion des lieux de soins et d'assistance » :

Cette indifférenciation de l'assistance et des soins a toujours été un facteur d'encombrement des services hospitaliers psychiatrique, de dégradation de la qualité des soins et d'inhumanité relative vis-à-vis de la population des malades chroniques qui ne donnent plus lieu qu'à des mesures d'assistance. Il a été montré comment ce dépérissement fatal d'une institution hospitalière a mis les utilisateurs dans l'obligation de trouver constamment des formules nouvelles et originales de renouvellement des modes de soins et d'assistance ; par ce véritable suicide de l'asile psychiatrique traditionnel, la psychiatrie s'est progressivement donnée les moyens d'agir avec une bien meilleure rentabilité thérapeutique.

Mais d'un autre côté, le secteur s'est imposé en raison même d'une nécessité technique, à savoir celle de concilier « les exigences contradictoires d'une relation psychothérapeutique individuelle et d'un appareil de santé publique capable d'action rentable. » Le secteur est ainsi apparu comme un moyen « qui permette à un collectif soignant d'assumer personnellement la continuité de soins des malades qui entrent dans son champ d'action » et fondamentalement c'est dans ce principe que réside tout le sens du mouvement réformateur : « Toute notre volonté de réforme passe par là ; c'est l'aspect le plus important ; c'est la condition même de la rentabilité d'une nouvelle formulation originale de l'exercice psychiatrique public. » Au cœur de ces deux mouvements se trouve ainsi un même enjeu, la rentabilité thérapeutique des institutions psychiatriques : c'est au nom de ce principe qu'en fin de compte le rapporteur justifie le secteur, en dépit du coût de sa mise en place. Mais plus largement, le principe de la rentabilité thérapeutique lui paraît également constituer la base d'un rapprochement possible de la psychiatrie publique et de la psychiatrie privée :

Il apparaît que ces propositions fonctionnelle dont on vient de voir toute la valeur tendent à renvoyer l'appareil public vers des conceptions techniques qui rejoignent celles des institutions privées, c'est-à-dire : contrôle de l'ensemble du système par une équipe unitaire formée sur le principe de la cooptation de ses éléments. Il y a là certainement un problème d'application de la réforme projetée, à partir du moment où un service public a aussi l'exigence contradictoire de devoir assumer la totalité de la demande, c'est-à-dire d'être conçu pour couvrir l'ensemble du territoire national. Mais il peut être répondu qu'un tel service public doit aussi être rentable et efficace et que le fait qu'il

s'achemine vers des principes fonctionnels d'une médecine individualiste de type privé pourrait fort bien être considéré comme la meilleure garantie que ce système d'assistance et de soins est valable et répond aux critiques d'actualité qui sont inmanquablement dirigées vers toute entreprise de médecine sociale publique.

Avec le secteur, la psychiatrie publique adopte donc un certain nombre de principes d'évaluation et de fonctionnement de son homologue privée. L'hommage est sincère, mais il n'est pas certain qu'il suffise pour rendre le secteur attractif. C'est ce que suggèrent en tous les cas les rapports sur la pratique privée en cabinet ou en clinique, qui suivent celui d'Audisio. A rebours de cette vision œcuménique, les rapporteurs chargés de ces questions insistent en effet sur la spécificité de leur mode d'exercice, dont ils font la forme « privilégiée » d'exercice de la psychiatrie : « Il faut en effet constater que si la « sectorisation » tend à une prise en charge totale du malade sur tous les plans du début jusqu'à la fin, son efficacité est de ce fait réelle, mais elle se fait aux dépens de l'autonomie du sujet. Inversement, le psychiatre privé se fait un point d'honneur et d'intérêt à une prise en charge complète de son malade qui est aussi son client, parfois au détriment de l'efficacité. » Deux aspects font en fait la spécificité de la pratique privée, la dimension privée, secrète ou intime du recours au psychiatre, d'une part, qui a le plus souvent un rôle rassurant pour les malades, et d'autre part la dimension responsabilisante de la relation de clientèle, qui peut avoir un effet thérapeutique sur les malades. Pour autant, les auteurs n'excluent pas toute possibilité de collaboration. Les psychiatres libéraux peuvent en effet participer à l'orientation des clientèles vers les équipes de secteurs, en dirigeant vers elles les patients avec lesquels la relation ne peut se nouer en cabinet. A contrario, les psychiatres de secteur devraient s'efforcer de faciliter le transfert à leurs collègues libéraux leurs patients chaque fois que c'est possible. Dans les deux cas, le secteur public apparaît comme une institution de seconde ligne, réservée aux patients incapables de rester dans le giron de la psychiatrie privée en raison de la gravité de leurs problèmes proprement psychiatriques ou sociaux. C'est donc une vision nettement antagoniste de celle des médecins des hôpitaux psychiatriques qui est à l'œuvre ici, et c'est cet antagonisme qu'il va falloir résoudre dans la suite des journées.

Une série de trois rapports est consacrée aux relations entre psychiatrie et médecine. Le plus important examine le problème des relations entre « neurologie et

psychiatrie », mais il se contente en fait d'un rappel historique et épistémologique des origines des deux disciplines. Il est complété par deux rapports annexes, consacré pour l'un au mouvement psychosomatique et pour l'autre aux relations entre psychiatres et généralistes, qui constate en fait leurs difficultés à travailler ensemble. Trois autres rapports dressent une liste des différentes techniques thérapeutiques – biologiques, psychothérapeutiques et institutionnelles. Un rapport sur le contenu de la recherche en psychiatrie ne peut que constater l'éclatement du champ entre un « pôle somatobiologique », centré sur « l'étude du système nerveux central et des actions pathogènes directes ou indirectes qui peuvent s'exercer sur lui », et un « pôle psychopathologique », centré « sur l'étude des structures, organisations et désorganisations de la vie psychique », tandis qu'un rapport consacré aux institutions de la recherche et à leur organisation se contente de pointer les évolutions rapides du champ, en soulignant notamment les transformations du statut des sociétés savantes. Enfin, les rapports consacrés aux relations avec les administrations se contentent quant à eux de généralités sur les attributions des différentes administrations et les interventions qu'elles peuvent initier.

A l'issue des premières journées, les psychiatres ont ainsi dressé un état des lieux, mais qui constitue davantage un catalogue qu'une vision intégrée de la psychiatrie susceptible d'informer une représentation commune à l'ensemble de ses praticiens. Une raison en est le parti pris d'emblée d'affirmer la relativité des savoirs au fondement de la psychiatrie. Praxis plus que science, la psychiatrie ne se résume pas à un corpus scientifique, écrivent en substance Green et ses collègues. Mais du même coup la représentation de la spécialité peut reposer sur des configurations variées, et il n'est pas certain que soit justifié le découpage sur lequel reposent les Journées en réunissant des praticiens si variés. C'est ce qui explique qu'en dehors du problème de la formation, la lecture des rapports donne l'impression d'un éclatement des différents segments de la spécialité entre des modes d'exercice, des modes d'engagement dans les techniques thérapeutiques et des savoirs antagonistes. Pour trouver un terrain d'entente au-delà de la position de principe, le travail que les psychiatres vont devoir entreprendre est de construire des passerelles entre les différents constituants de la psychiatrie pour constituer une représentation unitaire de la spécialité. Pour cela il va leur falloir à la fois trouver un fil rouge dans les différents éléments présentés au cours de ces premières

journées et en dégager une perspective pour l'action psychiatrique. C'est ce à quoi vont s'attacher les discussions des deuxièmes Journées, en mars 1966.

Travailler ce qui rassemble et ce qui divise

En ouverture des deuxièmes Journées, en mars 1966, Ey propose une synthèse des discussions des premières Journées autour de trois « idées forces », qui vont également organiser les discussions telles qu'elles sont rapportées dans le deuxième volume du *Livre Blanc*¹ : la nécessité de la réforme de la loi de 1838, celle de la réorganisation des services psychiatriques autour du secteur et celle enfin de l'augmentation de la population des psychiatres. C'est le travail autour de ces trois grands thèmes qui va en fait permettre aux participants de jauger les oppositions, de faire émerger des points de convergence et finalement de constituer une plate-forme commune.

Un consensus : la réforme de la loi de 1838

Le premier des trois grands thèmes évoqués par Ey, le problème de la réforme de loi de 1838, est en fait celui autour duquel un consensus est le plus facile à obtenir. La discussion s'organise autour du projet en cours d'élaboration depuis 1963 sous l'impulsion du ministère de la Justice. Du reste le président de la commission chargée de mener la réforme représente le Garde de Sceaux aux Journées, mais lui-même ne prend pas la parole, et c'est l'un des psychiatres de la commission qui se charge de présenter l'état du projet. En introduction à la discussion, Ey marque à la fois le mécontentement de la profession de n'avoir pas été davantage associée aux travaux de la commission, notamment par une représentation des organisations professionnelles ou savantes en tant que telles, et sa satisfaction à l'égard de l'avancée des textes, grâce surtout au zèle des psychiatres associés à ce travail. Le projet a été scindé en deux volets indépendants, la protection des personnes, c'est-à-dire la procédure de soins sous contrainte, et la protection des biens, c'est-à-dire le problème de la tutelle. Globalement, des deux côtés, le texte réalise en effet la volonté des psychiatres de voir reconnue leur initiative dans la mise en œuvre des procédures, tout en désespécifiant l'application des

¹ Ey, H., "Exposé du Dr Henri Ey secrétaire général de l'Evolution psychiatrique", *Livre Blanc de la psychiatrie Française. Tome 2*, Toulouse, Edouard Privat, 1967.

mesures, en particulier en évitant de lier les deux mesures au séjour dans des établissements psychiatriques. Pour la protection des personnes, le texte est fondé sur le principe du consentement éclairé, et en cas de refus de la part du patient, il prévoit une procédure de signalement par le médecin qui doit alors envoyer un certificat aux autorités judiciaires. Ni le signalement, ni l'obligation de soin ne sont liés à un mode de prise en charge, et la procédure est applicable à tous les types d'établissement. Sur le plan de la gestion des biens, le projet prévoit la constitution de trois régimes : un régime de sauvegarde, transitoire, aux formalités très allégées ; un régime de curatelle, souple, le curateur étant désigné par le juge ; et un régime de tutelle, reposant sur une procédure lourde et proche de la procédure d'interdiction.

Les éclaircissements obtenus de la part des membres de la commission, les participants à la discussion constatent rapidement le consensus sur la question. Seul un médecin de clinique fait réellement entendre une voix discordante, en critiquant l'extension que le projet donne à la procédure de soins sous contrainte, notamment en la rendant applicable dans les établissements privés. Se référant explicitement à l'expérience du Service Libre d'Edouard Toulouse, il pointe que « le projet de réforme, s'il a un aspect limitatif et libérateur en ce qui concerne le régime de l'internement, a un aspect extensif en ce qui concerne les malades soignés actuellement en dehors de ce régime. La non obligation du secret médical réservée aux aliénés s'applique maintenant à tous les psychopathes et ceci à notre avis pose de très grave problèmes. »¹ Mais il ne dissimule pas le fait que certains malades peuvent être non consentants, et, pour les cas posant réellement problème, il propose l'intervention d'un médecin assermenté, chargé d'établir un certificat versé au dossier médical du patient, et conservé par le médecin traitant pour se justifier en cas de poursuites, de manière à couvrir en quelque sorte sa décision. La réponse que lui fait Ey est très significative :

Où que se trouve le médecin (hôpital psychiatrique, clinique privée, etc.) il a affaire à un malade mental. Ce malade est récalcitrant, il veut sortir alors que cette sortie comporte un danger pour lui ou pour autrui. Il est clair qu'il est dans le sens de notre action d'exercer sur ce malade cet ascendant, qui dans 95% des cas fait que par le miracle transférentiel du malade au médecin, ce malade obéit, sans qu'il soit nécessaire aucune intervention de la Loi. Le malade peut dire : « je suis libre », mais en fait il écoute généralement l'avis de son médecin ; et tant qu'il écoute son médecin, il n'y a pas de problème. Là où commence le

¹ Intervention de Garand : *Livre Blanc de la Psychiatrie Française. Tome 2, op. cit.*, p. 119.

problème c'est quand le malade n'écoute pas son médecin. Que faut-il faire alors ? D'après ce qui nous est proposé, il faudrait qu'à ce moment-là nous avertissions l'autorité que nous gardons le malade malgré lui, et nous voyons le problème que cela pose relativement au malade, relativement au secret professionnel, relativement à la responsabilité médicale, etc. Mais il semble que dans la logique du système, il est difficile que nous renoncions à prendre cette responsabilité : à partir du moment où nous sommes dans l'impasse d'une situation dont nous avons la responsabilité, tant pour l'intérêt du malade que pour l'intérêt de la société, nous avons à prendre des responsabilités qui seules peuvent nous faire sortir de l'impasse. On nous dit : « faisons les prendre par un tiers ». Personnellement je trouve que ce n'est pas très moral.¹

Comme à la Libération, c'est au nom de l'exercice de la responsabilité du médecin face à son patient que Ey justifie la procédure du signalement, mais cette fois la banalisation de l'argument témoigne du chemin parcouru. Au milieu des années 1960, c'est un psychiatre conscient de son pouvoir, assuré dans l'exercice de ce pouvoir que décrit Ey. La responsabilité du médecin face à son malade apparaît comme un acquis, qui n'appelle aucune discussion. Désormais ce n'est plus sur ce problème que la profession sera partagée, mais plutôt sur celui de l'organisation des soins.

L'objection du « libre choix » : le secteur, un projet pour la psychiatrie publique, le scepticisme des praticiens libéraux

C'est en effet avec le débat sur « les institutions et l'organisation de secteurs psychiatriques » que la discussion aborde de front ce qui va être l'un des principaux écueils dans la relation entre praticiens libéraux et médecins des hôpitaux psychiatriques dans les années 1960. De fait, on a commencé à le voir avec les rapports des premières journées, les développements du secteur suscitent tout au long de la décennie 1960 à la fois la désapprobation et la défiance d'une grande partie des psychiatres exerçant en clinique ou en cabinet. Spécifiquement, leur opposition prend la forme de l'objection du « libre choix ». De façon générale, le principe du libre choix par le patient de son médecin est depuis l'entre-deux-guerres l'un des cinq piliers du syndicalisme médical en France², et il a été repris dans le code de déontologie de 1947³. Appliqué à la

¹ Intervention de Ey : *Ibid.*, p. 132.

² Les autres sont le secret professionnel, la liberté de prescription du médecin, l'entente directe entre le malade et son médecin en matière d'honoraires et le paiement direct entre malade et médecin en matière d'honoraires.

³ Décret n° 47-1169 du 27 juin 1947 portant code de déontologie médicale, article 5. Cf. sur ce point : Hatzfeld, H., *Le grand tournant de la médecine libérale*, Paris, Les Editions ouvrières, 1963, p. 46

psychiatrie, l'objection du libre choix prend la forme d'une opposition violente chez un grand nombre de praticiens à toute idée d'organiser les pratiques médicales dans le cadre des secteurs. Elle est exposée avec netteté dans cette réaction d'un psychiatre à une enquête organisée en 1965 par *l'Information psychiatrique* :

La politique dite de « secteur » me paraît d'une part, extrêmement dangereuse et de nature à « caporaliser » la psychiatrie et d'autre part anti-déontologique et antilibérale (suppression de la liberté pure et simple et suppression du libre choix du médecin). Si cette politique de « secteur » était appliquée, nous aboutirions inévitablement à de gros ennuis sur le plan de nos malades (transferts, etc.) et sur le plan de l'exercice libéral. Je m'étonne que l'Ordre des médecins n'ait pas encore protesté, à ma connaissance, contre cette politique qui vise à enrégimenter malades et médecins dans un service national de psychiatrie sans souplesse, autoritaire et inhumain, et qui viole le code de déontologie, prélude à un service national de santé suspendu sur la tête de la médecine libérale depuis quelques années comme une épée de Damoclès, ce qui serait un grand désastre pour nos malades, parce que facteurs d'angoisse et d'insécurité pour eux, par la dépersonnalisation que cela entraînerait inévitablement.¹

Comme le suggère cette citation, l'objection du Libre choix s'articule à deux niveaux qui sont étroitement imbriqués. Le premier est d'ordre philosophique ou déontologique : le secteur, en organisant la psychiatrie sur un territoire donné, laissera-t-il la possibilité aux usagers de choisir comme ils le veulent leur thérapeute, en dehors du secteur ? Plus largement encore, le secteur ne correspond-il pas à une forme de contrôle social ? Mais à un deuxième niveau, la défiance des libéraux repose sur une crainte quant à leurs conditions d'exercice : l'intervention de l'Etat pour organiser le service public de psychiatrie ne risque-t-elle pas d'enfreindre le principe de libre entreprise ?² La politique de secteur ne risque-t-elle pas d'organiser la pratique des praticiens privés ? Sur ce deuxième volet, la crainte est un peu fantasmagorique, comme on le verra, dans la mesure où le ministère de la Santé n'aura jamais l'intention d'imposer quoi que ce soit aux praticiens libéraux et que les équipes de secteur auront suffisamment à faire pour ne

sq.Guillaume, P., *Le rôle social du médecin depuis deux siècles, 1800-1945*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la sécurité sociale, 1996.

¹ Bertherat, Y., "Enquête sur l'exercice de la psychiatrie en France", *Information Psychiatrique*, 41, n° 3, 1965, p. 219, p. 241.

² Voir notamment la position exprimée par le président du syndicat des maisons de santé pour maladies nerveuses et mentales en 1965 à l'occasion d'une discussion autour du projet de réforme de la loi de 1838 sous l'égide de l'UNAFAM : "Colloque sur la révision de la Loi de 1838 sur les aliénés", *Santé Mentale*, n° 1-2, 1965.

pas risquer de faire concurrence à leurs collègues. Cela n'empêchera pas un certain nombre de médecins des hôpitaux psychiatriques de développer des velléités offensives. Dans une conférence de 1969 à l'Evolution psychiatrique, Hubert Mignot propose ainsi une attaque en règle de la notion de libre choix comme fondement de la pratique psychiatrique, observant qu'il ne s'agit rien moins que d'une « mystification »¹ : dans la plupart des modes d'accès à la psychiatrie, le praticien est imposé au malade plutôt que choisi par lui, que ce soit par les autorités en cas de placement, par la famille plus fréquemment, ou encore parce que dans certains cas, comme les « inadaptés », il n'existe que peu de structures adaptées capable de les recevoir. Même dans le cas où il existe une demande réelle des patients, ceux-ci « doivent généralement solliciter de nombreux médecins avant d'être acceptés » et « il est très fréquent que celui dont ils auraient désiré être le patient les envoie à quelque autre »². A l'inverse dans la mesure où les équipes de secteur disposent de plusieurs médecins, ce sont souvent elles qui permettent le libre choix là où il n'existe pas. Plutôt qu'un obstacle à la liberté du patient, le secteur apparaît ainsi comme un progrès.

Aux journées du Livre Blanc, il s'agit de toutefois de calmer les appréhensions, d'aplanir les oppositions, de souligner les convergences. Dès son introduction à la réunion, où il fait du secteur – en fait plus généralement de l' « unité du dispositif de soins des services psychiatriques publics » - la deuxième « idée force » des Journées, Ey esquisse ce qui sera la main tendue des médecins des hôpitaux psychiatriques à leurs collègues libéraux, en proposant une véritable réinterprétation du secteur. Dans un premier temps, il reprend la vision que l'on a vu émerger dans le courant des années 1950, à savoir la substitution à l'hôpital psychiatrique d'une équipe médico-sociale en mesure d'assumer la responsabilité de l'ensemble des structures de prise en charge psychiatrique d'une région donnée : « Le « Secteur psychiatrique » c'est cette équipe. Sa structure, c'est le dispositif hospitalier et extrahospitalier varié qui lui est nécessaire. Son objet, c'est un lot de population comprenant tous les individus qui le composent et lui adressent directement ou par personne interposée une demande de soins psychiatriques. » En particulier ce dispositif permet d'éviter le morcellement de la prise

¹ Mignot, H., "Libre choix et psychiatrie", *Evolution psychiatrique*, III, n° 453-472, 1969.

² Et Mignot de commenter, un peu perfidement : « Ainsi lorsqu'ils se placent sur le terrain technique, les psychothérapeutes semblent n'attacher qu'une importance tout à fait secondaire à ce premier « libre choix » qui ne jouerait qu'un rôle très modeste dans la qualité de la relation interpersonnelle qui va par la suite se nouer. »

en charge des chroniques. Ey introduit toutefois une expression, le « dispositif fonctionnel de secteur », qui dans un second temps va lui permettre de prolonger la réflexion :

Un autre aspect salubre de cette notion dynamique du « dispositif de secteur » c'est que contrairement aux craintes que ces projets ont inspirées, une telle organisation doit faire tomber là encore une autre opposition néfaste, celle du « secteur public » et du « secteur privé ». On a pu penser qu'en prônant la « politique de secteur » nous entendions bien être comme les fossoyeurs de la médecine libérale. Que la psychiatrie, par les problèmes posés par les relations des malades mentaux avec le milieu social, soit une « médecine sociale » par excellence, cela n'est pas à prouver. Que le service gagne en extension et en importance avec le progrès de notre Société, cela non plus ne peut être contesté. Mais notre conception du dispositif fonctionnel des soins psychiatriques mis à la disposition de toute une population donnée n'implique ni que cette population doive être obligée d'y recourir, ni que l'équipe médicale soit assurée par des médecins fonctionnaires ou des médecins à temps plein à l'exclusion des médecins exerçant en pratique privée (dans leur cabinet ou dans leurs cliniques privées). Nous pensons au contraire que l'idée de secteur est précisément celle où doivent se concrétiser pour s'y résoudre les contradictions et les oppositions entre « public » et « privé », c'est-à-dire entre deux types d'activité qui ne doivent pas s'exclure mais se compléter.¹

La vision « fonctionnelle » de Ey reprend les thèmes élaborés une décennie plus tôt à propos de la relation des médecins des hôpitaux psychiatriques avec leur tutelle : le secteur correspond bien pour Ey à la réalisation d'un dispositif de médecine sociale qui assure la liberté d'exercice du praticien, son autonomie vis-à-vis des autorités hiérarchiques, tout en lui permettant de répondre aux enjeux spécifiquement sociaux de la médecine mentale. L'argument règle du même coup la question déontologique. Laissant sa liberté au praticien, le secteur ne saurait s'immiscer dans la vie privée de ses clientèles. C'est le sens de l'intervention d'Audisio au cours de la discussion qui suit :

Il est évident que si le secteur devait être une autorité psychocratique (non seulement un secteur actif dans un son champ d'action psychiatrique, mais en outre un secteur réformateur de la société) à ce moment il risquerait de ne plus être incompatible avec la notion de libre choix. Mais en réalité le secteur n'est pas cela. C'est une disponibilité organisée à l'échelle de la santé publique d'un territoire national. Il s'agit de trouver l'équivalent de ce que peut être la relation interhumaine dans le secret d'un Cabinet.²

¹ Ey, "Exposé du Dr Henri Ey secrétaire général de l'Evolution psychiatrique", *op. cit.*

² Intervention d'Audisio : *Livre Blanc de la Psychiatrie Française. Tome 2, op. cit.*, p. 25.

« Disponibilité organisée », faire du secteur un analogue du cabinet : on retrouve la position des médecins des hôpitaux psychiatriques, leur volonté de constituer une place dans la médecine sociale pour l'exercice d'une autorégulation professionnelle. Ce vers quoi tendent les médecins des hôpitaux psychiatriques sans réellement le formuler nettement c'est une vision du secteur comme lieu de coopération et de conciliation des initiatives privées et publiques. La position n'est pas dénuée d'ambiguïté : quels sont en effet les moyens de réaliser cette convergence sans, précisément, introduire une contrainte ? De la résolution de cette difficulté dépend vraiment la possibilité d'intéresser les praticiens libéraux au secteur. Ce sera l'objet du travail du début de la décennie au sein des organisations professionnelles et en collaboration avec le ministère, dont les résultats seront des plus mitigés, on le verra. En attendant, pour les psychiatres des hôpitaux psychiatriques, si le secteur apparaît comme un moyen de coercition, c'est en fait en raison du manque de moyens. Le développement du secteur ne peut se faire qu'à condition que la psychiatrie dans son ensemble soit dotée des équipes de personnels et des structures. C'est sur ce problème des moyens que la discussion se conclut, mais cela a tout l'air d'une manière d'éluder les difficultés. Cela oriente néanmoins la discussion sur un autre point, sur lequel l'accord sera plus facile à obtenir.

Un point de convergence : des besoins humains pour un repositionnement de la psychiatrie dans la médecine

Le troisième thème soumis à la discussion par Ey est en effet le problème des moyens, et plus spécifiquement des moyens humains de la psychiatrie. C'est sur ce point que va se dégager un consensus fort entre les participants, qui va permettre dans un second temps d'aplanir le problème de l'organisation du groupe. Ce consensus s'articule à deux niveaux, celui de la quantification de ces moyens et celui de leur finalité qu'il faut examiner séparément.

Le problème quantitatif est en fait réglé très rapidement. On l'a vu, le rapport de Green et ses collègues aux Premières Journées avait déjà pris pour point de départ la nécessité de former des psychiatres en nombre pour rattraper les normes internationales en terme de densité démographique. Dans son introduction aux deuxièmes Journées Ey précise les choses :

Quatre mille psychiatres sont nécessaires aux besoins nationaux de la santé mentale. L'évaluation des besoins de médecine spécialisée en psychiatrie repose sur les taux de morbidité que l'épidémiologie des maladies mentales nous permet approximativement de fixer. Il n'est certes pas excessif de dire à cet égard que 1 à 2% de la population française demandent des soins psychiatriques au cours d'une année! Cela revient à estimer le nombre de malades à soigner par an, à quelque 700 000 ou 800 000 d'ici dix ans. Il est bien difficile de penser qu'un médecin puisse soigner à lui tout seul et de façon continue durant une année plus de 200 malades. D'autre part, les services publics même s'ils ont la charge d'un grand nombre de malades qui n'exigent pas de soins spécialisés constants, ni peut-être même hebdomadaires, demandent des équipes nombreuses pour assurer le « collectif de soins » (le système de sectorisation ne pourra s'établir qu'avec 1500 psychiatres au minimum pour 700 secteurs, la Psychiatrie infantile en exigeant 7 ou 800 de plus). On peut prendre le problème dans tous les sens, et on aboutit à cette constatation qu'il y a en France 2,8 neuro-psychiatres pour 100 000 habitants, alors qu'il y en a 5 pour 100 000 habitants aux USA. De telle sorte que, compte tenu du mouvement démographique, il paraît raisonnable d'admettre que le nombre des psychiatres (ou plus exactement de neuro-psychiatres) de notre pays qui est d'environ 1500 doit être plus que doublé. L'équipement du pays au point de vue psychiatrique exige 4000 psychiatres, soit plus de 2000 nouveaux psychiatres avant 10 ans.¹

Le chiffre de 4000 psychiatres s'impose comme une norme, et il sera la revendication la plus forte des journées. Il faut le commenter un instant. Comme pour d'autres normes de ce type², l'accord sur le chiffre dépasse en effet l'analyse qui peut être faite de la nature des besoins. La prudence de Ey sur les données épidémiologiques s'explique par le constat général de l'incertitude des chiffres disponibles. En 1962 le onzième rapport du Comité d'experts de l'OMS avait pointé le caractère contradictoire des évaluations issues des études épidémiologiques. Le rapport citait des estimations du nombre de personnes qui à un moment ou un autre de leur vie ont besoin de soins psychiatriques variant de 1 à 10% de la population totale des pays occidentaux³. Le chiffre de 200 malades par médecin cité par Ey correspond par ailleurs à l'expérience qui commence à être acquise dans certaines expériences pilotes comme celle du treizième arrondissement de Paris. C'est par ailleurs plus ou moins le nombre de lits dont doivent être dotés les secteurs, selon les normes proposées par la circulaire de 1960 : 3 lits pour 1000 habitants et des secteurs de 70000 habitants. Le chiffre coïncide

¹ Ey, "Exposé du Dr Henri Ey secrétaire général de l'Evolution psychiatrique", *op. cit.*

² Par exemple les normes d'équipement en lit, sur ce point cf. *infra*.

³ OMS, *Le rôle des médecins de la santé publique et des omnipraticiens dans la protection de la santé mentale. Onzième rapport du comité d'experts de la santé mentale*, Genève, OMS, 1962.

également avec une estimation faite par le Plan des besoins pour la psychiatrie publique : en prenant en compte la composition des équipes, le nombre des secteurs prévus, et les besoins dans certains domaines particuliers, comme la psychiatrie de l'enfant et le problème des déficients, on parvient précisément à 4400 psychiatres¹. Mais par ailleurs le chiffre renferme une force propre. 4000 psychiatres représente un chiffre exact, et correspond à un objectif à la fois suffisamment lointain pour constituer un horizon aux revendications des psychiatres et suffisamment réaliste pour constituer la base d'une négociation.

Surtout, l'accord sur ce nombre précède la discussion sur les missions et l'objet de la psychiatrie, qui va en fait occuper l'essentiel de la dernière partie de ces secondes Journées, et constituer le second point du consensus auquel parviendront les psychiatres. La complexité et la durée du débat, tel qu'il est rapporté dans le *Livre Blanc*, tient au fait que le problème se pose à plusieurs niveaux différents : celui de la formation – que doit-elle contenir ; celui des savoirs et de la recherche – quels sont les objets de la recherche psychiatrique ; celui de la pratique – quelles sont les clientèles des praticiens ; et un niveau social et politique – quel est le rôle de la psychiatrie dans la société. C'est sur l'ensemble de ces plans que les psychiatres doivent apporter une réponse convaincante. Pour cela ils doivent à la fois dire ce qui les rassemble et mettre en évidence ce qui les distingue de spécialités voisines. Dans la ligne des analyses développées depuis la guerre, mais en radicalisant un certain nombre de dimensions, la position qui va s'élaborer par touches successives, et sur laquelle va se faire le consensus, repose sur l'idée que c'est un mode d'abord de ses objets par la psychothérapie plutôt qu'une définition a priori de ces derniers qui caractérise la psychiatrie. Profondément, c'est en fait une nouvelle définition de leur spécialité comme manière de faire de la médecine que les psychiatres vont élaborer conjointement. On peut reconstituer le raisonnement en trois étapes.

La première concerne les relations de la psychiatrie avec la neurologie, et le point de départ est l'analyse qu'a proposée Ey au sortir de la guerre². Ce qui caractérise la pathologie mentale par rapport à la neurologie, c'est un niveau de structuration des phénomènes morbides. Le fait psychiatrique correspond à un mode d'organisation

¹ Intervention de Henne : *Livre Blanc de la Psychiatrie Française. Tome 2, op. cit.*, p. 82.

² cf. *supra* ch. 4.

pathologique et non pas à une étiopathogénie. La nouveauté des analyses proposée par les psychiatres est toutefois de décliner cette analyse sur le plan des conditions d'exercice des deux spécialités. C'est Charles Brisset, chargé d'introduire la discussion sur le problème, qui propose la vision la plus nette. Il propose pour cela un tableau récapitulatif, qui conduit à opposer sur tous les points les deux spécialités (Tableau n° 1). Là où la neurologie correspond à la méthode anatomo-clinique, cherche la restitution *ad integrum*, repose sur un ensemble de techniques d'investigation et correspond à un mode d'exercice classique, la psychiatrie impose elle un abord relationnel, fondé sur la psychothérapie, sans être toujours en mesure de fixer le terme de la guérison, le tout selon des modes d'exercice nouveau. Ainsi, psychiatrie et neurologie ne s'opposent pas seulement par leur objet, mais plus profondément par la manière dont ils l'abordent. Au niveau de la pratique comme de la recherche, les deux spécialités correspondent à des segments différents de la médecine, même si dans les deux cas on peut imaginer des coopérations. Il n'est pas inutile de fournir aux praticiens une information sur la spécialité voisine, mais celle-ci doit rester, précisément, une information. C'est donc bien le constat d'une distinction radicale de la psychiatrie et de la neurologie qui est fait, ouvrant sur la nécessité de leur séparation.

Tableau n° 1. Les « oppositions fondamentales » de la neurologie et de la psychiatrie selon Brisset.

	Neurologie	Psychiatrie
Objet	Le système nerveux	le comportement
Méthode	anatomo-clinique expérimentale. « Tous les neurologues se comprennent immédiatement »	compréhension interpersonnelle, dont la transmission est difficile d'une école de pensée à une autre
Pratique	non différente de celle des autres branches de la médecine clinique ; action précise et limitée	la visée psychothérapie est constante. Diagnostic et pronostic se fondent sur des critères très différents de ceux de la médecine clinique. La prise en charge du malade sera souvent illimitée dans le temps
But	fixé par la méthode. Simple et clair : c'est la restitution anatomo-clinique si possible ; sinon une correction des dégâts lésionnels	souvent indéterminable. Qu'est-ce que guérir ?
l'instrument	ou le cabinet ou le service. Dans les deux cas usage de <i>techniques</i> très diversifiées pour l'étude spatiale des lésions	ou le cabinet pour une relation qui sera le traitement fondamental. ou le service pour l'action d'une équipe diversifiée surtout pour <i>l'action psychothérapique</i> .
l'exercice	Classique	nouveau, et en voie d'élaboration
enseignement	classique ; par l'apprentissage théorique (cours, questions, livres, travaux pratiques) et hospitalier (démonstration anatomoclinique)	essentiellement par une formation à la relation interpersonnelle.

Source : Charles Brisset, in Livre Blanc de la Psychiatrie Française. Tome 2. Deuxième journées psychiatriques. Paris 5-6 mars 1966. Discussion des rapports présentés aux premières Journées psychiatriques, 1967, Toulouse, Privat, p. 146.

De cette analyse découle un second ensemble de considérations. Plus largement, en effet, l'opposition entre la psychiatrie et la neurologie correspond à une série d'oppositions entre la psychiatrie et une certaine manière de faire de la médecine. Du même coup la spécificité de la psychiatrie ne peut pas seulement être déterminée par rapport à la neurologie, mais doit également être située par rapport au reste de la médecine. En fin de compte, la neurologie n'est peut-être plus la correspondante naturelle de la psychiatrie en médecine. Résumant les discussions du groupe d'étude mis en place au lendemain des premières journées, Brisset note ainsi :

Il s'est dégagé de la discussion une remarque généralement admise : à savoir que la psychiatrie se rapproche plus, par ses problèmes modernes de la médecine générale que de la neurologie. Au fur et à mesure que la médecine la plus savante évolue vers des techniques hautement scientifiques, le praticien de la médecine générale se trouve dans l'impossibilité d'assimiler toutes les techniques spécialisées, et il tend à recourir au spécialiste pour les problèmes techniques difficiles. Par contre, il est « abandonné » par les techniciens savants lorsqu'il se trouve en face des malades de tous les jours : fonctionnels, chroniques, cas limites de la psychiatrie. Il est en train de découvrir le rôle et la portée de la relation médecin-malade. La position du psychiatre en face de ce

nouveau problème ne peut être de se charger – en spécialiste – de tous les cas marginaux. Mais elle est importante pour la formation du praticien à la compréhension de son rôle. Telle est une des orientations du débat.¹

Le psychiatre peut apporter son concours au généraliste à la fois pour la prise en compte d'un certain nombre de cas auxquels la médecine scientifique n'apporte pas de réponse, mais aussi plus généralement comme spécialiste de la relation. Comme dans le cas de la neurologie, c'est donc la relation qui constitue la spécificité de la psychiatrie comme spécialité, positionnant la psychiatrie dans une situation nouvelle avec la médecine. Derrière ces analyses se trouve en fait l'essor de la psychosomatique, que j'ai évoqué plus haut, qui joue un rôle pivot pour le nouveau positionnement de la psychiatrie. C'est ce que suggère en tous les cas cette intervention :

Autrefois on pensait que la jonction entre la médecine et la psychiatrie passait par la base organique. Je pense qu'aujourd'hui cette jonction passe par la médecine psychosomatique et – comme le disait M. Bonnafé – il n'y a pas actuellement plus de raison de maintenir une spécialité neuropsychiatrique qu'il n'y en aurait de créer des spécialités ophtalmopsychiatrique, cardiopsychiatrique, etc. Je crois que la psychiatrie se situe à l'intérieur de la médecine comme spécialité originale.²

De façon plus générale, la pratique psychiatrique apparaît ainsi comme une pratique originale que n'épuise plus la neuropsychiatrie, mais qui constitue bel et bien la base d'une nouvelle spécialité dans un rapport spécifique à la médecine dans son ensemble, et pas seulement l'un de ses segments.

Le dernier élément de la discussion concerne le rôle social de la psychiatrie. Les psychiatres constatent l'existence d'une demande dans l'opinion publique. Dans une longue intervention, Green souligne l'écart entre le noyau de la psychiatrie, constitué traditionnellement des psychoses, et l'extension prise par la spécialité. De son côté Daumézon note : « De plus en plus se dégage dans la société actuelle un autre besoin qui est perçu beaucoup plus comme un besoin psychologique que de soins médicaux. Si nous nous en référons à la lecture de « Elle », il convient de consulter lorsqu'on a des difficultés avec sa femme, avec son patron, avec ses enfants. Ce n'est certes pas à un psychiatre que l'on pense, et l'on évoque un psychanalyste, c'est que l'idée qu'on se fait

¹ Intervention de Brisset : *Livre Blanc de la Psychiatrie Française. Tome 2, op. cit.*, p. 147.

² Intervention d'Angelergues : *Ibid.*, p. 193.

de lui est plutôt celle d'un non médecin.»¹ Si ces demandes sont pressantes, les psychiatres identifient toutefois un danger à les reprendre à leur compte, celui de conduire à une « psychiatisation » dangereuse des problèmes sociaux. Dans le même temps, ils soulignent néanmoins qu'ils ont un rôle à jouer vis-à-vis de ces demandes, une réponse à leur apporter, qui doit permettre leur résolution. Bonnafé exprime nettement cette position :

Le psychiatre doit donc répondre à toute demande. C'est là qu'il doit se qualifier comme il doit l'être aujourd'hui, comme un spécialiste de l'écoute. Ce n'est plus l'aliéniste avide d'un objet à conquérir, sur lequel il pourra poser la main et exercer son désir de mise en tutelle ; c'est au contraire l'homme qui au nom de toutes ses connaissances actuelles, aborde le problème de la demande psychiatrique sur la base d'une position fondamentale qui est une position de réserve, une position critique. Ce qui est en cause, ce n'est pas l'objet de la psychiatrie ; c'est la position fondamentale du psychiatre. Il s'agit de ne prendre aucune responsabilité qui ne puisse être prise par un autre ; il s'agit tout spécialement de ne prendre que le moins de responsabilités au nom de son patient alors que le rôle du psychiatre est justement de mettre le patient devant ses responsabilités. Cette proposition est dans l'ordre de la relation individuelle vis-à-vis de la demande de quelqu'un qui dit : aidez-moi. La meilleure aide que je puisse lui apporter, c'est de lui dire : aide-toi toi-même.²

Spécialiste de l'écoute, le psychiatre a donc pour mission, par l'attention qu'il porte aux demandes qui lui sont faites, de permettre leur résolution d'elles-mêmes. Ce faisant, l'intervention psychiatrique ne conduit pas à une psychiatisation du problème, mais au contraire à remettre dans les mains des populations la solution de leurs problèmes. Dans le même sens, Daumézon suggère que le secteur peut ainsi permettre de canaliser cette demande, de l'organiser comme les psychiatres l'entendent et d'amener l'opinion à évoluer sur ces questions³. On peut s'interroger sur le réalisme de ces positions, mais l'important pour nous est que, comme vis-à-vis du reste de la médecine, c'est la technique d'écoute qui permet au psychiatre de se positionner vis-à-vis de la demande sociale.

Aux différents niveaux du problème, c'est ainsi bien la psychothérapie qui constitue le moyen de définir l'objet et les missions de la psychiatrie – la psychothérapie étant entendue non pas seulement en tant qu'outil thérapeutique, mais

¹ Intervention de Daumézon : *Ibid.*, p. 229.

² Intervention de Bonnafé : *Ibid.*, p. 260.

³ Intervention de Daumézon : *Ibid.*, p. 230.

plus généralement comme technique de la relation¹. C'est la relation nouée avec ses clients, au sens large, qui caractérise la psychiatrie. En introduction à la dernière session des deuxièmes Journées que Green tire les premières conclusions générales de ces discussions. L'intervention de Green est supposée amener la discussion sur le thème prévu initialement pour la session, la formation des psychiatres, mais c'est en fait une véritable synthèse d'ensemble qu'il propose, qui va constituer le véritable acquis des Journées.

Green propose en fait une série de propositions générales formulées en dix points. Les premiers reprennent les éléments de base de la discussion sur la formation : le besoin en psychiatres, la nécessité de diffuser l'information à la psychiatrie et l'insuffisance des chaires universitaires, le rôle que peuvent jouer les hôpitaux psychiatriques pour assurer cette formation. Mais la suite de la liste ajoute une série d'éléments nouveaux. D'une part le secteur met la psychiatrie publique mieux en phase avec les besoins des psychiatres en formation que les chaires de psychiatrie. D'autre part le fait que à côté de la psychiatrie publique, la psychiatrie privée « demeure » présente pour une partie de la clientèle. Green propose que des échanges soient possibles entre psychiatres privés et publics, que les praticiens des deux modes d'exercice consacrent une partie de leur temps à l'autre mode d'exercice. En psychanalyste, Green suggère ainsi que, d'un côté, les psychiatres privés devraient faire profiter de leur compétence leurs collègues du service public, et que, d'un autre côté, ces derniers aient une activité privée : celle-ci, note-t-il « a surtout une vertu formatrice considérable, notamment en ce qui concerne la notion de responsabilité du médecin envers son malade ». Après avoir évoqué le problème des équipes médicales, Green conclut ainsi :

L'orientation de cette politique psychiatrique fait de la psychiatrie une discipline à caractère foncièrement psychothérapique, individuelle ou institutionnelle, c'est-à-dire fondée sur la valeur psychique des manifestations psychiatriques et leur traitement. Ceci implique que la compétence de ceux qui

¹ Ainsi cette définition de Green : « Lorsqu'il s'agit de définir la psychothérapie comme le caractère central de la psychiatrie, il ne s'agit pas de ce qui est forcément de l'ordre de la thérapeutique ; c'est surtout l'abord du niveau qui appartient à l'organisation de l'esprit humain, l'organisation du sens, le fonctionnement de l'esprit humain tel que certains moyens nous permettent de l'apprécier, le langage en particulier. Abord psychothérapique signifie donc essentiellement abord technique. » Intervention de Green : *Ibid.*, p. 179.

sont en mesure d'assurer la formation psychothérapique soit pleinement utilisée.

Ceci bien entendu ne suppose aucun affadissement des perspectives théoriques et pratiques apportées par l'abord organiciste de la maladie mentale, pas plus que de l'abord sociologique de celle-ci mais donne à la perspective psychiatrique et psychique toute son importance isolée ou associée aux perspectives organicistes ou sociologiques.

C'est bien ainsi une définition nouvelle de la psychiatrie, appuyée sur la psychothérapie comme fondement de la définition de son objet et de ses savoirs qui est posée par les psychiatres. La psychiatrie a un objet propre, mais cet objet ne peut se définir a priori, il ne peut être défini que dans la relation entre le psychiatre et ses clientèles, quelles qu'elles soient. Plus nettement que précédemment, la conclusion est que la psychiatrie doit être séparée de la neurologie, dont elle ne se distingue pas seulement par son objet, mais par l'ensemble des dimensions de ses conditions d'exercice. Le point est important, il marque l'aboutissement d'un processus de différenciation des deux spécialités engagé depuis près de quatre-vingts ans¹.

Une « charte » pour la psychiatrie : une nouvelle vision du secteur pour une nouvelle représentation de la psychiatrie

A l'issue des deuxièmes journées, les contours de la synthèse s'esquissent ainsi autour de l'idée que la psychiatrie constitue la base d'une pratique originale de la médecine, fondée sur la technique de la relation et par là liée aux sciences humaines, à distance du modèle anatomo-clinique supposé structurer le reste de la médecine. L'année qui s'écoule jusqu'aux troisièmes Journées, qui auront lieu en juin 1967, où seront présentés les rapports de synthèse définitifs et les motions adoptées par l'assemblée, va permettre d'enrichir cette vision, de lui donner corps. Les groupes de travail chargés de cette tâche vont le faire dans deux directions, qui marquent l'essentiel de l'acquis des Journées². La première concerne la mise en place d'une série de propositions pour la formation des psychiatres. Un rapport de Théophile Kammerer synthétise les propositions organisationnelles émises au cours des premières journées

¹ Dont en fin de compte on peut toutefois se dire qu'il tient probablement davantage à la définition que les neurologues ont tendu à donner à leur objet qu'à la « spécificité » de la psychiatrie.

² On trouvera en annexe le relevé des conclusions des Journées.

sur le mode de sélection des candidats, les méthodes de formation et d'évaluation. Les discussions ont abouti à deux options, l'intégration au système hospitalo-universitaire ou la création d'instituts de psychiatrie dans chaque région universitaire, à côté des universités. En complément, André Green se charge d'alimenter une réflexion plus théorique qui reprend les analyses précédentes et explicite les attendus des deux options en présence.

La deuxième direction empruntée par les groupes de travail concerne l'organisation proprement dite de la profession, à travers l'organisation de son dispositif de soin. Ce sont un médecin des hôpitaux psychiatriques, Hubert Mignot, et un médecin de clinique, Charles Brisset, qui se chargent du rapport final. Celui-ci paraît suffisamment important pour qu'André Green le qualifie de « véritable Charte de la profession »¹. De façon générale, le rapport se présente comme une justification du secteur à un niveau technique abstrait, en le dégagant de l'ensemble des intérêts professionnels. Le secteur apparaît ainsi comme la seule manière d'organiser le dispositif de prise en charge pour répondre aux besoins des populations et aux exigences techniques du soin en psychiatrie.

Le rapport formule pour cela quatre principes, qui tous reprennent des idées présentes au cours des années 1950 mais qui, formulées dans une synthèse constituent un tout cohérent. Le premier est l'affirmation de « l'originalité » de la psychiatrie et de son abord de la maladie mentale, dans la ligne des discussions tenues précédemment aux Journées : « Au carrefour des sciences biologiques et humaines, elle prend du malade, considéré dans la dynamique de ses relations avec son milieu, une vision profondément originale ; de ce fait beaucoup de ses méthodes d'investigation et de ses techniques de soins sont étrangères aux méthodes et techniques habituellement utilisées en médecine. » Le second principe reprend les réflexions du troisième rapport d'experts de l'OMS, puis des discussions de la Commission des Maladie Mentale. « L'organisation des institutions doit donc être telle qu'avant toute autre chose, elle favorise la qualité technique et la continuité nécessaire de ces relations thérapeutiques : avant même de penser aux établissements à construire, que celui qui fait réflexion sur la protection de la santé mentale se préoccupe des moyens de recruter et de retenir dans toutes les catégories un personnel apte à une tâche qui exige pour tous, au-delà de

¹ *Livre Blanc de la Psychiatrie Française. Tome 3, op. cit., p. 108.*

connaissances particulières, l'aptitude et l'habitude d'une mise en question permanente de ses attitudes. » Le troisième principe correspond à la dimension plus hygiéniste du rôle du psychiatre, telle qu'elle avait été formulée par Sivadon :

Le psychiatre et ceux qui travaillent avec lui ne peuvent se contenter de considérer le malade en l'isolant artificiellement de son environnement ; ils doivent pénétrer le réseau des interactions dans lequel le sujet se trouve pris ; il est fréquent qu'ils aient directement ou indirectement à intervenir sur ces éléments. L'organisation doit donc être telle que les psychiatres et leurs collaborateurs soient en position de connaître le milieu dans lequel évolue leur malade. C'est habituellement dans la société et non à l'écart de la société, c'est en agissant dans le milieu et parfois sur le milieu que se mène le combat contre les maladies mentales.

Le quatrième principe souligne l'importance des institutions, qui ne sont pas seulement des lieux du soin, mais sont elles-mêmes des « agents thérapeutiques. » : « Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que les progrès de la psychiatrie fassent naître constamment de nouvelles formules institutionnelles : se scandalise-t-on que de nouvelles drogues viennent supplanter les anciennes ? » En fin de compte, taillés sur mesure pour leur objet, ces quatre principes conduisent bien les rapporteurs à conclure à la nécessité du secteur. Toutefois, en faisant découler celui-ci d'un diagnostic sur les besoins des malades mentaux, la vision développée par Brisset et Mignot apparaît comme essentiellement technique. C'est ce qui va leur permettre d'intéresser les praticiens privés.

Dans un second temps en effet, le rapport discute la place respective des organismes publics et privés dans l'accomplissement des tâches de psychiatrie de secteur. Au début du rapport, les auteurs ont souligné que tous les psychiatres, quelles que soient leurs conditions d'exercice, participent à la lutte contre les maladies mentales. S'ils reconnaissent le rôle des institutions privées, reste que les organismes publics traitent les quantités les plus importantes de malades en provenance de toutes les catégories, et qu'ils traitent spécifiquement certaines catégories que ne peuvent prendre en charge les institutions privées – par exemple certaines populations de malades isolés ou de malades exigeant un long séjour. Ces missions peuvent cependant être réalisées soit directement par des institutions gérées par l'Etat, soit dans le cadre de conventions avec des structures privées. Surtout, l'insuffisance des moyens conduit à rechercher la collaboration des praticiens libéraux.

Ainsi, même lorsque sera réalisé un relèvement massif de leurs effectifs, les équipes de secteur devront s'adresser aux psychiatres privés qui, eux aussi, seront bien plus nombreux pour certaines techniques exigeant beaucoup de temps ou de participants : des actes médicaux, des vacations et du travail à mi-temps devront être proposés à des praticiens privés, mais bien entendu, il ne saurait être question d'imposer à quiconque de travailler dans les Organismes publics ; il ne saurait non plus être question d'obliger une Maison de santé privée à travailler pour un secteur.

Réaffirmant le point de vue développé dès les secondes Journées par Ey, Mignot et Brisset font du secteur un dispositif souple pour organiser la psychiatrie avec les bonnes volontés. Le secteur n'est pas tant un mode d'organisation de la psychiatrie par les pouvoirs publics qu'un lieu de concertation entre les psychiatres. C'est finalement cette perspective que reprennent les motions adoptées en conclusions des journées : « la politique de secteur n'est pas une politique d'étatisation de la médecine psychiatrique. Rien ne s'oppose à ce que chaque secteur, en s'implantant dans la communauté sociale, utilise la compétence et les ressources des établissements ou du corps médical privés lorsque ceux-ci le souhaitent et selon le désir du malade. »¹

A l'issue des Journées du Livre Blanc la représentation qui s'esquisse s'organise ainsi autour de deux grands thèmes phares. D'un côté elle s'appuie sur un nouveau positionnement de la psychiatrie à l'égard de la médecine toute entière, fondé sur l'affirmation de la psychothérapie au fondement des pratiques et des savoirs psychiatriques. Ce positionnement commande en particulier les solutions envisagées sur le problème de la formation. Mais d'un autre côté elle repose sur une préoccupation d'ordre plus généralement biopolitique, qui se traduit à la fois par la revendication de 4000 psychiatres et par l'insistance sur une nécessaire organisation du dispositif de prise en charge. La profession doit s'organiser pour satisfaire les besoins de santé mentale des populations. Cette organisation doit sans doute être souple, mais elle est commandée par les caractéristiques des populations cible de l'action du psychiatre et de ses problèmes. C'est en fin de compte le secteur qui la traduit au mieux. C'est directement sur la base de ce double constat, que va s'institutionnaliser la représentation après les journées.

¹ "Conclusions du Livre Blanc de la Psychiatrie Française", *Livre Blanc de la Psychiatrie Française. Tome 3*, Toulouse, Edouard Privat, 1968, pp. 143-164, ici p. 152.

1.3. L'institutionnalisation de la spécialité : quelle place pour le secteur dans la définition de la psychiatrie ?

La création du Syndicat des psychiatres français et les réformes de 1968

La préparation du *Livre Blanc* a de toute évidence fait bouger un certain nombre de choses pour la psychiatrie. Dans l'ensemble, les trois Journées ont été un franc succès, tant par le nombre de participants, que par la densité des discussions, la qualité du travail réalisé et le résultat final – les motions. A défaut d'avoir résolu toutes les difficultés, les discussions ont en effet permis de faire émerger un ensemble de revendications à la fois suffisamment précises pour constituer la base d'une action collective, et suffisamment larges pour constituer une vision d'ensemble de ce qu'est la psychiatrie et de ce qu'elle peut devenir. Surtout, pour les participants, ces trois années de réunions et de débats ont constitué une expérience forte, un nouvel événement cristallisateur, dont près de quarante ans après le souvenir est resté vivant au point de constituer un modèle¹. Pour un certain nombre d'entre eux, le moment paraît favorable pour créer une organisation qui prolongera et pérennisera le travail entamé. C'est ainsi dans les couloirs, en marge des discussions du *Livre Blanc* qu'est prise l'initiative de créer un Syndicat. Un autre élément qui paraît intervenir dans cette décision est la nécessité d'élaborer une représentation auprès de la CEE, qui élabore un projet d'uniformisation des filières de formation médicale dans l'Europe des six².

L'assemblée générale constitutive a lieu quelques mois plus tard, en novembre 1967. Le nouveau groupement prend le nom de Syndicat des psychiatres français. Sa présidence est confiée à Théophile Kammerer, professeur de psychiatrie à la Faculté de médecine de Strasbourg, seul universitaire à avoir participé activement aux Journées. C'est toutefois Charles Brisset, au poste de Secrétaire Général, qui va véritablement animer l'organisation. Ancien interne des hôpitaux de Paris, Brisset (1914-1989) a découvert la psychiatrie auprès de Henri Ey à l'issue de son internat et il a également entamé à ce moment-là une analyse didactique. Fondateur en 1947, et depuis lors médecin chef, d'une clinique à Ville d'Avray, en région parisienne, il est aussi attaché de consultations à l'hôpital Rothschild. Proche de Ey, il a publié avec lui en 1960 le

¹ Fédération Française de Psychiatrie, *Livre Blanc de la Psychiatrie*, Montrouge, John Libbey, 2003.

² Ayme, *Chroniques de la psychiatrie publique*, op. cit., p. 149.

Manuel de Psychiatrie. Il est également l'un des protagonistes importants du mouvement de médecine psychosomatique. C'est une personnalité consensuelle à la stature scientifique indiscutable, proche de certains médecins des hôpitaux psychiatriques sans lui-même appartenir au Cadre, ce qui donne une garantie aux psychiatres libéraux. Brisset a autour de lui un Conseil Syndical qui représente les différentes tendances de la profession et l'organisation se dote par ailleurs en 1969 d'un organe ouvert, *Psychiatrie Française*.

Le Syndicat rencontre un succès rapide. Dès 1969, il attire un millier de psychiatres, pour compter près de 1200 membres en 1971, et 1400 en 1973. Malgré l'opposition du Syndicat des Médecins Spécialistes des Maladies du Système Nerveux, qui en particulier empêchera dans un premier temps son admission au groupement des syndicats de spécialistes de la Confédération des syndicats médicaux de France¹, il parvient rapidement à s'imposer dans l'administration consultative. Sans adhérer dans un premier temps à la Confédération, pour ménager la Fédération des Médecins de France issue d'une scission de la CSMF en 1961², un protocole d'accord lui permet de bénéficier de son soutien, et en particulier lui ouvrira un certain nombre de portes. Le Syndicat obtient ainsi rapidement des entrées au ministère et dans les principales instances intéressant la profession. Dès la fin de l'année 1969, le secrétaire général se félicite que l'organisation ait été « reconnu[e] comme le syndicat le plus représentatif » de la spécialité par les pouvoirs publics.

D'un autre côté si elle n'obtient pas l'adhésion groupée des organisations se revendiquant de la psychiatrie, il engage néanmoins un dialogue suivi avec elles. Deux organisations, ou plus exactement une organisation et un ensemble d'organisations, jouent à ses côtés au tournant des années 1960 et 1970 un rôle important dans les transformations de la psychiatrie. La première est bien évidemment le Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, dont les positions ont été largement reprises par le *Livre Blanc*, mais qui, craignant une dilution de la défense de ses intérêts propres dans le nouveau groupement, décide de se limiter à donner la consigne à ses membres d'adhérer individuellement³. Ceux-ci constituent un contingent important des premiers adhérents au Syndicat des psychiatres français, un certain nombre de figures du Cadre

¹ "L'assemblée générale du 23 janvier 1972", *Psychiatrie Française*, 3e année, n° 1, 1972, pp. 4-13.

² Voir Hassenteufel, P., *Les médecins face à l'Etat*, Paris, Presses de Sciences Po, 1999, p. 110 sq.

³ Ayme, *Chroniques de la psychiatrie publique*, op. cit., p. 149.

comme Hubert Mignot ou Georges Daumézon participant même activement à ses instances dirigeantes. En retour le Syndicat des psychiatres français appuiera les principales revendications des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques, la revalorisation des conditions d'exercice des médecins chefs et le développement du secteur.

Le dialogue est en revanche plus difficile avec les organisations d'internes, qui sont l'autre grande force en psychiatrie dans le contexte de la fin des années 1960. La constitution d'une représentation nationale des internes des hôpitaux psychiatriques remonte au milieu des années 1950 avec la création d'une Association Professionnelle des Internes des Hôpitaux Psychiatriques. Celle-ci vise d'abord surtout à défendre les conditions matérielles de ses membres – rémunération, logement, condition de travail... –, même si elle suit de près les questions relatives à la qualification et plus généralement à la formation. C'est dans le courant des années 1960 que cette représentation s'élargit, avec la création en octobre 1967 d'un Comité des jeunes psychiatres, issu d'un rapprochement entre les internes des hôpitaux de Paris se spécialisant en psychiatrie et les internes des hôpitaux psychiatriques de la Seine. Plus spécifiquement, l'origine du groupement paraît être la difficulté des premiers, de plus en plus nombreux, à trouver des stages de psychiatrie. Rapidement le Comité s'engage dans l'élaboration de projets pour l'unification des filières de formation et de qualification en psychiatrie, et il devient une force de proposition importante à côté des deux syndicats de psychiatres. En 1970, l'Association et le Comité fusionnent dans un unique Syndicat national des psychiatres en formation, qui tout en s'engageant sur le problème de la formation, développera sur la psychiatrie une réflexion plus générale et assez radicale, marquée par la vague freudo-marxiste du début des années 1970, et qui se posera souvent en dénonciatrice de leurs aînés¹.

Très rapidement, mai 1968 sera un moment favorable pour faire avancer un certain nombre des problèmes qui intéressent ces différents groupes. Sans même évoquer son rôle dans une éventuelle « pensée » de Mai 68, la psychiatrie est particulièrement concernée par les événements. Entre son personnel infirmier, issu le plus souvent des couches populaires, et ses psychologues et travailleurs sociaux, qui

¹ Deniau, A., "Rapport au congrès", *Inter Secteur*, n° 21, 1970, pp. 4-9. On peut suivre l'histoire de ces groupements à travers leurs différents bulletins : *Inter HP*, puis à partir de 1969 *Inter Secteur*, qui devient *Actualités Psychiatriques* en 1971.

comptent parmi les catégories les plus représentatives des transformations de l'université dans les années 1960, les établissements psychiatriques sont en effet au croisement des deux grandes composantes du mouvement. Les grèves y sont massivement suivies comme dans l'ensemble des administrations publiques. Les médecins chefs eux-mêmes se mettent en grève, tout en étant parfois l'une des cibles de la remise en cause de l'autorité, singulièrement dans les endroits où la parole a été libérée dès avant 1968. Les comités d'action locaux multiplient les doléances, les projets, les discussions se poursuivant parfois longtemps après le retour au calme. La crise passée, les événements de mai auront toutefois surtout permis d'accélérer un certain nombre de décisions pendantes avant leur déclenchement.

Dès la fin de l'été 1968, un ajout à la loi de finance 1969 intègre ainsi les hôpitaux psychiatriques au cadre des hôpitaux généraux¹. En accordant à leurs médecins le statut de praticien hospitalier, la réforme règle l'un des contentieux les plus anciens entre le Cadre et le ministère de la Santé, même si des négociations se poursuivront dans les années qui suivent sur ses modalités d'application. Les établissements psychiatriques acquièrent d'un autre côté la personnalité morale ainsi qu'une nouvelle autonomie de gestion, qui sera encore renforcée après la réforme hospitalière de 1970. Plus largement cette réforme constitue une étape importante dans l'évolution des structures psychiatriques. Elle rend de fait dépassée la notion de service libre, le statut d'établissement hospitalier ne comportant pas de restriction quant aux catégories de patients hospitalisés. L'accueil des malades sous le régime du placement d'office ou de placement volontaire correspondra désormais de fait à une procédure d'habilitation des établissements². Le nouveau régime facilite également la création de services psychiatriques dans les hôpitaux généraux, qui vont se multiplier dans le courant des années 1970 avec la généralisation de la sectorisation, dans des conditions sur lesquelles je reviendrai dans la prochaine section. Le nouveau statut permettra par ailleurs de faciliter la collaboration entre psychiatres libéraux et médecins des hôpitaux psychiatriques, jusqu'alors presque inexistante, grâce notamment à la création d'un statut de praticien hospitalier temps partiel, et à l'assouplissement de la gestion des

¹ Loi n°68-690 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier, article 25.

² Le mouvement sera en fait parachevé dans le courant des années 1980, avec d'une part la formalisation d'une procédure d'habilitation des établissements pouvant accueillir des malades en hospitalisation sous contrainte, dans une loi du 31 décembre 1985, et d'autre part la reconnaissance par la loi du 27 juin 1990 du caractère d'exception de l'hospitalisation sous contrainte. Sur cette dernière, cf. *infra*, Conclusion.

établissements psychiatriques. Ces réformes marquent ainsi un début de normalisation de la place de la psychiatrie au sein de la médecine.

D'un autre côté, le nouveau ministre de l'Education Nationale, Edgar Faure, est décidé à accéder aux vœux des psychiatres pour ce qui est de la formation à la spécialité. Il multiplie les consultations, conseillé par sa fille, elle-même psychiatre, et par Philippe Paumelle. A la tête de la « vitrine » de la psychiatrie de secteur, ce dernier est l'une des figures qui a émergé dans le courant des années 1960 au sein de la psychiatrie. A la fin de l'année 1968, un arrêté crée un Certificat d'étude spéciale de psychiatrie, qui, avec un diplôme analogue pour la neurologie, se substitue au Certificat de neuropsychiatrie¹. Le Certificat de psychiatrie comporte plusieurs innovations importantes, dont les deux principales sont d'une part la création de structures ad hoc chargées d'encadrer la mise en place des formations, une commission nationale de psychiatrie et des commissions de psychiatrie de faculté, et d'autre part le principe d'une première année probatoire, qui permet d'éviter la sélection coupure du concours de l'internat. Cette création est une reconnaissance du rôle des médecins des hôpitaux psychiatriques dans la formation des psychiatres. Les commissions de psychiatrie intégreront un grand nombre d'entre eux, de même que les enseignements qui se mettront en place dans le courant des années 1970. Certains parviendront même à obtenir des chaires sans avoir à se soumettre à l'agrégation : une chaire de « psychiatrie communautaire » sera ainsi créée à Paris pour Paumelle. Le secteur est ainsi consacré comme structure d'enseignement.

Indépendamment des événements de mai, il faut enfin signaler l'aboutissement au début de l'année 1968 d'une troisième réforme importante, celle du droit des incapables majeurs². La réforme reprend les principes qui ont été exposés aux secondes journées du Livre Blanc, et introduit un nouveau régime généraliste. Le texte sur les soins sous contrainte en revanche a été abandonné, et ne sera plus remis sur la table avant 1990.

¹ Arrêtés du 30 décembre 1968.

² Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs.

La question du secteur dans l'évolution de la représentation de la psychiatrie au début des années 1970

Ces réformes apparaissent comme une série de succès pour les états-majors des deux principales organisations de la nouvelle psychiatrie, le Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques et le Syndicat des psychiatres français, et elles contribuent à asseoir leur légitimité. En quelques mois, surtout, elles ont donné un statut à la psychiatrie en l'accordant largement à la vision développée par les psychiatres. Au début des années 1970 la psychiatrie est ainsi constituée pour la première fois en grande spécialité médicale. Pour autant, évidemment, toutes les questions intéressant la spécialité ne sont pas réglées d'un coup. Sur les grands dossiers que sont le problème de la formation des psychiatres ou celui de l'organisation du dispositif de soins, le début des années 1970 marque l'ouverture d'une nouvelle période de négociation. Il n'est pas question pour moi de reconstituer ici cette histoire, qui nécessiterait d'ouvrir un nouveau chapitre. Je reviendrai dans la prochaine section sur la mise en œuvre de la réforme du statut des établissements dans le cadre de la sectorisation. Je voudrais en revanche dans la fin de cette partie saisir plus spécifiquement les enjeux de l'évolution de la représentation de la spécialité dans le courant des années 1970. Si en effet le consensus se maintiendra durablement sur la question du certificat, le secteur, a contrario, sera rapidement à l'origine de son affaiblissement voire de son éclatement, qui à terme joueront un rôle important pour le devenir de la psychiatrie dans son ensemble.

Du côté des médecins des hôpitaux psychiatriques, le Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques va bientôt changer de nom pour prendre celui, plus en phase avec le nouveau statut, de Syndicat des psychiatres des hôpitaux. A partir du début des années 1970 le secteur est le principal enjeu de la représentation portée par l'organisation. Le Syndicat fait du secteur à la fois le cadre de son action, le support de ses revendications en même temps qu'il consacre une grande partie de ses activités à développer une réflexion sur le contenu des pratiques de secteur. L'un des responsables du Syndicat note ainsi en 1970 :

La défense de cette conception [la politique de secteur] que nous avons été les premiers à préconiser demeure l'atout maître de notre politique syndicale : elle affirme notre place sans égale dans le soin, la formation et la recherche, assure notre cohésion dans des situations qui pourront à l'avenir tendre à fragmenter

notre corps. et entretient le dynamisme de notre réflexion, car il n'y a pas là encore de pratique sans théorie, pour vérifier tout à la fois l'exactitude de notre compréhension des choses, et la réalité de notre pouvoir sur elles.¹

La ligne paraît en phase avec les aspirations de la base, jusqu'à la fin de la décennie en tous les cas : en 1975 le Syndicat revendique 719 inscrits pour 775 médecins chefs de service, et à la fin de la décennie 1004 des 1292 psychiatres de service public y sont inscrits². Ce succès traduit toutefois le positionnement consensuel de l'organisation sur les questions intéressant sa base – que signale au demeurant peut-être l'appellation relativement timorée de Syndicat des psychiatres de hôpitaux, sans référence au secteur –, laissant en particulier un espace sur sa gauche qui ne tardera pas à être occupé par un certain nombre d'organisations à partir de la fin des années 1970.

La position du Syndicat des psychiatres français vis-à-vis du secteur est plus ambivalente. Si ses responsables s'engagent au côté des médecins des hôpitaux psychiatriques, en particulier Charles Brisset, qui sera un membre actif de la Commission des maladies mentales tout au long des années 1970, cet engagement est la principale raison d'un écart croissant avec une partie de sa base. Au début des années 1970 celui-ci se traduit par la constitution au sein de l'organisation d'une représentation autonome des psychiatres libéraux. En 1970 a lieu une première journée d'étude de psychiatrie privée, qui débouche sur la création d'une association d'étude de la psychiatrie privée, l'Association Française des Psychiatres d'Exercice Privé (AFPEP). En 1974 le processus est parachevé avec la création d'un Syndicat national des psychiatres privés, opérant une scission avec le Syndicat des psychiatres français.

La représentation que construisent ces nouveaux groupements traduit de fait les conditions de leur constitution. Un élément majeur à leur origine est la nécessité pour les médecins libéraux de négocier les tarifs de leurs consultations avec les caisses de Sécurité sociale depuis la mise en place du conventionnement, en 1960³. L'AFPEP réunit en 1973 700 membres, à 85% provinciaux, et à 92% conventionnés⁴. Selon un

¹ Demay, J., "Syndicat des médecins psychiatres des hôpitaux. Assemblée du 25 octobre 1970. Notes pour un débat sur la pratique de secteur", *Information Psychiatrique*, 47, n° 1, 1971, pp. 5-13.

² Répartis en 855 chefs de service, 152 adjoints, et 285 assistants. Ayme, *Chroniques de la psychiatrie publique*, op. cit., p. 346.

³ Hatzfeld, *Le grand tournant de la médecine libérale* ; Herzlich, C. et al., *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français, 1930-1980*, Paris, Editions INSERM/Doin, 1993.

⁴ "Conseil syndical du 8 décembre 1973", *Psychiatrie Française*, 5, n° 1, 1974, pp. 5-7.

document de 1972¹, la psychiatrie libérale telle que la « définit » l'association repose sur « le caractère essentiellement libéral de sa pratique », et reprend les piliers idéologiques du syndicalisme médical, soit le libre choix, le paiement à l'acte par le patient lui-même, le secret professionnel et la liberté de prescription. D'autres dimensions de la définition concernent les conditions de la pratique, en particulier « l'économie relativement grande d'appareillage » : « Le psychiatre dans son activité la plus fréquent et la plus quotidienne peut se dispenser de tout appareillage important, concentrant son action sur la relation interpersonnelle entre lui et son sujet. » Par ailleurs, la pratique privée s'adresse à des catégories spécifiques : « la psychiatrie privée s'occupe préférentiellement des névroses, des structures psychotiques, des accès psychotiques aigus mais relativement moins des grandes psychoses chroniques classiques », même si la clinique opère un déplacement vers les états limites – catégorie nouvelle de la nosographie psychiatrique à mi-chemin entre les névroses et les psychoses – mais aussi vers les psychoses chroniques : « Celles-ci du fait des progrès constants de la chimiothérapie deviennent accessibles au traitement et à la rééducation ambulatoire avec une dimension psychothérapique plus ou moins importante. L'ex-« interné » devient un malade à part entière pouvant être suivi en psychiatrie privée. » Tous les psychiatres de cabinets ne font sans doute pas de la psychothérapie le noyau de leur pratique. La représentation est néanmoins axée autour des problèmes spécifiques de la nomenclature et de la valorisation des actes psychiatriques, en tenant compte tout particulièrement de leur dimension psychothérapique². Loin des préoccupations de leurs collègues du secteur pour la dimension collective de l'exercice de la psychiatrie et le caractère social de ses missions, la vision portée par ce segment de la profession correspond à une vision très individuelle et libérale de la pratique psychiatrique fondée avant tout sur la relation thérapeutique.

Le Syndicat des psychiatres français se trouve ainsi pris entre deux feux. Dès l'Assemblée Générale de 1971, Brisset fait un constat des difficultés à tenir ensemble l'expression des uns et des autres qui laisse pointer sa lassitude³. Sur la gauche, si les

¹ "L'assemblée générale du 23 janvier 1972".

² L'une des revendications essentielles du syndicat portera en particulier sur la reconnaissance de la durée des consultations psychiatriques, nécessairement plus longue que celle des consultations de médecine générale.

³ Brisset, C., "Rapport moral du secrétaire général pour l'année 1971", *Psychiatrie Française*, 2, n° 4, 1971, pp. 126-130.

relations avec le Syndicat des psychiatres des hôpitaux restent excellentes, le malaise couve avec les Psychiatres en Formation, où l'on trouve « l'expression d'une contestation radicale tant à l'égard de la société en général que des structures de soins psychiatriques, publiques ou privées. L'option de cette tendance est en faveur d'une psychiatrie publique prédominante, décrochée du système hiérarchisé et pyramidal de la médecine hospitalo-universitaire tel que nous le connaissons dans les autres disciplines », marquant ainsi une exacerbation des positions élaborées au cours du Livre Blanc vers l'autonomisation des institutions de la psychiatrie et leur ancrage dans le dispositif de soin. D'un autre côté, sur la droite, est apparu dans le groupe des psychiatres libéraux une critique non moins vive et fortement antagoniste : « réclamant le maintien de la psychiatrie libérale, ces derniers reprochent au contraire au Syndicat l'intérêt, jugé excessif, qu'il a montré pour les problèmes d'organisation des soins, de la recherche et de la formation. Cet intérêt leur a paru nuire à la défense des intérêts des psychiatres privés. » Et de conclure :

La tendance majoritaire dans le Syndicat se trouve confrontée à ces exigences compréhensibles mais souvent contradictoires. Il est certain que notre mouvement dès le départ a consisté à ne pas nous considérer comme un syndicat de défense corporatiste, centré sur les problèmes de Sécurité sociale et d'honoraires. Nous avons annoncé clairement que nous entendions promouvoir la psychiatrie et lui faire dans notre pays la place qu'elle doit obtenir pour l'intérêt primordial de sa fonction sociale et scientifique. La majorité du Syndicat reste fidèle à ce point de départ. Nous avons toujours considéré d'ailleurs que cette plateforme constitue le meilleur moyen de défendre les psychiatres, en tous les domaines, y compris le domaine matériel que nous ne négligeons nullement. Mais il est vrai qu'il est difficile de voir clair au milieu de projets et de réalités souvent confus et contradictoires. Il me semble que c'est le travail d'un syndicat comme le nôtre de jouer le rôle non seulement de représentant de la psychiatrie pour l'extérieur, mais de centre de réflexion à l'intérieur de nos rangs pour que les tendances opposées trouvent un certain équilibre.

En proposant de dépasser les intérêts corporatistes de tel ou tel segment de la spécialité Brisset réaffirme en fait la vocation du Syndicat à faire vivre une psychiatrie définie par sa « fonction sociale ». Ce projet est porté par plusieurs entreprises au cours des années 1970. En 1972, Brisset lui-même fait paraître un ouvrage programme, *L'avenir de la psychiatrie en France*¹, dans lequel il reprend en les élargissant les

¹ Brisset, C., *L'avenir de la psychiatrie en France*, Paris, Payot, 1972.

perspectives qui se sont dégagées au cours des Journées du Livre Blanc. Le point clef de l'analyse est l'idée que la psychiatrie s'oppose au reste de la médecine en ce qu'elle répond à un principe d'intégration horizontal, contre un principe d'intégration vertical. Dans ce que Brisset appelle la « médecine des spécialités », les impératifs de spécialisation imposent en effet qu'un malade souffrant d'une pathologie nécessitant une intervention pointue passe de main en main, à mesure que les examens permettent de préciser ce dont il souffre, du médecin généraliste de son village jusqu'au service ultra spécialisé à Paris. En psychiatrie au contraire la logique est que le malade trouve à côté de chez lui l'ensemble des soins dont il peut avoir besoin. La raison tient à la dimension chronique des maladies mentales et à la spécificité de leur inscription dans la communauté dont sont issus les patient :

Pourquoi cette notion de proximité ? Parce que le malade, pour le diagnostic et pour le traitement, ne peut pas sans dommage pour lui et pour les autres, être considéré comme malade isolément. Le diagnostic de schizophrénie débutante, pris comme exemple, ne sera pas précisé par des examens de laboratoire ou des explorations à l'aide d'appareils rares, mais par la compréhension aussi profonde que possible de la vie du sujet dans ses relations avec son milieu, fondamentalement avec ses proches, sa famille, mais aussi avec son entourage complet, dont un long commerce permettra seul de connaître les conditions sociales et les coutumes de groupe. C'est sur cet arrière-fond que se découpe la maladie mentale, toute maladie mentale.

Dans la ligne du rapport de Brisset et Mignot aux troisièmes Journées du Livre Blanc, Cette inscription de la pathologie dans une écologie explique la nécessité d'une organisation originale, le secteur. Elle explique également les besoins spécifiques de l'enseignement de la médecine. Le fonctionnement des CHU repose sur une hiérarchie technique, alors que cet impératif n'existe pas en psychiatrie. Les CHU recrutent les cas les plus complexes fondés sur une sélection technique, alors qu'en psychiatrie le recrutement est le même pour l'ensemble des hôpitaux psychiatriques de France et se fait sur une base territoriale¹. D'un autre côté, la psychiatrie est absente des CHU, qui ne draine que de très peu de cas psychiatriques. A l'argument ancien que les hôpitaux psychiatriques renferment un matériau clinique que l'on ne retrouve pas dans les CHU se joignent ici d'autres arguments liés à la question de l'organisation des pratiques. Il

¹ Pour une élaboration en sociologie de la même opposition, datant de la même époque, voir : Herzlich, C., "Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière", *Revue Française de Sociologie*, XIV, n° Numéro spécial, 1973, pp. 41-59.

faut noter par ailleurs un retournement du thème de l'organisation en cascade du dispositif de soins. A l'origine du secteur, on l'a vu dans le chapitre précédent, se trouvait une critique de la place de l'hôpital psychiatrique dans un système qui en faisait un lieu de relégation, en bout de course dans un dispositif en cascade. Ici, le principe de l'autonomie du secteur est devenu un problème d'ordre épistémologique, et correspond à un modèle en soi, à côté d'une autre organisation possible de la médecine de la spécialité, dans laquelle l'idée d'organisation en cascade est devenue positive.

Au-delà des efforts de Brisset lui-même, le Syndicat des psychiatres français s'engage lui aussi dans la production d'une réflexion sur ces questions. La production par le ministère d'un certain nombre de textes en 1971 et 1972 relance les tentatives de réunir praticiens privés et libéraux autour du secteur. Les responsables du Syndicat engagent ainsi une série d'efforts pour faire à nouveau du secteur un enjeu pour la profession dans son ensemble, dans la ligne présentée par Brisset et Mignot aux Journées du Livre Blanc¹. En 1971 Daumézon lance ainsi un appel à dépasser les conflits d'intérêt pour reprendre une réflexion : « Nous devons sous peine de compromettre gravement l'avenir de la psychiatrie, présenter un projet cohérent de l'organisation qui nous permette d'avoir une pleine efficacité chacun à notre place et en intégrant nos activités les unes avec les autres. »² La même année, le Syndicat crée une commission « sectorisation » chargée de conduire la réflexion sur le sujet. Le premier rapport de la commission, présenté par Daumézon, témoigne bien de l'approche qui est mise en œuvre³. Le rapport constate d'abord l'absence de moyens de mener une politique psychiatrique efficace. D'un côté, « le psychiatre public investi de la « responsabilité » d'un secteur alors qu'aucun texte ne prévoit même s'il doit être consulté pour l'organisation dudit, est aussi démuné que le médecin des hôpitaux psychiatriques, accablé par un service de centaines de patients pour lesquels il peut à peine prescrire des drogues dans un cadre dont l'inorganisation matérielle est fixée par une administration dont il est aujourd'hui plus exclu qu'il ne le fut jamais. » D'un autre côté, « le psychiatre privé, contraint de limiter son action en raison de la médiocrité du

¹ Bien que Ayme juge qu'il n'ait pas été un « fervent défenseur » du secteur.

² Daumézon, G., "Réflexions sur la politique de secteur", *Psychiatrie Française*, 2ème année, n° 3, 1971, pp. 85-87.

³ Daumézon, G., "Dossier: la politique de secteurs. Rapport de G. Daumézon au conseil syndical du 18 juin 1972", *Psychiatrie Française*, 3, n° 3, 1972, pp. 86-88.

remboursement de son client, n'est pas mieux armé ». Dans les deux cas, ce sont bien les moyens qui font défaut à la psychiatrie. D'où la recommandation :

[S]auf bouleversement politique et culturel venant faire basculer la population française dans le premier registre, la politique ne peut se fixer qu'un double but :

- élever le standard de base du secteur ;
- permettre la poursuite d'une pratique plus perfectionnée et plus onéreuse, et cela dans le double domaine public et privé autorisant ainsi le progrès [qu]'une planification rigoureuse forclot.

Il ne semble pas qu'un syndicat de psychiatres français, réellement représentatif, puisse présenter d'autres revendications et, en corollaire, le Syndicat se doit de présenter de façon lisible l'ensemble et non pas une part seulement des conditions permettant d'appliquer les techniques de soins adaptées à la majorité des citoyens du pays.

Le Syndicat doit donc à la fois revendiquer des moyens, et donner son avis « technique » sur leur utilisation. Dans la ligne de cet argument, le rapport propose de développer une analyse des besoins en toute généralité. Une première condition est « que le sujet malade puisse trouver à proximité dans le cadre médical ordinaire le conseil et le secours adéquats ». Cela suppose la formation du praticien généraliste à la psychiatrie autant que la création d'un cadre pour rémunérer les actes spécifiquement psychiatriques. Le second élément du diagnostic est le développement d'une offre de soins. Or le cadre libéral ne peut aboutir à la couverture de tout le territoire, tandis que d'un autre côté « le caractère essentiellement individuel du recours psychiatrique s'accommode mal de la fonctionnarisation du psychiatre. On peut tenir le percepteur pour agent de l'Etat, il est difficile qu'il en soit ainsi pour le médecin. » L'organisation publique doit donc intervenir pour combler les défaillances du libéralisme sans imposer un cadre normatif trop strict. Pour élaborer les besoins, Daumézon propose par ailleurs la constitution d'un document spécifique, sous la forme d'un tableau mettant en regard les « contraintes auxquelles doit obéir l'institution du secteur » pour « répondre aux impératifs de traitement des patients » et les réalisations à effectuer pour répondre à ces contraintes. Et d'ajouter :

Il semble que si toutes les régions réfléchissent sérieusement et nous fournissent de nombreux exemples sous cette forme, leur réunion et leur collection permettra d'établir un catalogue à peu près exhaustif et en tout état de cause, dans la mesure où les conclusions concernant l'organisme de secteur

apparaîtront comme le résultat d'un syllogisme irrécusable, elles auront une force contraignante à laquelle devront se soumettre les responsables d'organisations.

L'enquête que propose Daumézon apparaît ainsi comme une manière de pousser les praticiens à s'organiser pour prendre en charge l'organisation de la psychiatrie, de les intéresser au travail qui se fait dans le cadre du secteur. Malgré la dimension participative de la démarche, l'initiative toutefois ne paraît pas parvenir à faire bouger le Syndicat. En 1972, dans la suite de discussions tenues à la Commission des maladies mentales, le Syndicat insiste sur la nécessité de créer des lieux de concertation où psychiatres de tous modes d'exercice puissent se rencontrer¹, mais dans le même temps sa volonté de concilier, d'engager les psychiatres à la collaboration sans les y forcer le conduit à faire la promotion d'une régulation molle. Alors que les textes du ministère instituent des commissions départementales de secteur en détaillant leur composition, les responsables du Syndicat réagissent en soulignant le risque du dirigisme : « Il faut éviter dans l'intérêt de la politique de secteurs, le formalisme administratif et la tendance à accuser les divergences entre les deux catégories de psychiatres » pointe ainsi à nouveau Brisset en 1972², tandis qu'un autre psychiatre lance un appel à ne pas attendre du secteur « un système qui contienne tout, s'adapte à tout »³. La commission sectorisation du Syndicat cesse de fonctionner dès 1973 et le Syndicat abandonne à peu près ce terrain de la réflexion. Dans les années qui suivront, Daumézon lui-même marquera le pas en n'appelant plus désormais qu'à une réflexion « épistémologique » ou « méthodologique » sur la psychiatrie⁴.

Entre la fin des années 1950 et le début des années 1970, les médecins des hôpitaux psychiatriques ont donc joué un rôle clef pour faire émerger une nouvelle définition de la psychiatrie. Tout au long des années 1970, la croissance très rapide de la profession sera l'une des marques les plus significatives de leur succès. En cinq ans, de

¹ Triniac, A. et al., "Assemblée générale du 10 décembre 1972", *Psychiatrie Française*, 3e année, n° 4, 1972, pp. 131-139.

² Brisset, C., "Editorial", *Psychiatrie Française*, 3e année, n° 3, 1972, p. 77.

³ Jeanneau, A., "Deux notions du secteur", *Psychiatrie Française*, 3e année, n° 1, 1972, pp. 17-18.

⁴ Daumézon, G., "Le syndicat des psychiatres français devant la dispersion des psychiatres", *Psychiatrie Française*, 6e année, n° 4, 1975, pp. 152-154.

1970 à 1975 le nombre de psychiatres en formation est passé de 654 à 2548¹. Dès 1973, 3000 nouveaux psychiatres ont fait ou s'apprêtent à faire leur entrée dans la profession. En 1975, le groupe a déjà dépassé le chiffre de 4000 psychiatres, qui moins d'une décennie auparavant, au cours des Journées du Livre Blanc, avait pourtant été jugé comme un objectif lointain et difficile à atteindre. Cet essor marque bien la justesse d'une vision de la psychiatrie que les médecins des hôpitaux psychiatriques ont largement contribué à faire aboutir, tout autant que le succès des secteurs dans l'accomplissement de leur mission de formation. En définitive, toutefois, la tentative des médecins des hôpitaux psychiatriques de changer la psychiatrie en la réorganisant autour du secteur a abouti à un relatif échec. En dehors du segment des médecins des hôpitaux psychiatriques, le secteur peine à constituer un projet pour le reste de la spécialité. Après une période d'enchantement, l'intérêt des praticiens privés pour les pratiques de secteur marque le pas. D'une certaine manière ce désenchantement se retrouve au niveau de l'organisation du dispositif de secteur par le ministère de la Santé lui-même, vers laquelle il faut se tourner maintenant.

2. Les limites d'une régulation. Les évolutions du secteur dans l'expérience de planification

Si, au lendemain de la parution de la circulaire de mars 1960, le secteur apparaît ainsi comme un outil puissant pour faire avancer la réorganisation de la profession, sur le terrain, le bilan est dans un premier temps mitigé. Dès le début des années 1960, les médecins des hôpitaux psychiatriques sont gagnés par une forme d'embarras. D'un côté, au moment où ils devraient se féliciter du soutien du ministère et se lancer dans la généralisation des expériences, des interrogations se font jour sur le sens même de l'action de secteur : A quel type d'organisation le secteur devrait-il correspondre ? Que sont de bonnes pratiques de secteur ? Disposera-t-on jamais d'un authentique dispositif de secteur ? En 1963, dans un article paru dans *l'Information psychiatrique*, deux ardents promoteurs de la formule, responsables des services d'hygiène mentale à la

¹ Pinell, "La normalisation de la psychiatrie française", *op. cit.*

Seine font paraître dans *l'Information psychiatrique* un article, « contre le secteur », dans lequel ils s'opposent à une interprétation restrictive du secteur le limitant à une pratique de consultation de dispensaire¹. Quelques mois plus tard un autre psychiatre conclut une présentation de son travail en appelant ses collègues à multiplier les initiatives pour ne pas rester dans « l'idée pure, puisque de l'avis des meilleurs théoriciens de l'idée, « le secteur idéal » n'est pas encore né et que tout ce qui existe – surtout dans l'idée des autres – n'est pas l'authentique secteur »². Et une décennie plus tard, une étude sur les développements du secteur dans l'Essonne portait comme titre « le secteur impossible », signalant la difficulté à faire jamais aboutir véritablement le secteur³. Pour les professionnels, le secteur correspond à un horizon lointain et inaccessible. Mais, d'un autre côté, ce discours sur l'écart entre les principes et la réalité s'articule également chez ces mêmes professionnels à un discours sur l'impuissance à réformer les pratiques. Au moment de trouver une réalisation concrète, le secteur se serait heurté à la résistance des administrations, du public et de certains professionnels. Du côté de l'Etat, après la parution de la circulaire de 1960, l'administration et le personnel politique auraient désinvesti la psychiatrie. Pour le ministère de la Santé, le secteur n'aurait plus correspondu qu'à un simple dispositif de gestion des moyens de la psychiatrie. Sur le terrain, le secteur aurait représenté un changement trop radical pour les partenaires des psychiatres. Du côté des professionnels, en dehors d'une petite élite réformatrice, les psychiatres auraient été réticents à changer leurs habitudes.

Si un certain nombre de ces éléments sont incontestables, c'est toutefois le récit qu'ils composent qui paraît insatisfaisant pour rendre compte du devenir du secteur dans le courant des années 1960. D'une part, en effet, l'analyse suppose l'existence d'une vision du secteur peut-être plus cohérente que ne l'est effectivement celle portée par les psychiatres ou l'administration centrale au début des années 1960. Si, pour cette dernière en particulier, le secteur est bien un outil pour transformer la psychiatrie, sur un certain nombre de questions clefs, comme par exemple le rapport entre les moyens mis

¹ Duchêne, H. et P. Bailly-Salin, "Contre le secteur", *Information Psychiatrique*, n° 1, 1962, pp. 7-10.

² Bernard, P. et al., "Conséquences d'un essai de travail en secteur sur l'activité d'un service d'hôpital psychiatrique desservant un secteur parisien", *Information Psychiatrique*, n° 5, 1965 Cf. aussi en conclusion du débat organisé aux 2^{ème} journées du Livre Blanc cette remarque de Ey : « deux choses paraissent après cette discussion évidentes, c'est que peu ou pas de secteurs véritables sont actuellement mis en place et que le dispositif de secteur est certainement la formule du progrès et de l'avenir. » *Livre Blanc de la Psychiatrie Française. Tome 2, op. cit.*, p. 86.

³ « Le secteur impossible ? », in Fourquet, F. et L. Murard, "Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible?" *Recherches*, n° 17, 1975.

à disposition de l'hôpital psychiatrique et ceux de l'extrahospitalier, les perspectives paraissent en fait très ouvertes tout au long de la décennie. Mais, d'autre part, elle tend à supposer que cette vision correspond effectivement à une vision partagée par l'ensemble des acteurs de la psychiatrie. L'écart entre les principes et la réalité dans la mise en œuvre du secteur serait alors provenue d'une distorsion introduite à un niveau ou un autre des circuits médicaux et politico-administratifs. Comprendre les évolutions du secteur en tant qu'outil dans un réseau dense de relations entre acteurs provenant de monde variés, ce qu'il rend possible et les difficultés qu'il entraîne pour les acteurs, suppose au contraire de ne pas chercher à établir trop vite un bilan sur le terrain. Plutôt que d'adopter une perspective normative qui s'attacherait à évaluer l'écart entre une vision première et les évolutions effectivement survenues dans les pratiques, il nous faut au contraire nous efforcer de saisir dans une perspective pragmatique la manière dont le secteur, les normes et la régulation sur lesquelles il repose, peuvent être mobilisés par les acteurs en fonction des circonstances particulières dans lesquels ils agissent. C'est cet esprit qui anime les analyses qui suivent. Dans un premier temps, l'exemple du département de la Seine permettra de se faire une idée plus précise des enjeux de la régulation du secteur sur le terrain, là où s'organisent concrètement les pratiques de secteur, au niveau des départements. Dans un second temps, je reviens sur les conditions de production de cette régulation, en examinant d'une part les modes d'intervention de l'administration centrale, et d'autre part l'origine et la nature des normes sur lesquelles elle s'appuie. Je suggère en particulier que les limites du secteur tiennent moins aux obstacles posés à sa mise en œuvre, à la résistance des professionnels ou de leurs partenaires qu'à la faiblesse de la régulation qui y est associée. Si le secteur correspond bien à une régulation nouvelle, celle-ci est à la fois trop lointaine et trop peu structurante pour constituer véritablement la base d'une politique. Loin de constituer une politique au sens où le secteur rassemblerait et organiserait l'ensemble des interventions de l'Etat en matière de psychiatrie, le secteur ne correspond qu'à une intervention restreinte, souvent incantatoire et fortement limitée par des logiques antagoniques. D'un autre côté, le secteur est marqué au cours de la période par un dessaisissement par les psychiatres. En dernière analyse le secteur est bien un outil faible pour piloter les pratiques.

2.1. Les logiques d'action locales

Pour comprendre les enjeux locaux du secteur dans le courant des années 1960 et 1970, on peut partir tout d'abord de quelques données très générales sur les évolutions de l'équipement psychiatrique du pays sur la période. De 1956 à 1972, 30 établissements nouveaux ont été ouverts, totalisant 13400 lits répartis dans 19 hôpitaux indépendants, et 11 services de psychiatrie dans des hôpitaux généraux¹. A cette même date 7290 lits dans 8 établissements et 21 services de moyenne capacité annexés à des hôpitaux généraux et de taille réduite étaient en cours de construction. Dans le même temps près de 12 000 lits étaient rénovés. Sur le plan du personnel, j'ai évoqué plus haut les créations de postes de médecins-chefs des hôpitaux psychiatriques. A cela il faut ajouter la multiplication du personnel secondaire des hôpitaux psychiatriques et surtout la création de nouveaux métiers ou le redéploiement de métiers anciens, psychologues, psychothérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, animateurs – faisant de la psychiatrie un débouché important pour les nouvelles classes moyennes. De manière plus ambiguë, la période voit également la structure de l'équipement évoluer grâce à l'encouragement au développement de l'extrahospitalier. En dehors des consultations de dispensaire, dont l'essor remonte au milieu des années 1950, les années 1960 marquent en particulier le succès d'un nouveau type d'établissement, l'hôpital de jour, créé en Grande Bretagne et en Amérique du Nord dès le début des années 1950, et dont les premiers exemples ouvrent en France à la fin des années 1950, dans le treizième arrondissement et sous l'impulsion de l'association de l'Elan retrouvé de Paul Sivadon. D'autres initiatives concernent des dispositifs d'accompagnement de post-cure. Pour autant ce développement est loin de toucher l'ensemble du territoire et, comme on le verra, il reste de toute façon limité, à l'exception de quelques lieux particulièrement dynamiques, mais restreints. Localement, ces données globales correspondent au demeurant à des enjeux différents selon les départements, en fonction notamment de l'état de leur équipement au sortir de la guerre. A Paris ou à Lyon, il s'agit d'introduire une coordination inexistante jusqu'alors entre des structures ressortissant à des administrations différentes. Dans d'autres départements, comme l'Essonne, la Seine-et-Oise ou la Corse, il s'agit de créer de toute pièce une *infrastructure* psychiatrique

¹ Laurenceau, C., "Inventaire des moyens psychiatriques existant en France", *Information Psychiatrique*, 1972, pp. 975-980.

inexistante dans la période précédente en l'absence d'hôpitaux psychiatriques. Ailleurs encore l'enjeu est de développer un pôle de psychiatrie dans des zones éloignées de l'hôpital du département.

Au total, c'est surtout à une croissance sans précédent du volume de l'offre en psychiatrie que l'on assiste et qu'il s'agit sinon de contrôler du moins d'accompagner. Le secteur va le faire en imposant deux principes : d'une part le découpage territorial et d'autre part la substitution à la division des établissements psychiatriques en services d'hommes et de femmes un découpage en services « bisexualisés » appariés aux secteurs conçus comme des « aires de recrutement ». Au-delà, une question clef est toutefois de savoir dans quelle mesure le secteur introduit une manière nouvelle de poser et de traiter les problèmes de santé mentale au niveau local. Le secteur, on l'a vu, correspondait à la volonté de créer avec les Programmes d'équipement et d'organisation départementaux (POD) une nouvelle régulation au niveau des départements, reposant sur la participation des professionnels à la constitution d'une norme partagée de manière à accompagner l'évolution des structures. Qu'en est-il en fait ? L'analyse des situations locales peut seule permettre de répondre à cette question en rendant compte de la dynamique des relations telles qu'elles se nouent entre les professionnels, l'administration centrale, les administrations et les élus locaux dans le travail sur le secteur. Une étude exhaustive de la situation de l'ensemble des départements français dépasserait le cadre de ce travail, de sorte que je me contenterai ici d'analyser un cas, qui sans prétendre être représentatif, va nous permettre d'y voir un peu plus clair. Outre qu'il joue un rôle clef dans le développement du secteur, à la fois en raison du poids symbolique de la capitale, de la proximité avec les centres de décision, de la concentration des élites et du caractère paradigmatique d'un certain nombre des expériences qui y ont été conduites et qui ont par la suite servi de modèles pour nombre d'autres créations locales, le département de la Seine est, par sa complexité, un terrain privilégié pour observer un certain nombre des traits typiques des relations entre les professionnels, les pouvoirs locaux et l'Etat. En ce sens, il ne s'agit pas de retracer intégralement l'histoire de la psychiatrie parisienne au lendemain de la guerre, mais de

saisir la manière dont le secteur est transposé localement pour donner forme à des projets portés par des collaborations et des alliances nouvelles¹.

Le point de départ : la nécessaire coordination du dispositif psychiatrique parisien

Au lendemain de la guerre, l'équipement psychiatrique public du département de la Seine repose sur deux dispositifs distincts. D'un côté, ses hôpitaux psychiatriques, dont l'organisation n'a que peu évolué depuis le début du siècle, forment un réseau de sept établissements implantés en banlieue en demi-couronne autour d'un établissement central, Sainte Anne, situé quant à lui dans le quatorzième arrondissement. Totalisant près de 15000 malades au sortir de la guerre, tous sous le régime de l'internement à l'exception de la centaine de malades du service libre de l'Hôpital Henri Rousselle et de certains malades de la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale de la Faculté de Médecine, installée à Sainte Anne, ils sont coordonnés à plusieurs niveaux. Dirigés par des directeurs nommés par le ministère, ils disposent néanmoins vis-à-vis de la préfecture du département d'une autonomie très limitée. Leur budget, voté par l'assemblée départementale, est entièrement établi par les services centraux du département et contrôlé par une unique commission de surveillance composée d'élus, de notables et de représentants des caisses de Sécurité sociale. Sur un plan médical, la coordination de l'ensemble est assurée par deux services d'admission. A l'exception des malades traités en cure libre, les malades ne peuvent pas être admis dans les services de traitement sans passer par l'admission de Sainte Anne ou l'Infirmierie Spéciale de la Préfecture de Police, qui jouent un rôle central de plaque tournante de l'ensemble du dispositif. En fonction du statut du placement – volontaire ou d'office -, les futurs internés sont ainsi conduits par leurs proches ou par la police à l'un ou l'autre de ces services, ceux-ci devant ensuite réaliser les formalités d'entrée – administratives et médicales – et répartir les patients dans les services hospitaliers où ils iront séjourner. Les services de traitement étant peu spécialisés – même si certains médecins-chefs peuvent demander qu'on leur envoie telle ou telle catégorie de patient en priorité en

¹ Les analyses qui suivent proviennent en partie d'une étude sur l'expérience de psychiatrie de secteur du treizième arrondissement de Paris réalisée dans le cadre d'un contrat de recherche MiRe/INSERM/CNRS : Henckes, N., *Réformer la psychiatrie, organiser les pratiques de secteur. La construction de la psychiatrie de secteur dans "l'expérience du treizième arrondissement"*, Rapport pour le programme Sciences biomédicales, Santé, Société, MiRe/INSERM/CNRS, 2005. Rappelons que le département de la Seine comprend non seulement la capitale, mais également les villes formant actuellement l'ensemble des départements de la petite couronne.

fonction de leurs recherches du moment¹ – la distribution des patients se fait donc dans une négociation directe entre le personnel de l'admission et les responsables du service, la place que ceux-ci sont en mesure de dégager dans leurs murs étant en dernière instance le critère essentiel de l'attribution des patients.

Les médecins chefs de service, qui forment comme on l'a vu une élite du cadre des médecins des hôpitaux psychiatriques, constituent un groupe de fortes personnalités qui n'ont de comptes à rendre qu'au ministère. Réunis dans une Société médicale des hôpitaux psychiatriques de la Seine, ils ne sont toutefois véritablement unis que dans les moments de crise. Ils disposent d'une liberté presque totale dans la conduite de leur service, ainsi que d'une marge de manœuvre appréciable pour négocier des soutiens avec la Préfecture, le ministère ou en dehors de l'administration, de sorte qu'il ne leur est pas difficile de développer des initiatives institutionnelles ou scientifiques². Au sortir de la guerre, la création des Centres de Traitement et de Réadaptation Sociale dans les hôpitaux psychiatriques de Ville Evrard et de Villejuif à l'aide de subventions des Caisses de Sécurité Sociale est un exemple important de ce fonctionnement.

A côté de ce dispositif hospitalier, un dispositif de dispensaires d'hygiène mentale a été mis en place en 1941 au sein de l'Office public d'hygiène sociale (OPHS). L'OPHS est un modèle d'un genre d'administration technique porté par le mouvement hygiéniste depuis l'avant-guerre. Créé en 1918 pour coordonner le dispositif des dispensaires antituberculeux du département, il élargit à partir des années 1930 ses activités à un certain nombre de « maladies sociales », c'est-à-dire de pathologies dont l'étiologie est supposée avoir une composante sociale et/ou qui ont un retentissement social important. Au plus fort de son développement, l'OPHS comprend six sections chargées respectivement de la tuberculose, des maladies vénériennes, de la protection maternelle et infantile, du cancer, et de la prophylaxie mentale. A chaque fois, l'OPHS a le double rôle d'un gestionnaire d'équipements et d'un organisme de liaison entre les acteurs concernés. Sur le terrain, le dispensaire constitue le pivot du dispositif. Il est

¹ Jean Thuillier raconte ainsi comment la Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale prélevait directement ses malades à l'admission de Sainte Anne : Thuillier, J., *Les dix ans qui ont changé la folie, la dépression et l'angoisse*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2003 [1981], pp. 191-193.

² Georges Daumézon note ainsi : « on pourrait, sans grande exagération, avancer que toute demande raisonnable, présentée avec une argumentation solide et une persévérance suffisante, aboutit à une satisfaction qui ne laisse pas d'étonner ses auteurs (et d'exciter la jalousie de ses voisins). » Daumézon, G., "Essai d'historique critique de l'appareil d'assistance aux malades mentaux dans la Seine depuis le début du XIXe siècle", *Information Psychiatrique*, n° 1, 1960.

supposé permettre d'assurer la continuité du suivi du malade et de sa famille au long des différentes étapes du traitement. L'OPHS gère également certains établissements de traitement, et en particulier les sanatoriums du département. D'un point de vue organisationnel, chaque section est animée par un médecin inspecteur, qui assure à la fois la surveillance des dispensaires et leur organisation. Chargé de veiller à la qualité du personnel médical, il doit également s'assurer de la conformité des installations aux normes de l'Office, veiller à la tenue des statistiques des dispensaires et procéder lui-même à l'installation des nouvelles équipes¹. A un niveau plus politique, l'OPHS, qui est une pièce de l'administration préfectorale, est doté d'un conseil de surveillance qui réunit les principales personnalités médicales du département – présidé par Robert Debré, la psychiatrie y est représentée par Georges Heuyer. A ces différents niveaux, la coordination est bien le maître mot de l'organisme : coordination des soins et services apportés aux malades ; coordination entre ses différentes sections - au lendemain de la guerre, plusieurs projets de réforme ont du reste tenté de développer des modes d'organisation qui renforçaient la liaison entre les différentes composantes de l'Office ; coordination enfin de l'action de l'Office avec le reste du dispositif médical du département.

Au lendemain de la guerre, les moyens de l'Office pour la psychiatrie reposent sur 25 consultations réparties dans tout le département, une vingtaine d'assistantes sociales à temps plein et autant de médecins vacataires, assurant ainsi un service relativement modeste en regard de besoins qui paraissent pléthoriques. 6000 consultations sont données en 1949, concernant en tout environ 3500 patients – alors que la population totale du département est de près de 5 millions d'habitants. Bien que non spécialisées, les consultations s'adressent de fait en priorité aux enfants : les adultes paraissent plus difficiles à faire venir, tandis que les écoles constituent une filière de recrutement. Par ailleurs la création du dispositif pendant la guerre, sous la responsabilité de Heuyer, spécialiste de neuropsychiatrie infantile, s'était faite dans un contexte de forte attention portée aux problèmes de l'enfance inadaptée². D'un autre côté, l'Office n'a aucune prise sur les hôpitaux psychiatriques, qui dépendent d'une autre direction de l'administration préfectorale. En raison de la souplesse de son

¹ Après le vote de la loi sur les alcooliques dangereux du 15 avril 1954, le médecin chef du service a aussi sous sa responsabilité la surveillance des alcooliques dangereux du département.

² Chauvière, M., *Enfance inadaptée: l'héritage de Vichy*, Paris, Editions ouvrières, 1980.

fonctionnement, il dispose en revanche d'une capacité d'initiative que n'a pas l'administration des hôpitaux psychiatriques. Par ailleurs, le service d'hygiène mentale est dirigé par un médecin détaché du cadre des hôpitaux psychiatriques, Pierre Fouquet, puis à partir de 1948 Henri Duchêne, tous deux membres du petit groupe des « jeunes psychiatres » à la Libération. Cela jouera un rôle important pour le développement des activités du service.

A partir de la fin des années 1940, le dispositif parisien pose ainsi plusieurs problèmes aux autorités départementales. Du côté des établissements psychiatriques, elles doivent très rapidement faire face à un encombrement sans précédent. Pour une part, les autorités et les médecins font face au problème en envoyant des contingents de malades chroniques dans les établissements de province, mais ce genre de mesure apparaît au mieux comme un palliatif alors que par ailleurs les pressions sont de plus en plus fortes pour que les malades restent hospitalisés au plus près de leur domicile. Les médecins des hôpitaux psychiatriques, de leur côté, se satisfont de moins en moins de ne pouvoir intervenir en dehors de leur service, et de devoir abandonner le suivi de leurs patients lorsqu'ils les font sortir. Ils développent également une sensibilité nouvelle à un problème qui prendra de plus en plus d'ampleur au fil du temps, les réhospitalisations de patients sortis des hôpitaux psychiatriques ou d'autres établissements psychiatriques. Celles-ci peuvent en effet conduire ces malades à passer entre de nombreuses mains au cours de leur carrière, compliquant le travail psychiatrique. Pour ce qui concerne l'OPHS, les autorités du département veulent développer ses moyens en matière d'hygiène mentale, en particulier pour lui permettre d'atteindre les patients adultes. Elles pensent que cela permettra de contenir l'augmentation de la population hospitalisée du département. Dans cette perspective, un enjeu important est de réaliser une liaison des dispensaires et des établissements psychiatriques. Du début des années 1950 au milieu des années 1970, le traitement de ces divers problèmes va s'étaler sur quatre phases distinctes.

L'initiative des psychiatres

La première correspond à l'élaboration d'un premier plan de réorganisation du dispositif psychiatrique du département en 1952-1953. A son origine se trouve un « comité technique d'hygiène mentale » créé auprès de l'OPHS pour réfléchir au

problème, et qui rassemble les figures de la psychiatrie parisienne. C'est la nomination d'un nouveau médecin-chef à la tête du service de l'admission à Sainte Anne, Georges Daumézon, qui paraît en fait avoir permis l'initiative. Daumézon signe en effet avec Henri Duchêne le rapport du comité et leur plan repose de manière cruciale sur leur coopération. Celui-ci comporte deux volets distincts¹. Le premier préconise le développement des consultations de post-cure, et dans le même temps, plus largement, l'engagement d'une première étape de la réorganisation du dispositif psychiatrique parisien en créant des « aires de recrutement » rattachées chacune à un service hospitalier et disposant d'un ou de plusieurs dispensaires. Le plan prévoit ainsi que, lorsque les médecins-chefs l'acceptent, le recrutement de leur service soit limité aux malades d'un secteur donné du département, qui leur sont adressés à l'exclusion de tous les autres. En même temps, les chefs de service se chargent d'assurer la consultation de post-cure de leur secteur. Après quelques mois de négociations, et l'obtention d'une subvention du ministère, le projet ralliera effectivement un certain nombre de médecins-chefs et une première série de secteurs de ce type seront mises en place dès la fin de l'année 1953. L'organisation est très rudimentaire. Ces premiers secteurs comprennent parfois plusieurs centaines de milliers d'habitants, et ce sont souvent les internes qui se chargent des consultations, en général peu nombreuses.

Le deuxième volet du plan propose la création d'« un secteur d'essai de dépistage, hospitalisation et postcure psychiatriques ». L'objectif est de se donner les moyens de tester des moyens d'action nouveaux, notamment en termes de coordination des intervenants de la psychiatrie. La proposition s'inspire d'un dispositif développé à Amsterdam. Restée sans suite dans un premier temps, elle trouve à se réaliser en 1958, lorsque le médecin adjoint du service d'hygiène mentale de l'OPHS, Philippe Paumelle, décide avec le soutien de la préfecture de lancer une expérience pilote pour la Seine. Constituée en association, l'Association de Santé Mentale et de Lutte contre l'Alcoolisme du Treizième Arrondissement (ASM13), l'expérience va bénéficier, outre en outre d'une grande partie du budget d'hygiène mentale du département, du soutien financier et politique du ministère de la Santé, ainsi que de subventions importantes des caisses de Sécurité sociale et du Comité national de défense contre l'alcoolisme. Elle se

¹ Le rapport n'a à ma connaissance pas été publié. On en trouvera de larges extraits dans : Alessandri, J., *Rapport au nom de la 2e commission relatif au fonctionnement de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine au cours de l'année 1951*, Paris, Conseil Général de la Seine, 1952.

trouvera ainsi au milieu des années 1960 à la tête d'un ensemble institutionnel sans équivalent ailleurs en France, comprenant un établissement psychiatrique, situé en banlieue parisienne, plusieurs structures de jour et foyers, et un service de consultations généralistes et spécialisées. Cela en fera, après la parution de la circulaire sur le secteur en mars 1960, la vitrine de la psychiatrie de secteur.

A côté de ces différents projets, les autorités du département lancent plusieurs projets de création de lits pour combler les manques. Dans le courant des années 1950, le conseil général de la Seine vote ainsi la construction de 3000 lits nouveaux, répartis en 800 lits créés sur des terrains libres dans les hôpitaux psychiatriques, et la création de 3 nouveaux établissements¹. Peu de constructions seront effectivement commencées avant la fin des années 1950.

Les limites du POD

Une deuxième phase débute après la parution de la circulaire de mars 1960. En 1963, le département procède à la constitution de son Programme d'Organisation et d'Équipement Départemental (POD). C'est le nouveau médecin inspecteur adjoint du service d'hygiène mentale, Pierre Bailly-Salin, lui aussi détaché du Cadre, membre du conseil syndical du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques et par ailleurs conseiller technique auprès du bureau de la psychiatrie au ministère de la Santé, qui se charge de rédiger le document, de sorte que celui-ci constitue d'emblée un modèle. Comme outil de planification, il s'inscrit en fait dans deux registres différents. D'un côté, il propose un programme d'équipement supposé représenter un état futur de la psychiatrie parisienne, mettant en œuvre pour une part les normes de la circulaire – secteurs de 70 000 habitants découpés en fonction des voies de communication, trois lits pour 1000 habitants, doit 200 lits par secteur – et pour une part des normes nouvelles, notamment en matière d'équipement extrahospitalier, hôpitaux de jour et foyers de post-cure. Pour ceux-ci il précise en effet les sites d'implantation souhaitables, les normes architecturales à mettre en œuvre. D'un autre côté, il développe un schéma d'évolution du dispositif psychiatrique du département à moyen terme pour parvenir effectivement à l'organisation souhaitée. Le processus repose sur deux mouvements parallèles : l'augmentation progressive du nombre d'équipes médicales, pour passer des 30

¹ Rapport de la commission d'étude de la réorganisation des hôpitaux psychiatriques de la Seine, *Bulletin Municipal Officiel, Conseil général de la Seine*, 1961, Rapport n°3.

médecins chefs de service alors disponibles aux 89 nécessaires pour desservir l'ensemble des secteurs ; la création des équipements extrahospitaliers dans les secteurs, la modernisation des établissements psychiatriques et la construction de nouveaux hôpitaux permettant d'atteindre le nombre de lits nécessaire pour satisfaire les besoins du département, pris sur la base de la norme de 3 lits pour 1000 habitants. Dans le même temps, il s'agit d'ajuster au plus près les aires de recrutement pour conserver à l'ensemble une cohérence spatiale. Le document propose en particulier une série de « formules » pour décider de l'implantation de nouveaux établissements en fonction de l'utilisation des établissements existants. La sectorisation apparaît bien ainsi comme une manière de gérer l'augmentation des moyens psychiatriques du département en coordonnant ses dimensions humaines, matérielles et géographiques. Le document souligne du reste que c'est la question des moyens immobiliers qui sera déterminante : « C'est dire qu'il ne semble pas qu'il s'agisse essentiellement d'un problème d'hommes et de personnel, mais beaucoup plus d'un programme d'investissement budgétaire qui ferait évoluer parallèlement, suivant les grandes lignes que nous avons développées l'équipement en lits hospitaliers et l'équipement extrahospitalier. »

Approuvé au début de l'année 1964 par le ministère, le Programme paraît toutefois d'emblée peu susceptible d'aboutir, en raison de la réorganisation administrative en cours de la région parisienne¹. Définitivement engagée par le vote de la loi du 10 juillet 1964, celle-ci prévoit en effet un redécoupage des deux départements de la Seine et de la Seine et Oise, mettant ainsi à mal les structures administratives sur lesquelles repose le POD. S'y ajoute l'avenir incertain du réseau de communication du département et de ses projets hospitaliers, qui rend difficile de prévoir l'appariement des secteurs à des services hospitaliers. C'est en fait en 1965, avec l'adoption d'un premier schéma directeur d'aménagement et d'urbanisme régional, que les choses s'éclairciront de ce côté.

Si l'adoption du POD ne débouche ainsi dans l'immédiat sur aucune initiative, le service d'hygiène mentale de la préfecture n'en poursuit pas moins la politique engagée dans le courant des années 1950, la mise en place des aires de recrutement et le développement de l'offre en soins extrahospitaliers. Le nombre des consultations d'hygiène mentale est doublé de 1958 à 1963, tandis que plusieurs projets de foyers et

¹ Lettre de Hubert Mignot, conseiller technique, à Melle Mamelet, administrateur civil, datée du 9 novembre 1963. 1p. CAC 19910084 art. 9.

d'hôpitaux de jour sont lancés au début des années 1960¹. Le service développe par ailleurs une politique de conventionnement avec les associations du département, visant à introduire une coordination entre les différents intervenants du champ. D'un autre côté, la période voit médecins et élus voter à plusieurs reprises vœux et résolutions pour déplorer le manque de moyens des établissements et demander l'engagement rapide de travaux : en 1961 une commission créée par le Conseil Général de la Seine constate qu'il manque 5500 lits et émet une série de propositions pour réformer l'organisation administrative² ; en 1966, à la suite d'une série d'articles publiés par Louis Le Guillant dans le journal *Le Monde*, une table ronde réunissant médecins et élus aboutit au même constat alarmant³. En fait, en dehors de la rénovation d'un certain nombre de services, il faudra pour l'essentiel se contenter de trois réalisations dans le courant des années 1960 : la construction d'un nouvel établissement prévu pour accueillir 500 lits en banlieue Est, à la Queue en Brie, dont le projet remonte en fait à l'avant-guerre et qui ouvre ses portes à partir de 1963 ; celle d'un nouveau pavillon à l'hôpital de Perray-Vaucluse, dont les travaux sont achevés en 1967, qui doit apporter 400 lits environ, et qui vient s'ajouter aux pavillons ouverts à la fin des années 1950 dans les deux établissements de Maison-Blanche et de Ville-Evrard, au nord est de Paris ; celle enfin d'un établissement spécifiquement dédié aux besoins du treizième arrondissement, géré par l'ASM13, mais financé par les pouvoirs publics, qui comportera 175 lits, et qui ouvre ses portes à partir de 1963.

La relance d'une volonté planificatrice

Une troisième phase s'ouvre à la fin de la décennie avec la relance d'une volonté planificatrice globale dans la Seine. Un élément joue un rôle important dans l'évolution des rapports entre les professionnels et les autorités locales, la banalisation progressive de l'OPHS au sein de l'administration préfectorale. En 1961, une réforme de l'administration préfectorale a placé la gestion de l'ensemble du dispositif psychiatrique du département, et donc en particulier des établissements, dans les mains d'une seule structure, la direction de l'Hygiène sociale. Dans ce cadre élargi, le rôle des médecins

¹ Rapport d'activité de l'OPHS pour l'année 1963, AP 1513 W 26.

² J. A. Huet, 1961, *Rapport de la commission d'étude de la réorganisation des hôpitaux psychiatriques de la Seine*, Conseil Général de la Seine, Rapport n° 3.

³ Cénac-Thaly, H., "Rapport de la société médicale sur l'état actuel des hôpitaux psychiatriques dans la Seine." *Information Psychiatrique*, 43, n° 1, 1967, p. 73.

apparaît moins évident face aux gestionnaires. Le Conseil de Surveillance de l'OPHS, qui dans un premier temps avait continué ses bons offices auprès de la direction, cesse progressivement de se réunir. D'un autre côté avec la généralisation des aires de recrutement, le médecin-chef du service d'hygiène mentale perd une bonne partie de ses fonctions d'impulsion et de surveillance des dispensaires, qui est désormais assumée directement par les chefs de service. A la fin des années 1960 les personnels administratifs de la Seine ont ainsi directement en charge la négociation avec les médecins-chefs du département de l'évolution du dispositif. Deux obstacles subsistent plus particulièrement : d'un côté, un certain nombre de services ne sont pas encore intégrés au dispositif des aires de recrutement. D'un autre côté, surtout, la sectorisation telle qu'elle s'est mise en place depuis les années 1950 s'est faite sur la base de services « unisexués ».

L'occasion d'un nouveau plan global est en fait donnée par une série de mutations à Sainte Anne. En 1967, à la suite du départ à la retraite de son médecin chef, l'hôpital Henri Rousselle est réuni au service de l'admission pour constituer une structure nouvelle, le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil. Celui-ci doit fonctionner comme une structure d'accueil provisoire sans hospitalisation permettant de traiter les états de crise et de les orienter vers les structures extrahospitalières de leur secteur de rattachement. Il sera l'un des foyers de la psychiatrie d'urgence. Plus largement, toutefois, le plan de la préfecture prévoit un changement d'affectation de Sainte Anne dans son ensemble, en le constituant en pôle de ressources pour l'ensemble des secteurs qui doivent être créés à Paris¹ : d'une part, y seraient implantés pour chaque secteur des lits pour malades aigus placés sous la responsabilité des médecins-chefs, qui disposeraient par ailleurs de lits pour leurs malades au long cours dans les établissements de banlieue, l'ensemble constituant ainsi un dispositif « bipolaire » ; d'autre part, y seraient créés un certain nombre de services communs, intersectoriels, tels que consultations spécialisés, ou laboratoires d'analyse, qui seraient à la disposition des médecins-chefs. Profitant de la mutation à Sainte Anne d'un médecin d'un des établissements périphériques, une expérience mettant en œuvre ces principes est lancée rapidement dans le sixième arrondissement de Paris. En dehors du cas du treizième arrondissement celle-ci est ainsi le premier secteur concernant les malades des deux

¹ Rivière, J., "Ce que sera la psychiatrie parisienne", *Information Psychiatrique*, 1, 1967, p. 13.

sexes à être effectivement créé à Paris. Rapidement, toutefois, l'expérience s'avère décevante : le médecin-chef constate ses difficultés à diriger efficacement deux services hospitaliers à Paris et en banlieue, tandis qu'il ne parvient pas à obtenir l'ouverture des structures de jour attendues. Une seconde expérience est alors lancée dans le 7^{ème} arrondissement sous la responsabilité de l'ancien médecin chef du service d'hygiène mentale de la Seine, mais cette fois avec un seul service hospitalier. Pouvant compter sur davantage d'entrées au ministère et à la Préfecture, son médecin chef dispose dès le début des années 1970 d'un équipement satisfaisant comprenant consultation et hôpital de jour. A la suite de ces expériences, à la fin des années 1960, les perspectives d'aménagement de la psychiatrie parisienne oscillent entre l'espoir de parvenir à imposer un plan d'ensemble réglant une fois pour toute le problème et la création de secteurs au coup par coup en fonction du volontariat des médecins-chefs et des possibilités matérielles. Un conflit entre 1967 et 1970 autour de l'affectation des nouveaux locaux créés à l'hôpital de Perray-Vaucluse cristallise en particulier ces hésitations.

Deux éléments conduisent à précipiter les événements. Le premier est l'aboutissement de la réorganisation de la région parisienne. Après de longues négociations, Paris hérite en 1970 de trois des sept établissements du département, qui sont dans le même temps érigés en établissements publics en application de la loi de 1968 sur le statut des établissements psychiatriques. La réforme rend définitivement caduc le POD de 1963. Elle oblige en revanche à déplacer des malades, les établissements affectés aux départements de la petite couronne ne pouvant plus conserver ceux en provenance de Paris. Le second élément est la mise en place du nouveau statut de médecin-chef des hôpitaux psychiatriques en application là encore de la loi de 1968. Le décret d'application paru en mars 1970 crée en effet deux « groupes » d'établissements, correspondant à des niveaux de rémunération différents pour les médecins chefs, l'accès au premier groupe étant lié à leur engagement effectif dans la sectorisation. Trois critères seront retenus par le ministère de la Santé : les équipes devront s'engager effectivement dans un travail extrahospitalier en dispensaire ; elles devront prendre en charge l'ensemble des malades des deux sexes à l'intérieur de leur secteur, dont les limites devront être fixées sans ambiguïté ; et elles devront participer

activement à la lutte contre l'alcoolisme¹. En juillet 1970, le bureau de l'hygiène mentale de la Préfecture de Paris élabore ainsi un nouveau plan de sectorisation. Celui-ci prévoit la création 36 secteurs adultes dotés chacun d'un médecin chef et d'un médecin assistant. Pour le reste, il se contente de partager l'existant : le nombre de lits attribué à chacun – 170 – est calculé sur la base d'un recensement des malades parisiens effectivement hospitalisés, tandis qu'il ne donne pas d'indication sur l'équipement extrahospitalier. Le plan est mis en œuvre formellement l'année suivante, les besoins en personnels étant comblés progressivement au cours des années 1970.

Les secteurs créés, la sectorisation parisienne entre dans une nouvelle phase, marquée par la fin de l'impulsion donnée par les instances départementales. Désormais, l'évolution des secteurs est largement entre les mains des médecins-chefs, qui seuls peuvent engager les initiatives nécessaires au développement de leur équipement et dégager des moyens auprès de leur établissement hospitalier de rattachement et ou de différents partenaires. D'une certaine manière, la fin du processus de sectorisation marque ainsi un retour à la situation antérieure, où les médecins chefs étaient seuls maîtres à bord de leur service, à négocier leurs moyens avec leurs administrations, sans qu'aucune incitation nouvelle ne les pousse à développer leurs activités. Si un certain nombre de démarches leur sont désormais facilitées, si leur statut leur donne davantage de liberté, il ne les contraint pas à faire évoluer leurs pratiques. Une fois créé, le secteur ne correspond guère qu'à une extension du périmètre d'action des médecins chefs.

La mise en place des dispositifs de secteur contredit ainsi le discours normatif des psychiatres sur la politique de santé mentale. Celui-ci proposait une alliance entre les professionnels et les autorités locales, pour promouvoir une politique de développement de la santé mentale. En fait les professionnels, nommés par le ministère, peinent à s'accorder avec leurs interlocuteurs locaux. D'une part, ils ont un territoire d'intervention dépassant les communes, qui ne sont guère intéressées par leurs pratiques. D'autre part, basés dans leurs services, ils peinent à développer une vision intégrée au niveau départemental. De leur côté, les instances départementales sont supposées jouer un rôle d'intégration et de coordination des initiatives, mais, dans le cas parisien, le département n'a pu effectivement remplir ce rôle que dans la mesure où les psychiatres avaient à la préfecture comme correspondant l'un des leurs, disposant

¹ Arrêté du 20 septembre 1971.

d'une réelle légitimité dans la profession et par ailleurs engagé dans une activité de clinicien. Le secteur repose par ailleurs sur des logiques d'action qui supposent des collaborations nouvelles entre des administrations diverses et que rien ne vient faciliter.

En même temps, pour les professionnels, la planification des équipements psychiatriques telle qu'elle est conduite dans les années 1960 a été une expérience mitigée. Elle a débouché sur peu de constructions en regard aux promesses qui ont été faites. Dans le cas où les projets ont abouti, la planification a souvent été une expérience décevante. Les professionnels ont rarement été associés directement à toutes les étapes de la construction. Les plans n'indiquent pas les conditions dans lesquelles les équipements seront livrés. Ils ne peuvent pas intégrer des contextes d'utilisation changeants. Des locaux prévus à une fin peuvent être finalement affecté à un autre usage. Cela explique pour une part les réticences des professionnels. En fin de compte le bilan à la fin de la période apparaît ainsi modeste. En 1978 si tous les secteurs parisiens sont équipés de consultations, les inégalités en terme d'institution sont importante, le département compte, pour ce qui concerne l'hôpital de jour, 9 établissements publics pour 303 places, et si on ajoute les établissements associatifs : 2 dans le treizième, 2 dans le 15^{ème} et un établissement de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale¹. Le secteur a bien été un moyen faible de transformation de la psychiatrie.

2.2. Les transformations de l'intervention du ministère

Dès la fin de l'année 1960, le rapport de préparation du volet santé du Quatrième Plan – troisième plan d'équipement sanitaire et social -, est rédigé en tenant compte des nouvelles recommandations de la circulaire sur le secteur. Hormis le rappel des principes du dispositif, le rapport ne présente toutefois pas grande différence avec les rapports précédents. Deux parties distinctes traitent des problèmes des hôpitaux psychiatriques, qui restent prioritaires, et ceux de l'extrahospitalier, pour lesquels les objectifs sont formulés de manière plus vague. En 1963 un texte précise les orientations à suivre en matière d'équipement pour les arriérés profonds et les déments séniles,

¹ Bilan de l'extrahospitalier parisien en 1978, réalisé pour le compte du ministère de la Santé, sans date. CAC 19910084 art. 38.

recommandant notamment la création dans chaque secteur de services spécialisés en annexe de l'hôpital psychiatrique¹. Puis l'activité du ministère se tarit. La Commission des maladies mentales, dont le rythme des réunions s'est ralenti depuis 1960 cesse de se réunir et ne consacre plus son activité qu'à l'examen de textes réglementaires d'intérêt relativement secondaire – programme d'enseignement du personnel, règlement intérieur du placement familial – avant de cesser ses réunions en 1963. Au grand dam des psychiatres, qui parviennent toutefois à obtenir sa réunion en 1965, la Commission n'apparaît plus comme le relais qu'elle était dans la période précédente². En 1963, Georges Daumézon note ainsi :

La Commission des maladies mentales ne se réunit plus guère depuis quelques années que pour discuter des textes réglementaires présentés par l'administration. J'ai le sentiment que tout se passe comme si une doctrine ayant été élaborée il y a une quinzaine d'années cet ensemble était considéré comme achevé et qu'il suffise d'en tirer des applications. Or la situation du pays s'est modifiée plus radicalement encore que les connaissances psychiatriques qui ont eux-mêmes évolué depuis cette époque. Le rôle de la Commission n'est pas tant de discuter de textes que d'informer le pouvoir de l'état des connaissances en matière de soins aux malades mentaux.³

De fait tout, se passe comme si, après 1960, l'administration centrale considérait que, la circulaire de mars 1960 ayant mis en place les outils, la balle était dans le camp des psychiatres et de leurs interlocuteurs locaux. Une fois donnée l'impulsion du ministère, cela aurait été à eux de se saisir du secteur et de le faire aboutir sur le terrain. A cela va s'ajouter très rapidement le départ ou la mutation des cadres du ministère chargés de la politique de secteur. En 1964, Eugène Aujaleu est nommé directeur de l'Institut National d'Hygiène, avec la mission de le transformer en un institut de recherche médicale. Avec lui sont également déplacés les deux principaux fonctionnaires engagés sur le secteur, Pierre Jean, qui ira enseigner à l'Ecole Nationale de la Santé Publique, et Marie-Rose Mamelet, nommée à la direction du personnel. Dès lors, sans doute en partie en raison de la perte de ces relais, en partie en raison de la montée d'autres priorités, notamment le développement des centres hospitalo-

¹ 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.

² cf. *supra* chapitre 5.

³ « Intervention de M. Daumézon », 2p. Commission des maladies mentales, CAC 19950173 art. 1. dossier de la séance du 26 novembre 1963.

universitaires, et en partie en raison d'un désintérêt pour la psychiatrie de Raymond Marcellin, ministre de la Santé Publique de mai 1962 à janvier 1966, le secteur n'apparaît plus comme un enjeu pour le ministère. L'examen des POD se poursuit, mais le bureau de la psychiatrie n'a plus sur le terrain la présence qu'il avait dans la phase précédente. Un signe parmi d'autres : alors que le ministère s'était fortement impliqué dans le lancement de l'expérience du treizième arrondissement, obtenant qu'un siège du Conseil d'Administration de l'association lui soit réservé, ce siège n'est pratiquement plus occupé dans la seconde moitié des années 1960.

La relance à la fin des années 1960 de l'action du ministère en faveur du secteur apparaît ainsi comme une véritable redécouverte. Le renouveau de l'intérêt du ministère pour la psychiatrie est de toute évidence lié à la place nouvelle qu'occupe la psychiatrie dans la vie sociale et culturelle du pays à la fin des années 1960, à la fois du fait de l'essor des pratiques de secteur, que j'ai évoqué dans la section précédente, et en raison de l'audience nouvelle que recueille la critique de l'hôpital psychiatrique au lendemain de Mai 1968, sur laquelle je reviendrai plus loin. De problème technique n'intéressant qu'une petite frange de l'administration, la psychiatrie devient une question culturelle qui ne peut laisser insensibles les gouvernants. En particulier la période verra une implication nouvelle des différents ministres sur les questions de psychiatrie. Plus largement toutefois, le contexte de l'après Mai 1968 est marqué par une volonté de reprise en main générale, qui se traduit également dans tout un ensemble de secteurs de l'action sociale¹.

Dans le cas de la psychiatrie, c'est en fait de la fin de l'année 1967 que l'on peut dater la ressaisie du secteur par le ministère de la Santé, avec la nomination à la tête du bureau de la psychiatrie d'une nouvelle chef chargée de reprendre en main le dossier. Dès 1968 une commission d'équipement est mise sur pied, formellement comme sous-commission de la Commission des maladies mentales, pour reprendre systématiquement l'examen des POD. Dans le même temps, en 1969, une circulaire organise un recensement de l'équipement de secteur mis en place depuis le début de la décennie².

¹ Par exemple la vieillesse ou la toxicomanie : Bergeron, H., *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, PUF, 1999 ; Guillemard, A.-M., *La vieillesse et l'État*, Paris, PUF, 1980. Plus largement c'est également une volonté de ressaisie d'un certain nombre d'objets qui sont jugés avoir joué un rôle dans les événements de Mai 1968, comme dans le cas des Maisons de la Culture : Urfalino, P., *L'invention de la politique culturelle*, Paris, La Documentation française, 1996.

² Circulaire n° 8 du 16 janvier 1969 relative au traitement des malades mentaux.

En 1971, les médecins des hôpitaux psychiatriques obtiennent la recréation de la Commission des maladies mentales. Dès l'année suivante paraissent les premiers fruits de son travail, sous la forme de nouveaux textes d'orientation. En 1973 enfin, le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales consacré à la prévention, accorde une place importante aux questions de psychiatrie.

Pour autant ce mouvement s'accompagne d'une évolution sensible de la manière dont le ministère se saisit du secteur par rapport aux années 1950. Si le secteur est porteur de principes qui ne sauraient être remis en cause, il n'apparaît plus comme le support pour le ministère d'une intervention directe pour définir les objets du travail psychiatrique. Deux éléments caractérisent ainsi cette nouvelle phase de la politique de secteur. D'un côté les évolutions de l'organisation de l'administration de la santé ont conduit à déstabiliser le bureau particulièrement en charge d'animer la psychiatrie. D'un autre côté l'intervention du ministère prend la forme de textes visant à préserver la diversité des expériences, dans une logique d'animation de la concertation davantage que d'incitation à l'action.

Le mouvement et l'impuissance

Au sein de l'administration de la santé, sur toute la période, c'est spécifiquement un bureau de la direction générale de la Santé publique, on l'a vu, qui est en charge du secteur, le 7^{ème} bureau de la sous-direction de l'Hygiène sociale, devenu le bureau MS1 de la sous-direction de l'Action médico-sociale après 1966. Si cette attribution ne varie pas, dans le courant des années 1960 deux transformations importantes de son insertion administrative vont amener à faire évoluer ses modes d'action. La première correspond à l'essoufflement des modèles d'organisation administrative issus de l'hygiénisme, qui structuraient l'action de la Sous-direction de l'Hygiène sociale dans les années 1940 et 1950. L'essor des chimiothérapies et, plus généralement, l'amélioration de l'hygiène du pays ont conduit au contrôle des cibles traditionnelles autour desquelles l'hygiène sociale avait forgé son idéologie – tuberculose et syphilis – et aboutissent à un désinvestissement des dispositifs d'hygiène sociale et à un essoufflement de ses cadres. Dès le milieu des années 1950 les premiers signes sont sensibles d'une évolution qui

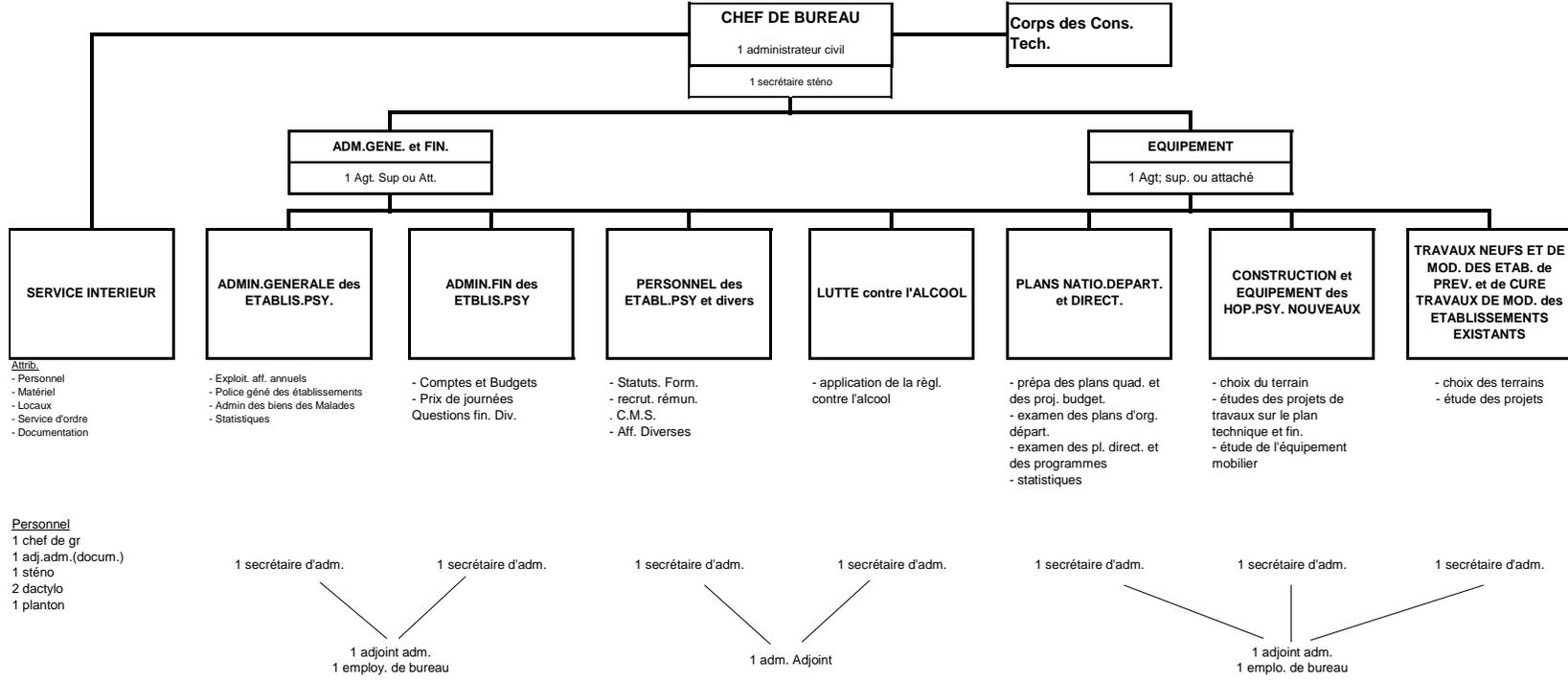
touche l'ensemble de l'administration de la santé du pays¹. En 1956, la réorganisation du ministère autour d'une seule grande direction de la santé publique tend à banaliser l'hygiène sociale. En 1964 le départ d'Eugène Aujaleu est l'occasion de procéder à une réforme de l'organisation de la direction générale de la Santé publique, qui conduit à priver la sous-direction de l'Hygiène sociale d'un certain nombre des attributions qui lui donnaient un réel pouvoir d'intervention². La sous-direction garde ainsi l'élaboration de la législation en termes de fléaux sociaux, mais lui sont enlevées ses tâches de gestion, et en particulier celle des établissements psychiatriques. Elle n'exerce plus sur ces derniers qu'un « contrôle médical », notion toutefois relativement imprécise, la tutelle des personnels, et en particulier des personnels médicaux, ayant été confiée à la direction du personnel – pour être par la suite remise à la direction des hôpitaux³. Un autre élément de ce délitement est par ailleurs la réforme directement à l'origine du départ d'Eugène Aujaleu en 1964, la suppression des directeurs départementaux au profit de la concentration de la représentation locale du ministère dans les DDASS.

¹ Ainsi, Aujaleu notait en 1953 : « L'hygiène sociale [...] est actuellement en pleine évolution. Les progrès extraordinaires de la thérapeutique moderne tendent à transformer en maladies aiguës rapidement guéries si elles sont bien traitées des affections qui nécessitaient autrefois des semaines et des mois de traitement. Cela est déjà acquis pour la gonococcie et la syphilis, demain ce sera le tour de la tuberculose. Et de cet énorme appareil de prévention qui a été mis en place et constamment perfectionné depuis quarante ans, la partie nécessaire aux mesures de prophylaxie restera, mais la partie correspondante à l'action sociale perdra beaucoup de son importance. Que de questions supprimées le jour où le tuberculeux précocement dépisté pourra, guéri, reprendre son travail quelques semaines après la découverte de sa maladie ! » Prophétique, il prévoyait le redéploiement de l'hygiène sociale vers les nouvelles maladies de civilisation et vers des problèmes tels que le vieillissement. Aujaleu, E., "Introduction", in R. Deguiral (dir.), *L'hygiène sociale. Principes, méthodes, organisation*, Toulouse, Privat, 1953.

² Fourquet, F. et L. Murard, *Histoire de la psychiatrie de secteur*, Paris, Encres, 1980 [1975].

³ Arrêté du 10 août 1966 relatif aux attributions et à l'organisation de la direction générale de la Santé publique, *Journal Officiel*, 25 août 1966, pp. 7461 sq.

Projet d'organisation du Bureau chargé de la Lutte contre les maladies mentales et l'alcoolisme à la direction générale de la Santé publique en 1962



La seconde évolution importante est la montée en puissance d'une administration centrale des hôpitaux, qui correspond en fait à l'essor de deux compétences nouvelles du ministère¹. La première est la tutelle des établissements, qui s'organise autour de deux questions clefs : la gestion du personnel des hôpitaux, qui prend de l'ampleur après la promulgation en 1955 du statut général des personnels d'hospitalisation et la création en 1958 du plein-temps hospitalier, et le contrôle administratif et financier des établissements, qui se resserre tout au long de la période. La seconde est la planification et la construction des établissements, dont l'essor se traduit par la création en 1960 d'un Centre technique de l'équipement sanitaire et social, transformé par la suite en direction de l'Équipement sanitaire et social, installée au Vésinet, en banlieue ouest de Paris. Ces deux compétences sont réunies à partir de 1970 dans une unique direction des Hôpitaux. C'est en particulier cette dernière qui récupère à partir de 1964 la gestion des hôpitaux psychiatriques et de leur personnel. A partir de 1968, enfin, les hôpitaux psychiatriques, devenus des établissements hospitaliers de deuxième catégorie, sont gérés dans le même cadre que les autres établissements, renforçant par là l'emprise de l'administration des hôpitaux.

Un dossier conservé aux archives nationales donne une vision suggestive de la manière dont ces transformations ont affecté le bureau de la psychiatrie, son organisation et la manière dont il a accompli son travail, et précise l'état d'esprit et les difficultés de ses personnels du milieu des années 1960 aux années 1970. Il complète le témoignage qu'ont donné ses responsables à François Fourquet et Lion Murard². En 1962, les projets de ses responsables faisaient du bureau une mini direction de la psychiatrie, disposant d'un contrôle élargi sur l'ensemble des moyens de la discipline, et s'appuyant pour cela sur un personnel abondant, organisé selon un organigramme complexe (voir illustration n° 1). De 1964 à 1966, le bureau est laissé sans chef, et doit fonctionner avec un personnel réduit : un seul administrateur civil, deux adjoints, un chef de groupe et un agent de bureau, soit cinq personnes en tout³. La nomination d'un nouveau chef fin 1967, Cécile Laurenceau, qui se voit accorder plusieurs fonctionnaires,

¹ Valette, J., "Etude sur l'évolution des structures de l'actuelle direction des hôpitaux de 1945 à 1976", *Revue Française des Affaires Sociales*, 1977, pp. 139-171.

² Dossier « Organisation du bureau MS1. Correspondance concernant les attributions, l'organisation et les problèmes du personnel du bureau MS1 » conservé au Centre des Archives Contemporaines, 19910084 art. 41. Fourquet et Murard, *Histoire de la psychiatrie de secteur*.

³ Dans le courant des années 1970, le bureau compte néanmoins 17 collaborateurs.

permet de relancer ses activités. Mais durant toute la période qui suit, un ensemble de notes rédigées par la chef du bureau témoignent du sentiment de ne pas disposer du personnel suffisant pour faire face à la tâche. Si pour une part ce sentiment est lié à une sous-dotation persistante du bureau, il traduit un malaise plus général.

Une note de 1970 explicite plus particulièrement la vision que sa responsable développe de l'activité du bureau¹. De façon générale, Laurenceau définit l'activité du bureau comme ressortissant essentiellement à la « conception ». Son travail est d'élaborer la politique de santé mentale du pays, de définir le rôle des institutions, et d'organiser leur évolution en fonction des évolutions des techniques. Cela couvre aussi bien la politique d'équipement proprement dite, que la conception des formules de soin, la composition des équipes ou encore la formation du personnel. S'il ressortit ainsi à la consultation, à l'élaboration et à la planification, Laurenceau pointe que ce travail déborde pourtant nécessairement également sur un travail de « gestion ». Sauf à courir le risque de se couper des réalités, la conception de normes doit en effet s'appuyer sur un va et vient avec le terrain - « sinon il fait de la théorie en chambre, risque de verser dans une futurologie nébuleuse (il n'est pas préparé "pour") ». Des « normes rigides » ne seraient pas appliquées ; il vaut mieux travailler à partir « d'expériences, de cas concrets » qui permettraient « de généraliser les formules (et pas une seule) qui lui semblent les meilleures, aussi bien pour l'intérêt des malades que pour les finances publiques ». En ce sens, les attributions du bureau touchent pratiquement à l'ensemble de la tutelle du dispositif psychiatrique : le bureau doit veiller à la mise en place des institutions et, singulièrement, à l'implantation des services hospitaliers et extrahospitaliers ; on doit le tenir au courant des difficultés rencontrées sur le terrain, pour lesquelles il doit indiquer les solutions qui peuvent être recherchées ; il doit même avoir un regard sur les normes architecturales dans la mesure où celles-ci ont un retentissement sur les malades. Loin d'être cantonné à un domaine d'intervention restreint, le bureau devrait ainsi occuper une position centrale au sein du ministère : « C'est dire qu'en fait le bureau – qui doit traduire des impératifs techniques tenant compte de l'évolution et des progrès de la médecine en textes et directives administratives - doit constituer une espèce de pivot, au courant de tout et consulté par tous. Ceci suppose un nombre incroyable d'études, réunions, groupes de travail, tant

¹ « Réflexion sur les tâches confiées à MS1 », 1970, non signé, CAC 19910084 art. 41. Sauf mention contraire, c'est de cette note que sont extraites les citations des deux paragraphes qui suivent.

avec ses conseillers qu'avec les intéressés et les nombreux services concernés de l'administration centrale qu'avec les autorités locales, embarrassées dès qu'il s'agit de quelque chose d'un peu nouveau. »

Laurenceau souligne toutefois que l'organisation du ministère conduit à mettre une série d'obstacles à l'intervention du bureau. D'un côté, le bureau n'a que rarement le rôle qu'il devrait jouer dans l'avancée des dossiers : « Dans de nombreux domaines où le bureau devrait n'être que le consultant, il est en fait le meneur de jeu. Par contre, il n'est pas consulté à propos d'affaires qui *en apparence* sont de gestion, alors qu'elles recouvrent des questions de principe de 1^{ère} importance, dont le bureau qui en est chargé n'a pas vu les répercussions possibles. »¹ D'un autre, les actions que le bureau s'efforcent de développer se heurtent à la résistance des autres administrations, « l'apathie des services extérieurs se contentant de routines (souvent d'ailleurs les compliquant à plaisir) », la mauvaise volonté des services de gestion qui « s'ils agissent seuls, eux aussi s'en remettent à la routine et d'adaptent pas les règlements aux impératifs sanitaires ». Incapable de faire appliquer lui-même ses décisions, le bureau doit s'en remettre aux administrations voisines, et en particulier à la direction des hôpitaux. Mais, disposant de moyens matériels plus faibles que celles-ci, le bureau de la psychiatrie apparaît toujours à la traîne de ces partenaires, incapable de suivre leur rythme, dépendant d'eux et de leur information pour son propre travail, de sorte que ces derniers finissent par agir selon d'autres logiques et à la limite vont à l'encontre de l'action du bureau. Cela conduit à l'émiettement de l'action du ministère en matière de santé mentale, chacun suivant « sa propre politique » au détriment de celle de la direction générale de la Santé publique, tandis que le bureau fait face à une surcharge de travail, qui le conduit à laisser en suspens un grand nombre d'affaires. Le dynamisme de ce « bureau sans aucun travail de routine »² s'épuise en fin de compte dans la confrontation avec ses partenaires. Une note de 1971 dresse ainsi une liste de dossiers en souffrance entre le bureau et la direction des hôpitaux et donne une idée de l'ampleur du « contentieux » entre les deux administrations :

Contentieux avec la direction des hôpitaux : décalage de plus en plus important entre la politique sanitaire et hospitalière dégagée par la DGS et moyens mis en œuvre pour son application, par exemple :

¹ Souligné par l'auteur.

² Note « Affaires pendantes », 26 juillet 1973.

- qualité du personnel de direction – Statut des directeurs d’hôpitaux psychiatriques à revoir à cause avancement – perfectionnement à Rennes envisagé
- prix de journée (qui bloquent la sectorisation)
- statut des établissements non réglé pour tous encore - souvent nous ne sommes pas consultés malgré nécessité.
- surveillance technique - intrication inévitable avec fonctionnement administratif et financier.
- Inspection Générale - demandes d¹inspection générale dans hôpitaux psychiatriques sans que nous en soyons avertis (alors que cela déborde toujours sur les problèmes d'organisation).
- créations de postes de médecins psychiatres, prise de position de la direction des Hôpitaux contraire à la nôtre (groupe de travail à constituer)
- problème des internes (groupe de travail à constituer).
- intégrations des psychiatres comme chefs de service ou adjoints : interprétation restrictive des textes.
- problème du fonctionnement des dispensaires : taux des indemnités de déplacement.
- cumul de traitements pour certains psychologues (dérogé par arrêté conjoint ministère des Finances et Santé Publique) qui travaillent dans les écoles et au dispensaire - alors que liaison, indispensable, etc.
- classement des Médecins en 1^{er} groupe : position restrictives et à visées hospitalo-centristes.¹

Le même constat concerne la tutelle du bureau sur le système local. Le bureau n’a aucun moyen de contrôle a posteriori sur les dispositifs locaux. Ce contrôle ne pourrait au demeurant que difficilement déboucher sur une sanction, le seul levier réel, les finances, échappant largement à la direction générale de la Santé publique. On l’a vu avec le cas de la Seine, les programmes d’organisation départementale, qui sont pourtant le principal instrument dont dispose le bureau, ne constituent qu’un outil de pilotage minimal du dispositif de santé. Ils ne s’imposent pas aux collectivités locales. Ils mettent en forme les intentions des autorités sanitaires du département, mais leur réalisation dépend de trop de facteurs pour qu’ils puissent se réaliser tels quels. Dans leur profusion, ils ne permettent pas non plus une vue d’ensemble du dispositif psychiatrique qui, en dehors des statistiques hospitalières, reste relativement opaque. Une tentative de dresser un bilan des POD lancée en 1969 aboutit ainsi au constat de l’extrême diversité des interprétations par les autorités départementales de la circulaire de 1960, sans pouvoir constituer un tableau d’ensemble². L’activité de régulation du

¹ CAC 19910084 art. 41.

² CAC 19910084 art. 41.

ministère se fait donc au cas par cas, chaque département se présentant avec ses spécificités. Le ministère apparaît comme un recours dans les situations de blocage ou de conflit local, mobilisé par les praticiens ou les administrations, mais il n'est pas lui-même une force d'impulsion.

Au final, au début des années 1970, seul un mécanisme introduit dans la loi de juillet 1968 accordant aux hôpitaux psychiatriques le statut d'hôpitaux de deuxième catégorie, en liant un avancement salarial à un engagement dans une pratique de secteur, constituera une réelle incitation pour les chefs de service à s'engager davantage dans des pratiques de secteur. Encore la démarche, ponctuelle, sera-t-elle peu satisfaisante pour les responsables du bureau, qui doivent traiter un ensemble des dossiers concernant 92 établissements locaux, en étant obligés de constater qu'ils risquent de sanctionner des professionnels pour de mauvaises raisons lorsque ceux-ci doivent faire face à des blocages locaux indépendants de leur volonté, ou au contraire que nombre de dossiers sont trop imprécis pour qu'ils puissent réellement juger véritablement des avancées sur le terrain¹.

Privé de la maîtrise des instruments de gestion hospitalière, l'activité du bureau après 1966 se recentre ainsi sur la production de normes dont il ne maîtrise pas lui-même l'application. Il développe des études, organise la consultation des praticiens, et intervient auprès des administrations locales et des autres administrations centrales. Mais faute de relais efficaces, dénué d'outils lui permettant d'assurer le suivi de ses interventions, il manque de prise sur ses propres objets. Il est ainsi conduit à une sorte d'activisme tous azimuts, développant un sentiment d'être toujours sur la brèche, qui en définitive est sans doute un signe d'impuissance.

De la consultation à l'animation

Dans ces conditions c'est également une nouvelle relation qui s'instaure entre les psychiatres et le ministère. La Commission des maladies mentales est recréée en 1971 à la demande du ministre et en réponse à une revendication du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques. Une note du directeur général de la Santé publique au ministre de décembre 1969 témoigne de la volonté de prolonger le modèle de l'ancienne

¹ Voir le dossier conservé aux Archives nationales : CAC 19910084 art. 41, dossier : « Médecins psychiatres chefs de service. Classement en premier groupe. travail d'août 1973 et décisions ultérieures. »

Commission, tout en renouvelant la représentation¹. La présidence est confiée à Henri Ey, des personnalités plus jeunes mais moins consensuelles ayant été évoquées pour occuper le poste². Théophile Kammerer et Charles Brisset sont proposés par l'administration pour la vice présidence, qui sera finalement prise par Kammerer. La commission est entièrement renouvelée, et ne rassemble plus que des psychiatres encore en activité. Dix de ses membres ont participé à la Commission des années 1950. Ses effectifs ont surtout été augmentés : alors qu'au moment de sa création en 1949 elle comptait 51 membres, elle en compte désormais 86. Le nombre des représentants de la psychiatrie est passé à 43 – dont 22 médecins des hôpitaux psychiatriques et 10 universitaires –, contre 31 en 1949, et la commission s'est enrichie de 5 représentants des personnels paramédicaux, ainsi que de six représentants d'associations oeuvrant dans le domaine de la santé mentale au sens large – dont les Croix-Marines, les associations de familles de malades et le Comité national de lutte contre l'alcoolisme. La note de décembre 1969 marque par ailleurs un souci de constituer une représentation de l'ensemble des tendances de la profession. Deux psychiatres sont nommés pour représenter la psychanalyse, trois la toxicomanie et l'alcoolisme, et un la sociologie. Dans l'ensemble la commission apparaît désormais comme une instance nettement plus lourde que sa devancière.

Son fonctionnement s'en ressent. Les réunions plénières de la Commission sont en fait des assemblées solennelles qui n'ont lieu qu'une fois par an et qui visent essentiellement à faire le bilan des travaux des groupes de travail. Le caractère solennel de ces réunions est également marqué par des interventions du ministre : en mars 1972, Robert Boulin vient présenter au groupe de travail sur la politique de secteur les textes parus précédemment, en 1975 Simone Veil vient montrer en séance plénière son attachement aux travaux de la commission. Tout le travail se fait en fait dans les groupes de travail créés au sein de la Commission. Ceux-ci sont des instances qui une fois constituées sont pratiquement autonomes, disposant chacune de leur président et de leur rapporteur. Formés à l'initiative de la Commission réunie en assemblée plénière,

¹ Note au ministre du 18 décembre 1969, signée P. Boulenger, Directeur Général de la Santé Publique. CAC 19910084 art. 28.

² Les personnalités évoquées dans la note sont Paul Sivadon et Philippe Paumelle, directeur de l'Association de santé mentale du treizième arrondissement de Paris, qui sont jugés « très pris par leurs fonction, peut-être aussi très marqués par leurs orientations », et Charles Brisset, qui est écarté en raison de « déficiences graves » dans sa clinique, révélées par une inspection générale.

elles ont une durée de vie plus ou moins longue. Deux travailleront toute la décennie, sur la politique de secteur et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescence, et joueront un rôle important dans l'élaboration des textes que le ministère publiera sur la période. D'autres, sur les personnes âgées de 1979 à 1980, sur l'épidémiologie en 1981, sur handicap et santé mentale en 1981, ou encore sur les normes de personnel, entre 1972 et 1974, auront une existence plus courte.

Le rôle de la Commission évolue également. Il s'agit désormais moins de préparer une action du ministère que de faire un bilan des acquis sur le terrain. Les psychiatres qui proposent des rapports s'adressent autant si ce n'est plus à leurs collègues qu'à l'administration. Les documents discutés sont moins des analyses d'un problème dans sa généralité, que des comptes rendus d'expériences exemplaires marquant leur singularité. C'est ce dont témoigne par exemple un rapport présenté au Groupe de Travail sur la politique de secteur en 1971 par l'équipe du Treizième arrondissement de Paris sur « la situation et les fonctions des médecins dans un organisme de secteur »¹. Marquant une étape peu de temps après la reconstitution de la Commission, le rapport vise à dresser des perspectives pour l'action du ministère à partir de ce qui est considéré comme l'expérience la plus aboutie. Reprenant la définition souple du secteur proposée au moment du Livre Blanc – « le « secteur » n'est, après tout, qu'un cadre qui doit offrir une certaine possibilité fonctionnelle et dont les caractères géographiques et démographiques ont été peut-être fixés d'une façon un peu arbitraire et reste en partie à débattre » - les rapporteurs soulignent qu'il s'agit désormais d'élaborer « les instruments à constituer à l'intérieur de ce cadre ». Les rapporteurs mettent l'administration devant une « alternative » :

- ou bien offrir aux équipes soignantes mises en place (et il faut d'abord que ces équipes soignantes existent car elles représentent l'investissement principal) les moyens d'inventer les instruments adéquats pour répondre en matière psychiatrique aux besoins de la population.
- ou bien opposer à l'évolution des institutions et des techniques de soins un carcan administratif qui conduirait à faire survivre même sous un aspect « moderne » l'institution asilaire aujourd'hui périmée.

¹ René Angelergues, René Diatkine et Philippe Paumelle, « la situation et les fonctions des médecins dans un organisme de secteur. » Commission des maladies mentales, Groupe de travail politique de secteur, séance du 24 mai 1971. CAC 19910084 art. 28.

Dénonçant évidemment la seconde position - « L'évolution de la psychiatrie publique d'Esquirol à nos jours a malheureusement montré avec une remarquable continuité la prévalence des doctrines institutionnelles administratives sur les conceptions des techniciens de la psychiatrie. Il s'agit donc bien de rompre avec des modèles archaïques et inadéquats qui président encore à l'organisation des institutions d'assistance et de la médecine publique » - les rapporteurs concluent qu'il faut donc remettre aux praticiens la maîtrise du dispositif en évitant toute intrusion de l'administration. Les trois auteurs notent ainsi d'emblée que la balle est dans le camp des praticiens, qui doivent « pren[dre] conscience de la multiplicité des fonctions qu'ils sont appelés à assumer et de la véritable révolution intérieure que cela suppose ». Le rapport propose ainsi une analyse du rôle du psychiatre de secteur comme praticien engagé dans le travail de soin autant que dans l'animation institutionnelle de la psychiatrie, pointant les différents aspects de ce travail, donnant même en exemple l'emploi du temps type d'un médecin du Treizième arrondissement. Dans cette perspective, le travail de l'administration centrale doit être de faciliter cette organisation, en remettant la clef du dispositif aux praticiens, sans ajouter des contraintes supplémentaires. Le rapport insiste sur les contrôles informels qui s'exercent sur les praticiens, soumis au regard des familles, des équipes traitantes, des diverses instances de la communauté, et des conseils d'administration. Davantage que des modes d'organisation, il s'agit ainsi de développer les dispositifs permettant de renforcer la collégialité entre praticiens.

Plus généralement, si le travail de la Commission et de ses groupes de travail permet ainsi de faire émerger un certain nombre de normes nouvelles, c'est en soulignant l'importance de préserver la liberté d'appréciation des praticiens, la nécessité de leur laisser une autonomie de décision, et de s'en remettre à l'organisation informelle des professionnels. La concertation organisée de manière souple doit conduire dans un cycle vertueux à la libération des initiatives. Il en va ainsi de deux grands dossiers sur lesquels je reviendrai plus loin, le handicap et les urgences. Si la commission apparaît bien comme un lieu d'échange et de discussion riche, il s'agit davantage de susciter et d'animer une réflexion que véritablement préparer l'élaboration de décisions.

C'est également cet esprit qui inspire les principaux textes publiés par le ministère en 1972. La volonté de renforcer l'armature juridique du secteur sans atteindre

à la liberté des praticiens en imposant des modes spécifiques d'organisation, pousse le ministère à développer une série de recommandations souples visant à favoriser l'organisation de la concertation sur le terrain. Une circulaire du 14 mars 1972 substitue au programme d'organisation et d'équipement un « règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies » : document arrêté par le préfet, il doit permettre de dresser la liste des moyens mis à la disposition des secteurs du département, et concerne « aussi bien les modalités administratives, techniques et financières de fonctionnement du service de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies que l'équipement en locaux »¹. Ce règlement est complété par des « conventions de secteur », signées par les différentes parties, et qui fixent pour un secteur donné le rôle joué par les différentes parties prenantes – établissement hospitalier, département, ou intervenant privé – en indiquant les services et établissements mis à disposition des équipes. A la fin de l'année 1972, un nouvel arrêté ajoute à ces divers dispositifs la création de « Conseils de santé mentale de secteur »² : structures consultatives créées à l'échelle du département, ils doivent permettre la confrontation des expériences et la coordination des efforts des différentes équipes. L'impératif est de préserver le caractère souple, fluide du dispositif. Les acteurs locaux sont laissés seuls pour décider de ce qu'il convient de faire sur le terrain. Ainsi, les textes du ministère renforcent le mandat des psychiatres mais ils ne l'explicitent pas. Les instances mises en place n'apportent pas de définition nouvelle du secteur, de ses dispositifs, des populations qu'il doit desservir. Pour l'administration centrale il s'agit moins avec ces outils d'organiser les pratiques, que d'intéresser les médecins, sans les contraindre.

Le nouveau type de relation qui s'instaure entre les psychiatres et le ministère de la Santé est ainsi lié aux évolutions des deux partenaires. D'un côté comme de l'autre, en effet, le début des années 1970 marque la volonté de s'en remettre au libre jeu des initiatives locales, sans imposer d'en haut un cadre prédéfini à l'organisation des pratiques. Pour l'administration centrale comme pour les professionnels, ces derniers

¹ Circulaire n° 431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies, *Journal Officiel*, 21 avril 1972. On trouvera la plupart des textes produits par le ministère sur le secteur en annexe du livre de M. Audisio : Audisio, M., *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Toulouse, Privat, 1980.

² Circulaire DGS/891/MS1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique. Non parue au Journal officiel.

doivent être laissés libres de la détermination de leurs objectifs sur le terrain. Pour compléter cette analyse, il faut revenir plus précisément sur l'évolution des normes d'équipement en psychiatrie et des modes de régulation du dispositif sur la période.

2.3. Vers la déshospitalisation. L'évolution des normes d'équipement

Les analystes ont souvent souligné le rôle qu'avaient joué les mouvements de critique de l'hôpital psychiatrique dans le mouvement de désinstitutionnalisation. Les objectifs humanitaires des antipsychiatres ou des critiques de l'asile auraient été détournés par la suite par les nouvelles forces néo-libérales qui ont pris le pouvoir à la fin des années 1970, permettant à celles-ci de faire passer leur politique de réduction de la protection sociale. De fait en France, c'est en 1980 que le dernier ministre de la Santé de Valéry Giscard d'Estaing, Jacques Barrot, fixe pour la première fois des objectifs ambitieux de réduction des lits hospitaliers, appelant à la suppression de 40 000 lits de psychiatrie sur les 100 000 existants. Avant même le retour sur le devant de la scène de ces idées néo-libérales dans la seconde moitié des années 1970, je voudrais toutefois suggérer que l'engagement d'une logique de déshospitalisation a été inscrite dans l'évolution des instruments de gestion du dispositif psychiatrique et tout particulièrement des normes d'équipement dès la fin des années 1960 et le début des années 1970.

Le mouvement a comporté spécifiquement deux aspects. Le premier est le développement de raisonnements en termes d'alternative à l'hospitalisation. L'idée que le développement de l'extrahospitalier peut permettre de diminuer la population hospitalière est, on l'a vu, une donnée importante du débat sur la réforme des hôpitaux psychiatriques depuis la Troisième République, mais elle correspond à une vision dynamique de la prise en charge : le développement des consultations joue un rôle dans le délestage des hôpitaux psychiatriques parce qu'il joue un rôle de prévention, qui permet, en assurant une prise en charge précoce des malades, d'éviter la chronicisation ; de même la post-cure permet de faire sortir plus facilement certains malades guéris, mais que l'on hésite à remettre d'emblée à leur milieu. Dans le courant des années 1970 s'impose l'idée que des équipements extrahospitaliers peuvent se substituer à l'hôpital en prenant en charge des patients hospitalisés, dans une logique de « transfert des prises

en charge »¹. Pour une part cette évolution est liée au développement d'une nouvelle vision de la prise en charge de la chronicité au long cours, à la quelle je consacrerai la prochaine section. Mais la force de cette idée vient également de l'émergence d'une représentation du secteur comme alternative globale à l'hôpital psychiatrique, fondée sur le développement de raisonnements issus du calcul économique. Le second aspect est le dessaisissement des psychiatres de la production des normes d'équipement. Si jusqu'aux années 1950 ce sont les médecins des hôpitaux psychiatriques qui disent ce que doivent être les structures psychiatriques, comment les construire et comment les doter, à partir des années 1970 ils se retrouvent dans la position de devoir davantage subir des normes imposés par d'autres corps, que ce soit l'administration ou les architectes.

De façon générale l'émergence de normes comme les normes d'équipement dans le domaine sanitaire traduit le choix des autorités de développer des outils visant à faciliter la production d'un service en imposant un ensemble de spécifications techniques². Les normes présentent une légitimité qui repose sur une rationalité technique ou scientifique. Leur production s'inscrit dans le cadre du rapport de forces à l'intérieur d'un secteur donné. Plus spécifiquement, la mise en place d'un certain nombre de normes d'équipement en psychiatrie dans le courant des années 1950 est d'abord venu du souci de redonner des moyens au dispositif d'hospitalisation psychiatrique, dans un contexte, on l'a vu, marqué non seulement par l'encombrement mais aussi par le vieillissement des établissements. Ces normes concernent donc essentiellement l'hôpital psychiatrique, et elles comportent deux aspects. Le premier, sur un plan qualitatif, est la formule de l'hôpital village et au-delà l'ensemble des normes concernant la conception des locaux. Reposant, comme on l'a vu plus haut, à la fois sur le savoir-faire acquis de longue date par les médecins des hôpitaux psychiatriques dans la conception des établissements psychiatriques et sur l'idéologie nouvelle portée par la psychothérapie collective, la norme de l'hôpital village repose

¹ Pour reprendre le titre d'une analyse classique de la désinstitutionnalisation : Brown, P., *The transfer of care: Psychiatric Deinstitutionalization and its Aftermath*, London, Boston, Routledge and Kegan Paul, 1985.

² Cf. par exemple : Borraz, O., "Les normes. Instruments dépolitisés de l'action publique", in P. Lascoumes et P. Le Galès (dir.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004, pp. 123-161.

ainsi sur un consensus fort au sein du groupe professionnel, en même temps qu'elle répond à un cahier des charges relativement précis pour les maîtres d'œuvre.

Le second aspect de ce travail, sur un plan quantitatif, est l'adoption d'une norme d'équipement de 3 lits pour 1 000 habitants. Celle-ci s'impose au moment de la préparation du Troisième Plan et va servir jusqu'à la fin de la décennie 1960 de pivot à l'ensemble de la procédure de planification. On l'a vu, la norme est issue du troisième rapport du Comité d'experts de l'OMS en 1953, qui constatait qu'il correspondait à une moyenne d'équipement des pays occidentalisés. En France, sa force, durant toute la décennie 1960, tient en fait à deux éléments distincts. D'une part, son caractère de norme internationale, le ministère pointant souvent le fait qu'elle était dépassée dans certains pays voisins de la France, en particulier en Suède. D'autre part, le fait qu'elle constitue un objectif plausible dans un contexte où, jusqu'au Cinquième Plan, pour la période 1966-1970, la politique d'équipement psychiatrique est une sorte de course contre la pénurie et l'encombrement des hôpitaux psychiatriques. En 1953, le rapport de préparation du Deuxième Plan constatait ainsi qu'il faudrait, pour combler les besoins révélés par l'encombrement et les perspectives d'augmentation de la population hospitalisée dans les hôpitaux psychiatriques, un plan théorique de construction de 40 165 lits nouveaux, 3155 par extension d'hôpitaux psychiatriques existants, 37 000 par création d'hôpitaux psychiatriques nouveaux. Modestement, il se contentait de 16 707 lits. A partir du troisième plan l'utilisation de la norme de trois lits pour 1000 permet d'aboutir à des chiffres proches de ceux-ci. Le nombre de malades hospitalisés en France s'établissant tout au long de la décennie 1960 à 2,5 pour mille habitants, et les besoins étant criants, le chiffre de 3 lits pour 1000 apparaît en effet comme une manière d'objectiver ces besoins. Le Quatrième Plan tablait ainsi sur la création de 22 630 lits, le Cinquième Plan, pour la période 1966-1970, prévoyait encore sur la création de 18 000 lits et la modernisation de 20 000 lits. Sur un plan strictement quantitatif, cela fait du reste de la psychiatrie l'un des chantiers prioritaires des différents Plans en matière d'équipement sanitaire, même si leur réalisation conduira à chaque fois à en réduire l'importance : la prévision de l'investissement en faveur des maladies mentales avoisine ainsi la moitié de celle en faveur de l'ensemble des hôpitaux et hôpitaux universitaires pour les Deuxième et Quatrième Plans, et elle la dépasse pour le Troisième Plan ; elle

atteint à ce moment-là 30% de l'ensemble des investissements dans le domaine de la santé.

Cela explique aussi que l'engagement des professionnels et de l'administration centrale dans le secteur ne conduise pas à une révision de la norme, qui était on l'a vu la seule indication chiffrée la circulaire de mars 1960. En 1961, la Cour des comptes critique ainsi le programme élaboré par le ministère de la Santé pour le quatrième plan qui, malgré la mise en chantier d'institutions extrahospitalières, conserve la norme de trois lits pour 1 000 habitant. Le ministère lui répond :

Compte tenu des besoins actuellement non satisfaits (service libre, service de neuropsychiatrie infantile, etc.) et de l'industrialisation de plus en plus poussée du pays qui rend difficile à un nombre grandissant d'individus l'adaptation au milieu, il est à penser que la règle de trois lits pour 1000 habitants doit permettre d'assurer dans des conditions normales l'hospitalisation des sujets, la mise en place du réseau extrahospitalier permettant cependant d'éviter la construction d'un nombre de lits égal à celui des pays voisins du nôtre.¹

Au-delà des prévisions d'ensemble, la norme de trois lits pour 1000 joue également un rôle clef dans les négociations sur le terrain. Disposer d'une norme objective permet de soutenir les demandes d'investissement. Une étude menée en 1969 par bureau de la psychiatrie sur les POD constatait ainsi que « de manière générale la pesanteur de l'existant y est prononcée et lorsqu'un taux théorique inférieur à 3 ‰ est retenu c'est moins vers une réduction de l'hospitalisation que l'on tend que vers une stabilisation du nombre de malades soignés »². La priorité était bien donnée par les départements à la construction, la modernisation ou l'extension des hôpitaux.

Ce travail sur l'hôpital psychiatrique n'a pas d'équivalent pour l'extrahospitalier. Le ministère comme les psychiatres encouragent le développement des structures, mais peinent à fixer des normes, qu'elles soient qualitatives ou quantitatives. Et lorsqu'ils développent des normes, dans un premier temps au moins, c'est indépendamment de la planification hospitalière. Au lendemain de la guerre, on l'a vu, le financement des consultations d'hygiène mentale par le ministère n'avait reposé que sur une appréciation vague des besoins et des services rendus, sans critère précis. Une discussion à la Commission des maladies mentales en 1950 et 1951 sur « les conditions minima

¹ Rapport de la Cour des Comptes pour l'année 1959 présenté le 12 décembre 1961, reproduit in *Information psychiatrique*, n° 2, 1962, pp. 175-219 et n° 3 pp. 280-290.

² CAC 19910084 30.

d'agrément des consultations d'hygiène mentale » aboutit seulement à une série de recommandations très générales¹. Dans les années 1960 le développement des autres structures extrahospitalières se fait dans un flou plus important encore. Si la circulaire de 1960 affirme le rôle des institutions à temps partiel dans la prise en charge de la maladie mentale, elle ne peut que formuler des encouragements, sans être en mesure d'élaborer ni la place qu'elles doivent tenir dans un équipement de secteur, ni la quantité qu'il faut en construire. A la fin de l'année, la préparation du Quatrième Plan conduit à formuler une estimation des besoins en dispensaire et en places de foyer de post-cure par extrapolation à partir du mouvement des malades, mais ne donne aucune indication pour les hôpitaux de jour². Les premières normes en termes d'équipement extrahospitalier apparaissent en fait au moment de la constitution des POD dans le courant des années 1960. A Paris le POD préparé en 1963 par le service d'hygiène mentale de la Préfecture propose ainsi la création, par secteur de 70 000 habitants, de 25 places d'hôpital de jour et autant en foyer de post-cure, qui doivent compléter le dispositif hospitalier, calculé lui à partir de la norme de 3 lits pour 1000.

C'est dans un deuxième temps seulement qu'un lien est établi avec une possible réduction du nombre de lits, notamment à partir des premières expériences parisiennes, dans le treizième arrondissement, puis, à la fin de la décennie 1960, dans les sixième et septième arrondissements. Dans le treizième arrondissement, c'est dès la création de l'association, en 1958, au moment de la doter d'un établissement psychiatrique, que les responsables se sont mis d'accord sur un chiffre, très inférieur à la norme de l'OMS, de 1 lit pour 1000. Le « pari » de l'expérience tentée dans le treizième arrondissement, pour ses entrepreneurs, est qu'elle parviendra à prendre en charge l'ensemble des problèmes de santé mental de l'arrondissement à condition de disposer d'un ensemble de places en structures extrahospitalières suffisant. Les premiers programmes développés au sein de l'association totalisent en fin de compte davantage de lits et place que si l'on s'en tient à la norme de trois pour 1000. La difficulté de trouver des locaux à Paris pour l'implantation de structures oblige toutefois à réviser à la baisse ces

¹ Hamel et al., "Les conditions minima d'agrément des consultations d'hygiène mentale", *Information Psychiatrique*, n° 8, 1951, pp. 235-239.

² En particulier, le nombre de places en foyer de post-cure est déduit du nombre des malades sortis et réhospitalisés dans l'année. Rapport pour la préparation du troisième plan d'équipement sanitaire présenté au cours de la réunion du 25 octobre 1960 de la Commission des maladies mentales. CAC 19950173 art. 1.

ambitions, et en fin de compte l'ensemble du dispositif correspondra à 430 lits et places pour 175 000 habitants, soit 2,5 lits et places pour 1000 habitants¹. Si au début de la décennie 1970 les structures de l'association traversent une phase d'encombrement, l'expérience s'avérera de ce point de vue concluante. En 1967, celle du 6^{ème} arrondissement est plus probante encore. Prévue pour compter 200 lits répartis en deux pôles à Paris intra-muros et en banlieue, pour une population totale de 70 000 habitants, l'expérience conduit rapidement, dès le début de l'année 1969, à conclure que l'équipe peut se contenter de soixante quinze lits parisiens.

Les premières tentatives de tirer des leçons de ces données au niveau national paraissent dater de 1969. Une note du bureau de la psychiatrie établissant un bilan de la politique de secteur propose des chiffres évaluant conjointement les besoins en équipement hospitalier et extrahospitalier². Citant des « expériences de sectorisation limitées mais démonstratives », les administrateurs du ministère introduisent une nouvelle norme de 3 lits d'hospitalisation *et places d'extrahospitalier* pour 1000 habitants. L'équipement doit ainsi être réparti pour les trois quart en lits et pour un quart en places d'extrahospitalier, soit pour 200 lits et places, correspondant à l'équipement nécessaire pour un secteur de 70 000 habitants, 150 lits et 50 places. Il faut souligner que ces données, et la révision à la baisse du nombre de lits nécessaires pour équiper le pays, anticipent l'évolution de la population hospitalière, qui commencera de fait une décline à partir du début des années 1970. Dans le courant des années 1960, le constat a bien été dressé que le mouvement des entrées et des sorties de l'hôpital psychiatrique s'accélérait, mais à la fin de la décennie 1960, la population totale hospitalisée n'a pas encore diminué, au contraire : les données disponibles en 1969, qui concernent l'année 1967, font état d'une population de près de 120 000 malades hospitalisés au 31 décembre 1967, ce qui représente en fait le chiffre le plus élevé jamais atteint jusque là³. Parachevant cette estimation, en 1973, un rapport de trois psychiatres à la Commission des maladies mentales suggère que l'on peut parvenir à abaisser le nombre de lits nécessaire pour l'équipement d'un secteur à 1 ou 1,5 lit pour 1000.

¹ Archives de l'ASM13.

² Cf. une note du 1^{er} novembre 1969, non signée, « Lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies », CAC 19910084 art. 30, et une synthèse réalisée par le ministère pour le département de la Seine : CAC 19910084 art. 9.

³ Sadoun, R. et al., "Statistiques médicales des établissements psychiatriques. Année 1967", *Bulletin de l'institut National de la Santé et de la Recherche Médicale*, 24, n° 3, 1969, pp. 547-612.

L'idée d'une équivalence possible entre équipement hospitalier et structures extrahospitalières est renforcée dans le courant des années 1970 par un certain nombre d'études tendant à justifier le coût du secteur au moyen du calcul économique en le comparant au coût de l'hospitalisation. En 1968, la psychiatrie est le terrain de la première tentative d'appliquer la méthode de Rationalisation des Choix Budgétaires au domaine de la santé. Prévue pour constituer une analyse globale de la prise en charge des maladies mentales, l'étude, face à la complexité des enjeux, est rapidement limitée à la prise en charge des psychoses, et est jugée en fin de compte peu concluante¹. Une autre étude menée dans le treizième arrondissement précise toutefois l'idée². Le calcul consiste à mettre en regard le coût de revient des prises en charge par patient au sein de l'association et dans les hôpitaux psychiatriques. Pour le treizième arrondissement, le calcul repose sur une évaluation d'un profil moyen des prises en charge des patients de l'association, et correspond en fait à un calcul abstrait : pour chaque institution du dispositif – hôpital, hôpital de jour, foyer, atelier -, le calcul part du nombre total de journées réalisées dans l'année, et en déduit, en divisant à chaque fois le total par le chiffre de la file active de l'association, un temps de séjour théorique pour chaque patient de l'association. En fin de compte, les auteurs parviennent pour chaque patient de l'association à un parcours théorique dans les différentes institutions du treizième arrondissement – 34,14 jours à l'hôpital, 5,70 jours à l'hôpital de jour, etc. – d'où peut être déduit le coût total de sa prise en charge. Dans un dernier temps du calcul, celui-ci est comparé avec les données disponibles pour les hôpitaux psychiatriques du reste de la France. En dernière analyse, l'évaluation des services rendus par la politique de sectorisation se fait par comparaison avec les hôpitaux psychiatriques. Le mode de calcul trahit en particulier l'incapacité à donner une évaluation des services rendus par les secteurs fondée sur une estimation des caractéristiques des populations auxquelles ils sont supposés s'adresser.

Si, dans les années 1970, s'impose ainsi l'idée d'une équivalence globale entre le dispositif extrahospitalier et l'hôpital, les normes en matière d'extrahospitalier restent néanmoins toujours aussi difficiles à établir. Les psychiatres rechignent en fait à donner

¹ Benamouzig, D., *Essor et développement de l'économie de la santé en France. Une étude empirique de sociologie cognitive*, Thèse de sociologie, Paris, Université Paris IV Sorbonne, 2000, pp. 259 sq.

² Paumelle, P. et S. M. Lepastier, "Contribution à l'étude du coût de l'action de secteur en psychiatrie d'adultes", *Information Psychiatrique*, 50, n° 3, 1974, pp. 237-258.

des normes d'équipement. Le développement des structures doit se faire en fonction des besoins locaux. L'expérience montre qu'il faut également faire avec les contingences. Il faut donc laisser les acteurs locaux décider seuls de leurs normes. Un autre aspect du problème est lié à la conception que les psychiatres tendent à se faire du rôle que doivent remplir les institutions. Le cas des hôpitaux de jour est significatif. Les premiers projets de créer ce type de structure en France remontent au courant des années 1950, à partir de modèles élaborés en Grande Bretagne et en Amérique du Nord. L'hôpital de jour est alors fondé sur l'idée d'une prise en charge active, le patient étant supposé être soumis à un programme de traitement intensif, comprenant ergothérapie, psychothérapie de groupe et moyens biologiques. Ces traitements doivent être administrés de manière continue pendant la journée, permettant ainsi de rationaliser l'utilisation des moyens thérapeutiques, le patient ne se déplaçant que pour subir les traitements et n'occupant pas un lit inutilement. C'est du reste ce modèle qui sera repris dans le reste de la médecine¹. A partir des années 1970, toutefois, l'hôpital de jour devient une structure d'accueil, permettant une prise en charge au long cours de patients auxquels il s'agit surtout de proposer un support qui pourra être passager ou durable. L'aspect le plus important est son accessibilité pour le patient, qui commande aussi l'utilisation qui pourra en être faite par les patients et les soignants : dans certains cas la structure servira à développer une offre en psychothérapie de groupe, en ergothérapie, mais dans d'autres cas une prise en charge des états critiques pourra y être développé. Dans ce contexte il est beaucoup moins pertinent de fixer des normes d'équipement, que ce soit sous la forme d'un nombre de places ou d'un prix de journée ou sous celle de solution d'implantation. La conséquence en est toutefois que les psychiatres perdent un outil potentiel de négociation élaboré par le collectif.

Une autre évolution dans le même sens est l'abandon de la formule d'hôpital village, sanctionnée en 1971 par une circulaire ministérielle². La remise en cause de ce parti architectural est liée à deux mouvements conjoints à la fin des années 1960 et au début des années 1970. Le premier correspond à une série de propositions de plans

¹ Les premières pratiques d'hospitalisation de jour en médecine « somatique » sont créées en au milieu des années 1960 en oncologie, sous l'impulsion de Jean Bernard, et d'un de ses collaborateurs, Jacques Caen. Jean Bernard s'était directement inspiré de l'exemple des hôpitaux de jour psychiatriques, assistant notamment à une réunion sur la question en juin 1963 à l'UNESCO. Je dois ces renseignements à Christelle Rigal.

² Circulaire n° 148 du 18 janvier 1971.

d'hôpitaux urbains par des architectes spécialisés en psychiatrie. En 1966 une architecte proche de l'équipe du treizième arrondissement propose ainsi, sur la base de la critique du dispositif institutionnel du treizième arrondissement, un projet de centre de santé mentale urbain, conçu comme un espace de soins et d'habitation, accueillant dans les mêmes bâtiments bien qu'à des étages différents des lits d'hospitalisation et des habitations¹. L'année suivante, à la suite d'une commande du ministère de la Santé, deux médecins planificateurs font une proposition moins audacieuse, mais allant dans le même sens d'une implantation des unités de soin dans le tissu urbain². Le deuxième mouvement découle de l'évolution de la mise en place de la sectorisation au début des années 1970, dans la suite de la réforme du statut des établissements psychiatriques. L'accélération du processus pousse les autorités locales à la recherche de solutions pour l'installation des services d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux. Conjointement, sont abandonnés des projets de construction, pour certains mis en chantier depuis le début des années 1950. Le virage va de fait permettre le rapprochement des unités d'hospitalisation des lieux de vie des patients. L'abandon de l'hôpital village marque toutefois le recul de l'expertise psychiatrique. Les nouveaux projets ne sont plus le fait des psychiatres mais de celui d'architectes, dont l'expertise remplace celle des praticiens sur ce terrain. En fin de compte dans le courant des années 1970, les psychiatres ne sont plus guère producteurs de normes d'ensemble en matière d'équipement psychiatrique, ce qui entraînera progressivement un décalage croissant entre le niveau des pratiques médicales et celui de la gestion du dispositif.

Au milieu des années 1970, du point de vue de l'administration, le secteur correspond ainsi à une nouvelle routine. Il est une politique consensuelle. Au-delà de la psychiatrie, la fin des années 1960 et le courant des années 1970 marquent le succès du secteur comme marqueur d'une volonté réformatrice dans le champ sanitaire et social. Devenu incontournable en psychiatrie adulte, il s'impose aussi en psychiatrie infantile où un dispositif spécifique est mis en place, qui doit toutefois s'articuler à la

¹ Sonolet, N., "Un centre de santé mentale. Point de vue et proposition d'un architecte", *Information Psychiatrique*, n° 6, 1966, pp. 527-532.

² Ferrand, G. et J.-P. Roubier, "L'hôpital psychiatrique dans la cité: programme d'un hôpital psychiatrique urbain de moins de cent lits", *Recherches*, n° numéro spécial, 1967, pp. 33-. Le numéro de la revue est consacré des tables rondes autour de ce projet et de celui de Sonolet.

sectorisation adulte¹. L'organisation est sanctionnée par une circulaire du 16 mars 1972. La psychiatrie de l'enfant constituera dès lors un débouché important pour les médecins des hôpitaux psychiatriques. A la fin des années 1970 le secteur est également étendu à la prise en charge des prisonniers avec la création des Centres médico-psychologiques régionaux² [vérifier : pas Services ?]. Mais la notion est également reprise dans des secteurs plus éloignés, comme la lutte contre la tuberculose, qui adopte une sectorisation à partir de 1973³, voire la politique hospitalière toute entière après la réforme de 1970 et le renforcement du dispositif de la carte sanitaire⁴. Le secteur est ainsi constitué en idéologie qui capte l'essence de l'attitude modernisatrice.

A partir de la fin des années 1960, le secteur reste ainsi une dimension incontournable des rapports entre le ministère et la psychiatrie. Mais du point de vue du ministère, il n'est plus le vecteur d'un volontarisme d'ensemble. Après la phase d'intervention qui avait marqué les années 1950, les années 1970 voient les pouvoirs publics s'engager dans un nouveau mode de gouvernement du dispositif psychiatrique « par les instruments »⁵, qui conduit à marginaliser les psychiatres. Le secteur n'est pas parvenu à faire une place plus large à ces derniers dans le dispositif de santé publique du pays. Ceux-ci ont souvent critiqué le fait que le secteur avait perdu de son sens pour ne plus être qu'un instrument de gestion, mais en fin de compte il apparaît surtout comme un instrument faible pour organiser leurs relations aux autorités.

3. La psychiatrie de secteur à l'épreuve de la chronicité

Sur le terrain de la clinique, les années 1960 renouvellent la manière dont les psychiatres réfléchissent aux problèmes des psychoses chroniques. A la chronicité état, terminaison des maladies mentales, aboutissement d'un processus de dégradation de la

¹ A ma connaissance, les réflexions sur ce point débutent, du côté des psychiatres, au cours des Journées du Livre blanc de la psychiatrie française : *Livre Blanc de la Psychiatrie Française. Tome 2, op. cit.*, pp. 87 sq. Le dispositif est organisé par la Circulaire n° 443 du 16 mars 1972.

² Arrêté du 28 mars 1979.

³ Lert, F., *Emergence et devenir d'un système de prévention: le système de prise en charge de la tuberculose*, Thèse de 3e cycle, Paris, Paris IX Dauphine, 1980.

⁴ Charbonneau, P., "La sectorisation. Mythe ou réalité?" *Gestions hospitalières*, n° 147-148, 1975.

⁵ Lascoumes, P. et P. Le Galès (dir.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004.

personne dans l'autisme ou la démence, qui constituait le fond de la représentation de la chronicité jusque dans les années 1950, les psychiatres tentent de substituer une nouvelle vision évolutive, appelant un travail au long cours de gestion d'une trajectoire complexe, faite de rémissions et de poussées et reposant sur le travail de nombreux acteurs¹. Deux éléments clefs jouent un rôle important dans ces transformations, l'évolution de l'organisation des pratiques, avec le développement des prises en charge extrahospitalières, et surtout, à partir du début des années 1950, l'essor des chimiothérapies, avec la découverte des neuroleptiques, puis celle des antidépresseurs. Si ces évolutions majeures contribuent à transformer véritablement les malades, elles ont peut-être surtout permis de les rencontrer dans d'autres contextes et de les voir autrement. Plus profondément, les chimiothérapies font évoluer les conditions dans lesquelles les psychiatres accomplissent leur travail et leur permettent ainsi de développer un nouveau rapport à la temporalité de la maladie.

Une étape clef de cette réflexion est le rapport que proposent en 1964 Louis Le Guillant, Hubert Mignot et Lucien Bonnafé au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française de Marseille. Ce rapport est la tentative la plus ambitieuse de constituer la chronicité des maladies mentales en objet pour la psychiatrie. Les trois psychiatres tentent de constituer le secteur, dans son ensemble, en moyen de faire face à la maladie mentale chronique, opérant une inflexion sensible par rapport aux perspectives qui étaient les leurs sur l'organisation de la psychiatrie durant les années 1950. La vision qui se dégage de ces travaux est pourtant porteuse de tensions. En assurant une continuité de la prise en charge dans des dispositifs, les pratiques de secteur risquent de placer le psychotique dans une situation de dépendance qui n'est pas moins dommageable qu'à l'hôpital psychiatrique. En définitive ces tensions sont au cœur de l'évolution du secteur dans le courant des années 1970.

¹ Baszanger, I., "Les maladies chroniques et leur ordre négocié", *Revue Française de Sociologie*, 27, 1986, pp. 3-27 ; Corbin, J. M. et A. L. Strauss, *Unending work and care: managing chronic illness at home*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1988.

3.1. Retour sur la chronicité : le rapport de Le Guillant, Bonnafé et Mignot au Congrès de Psychiatrie de 1964, ou la chronicité au cœur de la psychiatrie de secteur

Plusieurs travaux importants sont publiés sur la chronicité des maladies mentales dans le courant de la décennie 1960, témoignant de l'intérêt nouveau que suscite le problème chez les psychiatres¹. Il faut noter du reste que celui-ci est également à l'ordre du jour dans d'autres secteurs de la médecine. En 1963, en particulier, la Société de médecine psychosomatique a consacré au problème son deuxième congrès – on aura l'occasion de revenir sur certains aspects de la discussion qui s'y est tenue. Le rapport d'assistance que proposent en septembre 1964 Le Guillant, Bonnafé et Mignot sur les « Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques » au Congrès de psychiatrie de Marseille est toutefois, dans cet ensemble, la contribution qui s'attache à tirer le plus loin les conséquences des évolutions des pratiques et des populations psychiatriques². Document touffu de près de quatre cents pages, ce rapport propose une nouvelle représentation de la chronicité en même temps qu'il redéfinit les objectifs du travail psychiatrique auprès des malades chroniques. Il correspond également à un nouveau moment clef pour le secteur depuis les discussions de 1959, qu'il va à la fois notablement infléchir et considérablement enrichir. Il est important en ce sens de restituer le détail de la démarche de ses auteurs.

Les nouveaux enjeux de la chronicité en psychiatrie

On a vu la manière dont les jeunes psychiatres avaient constitué leur projet au lendemain de la guerre autour de l'idée que les malades chroniques devaient être l'objet de la même attention que les malades souffrant d'affections aiguës. Cette vision de la chronicité avait été clairement rappelée par Bonnafé au Congrès de psychiatrie de 1959, au cours duquel Duchêne avait présenté une synthèse des travaux du groupe de Sèvres qui avait constitué une étape importante dans l'élaboration du secteur. Dans une

¹ Jaeggi, F., "Les aspects sociologiques de l'hospitalisation et de l'évolution des psychoses chroniques", *L'Encéphale*, n° 2, 1963 ; Raymondis, "La sédimentation asilaire. Son étiologie, sa signification sociale et juridique." *Evolution psychiatrique*, XXXIV, n° III, 1969, pp. 563-594 ; Soulairac, A. et al., "Chronicité du trouble mental (Essai d'étude dynamique)", *Evolution psychiatrique*, 31, n° 4, 1966, pp. 787-847.

² Le Guillant, L. et al., "Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques. Rapport d'assistance", in P. Warot (dir.), *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. LXIIe session. Marseille 7-12 septembre 1964. Comptes rendus. Tome II*, Paris, Masson et Cie éditeurs, 1964, pp. 1335-1711.

communication prolongeant le rapport de Duchêne, intitulée précisément « définition de la chronicité », il avait proposé que soit inscrit sur l'agenda du Congrès le problème de l'organisation des soins en direction des chroniques et il donnait un certain nombre de pistes pour entamer le débat¹. Il soulignait ainsi que le traitement des malades mentaux ne devait pas distinguer ceux-ci selon la dimension « aiguë » ou « chronique » de leur affection : « Les critères d'acuité et de chronicité ne sauraient être retenus comme base d'une organisation rationnelle des soins aux malades mentaux. » Et, dans une formule choc, il complétait : « C'est de l'appareil adéquat pour le chronique que relève l'aigu, parce que ses problèmes essentiels dépassent le traitement de l'accès, c'est de l'appareil adéquat pour l'aigu que relève le chronique parce que le cours de son traitement comporte en proportions variables des temps forts, hospitaliers par exemple, qui ne justifient en rien d'autres institutions que celles destinées aux aigus. La même consultation, le même service hospitalier sont adéquats pour l'éventail des cas, du délire aigu à la schizophrénie. » Bonnafé reprenait surtout les grandes lignes de l'argument que les jeunes psychiatres avaient mis en place au lendemain de la guerre. Pour éviter les conduites de rejet, il insistait sur la nécessité d'assurer la continuité de la prise en charge des malades par delà la diversité des types d'intervention dont ils pouvaient avoir besoin. En confiant l'ensemble des problèmes de santé mentale d'un secteur à une seule équipe, on évitait que celle-ci puisse se décharger des cas les plus lourds sur des « institution[s] de dégorgeement ». Ce dont il s'agissait, c'était de conjurer la spirale qui pouvait conduire le patient à la chronicité. L'organisation en secteur était ainsi justifiée par le fait qu'elle seule paraissait en mesure d'y parvenir.

En 1964, cinq ans après, le rapport que proposent Le Guillant, Bonnafé et Mignot à Marseille engage un geste supplémentaire, en montrant que la chronicité correspond à une condition originale posant des problèmes spécifiques et appelant une réponse adaptée – le secteur. Avant tout, le travail des trois psychiatres s'ancre dans une prise de conscience, dans le contexte de profondes transformations des outils du soin que j'ai évoqué plus haut : en 1964, la psychose n'est plus celle que les professionnels rencontraient ne serait-ce qu'une dizaine d'années auparavant : « Nous n'avons plus affaire dans une proportion croissante de cas [...] aux psychoses d'autrefois, mais à des sujets revenus dans la société, encore confrontés cependant à des difficultés multiples,

¹ Bonnafé, L., "Définition de la chronicité", in P. Cossa (dir.), *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. 57e Session, Tours, 8-13 juin 1959. Comptes rendus*, Paris, Masson, 1959.

différentes, discrètes, plus subtiles, d'autant plus difficiles à « voir » et à surmonter. »¹ Les médicaments, autant que les nouveaux moyens d'intervention des psychiatres en extrahospitalier, les dispensaires et dans une moindre mesure les structures de type foyer ou hôpital de jour, ont en effet permis de faire sortir des malades des établissements, mais aussi de les appréhender avec les problèmes qui se posent à eux dans un environnement nouveau.

Or, ces évolutions n'ont pas supprimé le problème de la chronicité, mais elles l'ont amené lui aussi à évoluer. La chronicité des maladies mentales ne correspond plus à cet enfoncement dans l'autisme et la démence qui marquait le devenir des chroniques de l'hôpital psychiatrique et qu'il fallait combattre en s'efforçant de mobiliser les patients par des thérapeutiques actives. Elle correspond plutôt à des trajectoires au long cours de va et vient entre l'hôpital et l'extérieur, faites de rémissions et de rechutes. A un niveau quantitatif, le phénomène a du reste été constaté dans la statistique des hôpitaux dès 1958, et il s'est confirmé depuis : une partie croissante de la population des hôpitaux psychiatriques est composée de malades réhospitalisés après une première sortie². Alors que la population internée n'a pas évolué outre mesure, de 1953 à 1961 le nombre des admissions à l'hôpital psychiatrique est passé de 54 000 individus à 90 000, le nombre des sorties de 40 000 à 85 000. Sur le total des admissions, le nombre de rentrées est quant à lui passé de 8 000 à 31 000 environ³. En 1961 les rentrées comptent pour 35 % des admissions totales, contre 15 % en 1953. Commentant plus spécifiquement les statistiques d'entrées et de sorties de l'établissement de Saint Alban, qui traduisent ces tendances générales, les trois auteurs notent ainsi : « Compte tenu de tous ceux qui sont traités, sans placement ou après placement, au dispensaire, on voit qu'une proportion de plus en plus grande des malades dont nous avons la charge se tient hors de l'hôpital qu'ils peuvent facilement quitter – et où ils doivent souvent revenir. C'est à travers ces intermittences, ces allers et retours, qu'apparaît le visage actuel des psychoses « de long cours » et l'insuffisance des moyens dont nous disposons pour faire

¹ Le Guillant et al., "Problèmes posés par la chronicité", p. 1457.

² Lauzier, J. et D. Lafage, "Statistiques médicales des hôpitaux psychiatrique et des dispensaires d'hygiène mentale (1955-1957)", *Bulletin de l'Institut National d'Hygiène*, 13, n° 4, 1958, pp. oct-déc.. Une enquête menée par la direction générale de la Santé sur la « Consommation des neuroplégiques dans les hôpitaux psychiatriques » en août 1968, qui connaît une diffusion restreinte, mais à laquelle semble avoir été associé Hubert Mignot établit un lien entre le phénomène et l'essor des chimiothérapies. Sur ce point cf. *infra*.

³ Le Guillant et al., "Problèmes posés par la chronicité", *op. cit.*, p. 1464.

face à ces rémissions, ces maladies incomplètes et changeantes. »¹ Et plus loin, plus clairement encore, les trois psychiatres tirent de ces observations la conclusion suivante : « Le *type* du malade chronique n'est plus le malade sédimenté à l'hôpital psychiatrique, c'est le malade qui constitue la *clientèle intermittente chronique* du service hospitalier ou même le malade posant un *problème chronique de cure ambulatoire*. »² Ce qui se dessine ainsi, ce sont donc de nouvelles trajectoires de maladie mentale, de nouvelles formes de chronicités, qui posent des problèmes spécifiques aux équipes, et constituent une réalité nouvelle du travail psychiatrique.

La partie centrale du rapport est ainsi composée d'une série d'études réalisées par les trois psychiatres dans leurs services, visant à saisir au plus près ces problèmes. La première d'entre elles, réalisée dans les deux services hospitaliers dirigés par Bonnafé au cours des années 1950, cherche à caractériser l'effet sur le service lui-même de ces nouvelles chronicités. Bonnafé souligne en particulier combien ces allers-retours sont susceptibles de marquer le « champ hospitalier », c'est-à-dire l'hôpital pris comme la somme de ses acteurs, par tout un ensemble de leurs caractéristiques - « nombre, durée, cadence, évolution tendancielle des événements-hospitalisations, rapports avec les schémas biographiques, avec les variations sémiologiques, avec les facteurs circonstanciels divers ». A l'extérieur, les enjeux, pour être d'une autre nature, ne sont pas moins massifs. Une seconde étude concerne ainsi l'ensemble des malades femmes du troisième arrondissement de Paris prises en charge en dispensaire ou à l'hôpital par l'équipe de Mignot, dont le service a été sectorisé en 1958. Sur 305 dossiers examinés, 205 « posent chroniquement des problèmes », problèmes qui passaient par ailleurs largement inaperçus auparavant : « D'ores et déjà, il apparaît que lorsqu'une équipe psychiatrique commence à ébaucher un travail de secteur, elle est très vite amenée à perdre les illusions de l'optimisme naïf », note ainsi l'auteur. Ces malades entrent dans des catégories diagnostiques variées - « On trouve des « malades chroniques » (nous voulons dire des malades qui requièrent l'intervention très prolongée d'organismes de soins et d'assistance) dans la plupart des rubriques nosographiques » - et ils appellent également des solutions variées. Les uns nécessitent des hospitalisations régulières, les autres peuvent vivre en dehors de l'hôpital sans y retourner, mais à condition de pouvoir disposer de consultations. Certains peuvent tirer profit de structures extrahospitalières

¹ *Ibid.*, p. 1465.

² *Ibid.*, p. 1398.

telles que des foyers, pour d'autres elles ne sont que de faible intérêt. C'est toutefois la traduction au niveau des trajectoires individuelles qui compte davantage pour les psychiatres. Six longues observations cliniques extraites d'une étude de Louis Le Guillant permettent en effet aux psychiatres de préciser le phénomène, et surtout de lui donner un visage, constituant un tableau vivant des difficultés des équipes. Il vaut la peine d'en restituer quelques unes.

L'un des cas correspond à une patiente internée à la suite d'une « expérience délirante aiguë » qui s'est déclarée brusquement¹. Les troubles rapidement contrôlés, « tout paraissant rentré dans l'ordre », elle est « sortie » après un passage dans une maison de repos. Ayant obtenu une adaptation de ses conditions de travail, elle reprend un vie normale et le service perd rapidement tout contact avec elle. C'est l'enquête initiée par Le Guillant pour le rapport, et la réponse que lui donne son frère, qui permettent de savoir ce qu'elle est devenue – et c'est un choc pour le médecin : « ne donnant plus satisfaction dans son travail », elle a été licenciée sept mois après son retour, et rapidement expulsée de son logement. Ne pouvant s'installer chez son frère, elle s'est réfugiée dans une cabane de 10 m² sur un terrain boisé hérité de sa mère, où elle vit depuis, sans eau courante et sans électricité, son frère subvenant à ses besoins par le versement d'un petit mandat. Isolée, n'entretenant guère de rapport avec son voisinage, elle n'a plus revu de médecin, et nie même avoir été malade.

Si ce cas correspond à une faillite de l'organisation, les soignants ayant laissé passer l'occasion de garder le contact avec la malade faute d'un dispositif de post-cure suffisant, les autres observations correspondent à des suivis de longue durée, rythmés par de nombreux allers-retours entre des structures diverses, selon des trajectoires pour le moins heurtées. L'une des observations concerne une jeune femme, fille d'immigrés polonais, internée pour la première fois à 19 ans en 1951, avec pour diagnostic un « syndrome schizophrénique »². Après avoir constaté, selon le certificat de sortie reproduit dans le rapport, la « guérison après insulinothérapie, éprouvée par plusieurs sorties d'essai », une première sortie est tentée : elle fait une tentative de « reformation professionnelle », abandonnée lorsqu'à la suite d'une liaison « éphémère, navrante » avec un algérien déjà marié, elle tombe enceinte. Installée dans des conditions précaires chez ses parents – qui vivent dans une pièce unique -, elle travaille alors comme

¹ *Ibid.*, pp. 1574-1577.

² *Ibid.*, pp. 1579-1582.

vendeuse jusqu'à une rechute, qui conduit à l'interner à nouveau en 1957. Une cure neuroleptique efface rapidement le syndrome, de sorte qu'elle quitte l'établissement, d'abord pour un séjour de convalescence dans un établissement spécialisé, puis pour effectuer un reclassement professionnel. Moins d'un an après cette sortie, elle doit être à nouveau hospitalisée en septembre 1958. Commence alors une longue série d'allers et retour entre l'hôpital et son domicile, que Le Guillant résume rapidement :

Il est inutile, croyons-nous, de rapporter les internements (quatre), les traitements (plusieurs séries d'électrochocs, une nouvelle cure de Sakel en 1960, probablement tous les neuroleptiques et leurs correcteurs, à des doses et selon de multiples associations) les nombreuses « sorties d'essai », les hauts et les bas successifs qui vont marquer l'existence et l'évolution de son état. Les épisodes, d'abord d'allure stuporeux et rétrocedant rapidement, laissent place à un tableau clinique de plus en plus continu, ne variant guère que dans son intensité, où prédomine aujourd'hui un syndrome hallucinatoire très actif. Les thèmes délirants sont centrés par la culpabilité. Les neuroleptiques, associés ou non aux électro-chocs, apaisent souvent sensiblement les troubles, mais elle se refuse – ou plutôt se dérobe – à les prendre lorsqu'elle est hors de l'hôpital. Ils « l'endorment », la gênent grandement dans son travail. Les rapports avec le personnel médico-social et infirmier, avec sa mère, demeurent dans l'ensemble excellents.

La situation paraît sans issue, mais malgré la répétition du cycle internement sortie, elle évolue à l'été 1962 : la patiente fait la connaissance d'un ouvrier marocain âgé de soixante ans, se met en ménage avec lui, et finit par l'épouser lorsque sa mère, d'abord opposée, lui donne finalement son accord. Si elle continue ses allers-retours à l'hôpital, elle est changée par ce nouvel environnement affectif. Et Le Guillant de commenter, jouant sur le prénom de sa patiente, Sophie : « Le médecin, évidemment, ne se sent pas très fier à écrire cette version psychiatrique des malheurs de Sophie ; d'en être venu après treize années d'efforts à consentir à ce mariage d'une jeune schizophrène, très hallucinée, avec ce vieil arabe, isolé, pauvre et simple. Et même à le favoriser car c'est ce que nous faisons. »

D'autres cas correspondent à des trajectoires plus heurtées encore. Dans l'un d'entre eux, la malade, hospitalisée pour la première fois dans un autre établissement en 1947, arrive dans le service de Le Guillant à l'occasion d'un troisième internement, en 1951¹. Toutes les tentatives de sortie se soldent par des échecs rapides, jusqu'à ce que,

¹ *Ibid.*, pp. 1592-1595.

en 1958, l'équipe baisse manifestement les bras. Maintenu à l'hôpital elle est soumise à un traitement neuroleptique à forte dose, se montre malgré cela « difficile » : « Des incidents surviennent assez fréquemment, avec violences, bris de vitres, blessures, changements répétés de pavillon. » Trois ans plus tard, elle est « très détériorée, ayant perdu dents et cheveux, inactive ». La décision est tout de même prise au cours d'une « réunion de synthèse des chroniques » d'une « reprise en mains complète, à laquelle chacun s'emploie, avec réduction des neuroleptiques, prothèse dentaire, indéfrisable, toilette et permissions ». Les progrès sont saisissants, au point que rapidement la patiente peut sortir et s'installer chez une tante qui vient de perdre son mari. Suivie en dispensaire, prenant régulièrement neuroleptiques et tranquillisants, elle mène d'abord une vie très retirée avant progressivement d'envisager un séjour en atelier thérapeutique : « Elle n'a qu'une perspective : travailler très progressivement un peu plus, et se faire une amie d'une jeune malade, voisine, connue à Villejuif, qui a son âge, avec laquelle elle sympathise et voudrait sortir un peu. » Mais l'âge de sa tante – 70 ans – rend cet horizon fragile : « Si à la mort de sa tante nous ne pouvons lui offrir le foyer, conçu pour de tels sujets, dont elle a besoin, [...] elle reviendra à l'hôpital. »

Dans chacun des cas, les observations soulignent la lourdeur des problèmes, mais surtout la durée de l'effort consenti et la répétition des échecs avant l'installation d'un régime stable. Commentant les observations, les trois psychiatres pointent la permanence de l'affection, l'existence d'une détérioration durable, sur laquelle les thérapeutiques paraissent n'avoir qu'un effet « contingent » au regard de l'évolution de la maladie, mais surtout l'ensemble des éléments qui ont joué un rôle dans le façonnement de ces trajectoires : « Certes [les thérapeutiques] ont amorcé des transformations favorables, surtout aux phases initiales de la maladie, transformations parfois profondes et durables. Mais on voit bien, nous semble-t-il que le cours de la psychose, l'adaptation, le retour ou non des troubles sont fonction d'autre chose : d'un ensemble de modifications intérieures et de situations extérieures qui font à nouveau apparaître l'importance des conditions qui doivent être réunies pour consolider ou simplement maintenir les rémissions. »¹ Le problème que posent les maladies mentales chroniques est donc celui d'une stabilisation du long cours d'une pathologie complexe.

¹ *Ibid.*, p. 1604.

C'est à partir de ce constat que les psychiatres vont entamer une construction plus positive de la notion, qui pourra donner prise à leur intervention.

Constituer la chronicité des maladies mentales en problème

Au-delà du constat, l'objectif des trois psychiatres est en effet de faire de la chronicité un problème en soi, un enjeu positif du travail psychiatrique. Ils cherchent à mettre en évidence la portée que peut avoir ce travail psychiatrique sur la chronicité. Pour cela il leur faut faire de la chronicité un objet travaillable par la psychiatrie, ce qui passe d'abord par une redéfinition de la notion. Au moment où ils écrivent, la chronicité a en effet un sens en psychiatrie, isolé et stabilisé à la fin du XIX^e siècle dans les conditions que j'ai analysées dans le premier chapitre, et que rappellent rapidement Le Guillant et ses collègues. Dans leur introduction, les trois psychiatres signalent ainsi que leur objet est les psychoses « traditionnellement dites chroniques », qui « font apparaître les problèmes de la chronicité avec une netteté et une « gravité » particulière ». Et de poursuivre par une définition : « Outre une certaine continuité et une longue durée évolutives, elles présentent certains caractères propres. Le premier est la gravité habituelle des troubles, le second (peut-être) une sorte de « nature » commune de ces troubles ; en tout cas, l'appartenance à des catégories nosologiques, sans doute cent fois contestées et aujourd'hui plus que jamais contestables, mais dont l'expérience clinique, qu'il serait déraisonnable d'écarter entièrement, nous a appris que leur cours se poursuivait, plus ou moins modifié, durant de longues périodes, le terme même de chronicité les désignant souvent encore : délire chronique, psychose hallucinatoire chronique. »¹ L'enjeu pour les psychiatres n'est donc pas de remettre en cause les catégories constituées de la psychiatrie. Il ne s'agit pas pour eux de découper un nouvel ensemble de maladies, mais bien de revenir sur le groupe des psychoses chroniques constitué par la clinique, pour en proposer une nouvelle représentation.

Pour la psychiatrie, jusque dans les années 1950, on l'a vu, la chronicité est un au-delà de l'intervention, elle marque un domaine où le psychiatre ne peut plus intervenir, des trajectoires de maladie qui lui échappent. La chronicité était une défaite du psychiatre. C'est en ce sens que la démarche des jeunes psychiatres au lendemain de la guerre avait été de nier la chronicité, en affirmant que tous les malades pouvaient

¹ *Ibid.*, p. 1341.

bénéficier de soins psychiatriques et être au moins améliorés. L'accepter, aurait signifié renoncer à intervenir. A contrario, en 1964, l'ambition de Le Guillant et ses collègues est de construire une chronicité sur laquelle ils puissent intervenir et qui ne les conduise pas à la démission. Pour eux la chronicité apparaît en effet comme l'un des enjeux clefs de la psychiatrie :

[Les maladies mentales chroniques] mettent en question dans leurs aspects fondamentaux la théorie et la pratique psychiatriques, notre action tout entière : ses moyens, ses résultats, ses buts. C'est en face d'elles que tout psychiatre qui ne se dérobe pas devant les obligations de sa discipline se pose les interrogations fondamentales. Non seulement pourquoi certaines maladies mentales « parcourent lentement leurs périodes », quel est l'effet, sur ce déroulement, des traitements mis en œuvres, quelles institutions leur conviennent, etc. mais quels sont en définitive le pouvoir et le rôle du psychiatre.¹

Très lucidement, les trois psychiatres notent par ailleurs les risques que peut faire courir le déni de la chronicité : « Faute de cette connaissance et de ces moyens, un libéralisme facile, en définitive indifférent, ne tend-il pas à rétablir l'errance moyenâgeuse des aliénés ? Les « clochards » ne se retrouvent-ils pas aujourd'hui *autour* de Bicêtre, à quelques pas des anciennes des anciennes loges et à peine moins malheureux, « on the Bowery » ou dans le métro de New York, au sein de multiples groupes et sectes de psychopathes, dans les communautés religieuses, qui, grâce à Dieu !, les recueillent après leur expulsion de l'asile, de l'hôpital ou de l'hospice entre les mains des guérisseurs ? Une inadaptation, elle aussi indifférenciée et privée de tout secours psychiatrique rassemble parfois à nouveau, malades mentaux et névrosés, prostituées et délinquants, ivrognes et vagabonds dans les clubs de solitaires, à l'Armée du Salut, dans les centres de l'Abbé Pierre, les maisons de jeunes filles-mères, ou les « services de sûreté ». »²

A l'égard de leurs positions antérieures, il s'agit donc bien d'un retournement. Les trois auteurs présentent du reste leur rapport comme une « critique de la critique » de leurs erreurs passées. Dans leur introduction, ils opèrent ainsi une sorte de retour réflexif sur le projet élaboré au lendemain de la Libération. En s'opposant à l'idée que les chroniques étaient incurables et devaient donc rester indéfiniment enfermés à l'asile,

¹ *Ibid.*, p. 1342.

² *Ibid.*, p. 1349.

le mouvement a, selon eux, « scotomisé » le problème de la chronicité, pour des motifs certes généreux, mais au risque d'être passé à côté d'une dimension clef du travail psychiatrique. Commentant certains de leurs écrits antérieurs, ils pointent ainsi les limites de leurs analyses du rôle de l'hôpital dans la constitution de la chronicité : « Il nous est peu à peu apparu qu'une mise en cause aussi « radicale » des structures « chronicisantes » pouvait être interprétée comme un refus de voir les problèmes de la chronicité, alors qu'il s'agissait précisément du contraire : attirer l'attention sur les scotomisations observées dans le champ de ces problèmes : scotomisations portant sur l'importance qualitative comme fondement de la connaissance des besoins et des modes d'action thérapeutique au long cours qu'elle exige. » La nouveauté de la démarche se voit au demeurant également dans l'hommage ambigu que lui rend dans la discussion André Adnès, l'un des membres du Cadre les plus sceptiques à l'égard du projet des jeunes psychiatres, qui estime le rapport « révolutionnaire » : « Ces dernières années parler de « chroniques » était un scandale que bien peu osaient assumer ; j'ai connu pareillement, il y a trente ans, au début de ma carrière psychiatrique, une longue période où l'emploi du terme « hérédité » soulevait un tollé : on pensait en exorciser nos malades en niant les faits. » Mais, ayant décrit certains résultats obtenus dans son service, il poursuit : « Que conclure sinon que la chronicité est devenue un problème très secondaire au moins pour les hommes dans un hôpital psychiatrique où tous les traitements peuvent être appliqués. C'est « l'acuité » - terme heureux employé pour la symétrie par les rapporteurs – qui est la règle, qui requiert presque tous nos efforts et est heureusement résolue. La révolution n'est pas de mots, elle est de fait. »¹

De fait, il faut à Le Guillant et ses collègues éviter plusieurs écueils. Chez un certain nombre de leurs collègues comme Adnès, en réduisant le nombre de malades qui ne réagissaient pas, les progrès des thérapeutiques psychiatriques ont tendu à conforter une vision de la chronicité comme résidu négligeable et ne méritant pas une intervention spécifique. Les neuroleptiques ont ainsi conduit un grand nombre de leurs collègues à occulter le problème, comme eux-mêmes l'avaient « scotomisé » : « Combien de fois n'avons-nous pas entendu : « les chroniques ça n'existe plus » ? Combien de fois ne s'est on exercé à faire le décompte des « guérisons » successivement publiées à propos

¹ *Ibid.*, p. 1729. Cf. aussi cette réaction de Henri Baruk : Baruk, H., "La valeur des critères de chronicité dans les maladies mentales", *Annales Médico-psychologiques*, 2, n° 4, 1964, pp. 567-569.

des chimiothérapies successivement mises à notre disposition, pour trouver un nombre de malades guéris très supérieurs au nombre de malades traités ? »¹

D'un autre côté poser que les chroniques méritent une attention ne suffit pas. De ce point de vue, les trois psychiatres sont obligés de prendre leurs distances à l'égard d'un autre projet de réhabilitation de la chronicité en médecine au début des années 1960, celui de Henri Péquignot. Médecin des hôpitaux, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, Péquignot (1914-2003) a été au lendemain de la guerre conseiller d'Eugène Aujaleu à la direction de l'Hygiène sociale au ministère de la Santé². Franc-tireur de la médecine, il développe un vif intérêt pour les sciences sociales et humaines qui se lit aussi dans son activité clinique³. Deux populations l'intéressent spécifiquement au début des années 1960, les personnes âgées et les malades chroniques, à propos desquels il propose plusieurs communications ou articles à diverses audiences, dont l'Académie de Médecine, mais aussi au Congrès de médecine psychosomatique de 1963, dont il a assuré « l'introduction médicale »⁴. Dans cette dernière, il a développé à la fois une analyse du problème, dans ses dimensions médicales et administratives, et une série de propositions pratiques pour sa prise en charge. De façon générale, Péquignot voyait dans la chronicité un problème clef de la médecine contemporaine, lié à plusieurs aspects importants de ses évolutions⁵ : la disparition de certaines maladies aiguës, le progrès général des traitements, qui ont transformé certaines affections aiguës en affections chroniques, ou plus spécifiquement

¹ Le Guillant et al., "Problèmes posés par la chronicité", p. 1400 .

² Sur Péquignot, voir : Benamouzig, *Essor et développement de l'économie de la santé en France*, op. cit.

³ Il joue en particulier un rôle important dans l'essor de l'économie médicale en France. Cf. *Ibid.*

⁴ Péquignot, H., "Introduction médicale au problème des chroniques", in P. Aboulker et al. (dir.), *Psychosomatique et chronicité*, Paris, Maloine, 1964, pp. 11-25. Voir aussi : Péquignot, H., "Le problème des maladies chroniques", *Bulletin de l'Académie de médecine*, n° 148, 1964, pp. 733-736 ; Idem, "Les malades chroniques et l'organisation des soins médicaux", *Bulletin de l'Académie de médecine*, n° 149, 1965, pp. 190-194 ; Idem, "L'hôpital, le chronique et le vieillard", *Concours médical*, 88, n° 1, 1966, pp. 65-78.

⁵ En particulier il introduit son propos par une définition : « Je formulerai à peu près en ces termes le concept dont je vais décrire la naissance : le chronique (neuf fois sur dix âgé) est le seul objet de la médecine, qu'il s'agisse de la clientèle privée de l'omnipraticien, à un moindre degré de la clientèle privée de la plupart des spécialistes (en dehors du pédiatre et de l'accoucheur), des services hospitaliers quelle qu'en soit la nature générale ou spécialisée, des services médico-sociaux c'est-à-dire des services sociaux tout court (la plupart des services sociaux qui croient n'être pas médico-sociaux commettent en réalité une erreur d'optique). Une telle proposition paraîtra à certains quelque peu exagérée. Disons que la plupart de ceux qui voudront bien lui accorder quelque attention m'accorderont, je pense, qu'elle exprime dans les pays du niveau de vie occidental, le futur très proche et très sûrement prévisible, sinon la réalité d'aujourd'hui. Il est donc indispensable que le chronique devienne l'objet de la science médicale et de la science sociale, si tant est qu'il y ait le moindre sens à distinguer cette dernière. » Péquignot, "Introduction médicale au problème des chroniques", p. 11.

l'utilisation dans la longue durée de traitements à l'origine héroïques – comme la cortisone, l'insuline, la stimulation cardiaque, voire les psychotropes. Il proposait une classification des états chroniques, reposant sur les perspectives de traitement offertes aux malades¹, soulignant en particulier qu'elle devait « aider à poser le problème des besoins psychologiques de nos malades », la possibilité pour ceux-ci d'intégrer la maladie dans leur vie dépendant de la nature de leur affection. Il insistait surtout sur la nécessité pour le corps médical de changer d'attitude à l'égard des malades, en adoptant une attention au long cours. Mais, par ailleurs, il développait également une critique de la gestion des chroniques dans les hôpitaux, fondée sur la distinction de services de chroniques où les moyens médicaux étaient réduits au minimum : les besoins des malades chroniques étaient les mêmes que ceux des malades aigus, soit soins en infirmiers, visites médicales, besoins médicamenteux, diététiques, rééducateurs. Il développait ainsi un plaidoyer pour une attention continue portée aux malades atteints d'affections chroniques.

S'ils approuvent les appels de Péquignot à changer de regard sur les chroniques, Le Guillant et ses collègues se démarquent toutefois de son analyse de leurs besoins. De leur point de vue, si Péquignot critique les établissements pour malades chroniques, c'est qu'ils signifient pour lui « une division radicale entre services actifs et « lieux où seuls les besoins d'hébergement sont couverts » ». Mais comme les psychiatres eux-mêmes au sortir de la guerre, cette critique le conduit à vouloir des services actifs, ou d'aigus, pour tous, en négligeant la dimension spécifique des besoins des malades chroniques. C'est sur ce point que les trois psychiatres se distinguent :

¹ Et par exemple sa classification distinguait les malades atteints de maladies curables mais de longue durée nécessitant un tout prolongé, soit la tuberculose ; - les sujets atteints d'affections incurables mais améliorables, nécessitant ou non un traitement d'entretien, mais des hospitalisations momentanées lors de décompensations, par exemple, diabète ou cardiopathies ; - les malades atteints d'affections incurables évoluant d'une seule traite ou par poussées rapprochées vers une issue fatale, type cancers ; - les malades atteints d'affections incurables entraînant une invalidité permanente (infirmités accidentelle ayant laissé des séquelles neurologiques, motrices ou psychiques plus ou moins importantes, stabilisées ou améliorables - infirmités stabilisées non améliorables (psychoses fixées par exemple) – infirmités allant s'aggravant (notamment les maladies neurologiques progressivement dégradantes) ; - « les malades qui présentent de petits troubles qui ne justifieraient pas « dans l'absolu » une hospitalisation, mais qui doivent cependant être hospitalisés pour des raisons sociales ». A propos de cette catégorie Péquignot précise : « ces chroniques sont souvent dits « sociaux ». Nous n'aimons pas ce terme car ce sont des malades atteints d'affections chroniques (goutte épilepsie, diabète). Certes ils pourraient sans difficulté être soignés en ville grâce aux lois sociales actuelles et à la qualité des médecins traitants, mais il faudrait qu'ils soient capables, soit de vivre seuls, soit de coopérer à un traitement continu. » Il distingue trois cas de chroniques sociaux : malades qui vivent seuls, malades caractériels, et malades trop faibles intellectuellement.

N'y a-t-il pas souvent, chez le malade ou dans ses milieux, au cœur même de la chronicité, des besoins, des résistances, etc., dans une certaine mesure spécifiques, auxquels doivent répondre des solutions adaptées, variées, originales ? A scotomiser ou à sous-estimer cet aspect des choses, ne risque-t-on pas de tomber dans des erreurs inverses de celles du passé, de connaître des échecs qui seraient suivis de retours en arrière et de régressions injustifiées ? Le « chronique » somatique ne risque-t-il pas d'être aussi isolé, délaissé, séparé des autres – voire rejeté et humilié – dans tel service actif, dans tel secteur, telle salle, tel « lit » de ce service où sont pratiquées des thérapies intensives – depuis longtemps épuisées chez lui ? Ne peut-il l'être – comme nous le voyons parfois pour les nôtres – encore davantage au dehors, dans quelque chambre solitaire, voire dans sa famille, son lieu de travail, son village ou son quartier, dans la vie tout simplement ? Bien des affections chroniques, mentales ou non, ne sont-elles pas, comme précisément on commence à le reconnaître, de véritables modes d'existence, des manières d'être au monde ? Et ce « monde » ne doit-il pas être conçu, organisé en fonction des niveaux, des structures des traits dominants de chacune d'elles ou de chacun de ceux qui en sont atteints ?¹

La chronicité correspond ainsi non seulement à une durée longue de l'affection nécessitant des soins continus tout au long de sa trajectoire, mais également et plus profondément à une manière d'être spécifique du malade chronique, qui appelle des soins d'un type nouveau, particulier. En plus de la pathologie, la dimension chronique est elle-même à l'origine de besoins propres. Il ne s'agit pas seulement pour le médecin de prolonger des traitements de même nature que dans le cas de maladies aiguës, mais bien de développer une attention nouvelle à une condition spécifique irréductible. C'est ce qu'indique bien cette citation :

Le psychiatre doit-il rester prisonnier du dilemme « rétablissement fonctionnel intégral » ou abandon d'une action médico-rééducative. Ne persiste-t-il pas, au moins dans les conditions présentes, chez certains malades, un noyau d'irréductibilité, une « invalidité permanente partielle », qui fait quelquefois passer au premier plan, non le « rétablissement fonctionnel » mais des conditions de vie conçues et organisées en fonction de cette invalidité.²

Les fondements : la chronicité et l' « acuité » comme polarités

Pour développer leur idée, les trois psychiatres doivent toutefois en passer par une caractérisation plus précise de la chronicité comme état de la personne malade. Cette caractérisation, ils ne l'ancrent pas dans la science ou la clinique, mais, dans la

¹ Le Guillant et al., "Problèmes posés par la chronicité", *op. cit.*, pp. 1339-40.

² *Ibid.*, p. 1341.

ligne des réflexions du lendemain de la guerre, ils l'articulent à une vision de la maladie mentale plongée dans un ensemble de déterminations multiples qui la façonnent selon un processus au long cours. Par rapport à la conception de la chronicité portée par la tradition clinique en psychiatrie, c'est la nature de la maladie chronique qu'il s'agit de repenser. La tradition psychiatrique tendait en effet, en isolant des entités chroniques, à réifier la chronicité, en en faisant une nécessité du développement de certaines pathologies. C'est cette idée que les psychiatres cherchent à remettre en cause : « Le point nodal de la critique, et cette critique est le fondement de cette pensée, porte sur l'idée d'acuité et de chronicité en tant qu'entités différentes. »¹ Pour les trois psychiatres, la chronicité des maladies mentales ne doit pas être conçue comme un « genre » opposé à l' « acuité », mais comme une « polarité » sur un continuum.

Pour constituer cette nouvelle vision, les auteurs prennent en exemple une catégorie singulière, forgée par Bonnafé, les « psychoses aiguës chroniques » : catégorie étrangère aux nosographies classiques, elle correspond en fait à la requalification de certains états évoluant par crises, comme les psychoses maniaco-dépressives, mais pour lesquels perdurent d'importants « problèmes de la personnalité » dans la période intercritique, soit en raison de « la personnalité antérieure au premier accès », soit en raison du fait « qu'on ne saurait « avoir été fou » sans que cela influence notablement la suite de l'existence, avec encore des changements importants lorsque l'expérience de « retomber fou périodiquement » s'est accumulée »². Ces états démontrent la permanence, par delà la représentation classique des affections aiguës, d'un fond morbide chez les personnes. Ils constituent en quelque sorte un moyen terme entre les psychoses aiguës, dont la crise est suivie d'un rétablissement intégral, et les psychoses chroniques classiques, marquées par l'enfoncement dans la maladie, celle-ci dût-elle se faire par poussées. Les auteurs notent du reste que ce type d'état tend à caractériser de plus en plus fréquemment l'évolution des psychoses, qui entrent de moins en moins dans un extrême ou l'autre. De façon plus générale ils attirent l'attention sur le cours d'un certain nombre de schizophrénies, qui évoluent par poussées et rémissions. De ces observations, ils tirent la conclusion suivante :

¹ *Ibid.*, p. 1397.

² *Ibid.*, pp. 1398-1399.

[O]n ne distingue plus de césure nette entre la maladie qui ne guérit pas et celle qui guérit. Ce que l'on voit nettement, ce n'est plus deux genres mais deux pôles bien distincts, mais distincts en tant que pôles : celui de l'acuité, quand le problème de la personnalité intercritique se présente au plus loin du pathologique, celui de la chronicité, quand l'état intercritique est nettement pathologique.

L'idée d'une évolution psychotique ayant perdu son évolutivité, ne manifestant plus de moments féconds, apparaît comme un cas limite, dont on se demande s'il peut être conçu comme « génie évolutif propre à la maladie », et si cette image n'est pas la résultante d'un couple : observation insuffisamment attentive du cas / aménagement de celui-ci par rapport à une situation cristallisante, telle, typiquement, que l'existence asilaire.¹

La chronicité est ainsi caractérisée non plus comme une dimension a priori de certaines pathologies mentales, mais comme une propriété immanente au développement de la maladie en général, qui se traduit par son évolution plus ou moins rapide en fonction des soins. C'est l'idée d'une détermination des états chroniques par une propriété unique qui est ainsi remise en cause :

Les manifestations psychopathiques aiguës, les « symptômes » ont certes souvent une signification, mais perdue dans le trouble, fugace et de ce fait incertaine. La psychose chronique, considérée dans sa totalité, à travers les péripéties de son déroulement, révèle-t-elle aussi un sens, cette intentionnalité qu'on lui prête si souvent ? Apparaît-elle comme un destin appelée en quelque sorte par l'inconscient ? A-t-elle une finalité ? Tend-elle à libérer par la souffrance et l'échec celui qui en est atteint de sa culpabilité et de son angoisse originelles ? Le seul moyen d'en détourner le cours est-il de remonter à ses sources ? Ou bien n'est-elle pas davantage l'aboutissement d'une histoire personnelle, de l'adversité, de l'ensemble des conditions auxquelles le malade a été confronté, un état non voulu mais subi ? Et n'est-ce pas cet enchaînement qu'il faut rompre, en jouant des circonstances, des autres, de nous-mêmes ; cette gestalt qu'il faut modifier par l'action d'un ensemble de conditions favorables ?²

De façon générale, cette vision s'ancre dans l'épistémologie développée au lendemain de la guerre. Les trois psychiatres citent en particulier sans le nommer Politzer en pointant que les malades chroniques « sont des individus ayant vécu, vivant un « drame humain », une longue et difficile histoire personnelle (qu'on en voie l'origine dans les tout premiers âges de la vie, dans certaines circonstances qui l'ont

¹ *Ibid.*, pp. 1399-1400.

² *Ibid.*, p. 1617.

marquée ou dans celle-ci en entier, toutes les situations qu'elle a traversées) »¹. Plus largement la vision des trois psychiatres se nourrit également de certains travaux soulignant que la chronicité correspond à une forme d'aménagement des relations du malade au cours de sa maladie : citant la psychiatrie de l'enfant et celle des névroses, Le Guillant et ses collègues signalent l'apport de « l'idée d'un rapport entre la nature du trouble et les conditions d'aménagement plus ou moins stables de la personnalité dans son monde relationnel »². L'idée a également été développée au congrès de médecine psychosomatique l'année précédente, où plusieurs communications ont insisté sur le fait que la chronicité, au-delà de la maladie elle-même, correspondait également à une série de comportements appris ou à une forme névrotique.

Au-delà, les auteurs en tirent surtout les conséquences pour le psychiatre. Celui-ci ne devrait voir dans la maladie que son « potentiel évolutif », qui peut toujours être infléchi. Si la chronicité correspond à un état de certaines personnes, leur devenir n'est pas inscrit dans un diagnostic, qui ne renferme aucune vérité de la chronicité : « Les instruments nosographiques ont été de médiocres instruments pour la connaissance de ce qui est la matière même de la psychiatrie, les troubles de la conscience, et bien plus encore de la personnalité. »³ Et les diagnostics portés dans le passé ont souvent été mis en échec : « Nous ne pouvons ignorer quel a été l'avenir de tant de psychoses aiguës, ni inversement l'évolution favorable d'états dont on avait proclamé l'irréversibilité. »⁴ A l'inverse l'évolution de la maladie est façonnée par la manière dont le psychiatre s'engage vis-à-vis de son malade :

L'état de maladie *est*, il est *dans une situation*, il est un *potentiel évolutif* dans cette *situation évolutive*. Autant existe-t-il de psychiatres, autant de moments constituent-ils la vie d'un psychiatre donné, autant de versions se déploient du plus fluide des schémas. Le fond est l'état social, historique culturel du phénomène folie, dans le lieu et le temps donné, un certain état du couple morbidité tolérance dans lequel se constitue et se développe la maladie, en tant que développement génétique ou processus ; celle-ci se constitue et évolue, sur le fond général, dans un cercle relationnel donné par l'entourage immédiat, particulièrement familial ; dès lors qu'elle est reconnue et traitée, un autre cercle relationnel intervient, celui des circuits de soins et d'assistance. Toutes

¹ *Ibid.*, p. 1610.

² *Ibid.*, p. 1404.

³ *Ibid.*, p. 1390.

⁴ *Ibid.*, p. 1640.

variations possibles sont concevables dans l'idée de ce champ d'interdépendances, dans les conduites qui en sont inspirées.¹

Le psychiatre joue ainsi un rôle clef dans la chronicité. La psychiatrie peut toujours intervenir pour briser ou infléchir l'enchaînement des événements qui constituent la chronicité. Davantage, elle est une dimension de la chronicité : « La position privilégiée du psychiatre dans l'axe médecin-malade, axe du champ relationnel dès lors que le problème de la maladie est posé, fait qu'il ne peut plus considérer la chronicité comme aucun *en-soi* mais comme un pôle de tout l'activité psychiatrique par rapport auquel se situent toutes variations possibles en fonction d'un potentiel évolutif par définition incertain puisqu'il demeure toujours vrai qu'aux plus extrêmes limites et si peu que ce soit, *le pronostic dépend toujours de la thérapeutique.* »² A la limite, la chronicité se situe dans la manière dont le psychiatre considère son malade et intervient auprès de lui : « La chronicité demande à être vue par le psychiatrie comme son propre problème plus que comme celui du malade. A l'extrême pointe des préoccupations contemporaines, il portera son attention à son comble devant la composante iatrogène de la morbidité. »³ La chronicité se trouve ainsi caractérisée dans le cadre d'une vision éthique du rôle du psychiatre. C'est au psychiatre de prendre conscience du regard qu'il porte sur son malade.

Les trois psychiatres font du reste preuve tout au long du texte d'une réflexivité exacerbée, réflexivité qu'ils théorisent en en faisant l'un des fondements de leur épistémologie, ancré historiquement dans les transformations des idéologies au cours du XX^e siècle. Dans un long passage, Le Guillant et ses collègues caractérisent le « mouvement d'idées le plus authentiquement contemporain » sur la chronicité « par la volonté qui l'animerait, plus ou moins consciemment, plus ou moins délibérément, mais avec une emprise toujours croissante, de rechercher à quelles déterminations obéit l'histoire des idées et ce qui le gouverne lui-même ». Ils signalent la survenue de ce tournant critique dans les années 1930, dans un premier temps avec l'émergence en psychiatrie d' « une orientation généralement génétique, dynamique et relationnelle dans la connaissance de l'homme » sous l'effet des nouvelles psychologies, mais surtout dans un second temps avec l'« idée d'une détermination historique des idéologies ».

¹ *Ibid.*, p. 1628. Souligné par les auteurs.

² *Ibid.*, p. 1404. Souligné par les auteurs.

³ *Ibid.*

Deux œuvres philosophiques ont marqué cette nouvelle conception, celle de Bachelard et celle de Foucault, et tout particulièrement *l'Histoire de la folie à l'âge classique*, parue trois ans auparavant, qu'ils citent longuement pour sa caractérisation de l'histoire de la folie comme « étude structurale de l'ensemble historique – notions, institutions, mesures juridiques et policières, concepts scientifiques – qui tient captive une folie dont l'état sauvage ne peut jamais être restitué en lui-même »¹. La caractéristique des idées sur la chronicité, au milieu du XX^e siècle, répond ainsi pour les trois rapporteurs à une conscience critique de la détermination historique des idées. C'est cette conscience critique qui pour eux permet à la psychiatrie de se dégager des visions passées déterministes de la chronicité. De ces analyses découle en particulier une série de formulations un peu vertigineuses, où les trois psychiatres se posent en quasi-héros s'arrachant à leur propre histoire². Plus profondément, elles marquent bien le rapport éthique à la maladie que les psychiatres ont développé depuis la Libération.

De la guérison à la gestion. Les nouveaux objectifs du travail psychiatrique

Au-delà de son aspect formel, ce travail permet une requalification des objectifs du travail psychiatrique et, avant tout, à l'abandon du schéma traitement-guérison qui marquait toute la réflexion de la psychiatrie sur son dispositif depuis la fin du XIX^e siècle. De façon prudente, parfois ambivalente, les auteurs procèdent ainsi à une remise en cause de l'idée même de guérison. A propos des chimiothérapie les auteurs critiquent « une appréciation sommaire de la notion de guérison » lorsque leurs collègues font équivaloir guérison et sortie. Ailleurs ils pointent « la relativité fondamentale de la notion de guérison, signifiant un mode d'existence plus ou moins libre ou dépendant ». Plus loin : « Ainsi le psychiatre contemporain sait-il mieux ce qu'est la notion de guérison, pas grand-chose de clair en soi, ni du point de vue du « résultat social objectif », mais, dans l'ordre de la relation médecin-malade, un problème dont les termes lui sont assez clairement posés ». Ou encore : « La notion de guérison n'est pour

¹ Foucault, M., *Folie et déraison, histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961.

² Par exemple : « Aussi bien le point actuel de l'histoire des idées sera-t-il exprimé ici en termes de critique historique reprenant l'histoire déjà tracée à la lumière des connaissances actuelles sur les déterminations de cette histoire, parce que ce sont ces connaissances et c'est cette orientation qui caractérisent la pensée contemporaine, parce que celle-ci ne peut considérer le mouvement des idées isolément, abstraction faite des conditions dans lesquelles il s'accomplit. » Le Guillant et al., "Problèmes posés par la chronicité", *op. cit.*, p. 1381.

nous qu'une *limite*, pour nous dont la mission est d'assumer des responsabilités face à des formes de vie résultant d'un passé pathologique chargé. »¹

Au-delà, ces perspectives ouvrent sans le dire forcément clairement vers une conception du travail psychiatrique comme travail de gestion de la maladie au long cours, qui passe par la reconnaissance d'un suivi long. Les trois psychiatres introduisent pour cela une notion qui n'apparaissait pas dans leurs écrits précédents, l'autonomie. L'action du psychiatre est conçue comme un « soutien » apporté aux patients au différents moments de la trajectoire : « A l'égard des chroniques, le psychiatre cherche à apprécier à chaque moment de l'évolution, le degré de soutien nécessaire, à ne fournir que celui qui est indispensable, à rester disponible sans être trop présent. »² Pour cela, il s'agit d'évaluer ce dont est capable le patient, d'identifier « un juste dosage [de ses] possibilités d'autonomie restantes »³, afin de lui ménager le moyen de progresser. L'autonomie retrouvée du patient, qui pourra affronter la liberté, caractérise pour eux le but vers lequel doit tendre la prise en charge :

Le service sectorisé « assume la charge » des malades mentaux... cette expression doit être bien comprise ; une psychiatrie authentique ne peut se proposer pour fin d'exercer une « tutelle » sur les malades, mais au contraire de les rendre capables d'accéder à une conduite personnelle ; la « guérison » consistant justement en ce retour à une liberté que la maladie entravait. Le psychiatre ne peut en principe souhaiter « suivre son malade pas à pas », le « conduire » tout au long de son existence.⁴

Du point de vue des psychiatres, la possibilité de se satisfaire de ce type d'intervention passe par une prise de conscience de ses limites et l'acceptation que ses efforts puissent avoir une terminaison :

Parcourant [...] le chemin qui du chronique le plus lourd nous conduit à l'aigu le plus léger, nous voyons celui-ci, avec notre connaissance du problème non résolu de sa personnalité, dans une large mesure « non guéri » et cependant nous savons échapper à la tentation de le couvrir sous la tutelle d'une cure. Nous savons nous satisfaire de ce que, en dépit du handicap que nous lui connaissons, le fait qu'il n'éprouve pas le besoin de notre aide est, *pour celui-ci, dans son cas particulier*, largement positif. Mais nous savons à quel point cette appréciation, comme toute indication de *sevrage*, nous demande une

¹ *Ibid.*, p. 1403. Souligné par les auteurs.

² *Ibid.*, p. 1674.

³ *Ibid.*, p. 1633. Souligné par les auteurs.

⁴ *Ibid.*, p. 1674.

profonde connaissance du malade et quel *temps* cela exige que nous lui consacrons.¹

Cette réévaluation des objectifs de la psychiatrie correspond à une reconnaissance de la nécessité pour la psychiatrie d'accepter ses échecs. Le travail sur la chronicité suppose de dépasser la tentation de rejeter le patient chez qui l'intervention a été incapable ou insuffisante à permettre une amélioration notable. C'est au demeurant l'intérêt du secteur que d'obliger les psychiatres à rester « responsables » de leurs malades : « Dans l'organisation par secteur de la lutte contre les maladies mentales, le chronique cesse d'être « l'échec » que l'on pousse vers la formation sous-jacente, à l'égard duquel on se déculpabilise de ne pas l'avoir guéri en clamant son « incurabilité ». Il ne devient pas un assisté, il demeure un malade que l'on garde en charge, dont on se sent responsable, même si certains soins se trouvent interrompus. »² Ce nouveau rapport à la guérison et à l'échec touche toutefois également l'entourage du patient. A ce propos Le Guillant et ses collègues soulignent qu'une partie du travail concerne les familles. Ils analysent finement le « vécu » et les réactions des différents partenaires de la prise en charge, notant en particulier que le psychiatre court toujours le risque de « l'erreur de diagnostic sur la famille, la méconnaissance de son vécu, face à l'affection chronique »³

Une composante de cette réflexion concerne par ailleurs ce que Le Guillant et ses collègues appellent l'action médiata. Les auteurs prennent comme exemple le reclassement d'un malade dans un milieu protégé mais pas spécifiquement réservé aux malades mentaux. Si le milieu n'est pas préparé, et même si le malade est « parfaitement « aimable » », « ne pose pas l'ombre d'un problème d'adaptation dans un milieu d'inspiration psychiatrique même médiocre », celui-ci court le risque d'être rapidement rejeté par le foyer. Pour enrayer le processus, le psychiatre doit donc développer une intervention « désaliéniste », selon le terme forgé par Bonnafé en 1948, visant à lutter contre l'intolérance de l'environnement à l'égard du malade :

¹ *Ibid.*, p. 1633. Souligné par les auteurs.

² Le Guillant et al., "Problèmes posés par la chronicité", *op. cit.*, p. 1450.

³ Et de poursuivre : « Devant le besoin d'identifier comment, dans le cas particulier, la situation est vécue, le médecin ne dispose pas du registre nosologique en fonction duquel il situe son malade. Il est bien familiarisé avec un certain éventail de catégories habituellement évoquées, tendance réjective ou captative, culpabilité/agressivité, surprotection, carence, couple sado-masochiste, etc. mais devant ces notions, il est encore bien moins qu'à l'égard du malade en mesure de dominer sa réaction personnelle et ceci d'autant plus qu'il ne travaille pas dans son ordre familier de la relation *thérapeutique*. »

Ce sur quoi nous fondons nos principes d'action, c'est une conception infiniment nuancée de la *maladie dans son monde*, c'est une mesure que nous voulons fine des situations de *tolérance*, tolérance à double sens, par le milieu du mauvais objet qu'il contient, par celui-ci du milieu qui le contraint. Travailler à accroître les marges de tolérance, veiller à ne pas se satisfaire d'institutions qui tendent à cristalliser l'intolérance, telles sont quelques propositions susceptibles d'étayer la définition de l'activité désaliéniste.¹

Sur un plan pratique, les psychiatres proposent l'idée de structures intermédiaires pour caractériser le nouveau rôle des institutions de secteur. L'idée provient d'une analyse des besoins des malades « chronique[s], remanié[s] mais non « guéri[s] » », qui ne tirent plus bénéfice de leur séjour à l'hôpital. Idéalement, le psychiatre cherche à le remettre à sa famille, ou plus généralement à le laisser revenir dans son milieu. Or, dans certaines circonstances, « toutes données soigneusement considérées », il peut arriver que celui-ci ne puisse accueillir le malade, et même fasse courir le risque d'une nouvelle « décompensation ». Dans ce cas il faut au psychiatre trouver une autre solution : « Sans cesse, devant le malade chronique, tout psychiatre oscille, non seulement entre deux alternatives, mais dans les contradictions que chacune d'elles contient. Tantôt offrir au malade un refuge, la vie close, réglée et monotone, parfois consolatrice de l'hôpital ou – aussi bien nous l'avons vu –, celle d'une famille, d'un foyer inanimés, leur « discipline douce et sévère » dont parlait Parchappe, qui atténue les troubles – et les prolonge. Tantôt la « liberté », la reprise du travail et des rapports humains, un espoir et un recommencement qui peuvent, nous l'avons vu, tout effacer – ou tout faire renaître : un nouveau renvoi et une nouvelle aventure : encore un enfant – d'autres remords. Si certain[s] [de nos malades] ont le « vertige de la sortie » c'est qu'[ils] « se connaissent » et savent – mieux que nous parfois – ce qui les attend. [...] Alors, prisonnier du dilemme hôpital psychiatrique ou vie familiale, le responsable de la thérapeutique, entre Charybde et Scylla, éprouvera vigoureusement le besoin d'autres solutions, de structures intermédiaires permettant de ne plus poser éternellement en porte à faux la relation triangulaire patient/entourage/appareil soignant. »² L'idée de structures intermédiaires correspondent ainsi à l'analyse d'un manque dans les moyens de la psychiatrie face aux malades chroniques. Ce qui fait défaut c'est un moyen terme, une forme d'intervention moyenne entre l'hôpital

¹ Le Guillant et al., "Problèmes posés par la chronicité", *op. cit.*, p. 1630. Souligné par les auteurs.

² *Ibid.*, p. 1613 et 1625.

psychiatrique et le monde normal. Les structures intermédiaires correspondent précisément à ce palier, en constituant des milieux moins totalisants et plus ouverts que l'hôpital psychiatrique, mais permettant néanmoins un suivi et un soutien des malades en les prenant en charge une partie plus ou moins importante de leurs journées. Elles permettent surtout aux psychiatres de moduler leur intervention auprès du patient, le soutien qu'ils leur apportent :

On voit quelle élaboration très poussée doit présider à la création des structures extrahospitalières, quelle vigilance et quelle souplesse à leur usage, pour qu'elles puissent, tantôt aider, encourager, presser même la réadaptation professionnelle et sociale du malade ; tantôt limiter, retenir et protéger son retour à une vie autonome. Tout, en effet, peut compromettre des équilibres satisfaisants, mais longtemps précaires. Les épreuves affectives naturellement ; mais aussi une affection organique (une de nos 100 malades a « définitivement » rechuté après une infection aiguë), la fatigue, qui a été l'ennemie n° 1 de nos entreprises...¹

Une nouvelle vision du secteur

C'est ainsi à une nouvelle vision du secteur qu'aboutissent les psychiatres. Dans la dernière partie de leur rapport, Le Guillant et ses collègues font une sorte de résumé de l'ensemble des éléments réunis dans le rapport, qui développe cette vision. Le point de départ est la difficulté qu'il y a à établir un contact avec les malades : « La relation qui s'est nouée avec l'équipe médicale qui l'a soigné ne peut être rompue sans grand dommage ; la continuité de cette relation est impérativement imposée par la nature même du lien psychothérapeutique ». Et plus loin :

La maladie mentale se traduit par des épisodes de troubles aigus et par la persistance rémittente ou continue d'états qui diminuent plus ou moins profondément l'aptitude du sujet à vivre en société et éventuellement ses capacités de travail ; le malade mental pose ainsi chroniquement des problèmes qui appellent des conduites médico-sociales très variées et le passage dans des institutions elles-mêmes différenciées et cela tout au long d'une lente évolution. La double nécessité d'assurer la continuité de la relation entre le malade et l'équipe qui l'a pris en charge et de le faire bénéficier de tout un éventail de solutions conduit nécessairement à confier à une seule équipe médicale l'ensemble des tâches de prévention, de soins et de réadaptation qui se posent dans un territoire géographique ; cette équipe médicale disposant de l'ensemble des institutions et des appuis extérieurs nécessaires à l'exercice total de sa profession.

¹ *Ibid.*, p. 1613.

D'un autre côté, le malade n'est pas toujours en mesure de faire appel à des secours, et il est souvent isolé socialement. D'où la nécessité de confier aux équipes un territoire sur lequel elles pourront effectivement connaître l'ensemble des malades dont elles ont la responsabilité. Troisièmement, celles-ci doivent assumer effectivement la prise en charge des malades, sans possibilité de s'en décharger en les transmettant à d'autres. Enfin, la coordination entre les différents membres des équipes soignantes évite que des mesures contradictoires soient prises à l'égard des malades – par exemple, que des décisions d'hospitalisation soit prise par les équipes extrahospitalières, tandis que les équipes hospitalières s'efforcent de faire sortir à tout prix les malades :

Dans l'organisation par secteur, le « chronique » n'est jamais définitivement classé parmi les « états séquelles » ; états qui définiraient un stade à partir duquel la société, renonçant désormais à le soigner ne se reconnaîtrait plus d'autre devoir que de « faire vivre » cet « infirme ». Le chronique au contraire, dans cette organisation ne perd pas ce qu'on pourrait appeler son statut du « malade ». Il sera repris dans des institutions les plus actives et les mieux équipées du dispositif chaque fois que son état permettra d'espérer qu'il peut en tirer bénéfice et cela à quelque période qu'il se trouve de sa maladie. Et ces soins ne seront pas seulement théoriquement possibles, mais ils seront pratiquement réalisables, puisque tout au long de l'évolution de son mal, le chronique demeurera pris en charge par l'équipe responsable de ces institutions de secteur.

Le secteur est en fin de compte la meilleure manière de résoudre les problèmes que pose la chronicité aux médecins, aux familles et aux patients. Avec leur rapport, Le Guillant et ses collègues ont ainsi proposé une nouvelle formulation du secteur, montrant l'intérêt que celui-ci pouvait présenter pour traiter de front le problème de la chronicité des maladies mentales. Le rapport opère bien une série de déplacements dans la vision globale que les psychiatres ont de la maladie mentale et de son traitement au milieu des années 1960. A partir de la fin des années 1960 c'est dans ce cadre que seront pensés les problèmes des psychoses au long cours. Pour saisir l'ensemble des enjeux du mouvement, il faut toutefois revenir sur un de ses aspects clefs, les transformations de la clinique des psychoses chroniques directement induites par l'essor des chimiothérapies.

3.2. L'intervention pharmaceutique : les psychoses chroniques à l'ère des chimiothérapies

Un spectre hante le rapport de Le Guillant et ses collègues, celui des chimiothérapies. Je l'ai souligné plus haut, les médicaments psychotropes ont joué un rôle clef dans les évolutions de la psychose depuis le début des années 1950. La découverte des neuroleptiques en 1952 a ainsi été saluée de tous les superlatifs. Comme un certain nombre de leurs collègues, Le Guillant, Bonnafé et Mignot sont toutefois ambivalents à l'égard du médicament. Pour une part leur réaction s'explique par le triomphalisme ambiant alors que le médicament de toute évidence ne règle pas l'ensemble des problèmes de la psychiatrie : « Il est à peine besoin de rappeler qu'à côté d'actions favorables habituelles et parfois décisives, les neuroleptiques réalisent aussi, assez souvent des états de passivité plus chronicisants à long terme que les relations, difficiles mais vivantes, entre les malades et le personnel médical existant avant cette « ère thérapeutique nouvelle ». »¹

De fait, il serait absurde d'imputer à la découverte des neuroleptiques l'ensemble des transformations que connaît la psychiatrie au cours de ces années. Dans un article de 1975, chiffres à l'appui, Henri Ey souligne que dans son service, dont il est resté médecin chef sans discontinuité de 1936 à sa retraite en 1970, la part des psychotiques chroniques dans la population hospitalisée a commencé à diminuer avant l'introduction des neuroleptiques, immédiatement au lendemain de la guerre². Par ailleurs, pour l'ensemble de la France, c'est, on l'a vu, dans le courant des années 1970 que le nombre de malades hospitalisés en psychiatrie commence à diminuer. Enfin, certains tableaux cliniques ont commencé à disparaître avant la découverte des neuroleptiques. Dans un article de 1977, Daumézon signale ainsi une étude d'un psychiatre de Strasbourg obligé de conclure que c'est dès les années 1930 que diminuent les syndromes catatoniques³. Et d'ajouter :

En outre, il faut distinguer la raréfaction de la catatonie, dans les services et la raréfaction au niveau des premières admissions ; dans la région parisienne, le service d'un médecin qui émettait des jugements résolument hostiles aux

¹ *Ibid.*

² Ey, H., "Neuroleptiques et services psychiatriques hospitaliers", *Confrontations psychiatriques*, n° 13, 1975, pp. 19-59.

³ Daumézon, G., "Modification de la symptomatologie des troubles mentaux et de la sémiologie psychiatrique au cours des 50 dernières années", *Journal de psychologie*, n° 4, 1977, pp. 389-407.

thérapeutiques ressenties comme trop agressives fut, jusqu'à son départ en retraite, le conservatoire de la catatonie. L'interprétation de ce fait apparaît plus délicate quand on considère que la catatonie était le sujet d'étude privilégiée dudit médecin...¹

Reste néanmoins que les chimiothérapies jouent bien un rôle clef dans les évolutions de l'expérience que font les professionnels des maladies mentales et singulièrement des maladies mentales chroniques dans le courant des années 1950 et 1960. A partir de la fin des années 1950 c'est en effet d'abord en fonction de la découverte des médicaments psychotropes que se posent un ensemble de questions nouvelles sur la maladie mentale, non seulement en raison de leur efficacité – quelles que soient les controverses sur le sens de cette efficacité – mais pour ce que le médicament change, comme objet, aux pratiques médicales.

L'histoire de la découverte des neuroleptiques et plus généralement des médicaments psychotropes est maintenant relativement bien connue². A l'origine se trouve un chirurgien du Val de Grâce, Henri Laborit, à la recherche d'un moyen de limiter les effets du stress opératoire. Il développe une technique d'hibernation artificielle qui donne de bons résultats à condition d'utiliser un antihistaminique. Il se rend compte que la technique met aussi le patient dans un état d'indifférence, et il suggère à l'un de ses collègues du Val de Grâce les premiers essais sur des malades psychiatriques. Delay et Deniker, qui travaillent sur les techniques de choc, ont vent de la méthode et se procurent le produit. Rapidement, toutefois, ils font un essai de l'antihistaminique seul sans hibernation, qui s'avère concluant. Le médicament, la chlorpromazine, permet de calmer des états d'agitation maniaque et de confusion. Il produit une sédation des troubles comportementaux sans provoquer de somnolence, ce en quoi il se distingue nettement de l'ensemble des produits disponibles jusqu'alors. Par

¹ Il s'agit de Henri Baruk, dont les premiers travaux sur la chronicité remontent aux années 1930 et ont constitué à l'époque l'une des voies de recherches les plus prometteuses pour la psychiatrie.

² Pour les neuroleptiques, voir : Caldwell, A. E., *Origins of psychopharmacology from CPZ to LSD*, Springfield (Ill.), Charles Thomas, 1970 ; Swazey, J. P., *Chlorpromazine in psychiatry: a study of therapeutic innovation*, Cambridge, Mass.; London, MIT press, 1974. Sur les antidépresseurs voir : Healy, D., *Le temps des antidépresseurs*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond - Le Seuil, 2002 [1997]. Pour des témoignages des acteurs, voir : Healy, D. (dir.), *The psychopharmacologists*, London, Arnold, 1996-2000 ; Laborit, H. et C. Grenié, *Henri Laborit: derniers entretiens avec Claude Grenié*, Paris, Ed. du Félin, 1996 ; Thuillier, *Les dix ans qui ont changé la folie, la dépression et l'angoisse*. On pourra aussi consulter : Healy, D., *The Creation of Psychopharmacology*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 2002 ; Missa, J.-N., *Naissance de la psychiatrie biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle*, Paris, Presses Universitaires de France, 2006.

la suite, Delay et Deniker constatent également les effets sur les psychoses chroniques, délires chroniques et schizophrénies. Comme précédemment avec l'insuline ou les électrochocs, le médicament permet un « réveil », une reprise de contact avec des malades enfermés dans leur pathologie depuis des années. Il conduit à une suspension du délire. A la différence toutefois des chocs, l'effet ne s'obtient qu'au bout d'une certaine durée de traitement. Le patient doit être soumis à des doses quotidiennes sur une période de plusieurs jours afin d'obtenir une imprégnation suffisamment forte pour observer un effet. Progressivement les psychiatres s'engagent ainsi dans des traitements de plus en plus longs. En 1961, Delay et Deniker sont à même de proposer un protocole de cure neuroleptique. Le patient est dans un premier temps soumis à un « traitement d'attaque » correspondant à des doses fortes de produit, jusqu'à obtenir une amélioration satisfaisante. Dans un second temps, le psychiatre cherche à réduire la dose, de manière à trouver la dose minima permettant le maintien des résultats initiaux : dans certains cas, on parvient à arrêter totalement le traitement ; dans d'autres cas il faut conserver un traitement minimal « d'entretien ».

L'importance de la découverte apparaît d'emblée à ses protagonistes. Delay et Deniker font six communications sur leurs observations au cours de l'année 1952. La découverte intéresse immédiatement un grand nombre de chercheurs, de sorte que s'engage très rapidement une spirale de l'innovation. En 1954, un psychiatre américain, Nathan Kline, isole un composant d'une plante utilisée dans l'hypertension artérielle, la *rauwolfia serpentina*, et montre qu'il produit des effets voisins de la chlorpromazine. Le premier colloque international sur les deux produits est organisé à Paris l'année suivante¹. Delay y propose le terme de neuroleptique. A partir de ce moment, la multiplication des composés de la même famille que la chlorpromazine, les phénothiazines, et de celle de la réserpine, les réserpiniques, conduit à la multiplication des essais. En 1957 un psychiatre suisse, Roland Kuhn isole des effets antidépresseurs d'une molécule de la famille des phénothiazines, l'imipramine, qui est à l'origine d'une nouvelle classe de médicaments, les tricycliques. La même année, Kline met en évidence l'indication antidépressive d'un antituberculeux, l'iproniazide, qui ouvre la classe des IMAO. En 1958 un chimiste belge synthétise un autre neuroleptique, l'halopéridol, ouvrant une cinquième classe de médicaments. Dans le courant des

¹ "Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique. Paris 21-22-23 octobre 1955", *L'Encéphale*, 45, n° 4, 1956.

années 1960, un travail sur la cinétique des médicaments conduit à une autre innovation importante, les neuroleptiques à action prolongée. A la fin des années 1960, l'effet du lithium sur les états maniaco-dépressifs est mis en évidence.

Dans les hôpitaux, l'utilisation des neuroleptiques se diffuse rapidement. Une enquête inédite du ministère de la Santé réalisée en 1958 montre que dès 1953 la chlorpromazine est utilisée dans 78 hôpitaux psychiatriques français sur 96, qu'elle l'est dans la quasi-totalité (94) d'entre eux l'année suivante, et dans la totalité à partir de 1956¹. En moyenne les malades français se sont vus administrer 21mg de chlorpromazine par jour en 1955, 40mg l'année suivante. Pour se donner une base de comparaison, en 1957 Pierre Deniker propose des doses moyennes journalières allant de 150 et 200 mg pour les psychoses aiguës, et de 300 mg pour les psychoses chroniques² : en supposant que les psychiatres se conforment à ces prescriptions, cela signifie que la proportion des malades mentaux hospitalisés sous traitement neuroleptique se situe en 1955 entre un sur quatre et un sur huit. Comme l'ont bien noté les contemporains, l'une des caractéristiques importantes des psychotropes est ainsi leur utilisation en quantité massive. Les pionniers de la méthode insistent au demeurant sur le fait que le médicament doit être utilisé à doses élevées pour faire un effet. Même si les effets secondaires peuvent être spectaculaires, ils paraissent peu inhibants. Un médecin américain, cité par Deniker, en arrive à écrire qu'« une thérapeutique aussi héroïque ne doit pas être tentée par un débutant ou un timide »³.

Si d'une certaine manière les médicaments ne sont qu'une étape supplémentaire dans un processus d'innovation thérapeutique engagé dès avant la seconde guerre mondiale avec les thérapeutiques de choc, ils ouvrent toutefois d'emblée sur de nouveaux horizons. Comme les techniques de choc avant la guerre, la découverte des effets des médicaments engage une dynamique d'espoir et d'enthousiasme dans la relation du médecin à ses malades et ses proches. Les résultats spectaculaires obtenus

¹ « Consommation des neuroplégiques dans les hôpitaux psychiatriques », Direction Générale de la Santé Publique, août 1968, CAC 19950173 art. 2. Cette enquête visait à mesurer l'impact de la consommation des neuroleptiques sur le mouvement de la population des hôpitaux psychiatriques. Si elle identifiait clairement la montée du phénomène des réhospitalisations – qui n'en était pourtant qu'à ses débuts – elle ne parvenait pas toutefois à établir une corrélation avec les volumes de médicament consommés. Annoncée dans *l'Information psychiatrique*, elle ne paraît pas avoir été publiée. Voir : Mignot, H. et al., "Projet d'enquête sur l'incidence des thérapeutiques par neuroleptiques sur le mouvement des hôpitaux psychiatriques", *Information Psychiatrique*, 34, n° 4, 1958, pp. 298-306.

² Deniker, P., "Hibernothérapies et médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique", *L'Encéphale*, 46, n° 3, 1957, pp. 281-398.

³ *Ibid.*, p. 301.

avec les premiers produits paraissent autoriser une confiance nouvelle en la thérapeutique. La multiplication des produits, continue jusqu'aux années 1970, introduit toutefois une nouvelle économie de l'espoir, en ce qu'elle rend possible une démultiplication des essais thérapeutiques. Il est peu de malades qui d'une manière ou d'une autre ne réagissent à l'un ou l'autre médicament. Certains patients peuvent ainsi être soumis à chaque nouvelle molécule, accumulant les essais sur des années¹. La forme médicament permet aussi de varier les prescriptions de manière plus souple que les anciennes thérapeutiques, en jouant sur la posologie, la forme d'administration, ou encore les associations, que ce soit avec d'autres produits – antidépresseurs – ou éventuellement avec des techniques de choc. C'est ce que traduisent bien Delay et Deniker en 1961 : « On sait que la sensibilité de la psychose aux différents médicaments varie non seulement suivant les formes mais aussi selon les individus. C'est donc dans l'emploi de médications de plus en plus efficaces, et aussi dans la substitution des différents composés en cas d'échec qu'on doit à l'heure actuelle rechercher la réduction progressive du lot des malades chroniques rebelles à la chimiothérapie. »² Pierre Lambert, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Bassens, en Savoie et pionnier dans l'étude des neuroleptiques, aboutit même à l'idée d'en finir avec la chronicité :

Il serait presque souhaitable de considérer que la chronicité de nos jours est à terme une guérison différée. Dans la mesure où le psychiatre et son équipe auront continuellement présent à l'esprit cette notion, ils conserveront vis-à-vis du patient une relation thérapeutique active, lui accorderont durant des années la même attention qu'au premier jour d'un séjour hospitalier, ceci dans le but d'actualiser à quelque période que ce soit de la maladie les potentialités de rémission.³

L'idée de « guérison différée » ne traduit pas seulement un indéfectible optimisme chez un psychiatre très engagé dans la recherche en pharmacologie clinique. Plus profondément, elle capte bien le fait que les chimiothérapies apportent une dynamique temporelle plus complexe que les techniques de choc⁴. Ces dernières

¹ Voir certains des cas rapportés par : Audisio, M. et al., "Relation thérapeutique et neuroleptiques à action prolongée", *Evolution psychiatrique*, XXXIX, n° III, 1974, pp. 623-41.

² Delay, J. et P. Deniker, *Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie*, Paris, Masson, 1961.

³ Lambert, P.-A. et M. Midenet, "Evolution actuelle de la schizophrénie. A propos de l'évolution de trente-cinq schizophrènes jeunes suivis pendant plus de dix ans", *Annales Médico-psychologiques*, 2, n° 5, 1975, pp. 873-91.

⁴ Cf. aussi sur ce point et pour ce qui suit : Ehrenberg, *La fatigue d'être soi*, op. cit., p. 110 sq.

correspondaient à une situation de tout ou rien. Le progrès était immédiat, il s'observait dès le réveil du patient. Le processus de guérison conduisait en quelque sorte à accompagner un malade amélioré par le choc jusqu'à le porter à un niveau d'adaptation le plus élevé possible. Avec les médicaments, les psychiatres disposent non seulement de moyens plus puissants, mais ils ont un moyen de faire durer l'effet. L'administration des chimiothérapie prend un caractère prophylactique, qui était difficile avec les techniques de choc, même s'il n'était pas impossible¹. Les neuroleptiques retard, délivrés sous la forme d'une injection à intervalles réguliers, poussent plus loin encore la logique. Davantage encore, les chimiothérapies *transforment* véritablement les patients et les pathologies, en introduisant un rapport nouveau à la guérison. Deux ensembles de réflexions complémentaires marquent le travail des psychiatres sur ce point, les premières sur la nature des effets des traitements sur les psychoses chroniques et les secondes sur leur rapport aux psychothérapies.

Pour les psychiatres l'effet des chimiothérapies sur les psychoses chroniques est en effet indéniable, mais le caractère antipsychotique des médicaments est difficile à saisir. Ey résume bien les choses : « Sur ce point fondamental on peut dire qu'on perçoit nettement qu'il y a quelque chose, mais que l'on ne distingue pas très bien. »² Pour Delay et Deniker les neuroleptiques sont une « thérapeutique pathogénique capable de réduire progressivement les processus psycho-pathologiques en corrigeant les perturbations des fonctions neurophysiologiques ». Ils caractérisent l'effet des neuroleptiques par un ensemble de signes qu'ils appellent le syndrome neuroleptique, comprenant à la fois des signes psychiques et des effets neurologiques³. En particulier, pour certains psychiatres, le syndrome neurologique fait partie du traitement. Pour d'autres au contraire viendra un moment où l'on pourra isoler l'effet antipsychotique des médicaments et supprimer les effets neurologiques. Ey de son côté souligne que c'est l'absence d'une caractérisation suffisante, « structurale », des délires, qui empêche

¹ En 1956 Duchêne et Paumelle, s'inspirant d'une publication étrangère, avaient ainsi proposé une utilisation des électrochocs non pas dans le traitement d'accès, mais régulièrement à titre préventif. Duchêne, H. et P. Paumelle, "L'électrochoc prophylactique au dispensaire dans certains cas de psychoses maniaco-dépressives", *Annales Médico-psychologiques*, 1, n° 5, 1956, pp. 867-870. Notons par ailleurs qu'il s'agissait d'une pratique ambulatoire, et qu'ainsi les médicaments n'inaugurent pas les traitements biologiques en extrahospitalier. Sur l'électrochoc ambulatoire voir : Winteler, R., *L'électrochoc ambulatoire*, Thèse de médecine, Paris, 1949.

² Ey, "Neuroleptiques et services psychiatriques hospitaliers", *op. cit.*, pp. 24-25.

³ Delay, J. et al., "Médicaments et cures "neuroleptiques" en thérapeutique psychiatrique. Premiers essais de la réserpine. Comparaison avec les effets de la chlorpromazine", *Presse médicale*, 1955.

de savoir exactement quel est l'effet des médicaments. Quoi qu'il en soit sur le fond, le constat comporte plusieurs dimensions. D'un côté, il existe après le traitement une symptomatologie « résiduelle », dont il n'est pas évident de dire si elle est un effet secondaire des médicaments ou si elle correspond à un état de la personne révélé après la suppression des troubles. Ce sont en particulier des comportements de passivité, que certains attribuent directement aux neuroleptiques et qui paraissent à d'autres plutôt la marque d'un fond pathologique.

D'un autre côté, toutefois, dans d'autres cas, l'effet n'est que transitoire, et la psychose évolue vers un régime de rechutes, de va et vient. Il faut alors reprendre le traitement à chaque rechute. Delay et Deniker introduisent l'idée d'une fragmentation de la psychose pour caractériser le processus. Les médicaments ont un effet suspensif sur la psychose, qui est stoppée dans sa course, mais peut reprendre :

Une thérapeutique qui est ainsi capable de réduire les poussées évolutives et les expériences délirantes jalonnant l'évolution de certaines psychoses vers la chronicité aboutit en somme à suspendre le processus morbide et à fragmenter le tableau d'ensemble de la maladie. De telle sorte qu'une psychose, qui naguère se serait progressivement aggravée et enrichie de symptômes nouveaux peut de nos jours poser le problème d'une évolution discontinue à l'égard de laquelle le diagnostic hésite entre la notion de récurrences successives et celle d'une évolution chronique artificiellement tronçonnée.¹

Entre les crises, le patient peut mener une vie plus ou moins normale, mais les crises témoignent de la persistance d'une pathologie qui n'a pas été entièrement traitée. L'idée a plusieurs conséquences importantes. D'un côté, le processus peut aboutir à la disparition de la symptomatologie de la chronicisation, liée spécifiquement au travail du temps. C'est ce que caractérise ainsi ce psychiatre en 1974 :

Un certain nombre de cercles ne se ferment plus et ne deviennent plus vicieux. La fermeture au monde n'est plus continue. L'autre n'est plus toujours l'initiateur d'une relation unilatérale. Le déjà-acquis trouve à s'exercer par intermittence et de nouvelles acquisitions ne sont pas exclues. La continuité délétère du processus psychopathologique est brisée. Les psychoses hallucinatoires chroniques qui gardent leur dénomination bien qu'elles ne soient plus qu'intermittentes en fournissent des exemples faciles à observer. Leur délire n'a plus la systématisation des démonstrations classiques. N'est-il pas mis en doute et récusé pendant des mois ? Les hallucinations, pour n'avoir pas perdu les caractères décrits par Clérambault, sont moins souvent

¹ Delay et Deniker, *Méthodes chimiothérapeutiques en psychiatrie, op. cit.*, p. 410..

catégoriquement affirmées comme authentiques et leur attribution à des personnages fixes est plus hésitante. L'extériorisation et l'attribution de l'hallucination, même si elles conservent le même caractère esthétique, sont plus difficiles quand on se souvient que l'année passée ce n'étaient que des voix produits de la maladie.¹

D'un autre côté, dans l'intervalle entre deux crises, la psychose reste « latente ». La guérison est apparente. A la limite le traitement introduit une situation inverse de celle des malades chroniques hospitalisés susceptibles d'une « guérison tardive ». Le patient est en quelque sorte en suspens, au risque d'une rechute qui peut toujours survenir, sans qu'il soit forcément possible de dire si celle-ci sera liée à un progrès de la maladie, à des circonstances extérieures, à l'arrêt de la prise de médicaments. Du point de vue des praticiens, le traitement neuroleptique des psychoses chroniques crée ainsi un état où le patient n'est pas malade, mais où il présente un risque de maladie. Cet état est plus problématique encore dans le cas de psychoses débutantes. En 1975 Lambert caractérise ainsi le nouveau visage des psychoses chroniques à partir de la figure du jeune adulte traité par neuroleptiques dès les premiers signes pathologiques, en attente de la confirmation des troubles :

Ce qui est nouveau et que nous devons en grande partie à l'efficacité que les neuroleptiques ont conférée au psychiatre, ce sont à l'autre extrême ces patients, jeunes souvent, chez lesquels l'expérience aiguisée du médecin diagnostique, déjà et à peine, un trait de caractère, une façon d'être dans le contact, une bizarrerie qui dénotent la structure psychotique, la psychose, l'amorce d'une schizophrénie. Traité – la prescription peut alors avoir valeur de test – ou non traité, le patient sera suivi comme tout chronique potentiel demande à l'être, mais seul le médecin sait qu'il s'agit d'une schizophrénie. D'ailleurs certaines ne font pas leur preuve, ou avortent ; s'agissait-il alors d'une manifestation psychotique ? D'autres se précisent et un traitement continu devient indispensable.

Le second problème qui se pose pour les psychiatres se rapporte à l'administration de la thérapeutique. Non seulement les médicaments ont un effet mais de surcroît ils sont en tant qu'objets les vecteurs d'une efficacité thérapeutique. Davantage que les techniques de choc, le médicament est le support d'une relation, il est

¹ Tissot, R., "Thérapeutique médicamenteuse au long cours des psychoses", in C. Chiland et P. Béquart (dir.), *Traitement au long cours des états psychotiques*, Toulouse, Privat, 1974, pp. 49-100, ici p. 63.

selon Henri Ey « l'agent de l'action psychothérapeutique antipsychotique »¹. En 1961, le psychanalyste André Green propose l'expression de « relation chimiothérapique »². L'idée correspond à une manière de considérer la relation médiatisée par le médicament : prendre conscience de ce que rend possible la médiation du médicament oblige à insérer la prescription dans le cadre d'une relation thérapeutique, ouvrant sur l'exercice d'une réflexivité et d'un autocontrôle³. Ouvrant en 1975 une table ronde sur les relations entre neuroleptiques et psychothérapies, P. Lambert pose ainsi immédiatement le problème, sur un ton un peu défensif : « Pour ma part et d'emblée, je dirai qu'il est difficile de défendre la neuroleptico-psychiatrie comme on défendrait l'antibiothérapie ou la corticothérapie dans d'autres domaines. D'ailleurs aucun d'entre nous ici ne pourrait dire que le médicament agit sur le ou les symptômes-cibles en dehors de toute relation avec le patient. » Au cours du même débat Pierre Bailly-Salin donne un bon exemple de cette réflexion :

Je crois qu'il y a une opposition entre un modèle médical et un modèle psychothérapeutique ; ce qui veut dire que je ne pense pas que l'un soit réductible à l'autre. Ce modèle médical implique une certaine position vis-à-vis du sujet : il s'agit d'obtenir certains renseignements, d'avoir donc une attitude d'investigateur, de conduire son questionnaire en vue d'organiser, d'une certaine manière, les symptômes et de les organiser en syndromes, tout ceci aboutissant d'un élan naturel à la prescription, laquelle vient donc témoigner d'une volonté de rentrée dans l'ordre des choses. En d'autres termes, nous, médecins, adoptant le modèle médical, ne pouvons pas ne pas être vis-à-vis du malade autrement que dans la situation de « celui qui sait » face à « celui qui ne sait pas ». C'est cette attitude qui justifie et que justifie la prescription : « fais ceci et tu iras bien », avec, sous entendu : « si tu ne le fais pas, les choses ne s'arrangeront pas. »

La relation psychothérapeutique ne se déroule pas, elle, à l'ombre de la prescription, et se déroule sous un tout autre mode. L'abord psychanalytique a une réalité dès le départ : il est tout de suite ce qu'il est, et il arrive d'ailleurs dans certains cas que dès la première séance à l'occasion d'une interprétation, un phénomène transférentiel se produise.

Pour ma part, j'ai souvent ressenti la prescription comme venant occulter quelque chose qui, très vite, s'était présenté dans l'ordre de la relation transférentielle. Nous savons tous d'ailleurs que le psychotique a cette espèce de transparence qui nous fait courir le risque d'être embarqué soudain très loin, très avant sur une mer très archaïque, très loin aussi de tout système explicatif :

¹ Ey, "Neuroleptiques et services psychiatriques hospitaliers", *op. cit.*

² Green, A., "Chimiothérapies et psychothérapies", *L'Encéphale*, 50, n° 1, 1961, pp. 29-101.

³ La thèse de philosophie de François Dagognet s'inscrit jusqu'à un certain point dans ce contexte : Dagognet, F., *La raison et les remèdes*, Paris, PUF, 1964.

là où le thérapeute se trouve protégé, dans une situation dégénéralisée. Alors, la prescription, brutalement, remet les choses à niveau. On était dans l'ordre du transfert ; on revient à l'ordre oedipien de la prescription médicale par la prescription médicale.

Précisément la prescription introduit un élément d'hétérogénéité dans la relation thérapeutique. Les médicaments font massivement entrer de nouveaux acteurs en psychiatrie, laboratoires pharmaceutiques ou neurobiologistes. La diffusion des standards d'essais cliniques à la fin des années 1970 impose une vision de l'efficacité des médicaments fondée sur l'identification de symptômes cibles¹. Le mouvement va de pair avec le développement d'une approche moléculaire des médicaments psychotropes à partir de la seconde moitié des années 1960, qui se substitue à l'approche holiste des pionniers. Un premier congrès de psychopharmacologie est organisé en Italie en 1957. Il est l'occasion de créer une société, le *Collegium Internationale Neuro Psycho Pharmacologicum*. En 1960 l'INSERM crée en son sein une unité de recherches de neuropsychopharmacologie, installé dans l'enceinte de l'hôpital Sainte Anne, dont la direction est confiée à Jean Thuillier².

La spécificité des neuroleptiques par rapport aux traitements biologiques antérieurs est toutefois également leur capacité à d'une certaine manière passer inaperçus, capacité que n'avaient pas les thérapeutiques de choc avant eux. Dans une communication au Congrès de psychiatrie de 1977, Daumézon compare l'apport des infirmiers à l'administration des cures neuroleptiques au rôle qu'ils avaient joué dans le cadre des cures d'insuline au lendemain de la guerre³.

Pour l'un de nous persistait très vif le souvenir de tout ce que infirmiers et infirmières chargés des cures de Sakel lui avaient appris, de la fertilité des échanges entre les diverses équipes d'un même hôpital, des découvertes que les rencontres entre Sakelistes d'établissements variés avaient apportées : ainsi de l'adjonction de thé au resucrage, de la technique des injections traçantes, de la surveillance des nuits précédant et suivant les comas, du régime des insulinisés, des formes de régression, etc.

¹ Adoptés dès les années 1950 aux Etats-Unis, les essais cliniques n'apparaissent vraiment en France qu'à partir des années 1960 : Healy, *Le temps des antidépresseurs*, op. cit., p. 148.

² Thuillier, *Les dix ans qui ont changé la folie, la dépression et l'angoisse*, op. cit.

³ Ce point paraît être confirmé par ailleurs par une première analyse de travaux d'infirmiers du treizième arrondissement. Si des techniques comme les packs, les médicaments n'apparaissent que rarement comme un enjeu propre.

Pourtant lorsque l'on interroge les infirmiers sur les médicaments, leurs réponses s'avèrent décevantes. Elles sont pauvres et la plupart du temps ne font que répéter de manière mécanique les enseignements qu'ils ont reçus. Les infirmiers ont un désir d'information, mais ils ne disposent d'aucune source leur convenant, ce qui entretient leur désintérêt. Analysant le phénomène, Daumézon se rend compte qu'il est en fait lié au mode de relation qui se noue entre le médecin et l'infirmier autour du médicament :

Au fil des entretiens apparaît le sentiment que le médicament « est la chose du médecin » : que ce dernier attend une obéissance passive *perinde ac cadaver*, qu'il n'est nullement disposé à recevoir. Les équipes qui ont le plus de contact avec les prescripteurs (celles du matin) ont l'expérience d'une relation avec l'interne dans laquelle ils exposent (pas toujours autant qu'ils le souhaiteraient) les comportements du patient, mais il ne leur est jamais rien demandé sur le médicament... ; la prescription « tombe », ils l'exécutent, ils n'y participent pas, ils « font avec ». De sorte que, mais c'est nous cette fois qui parlons, s'ils ont enregistré des phénomènes divers, il n'y a pas lieu de les rapporter puisque la prescription leur apparaît fondée sur autre chose.

En conclusion Daumézon souligne que le problème réside dans le rapport même des médecins aux médicaments, et singulièrement des jeunes psychiatres : « la majorité des psychiatres travaillant dans le service éprouvent le médicament comme un moyen certes efficace mais dont ils ne perçoivent pas de manière nette le mode d'action, le mécanisme, le lien existant entre l'action et l'effet psychiatrique » a contrario la psychothérapie se réfère à « une causalité homogène entre action et effet ». Profondément, cela engage une attitude du médecin vis-à-vis de la prescription :

Un des acquis des positions psychothérapiques, lorsque le discours tenu par le médecin n'est pas une imposture de charlatan, consiste en ce qu'elles font percevoir l'importance de l'authenticité de la relation ; le psychothérapeute ne peut être un imposteur. L'infirmier qui reçoit ce témoignage doit l'utiliser dans sa rencontre avec le patient. Or, si le psychothérapeute peut aider à éclairer cette rencontre, aider à percevoir ce qui est motivation de l'infirmier, ce qui est perçu par le malade, le médecin prescripteur de psychotropes (et souvent c'est le psychothérapeute) témoigne au contraire de son désarroi dans la prescription. L'infirmier n'a plus dès lors qu'à obéir les yeux fermés. Schématisation abusive, sans doute, mais qui rend compte, pensons-nous, d'une partie des échecs de notre recherche.

Profondément, la routinisation de la chimiothérapie fait ainsi courir le risque d'un décalage entre les pratiques de soins et l'un des vecteurs de la guérison. Les

chimiothérapies introduisent ainsi un rapport ambigu des médecins des hôpitaux psychiatriques aux problèmes de chronicité. D'un côté ils sont porteurs d'une nouvelle expérience de la maladie mentale chronique, dont témoignent à la fois la clinique et les études épidémiologiques. La chronicité n'est plus cet inexorable enfoncement dans la dégradation, la démence, mais correspond à un état nouveau, au profil plus heurté, mais également plus insaisissable. D'un autre côté toutefois, ils mettent profondément en question le sens de l'action des psychiatres et de leurs assistants auprès des psychotiques. Comment comprendre le soin si l'on n'est pas en mesure de saisir quelle est l'action des neuroleptiques ?

3.3. Le traitement au long cours ou le nouveau régime de la psychiatrie de secteur

En quoi consiste en fin de compte le soin au long cours des psychoses chroniques ? Comment les pratiques de secteur ont-elles pris à leur compte les questions soulevées par la chronicité en psychiatrie, tant celles mises en évidence par le rapport de Le Guillant et ses collègues en 1964 que celles découlant des chimiothérapies ? Comprendre précisément le rapport aux malades et à la maladie des équipes psychiatriques à partir du début des années 1970, le mode d'engagement des acteurs dans le travail psychiatrique, et plus généralement la dynamique des secteurs comme entreprises collectives ouvrirait sur une nouvelle recherche qui commencerait là où celle-ci doit se conclure¹, et dont je ne peux ici que donner quelques indications d'ensemble. A partir de la fin des années 1960 la dynamique de la psychiatrie de secteur entre en effet dans une nouvelle phase marquée par la multiplication des expériences. Sur le terrain, cela se traduit par tout un ensemble d'arrangements locaux, mobilisant des collaborations diverses entre des professionnels variés, mettant en œuvre une grande diversité de projets et de techniques. Mais en même temps que chacun peut s'approprier le projet, celui-ci perd de sa capacité d'enchantement et se routinise. Deux traits de la psychiatrie de secteur des années 1970 me semblent marquer en ce sens la nouvelle

¹ J'ai commencé à le faire dans le cadre d'un contrat de recherche pour le programme Sciences biomédicales, santé, société du CNRS, INSERM, MiRe, à propos de l'expérience du treizième arrondissement, dont l'approfondissement fera toutefois l'objet de travaux ultérieurs. Henckes, *Réformer la psychiatrie, organiser les pratiques de secteur*, op. cit.

configuration dans laquelle se trouvent les professionnels, la revendication par les psychiatres d'une intervention modeste et la mise en question du soin au long cours.

Entre esprit critique et esprit d'équipe, la modestie de la psychiatrie de secteur

Après mai 1968 et durant toute la décennie 1970, le travail des psychiatres sur leurs dispositifs de soin doit composer avec un phénomène nouveau, la généralisation de la critique de la psychiatrie et des institutions psychiatriques¹. Les psychiatres ont littéralement la sensation d'être cernés de toute part et de devoir se justifier en permanence². Numéros spéciaux sur la psychiatrie dans les revues de débat intellectuel, tribunes dans la presse d'opinion, articles dans la presse d'information, émissions spéciales à la radio ou à la télévision, rien ne paraît épargner les psychiatres. A l'égard de la critique qui pouvait être menée par les psychiatres eux-mêmes ou par les psychanalystes-psychiatres au lendemain de la guerre et jusque dans les années 1950, cette explosion n'apporte pas nécessairement de thèmes nouveaux. Des thèmes comme l'anti-autoritarisme, la critique de la hiérarchie, la valorisation de l'expérience singulière de la psychose, l'exercice d'une réflexivité exacerbée, ou la dénonciation du contrôle social étaient d'une manière ou d'une autre déjà présents dans la critique portée à l'intérieur de la psychiatrie par les psychiatres eux-mêmes. Dans le courant des années 1970, leur nouveauté est toutefois leur dilution dans une critique généralisée des institutions, l'école, la prison, l'hôpital pouvant à la limite constituer une seule et même figure de l'aliénation, voire de l'oppression. Plus spécifiquement toutefois, la généralisation de la mise en question de la psychiatrie dans l'après mai 1968 traduit un triple mouvement.

¹ Une évaluation exacte du phénomène dans toutes ses dimensions reste à faire, pour la France en tous les cas. On trouvera certains éléments dans les divers écrits de Castel, particulièrement : Castel, R., *Le psychanalyste*, Paris, François Maspéro, 1973 ; Castel, *La gestion des risques*, op. cit., p. 19 sq. ; Castel, R., "De l'intégration sociale à l'éclatement du social: l'émergence, l'apogée et le départ à la retraite du contrôle social", in D. Le Gall et al. (dir.), *L'éclatement du social. Crise de l'objet, crise des savoirs?* Caen, Université de Caen. Centre de recherche sur le travail social, 1989, pp. 173-185. Voir aussi : Turkle, S., *La France freudienne*, Paris, Grasset, 1982 [1978].

² Le bureau de la psychiatrie vit au demeurant lui aussi difficilement les critiques de la psychiatrie dans la presse, qui vise son action. Ainsi ce commentaire sur la presse « qui répand des idées fausses et ne donne pas le sens de notre action. Elle ne voit que notre impuissance et nos carences ». Note « Réflexion sur les tâches confiées à MS1 », CAC 19910084 41.

Un premier élément correspond à l'apport de nouvelles références théoriques en provenance de l'étranger, proposant une réflexion décalée par rapport aux positions des psychiatres français. Les principales sont le travail des psychiatres anglais Ronald Laing et David Cooper, qui forge le terme d'antipsychiatrie¹, et celui du psychiatre italien Franco Basaglia². Dans le courant des années 1970 viendront s'ajouter notamment les écrits du psychanalyste américain Thomas Szasz³. Par ailleurs, la période voit l'émergence ou la réémergence d'un certain nombre de travaux en sciences sociales critiques de la psychiatrie. C'est le cas de *l'Histoire de la folie* de Michel Foucault et *Asiles* de Goffman, tous deux publiés pour la première fois au début des années 1960 mais redécouverts après Mai 1968, ou à partir du début des années 1970 d'un certain nombre de travaux sociologiques, dont ceux de Robert Castel et de Jacques Donzelot, ou encore ceux du groupe formé autour de Félix Guattari et de la revue *Recherches*⁴. Sur le plan intellectuel cela aboutit à la formation d'un petit milieu de critiques de la psychiatrie, dans une large mesure issus eux-mêmes du monde de la psychiatrie mais s'inscrivant en rupture à son égard, et qui va se trouver en communication étroite malgré les différences intellectuelles. Dans les années 1970 Foucault converse avec Cooper, se félicite de la traduction de Szasz, travaille avec l'équipe du Cerfi ou avec Robert Castel⁵.

Avec ces nouvelles références émergent aussi de nouveaux points d'ancrage de la critique. Jusqu'aux années 1960, avec la psychothérapie institutionnelle, la critique de

¹ Les travaux de Laing et de Cooper sont traduits à partir de 1970 : Cooper, D., *Psychiatrie et antipsychiatrie*, Paris, Seuil, 1970 [1967] ; Laing, R. D., *Le moi divisé*, Paris, Stock, 1970 [1960] ; Idem, *La politique de l'expérience*, Paris, Stock, 1970 [1967].

² Basaglia, F. (dir.), *L'institution en négation*, Paris, Seuil, 1970 [1968].

³ Szasz, T., *L'éthique de la psychanalyse*, Paris, Payot, 1975 [1965] ; Idem, *Le mythe de la maladie mentale*, Paris, Payot, 1975 [1960].

⁴ Donzelot, J., *La Police des familles*, Paris, Editions de Minuit, 1977. Le Centre d'études, de recherches et de formation institutionnelles créé par Guattari en 1967 sera actif jusqu'au début des années 1980. D'abord très lié à la psychothérapie institutionnelle, il se développe à partir des années 1970 comme un groupe de recherche en sciences sociales, profitant à plein de l'essor de la recherche contractuelle. Foucault parraine un certain nombre de ses projets, dont un contrat important pour le compte du ministère de l'équipement sur la *Généalogie des équipements collectifs*. La revue du groupe, *Recherches*, qui paraît de 1966 à 1983, publie en particulier l'étude de Fourquet et Murard sur le secteur que j'ai déjà citée.

⁵ Sur la relation de Foucault à Laing, Cooper ou Basaglia, cf. Foucault, M., "Polémique, politique et problématisations", *Dits et écrits II, 1976-1988*, Paris, Gallimard, 2001 [1984], pp. 1410-1417. Sur l'intérêt de Foucault pour les livres de Szasz, cf. "L'extension sociale de la norme", *Ibid.*, pp. 74-79. Foucault a participé à un projet de recherche du Cerfi pour le ministère de l'Équipement : Centre d'études de recherche et de formation institutionnelles, *Généalogie des équipements collectifs*, Fontenay-sous-Bois, 1975. Castel, de son côté, a contribué à la publication du dossier réuni par Foucault sur Pierre Rivière : Foucault, M. (dir.), *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma soeur, mon frère: un cas de parricide au XIXe siècle*, Paris, Gallimard, 1973.

l'institution psychiatrique se faisait d'une certaine manière à l'intérieur même de l'institution qu'il s'agissait de critiquer. A la fin des années 1960 un certain nombre de lieux peuvent prétendre incarner l'utopie d'une institution désinstitutionnalisée, en opposition à l'institution psychiatrique. Ce sont d'une part de nouvelles institutions de soin se réclamant spécifiquement de la psychanalyse. L'un de ces lieux est la clinique de La Borde, fondée en 1953 et dirigée depuis par Jean Oury, ancien interne de François Tosquellès à Saint Alban, et qu'anime avec lui un psychanalyste, Félix Guattari¹. Un autre endroit est la clinique pour enfants psychotiques de Bonneuil fondée en 1969 par la psychanalyste Maud Mannoni². S'inscrivant résolument en marge de la psychiatrie publique, elle affirme développer une approche antipsychiatrique marquée par la psychanalyse de Jacques Lacan. Une autre contre-utopie est portée facultés de sciences humaines et sociales, et en particulier la faculté de sociologie, mais également à partir des années 1970 le département de psychanalyse de l'Université Paris VIII, fondé sous les auspices de Lacan.

Un troisième élément est la diffusion de la réflexion sur les institutions psychiatriques vers des sphères plus éloignées de la psychiatrie proprement dite, et à son branchement sur le mouvement social. D'un côté certains des thèmes de la critique de l'institution sont repris à leur compte par les personnels subalternes des hôpitaux psychiatriques. L'après mai 68 voit ainsi la constitution de plusieurs groupements militants, souvent animés par des cadres de la psychiatrie – internes, jeunes psychiatres ou psychologues –, réunissant soignants et parfois patients ou anciens patients, s'exprimant dans des journaux à l'esprit parfois proche de la contre-culture³, et dont les activités peuvent éventuellement aller jusqu'à des actions, grèves ou autres⁴. D'un autre côté, un niveau plus large, la critique de l'hôpital psychiatrique est reprise par des mouvements gauchistes, selon une logique que Robert Castel a analysé en termes d'une redéfinition des stratégies de lutte sociale, l'hôpital psychiatrique ou la prison étant pris

¹ Sur La Borde, voir par exemple : Polack, J.-C. et D. Sivadon-Sabourin, *La Borde ou le Droit à la folie*, Paris, Calmann-Lévy, 1976.

² Cf. Mannoni, M., *Un lieu pour vivre: les enfants de Bonneuil, leurs parents et l'équipe des "soignants"*, Paris, Seuil, 1976.

³ Comme *Gardes-Fous* ou les *Cahiers de l'AERLIP*, qui paraissent tous deux à partir de 1974.

⁴ Par exemple en 1974, au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française à Auxerre, dont une séance consacrée précisément à la formation des infirmiers doit être interrompue. Cf. un récit de l'événement dans : Ayme, *Chroniques de la psychiatrie publique, op. cit.*, pp. 273-276.

comme autant de « fronts secondaires » de la lutte des classes¹. Certains acteurs de la psychiatrie, comme Guattari, jouent au demeurant un rôle direct au sein du mouvement social à partir des années 1970 en s'engageant dans de nombreuses organisations. En sens inverse le début des années 1970 voit aussi un intérêt nouveau de l'intelligentsia de gauche ou d'extrême gauche pour la psychanalyse, dans un mouvement de dépolitisation².

Si, au contraire de la critique des « jeunes psychiatres » de l'immédiate après-guerre, ces critiques ne s'articulent pas à l'expérience individuelle et collective d'une rupture du sens, émises par des acteurs moins centraux dans le monde, elles apparaissent néanmoins nettement plus subversives. En particulier, elles placent les psychiatres engagés dans le mouvement réformateur depuis la Libération dans une situation de porte à faux. Mis en question par leurs collaborateurs, qui désormais concurrencent directement leur représentation de la psychiatrie, ils ne peuvent plus aussi facilement prétendre incarner une contestation réelle de l'ordre des choses. Les psychiatres sont ainsi obligés de revoir un certain nombre de leurs positions. Ainsi, *l'Histoire de la folie* de Michel Foucault avait été lue avec intérêt par certains psychiatres dès sa première publication, dont en particulier comme on l'a vu Le Guillant et ses collègues³. Mais l'ouvrage est littéralement redécouvert et relu après 1968 par les psychiatres, et Henri Ey organise en 1969 à Toulouse un colloque pour discuter et en fait réfuter les thèses de Foucault⁴. De même, la critique de la rigidité des structures hiérarchiques des établissements était un lieu commun de la psychiatrie à partir de la Libération. Mais elle n'a plus le même sens dès lors que ce ne sont plus les chefs de services mais les infirmiers eux-mêmes qui la reprennent à leur compte.

¹ Castel, *La gestion des risques*, op. cit., pp. 20-24 ; Idem, "De l'intégration sociale à l'éclatement du social", op. cit. Castel tend à dissocier une contestation générale de la psychiatrie et la critique de la psychiatrie comme activité professionnelle menée par les professionnels eux-mêmes ou au sein de l'université, la première correspondant à une « surdétermination » de la seconde « à partir d'une thématique anti-autoritaire généralisée ». A l'inverse il faudrait expliquer la cristallisation du mouvement social autour de la thématique anti-institutionnelle ou anti-autoritaire. Pour un point sur l'explosion du gauchisme après mai 1968, voir : Le Goff, J.-P., *Mai 68, l'héritage impossible*, Paris, La Découverte, 1998.

² Turkle, *La France freudienne*, op. cit., pp. 97-127 et Castel, *La gestion des risques*, op. cit., pp. 24-25 et 159.

³ Mais pas seulement : une analyse bienveillante bien que critique est ainsi publiée dans *l'Information psychiatrique* en 1962, Mondoloni, M., "Analyse: Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique." *Information Psychiatrique*, 38, n° 3, 1962, p. 316.

⁴ "La conception idéologique de "l'histoire de la folie" de Michel Foucault (Journées annuelles de l'Evolution Psychiatrique, Toulouse, 6-7 décembre 1969)", *Evolution psychiatrique*, XXXVI, n° 2, 1971, pp. 221-298.

En ce sens l'une des clefs de ces mouvements est l'afflux au sein de la psychiatrie de nouveaux acteurs porteurs d'une vision indépendante de la manière d'accomplir ses activités et de ses évolutions. J'ai évoqué dans le chapitre 4 le rôle que tendent à jouer dès les années 1950 les psychanalystes. Un autre groupe dont l'importance grandit au même moment est celui des psychologues, dont le titre a été créé en 1947¹ et qui, s'ils sont parfois psychanalystes, développent toutefois une identité autonome, appuyée notamment sur la passation des tests et sur la revendication d'un rôle plus engagé dans le travail d'équipe. La période voit également avancer la professionnalisation des infirmiers, longtemps à la traîne des infirmiers des hôpitaux généraux. Ainsi, le statut d'infirmier diplômé d'Etat, créé en 1922, ne leur avait pas été appliqué en raison du manque de qualification d'un trop grand nombre d'entre eux. Une partie des efforts du ministère dans l'après-guerre avait visé à rattraper ce manque. Un diplôme national d'infirmier des hôpitaux psychiatriques est finalement créé en 1955², et la fin des années 1960 est marquée par l'apparition d'un titre d'infirmier de secteur psychiatrique. Les années 1970 voient également se mettre en place une formation de cadre infirmier. Dans le courant des années 1960, les équipes s'enrichissent de l'apport d'ergothérapeutes, dont la spécialité est introduite en France à partir des années 1950, avec la création à Nancy, sous l'impulsion de Jacques Parisot, d'un Institut de réhabilitation sociale et professionnelle des diminués physiques, puis avec la création d'une association professionnelle en 1962³. D'abord tournés vers le handicap physique, les ergothérapeutes font leur entrée dans les hôpitaux psychiatriques à partir du milieu des années 1960. Plus largement, le développement de tout un ensemble d'institutions innovantes dans le cadre des secteurs dans le courant des années 1960 et 1970 ouvre sur la création de nombreux métiers nouveaux, animateurs, hôtesse, voire assistantes familiales. Au sein des équipes, la multiplication des professionnels crée ainsi une sorte de situation de surcharge propice à l'exacerbation de la critique.

Les psychiatres engagés dans le projet de secteur ont tenté de répondre à ces tendances centrifuges en développant un modèle très général posant comme horizon la

¹ Avec la création par décret de la Licence de psychologie. Sur l'histoire de la psychologie comme discipline, voir : Carroy, J. et al., *Histoire de la psychologie en France, XIX^e-XX^e siècles*, Paris, La Découverte, 2006.

² Par arrêté du 23 juillet 1955.

³ L'Association nationale française des ergothérapeutes.

continuité et l'unité du travail psychiatrique en équipe. Le travail d'équipe est posé en alternative à la fois à l'institution totalisante dans des formules comme « des hommes plutôt que des murs », les moyens humains étant supposés pouvoir éviter le recours aux dispositifs de contrôle par enfermement, et au non interventionnisme « dans la réalité » préconisé par les psychanalystes ou les antipsychiatres. Le travail d'équipe apparaît en particulier comme le seul moyen d'assurer la continuité des soins dans un contexte de multiplication des intervenants. En même temps, dans une perspective psychanalytique, l'équipe permet de faire face au « transfert psychotique » massif et envahissant, impossible à contenir dans une relation duelle, en partageant d'une certaine manière la réponse aux projections des patients. Le travail d'équipe permet enfin l'exercice d'une forme d'auto-contrôle des professionnels et rend plus facile la maîtrise du contre-transfert, la pratique des réunions étant supposée permettre l'exercice d'une veille, voire d'une censure.

Mais plus généralement, dans le courant des années 1970 cette vision du travail d'équipe est portée par la figure d'un psychiatre modeste qu'explicite peut-être au mieux la « psychiatrie communautaire » de Philippe Paumelle, le fondateur de l'association du treizième arrondissement, dans une série d'articles et de publications rendant compte de son expérience¹. Paumelle caractérise ainsi l'intervention du psychiatre dans la communauté comme une « présence » neutre, se limitant à l'écoute de la demande du patient et de la communauté. La psychiatrie de secteur, ou, dans les termes de Paumelle, la psychiatrie communautaire, « oblige » le psychiatre « à se montrer tel qu'[il] est, non seulement comme technicien, mais comme homme vivant dans la société. » Plongé dans la communauté, le soignant est « dépouillé de sa toute puissance technique » et doit faire face aux besoins de ses patients avec les seuls moyens de son humanité. Il ne doit pas imposer à tout prix son expertise, mais au contraire laisser se constituer et venir à lui les besoins des populations. Le travail d'équipe permet d'autre part aux médecins de « désaliéner » le malade en développant une identification mieux ajustée au malade ou à son milieu. Le psychiatre ne doit pas chercher à répondre à l'ensemble des problèmes de son secteur, mais au contraire il doit s'efforcer déléguer l'action psychiatrique à d'autres professionnels, ou à sensibiliser les

¹ Cf. en particulier Paumelle, P., *A propos de la psychiatrie de secteur. Cours à l'Université de Montréal. Faculté de médecine, Département de Psychiatrie*, ronéotypé, 1971, dont sont extraites les citations qui suivent.

populations à un problème donnée. L'un des critères de succès de la psychiatrie communautaire est enfin la reconnaissance « dans les faits que tout le monde ne peut pas tout faire ».

De fait, cette vision du psychiatre modeste paraît bien dans les années 1970 être allé de pair avec un relatif recul des ambitions des psychiatres. S'il n'est pas évident de documenter véritablement ici ce point, on peut toutefois trouver quelques indications allant dans ce sens dans certaines évolutions des discours et des pratiques psychiatriques. L'une d'entre elle est la valorisation à partir des années 1970 du thème de la « demande », posant comme préalable à l'intervention psychiatrique une démarche engagée par les patients – demande de consultation ou d'un soin – et marquant ainsi la volonté des soignants de voir engagée leur responsabilité. Une partie des dispositifs innovants des années 1950, comme les pratiques d'intervention à domicile, avaient en effet à l'inverse correspondu à la volonté d'anticiper sur des demandes de soin que les patient ne pouvaient formuler explicitement dans les moments de crise, pour d'une certaine manière prévenir des ruptures susceptibles de conduire à des hospitalisation sous contrainte¹. Dans le courant des années 1960, cela avait déboucher sur des pratiques d'hospitalisations à domicile très invasives : dans le treizième arrondissement, par exemple, l'équipe d'hospitalisation à domicile proposait des interventions au domicile du patient à sept ou huit intervenants. Ces pratiques « héroïques » ou « folkloriques », selon les expressions des acteurs eux-mêmes, ont toutefois été abandonnées dans le courant des années à 1970 au nom de la nécessité de laisser venir aux soignants la demande des patients et d'éviter par là une « surpsychiatisation » des problèmes personnels.

Un autre exemple de ce retrait est le désinvestissement d'un objet comme le travail. Celui-ci avait été dans le courant des années 1950 l'un des objets privilégiés de l'hygiène mentale telle qu'elle avait été relancée dans l'après-guerre, ouvrant sur un certain nombre d'approches se donnant les moyens d'aborder de front le problème des relations de travail, notamment chez des psychiatres marqués par le marxisme, comme Louis Le Guillant². Ce dernier avait en particulier développé un certain nombre

¹ Duchêne, H. et P. Paumelle, "A propos de la notion d'urgence en psychiatrie", *Information Psychiatrique*, 1958, pp. 27-37.

² Sur les évolutions de la psychopathologie du travail dans les années 1950 et 1960 cf. : Billiard, I., *Santé mentale et travail. L'émergence de la psychopathologie du travail*, Paris, La dispute, 2001.

d'enquêtes de grande envergure sur site, proposant ainsi des interventions sur les conditions de travail de certains groupes sociaux – roulants de la SNCF ou certaines catégories d'ouvriers¹. L'essor d'analyses empruntant à la psychanalyse dans le courant des années 1960 a conduit à une requalification de ces travaux, avant de les marginaliser durablement². Dans ce cas comme dans la question de la demande, c'est bien le désinvestissement par la psychiatrie d'une manière de politiser un certain nombre de problèmes sociaux en en faisant l'objet d'une intervention experte qui est en jeu.

Le temps indéfini du travail psychiatrique

A un autre niveau s'est également posé la question du devenir des structures de prise en charge dans le temps long du traitement des psychotiques. En 1974, l'Association de Santé mentale du Treizième Arrondissement organise un colloque international sur le « Traitement au long cours des états psychotiques »³. Au cours d'une conférence de presse en marge de la rencontre, Philippe Paumelle pose ainsi l'enjeu du problème :

Pourquoi long cours ? C'est qu'entrer dans un hôpital psychiatrique dans les circonstances de sous-développement de nos hôpitaux psychiatriques comme de beaucoup d'autres dans le monde, ce n'est pas entrer dans un traitement au long cours, c'est entrer dans l'atemporalité, c'est entrer dans l'éternité de la présence et de l'enfermement dans un milieu ségréatif et dans la psychose elle-même si vous voulez. L'interrogation que nous nous sommes faite les uns aux autres, les uns vis-à-vis des autres, c'est de savoir si nous étions capables, nous soignants de répondre autrement que par une réjection et un traitement insuffisant, si nous étions capables d'accompagner ces malades autrement que dans les voies que je viens de décrire, qui sont souvent les voies de l'oubli et du rejet, et je crois que c'est ça qu'il faut faire sentir et que c'est ça notre interrogation collective dans ce Colloque.⁴

¹ Les études de Le Guillant sur le travail ont été réunies dans : Le Guillant, L., *Quelle psychiatrie pour notre temps? Travaux et écrits*, Toulouse, Érès, 1984. Pour d'autres exemples voir aussi : Bailly-Salin, P., "L'alcoolisme du P3", *Revue de l'alcoolisme*, 8, n° 4, 1962, pp. 331-337.

² Jusqu'à un renouveau sous l'impulsion notamment du psychiatre et psychanalyste Christophe Dejourn, dans les années 1980, dans des conditions toutefois très différentes.

³ Chiland, C. et P. Béquart (dir.), *Traitements au long cours des états psychotiques*, Toulouse, Privat, 1974.

⁴ "Colloque sur "les traitements au long cours des états psychotiques". Paris 23-26 février 1972, Hôtel Intercontinental. Conférence de presse du vendredi 25 février", *Information Psychiatrique*, 48, n° 5, 1972, pp. 495-505.

Le traitement au long cours défini comme la capacité de développer une attention continue au patient, qui limite l'oubli et le rejet, rompant avec l'habitude et l'indifférence à la condition des malades chroniques. Jusqu'à quel point pourtant une pratique professionnelle peut-elle parvenir à susciter un engagement continu des acteurs ? Précisément, c'est cette question qui va être posée à partir des années 1970 dans la double dimension du sens du soin proposé par la psychiatrie à ses clientèles et de la nature du lien du patient à son psychiatre. Deux débats vont constituer au long de la décennie 1970 les éléments de rupture, les urgences psychiatriques et le handicap.

L'émergence d'une psychiatrie d'urgence traduit plusieurs évolutions importantes de la psychiatrie dans le courant des années 1970. En elle-même, l'idée d'urgence psychiatrique n'est pas vraiment une innovation. Le terme paraît avoir été employé pour la première fois au début du siècle par Ernest Dupré, médecin chef à l'Infirmierie spéciale près de la préfecture de Police, institution parisienne destinée à traiter les sujets « suspects d'aliénation mentale », pour reprendre une expression de l'époque, recueillis par les forces de l'ordre sur la voie publique et en instance de placement d'office¹. Le problème de l'intervention d'urgence est alors essentiellement le diagnostic différentiel : dans une situation de crise, il s'agit pour les professionnels d'être en mesure de décider rapidement si le patient est effectivement un aliéné, ou si la crise est par exemple plutôt liée à une intoxication passagère. L'enjeu est de savoir quel type de traitement initier, et en particulier s'il convient d'orienter la personne vers l'internement, thérapeutique spécifique de l'aliénation, ou si celui-ci n'est pas utile. L'urgence est ainsi indissociablement liée à l'admission à l'asile.

A cet égard, l'essor des pratiques d'urgence dans le courant des années 1970 traduit l'autonomisation d'une forme d'intervention spécifique. Le mouvement correspond à deux évolutions parallèles de la psychiatrie. La première concerne directement les pratiques psychiatriques de secteur, avec le développement de dispositifs extrahospitaliers dirigés spécifiquement vers les états de crise. Une première étape a été, dans le courant des années 1950, une expérience développée par les responsables du service d'hygiène mentale de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine². Ceux-ci avaient développé un dispositif d'intervention à domicile, à la demande

¹ Dupré, E., "La psychiatrie d'urgence", *Presse médicale*, n° 105, 1910. Voir aussi : Fillassier, A., *Psychiatrie d'urgence*, Paris, Maloine, 1925.

² Duchêne et Paumelle, "A propos de la notion d'urgence en psychiatrie", *op. cit.*

des assistantes sociales du service, dans des situations de crise où l'on ne parvenait pas à amener le patient à consulter un médecin. L'intervention à domicile du médecin, en mesure de calmer le jeu, visait ainsi à court-circuiter un éventuel internement. L'urgence correspondait ainsi à une intervention thérapeutique susceptible d'infléchir la prise en charge ultérieure du patient. C'est cette idée qui est poussée dans les années 1970, en raison notamment de l'afflux de patients en état de crise aux consultations de secteur. La nécessité de répondre à ces « demandes » nouvelles oblige les équipes à aménager des structures d'accueil permanentes, à même de proposer des réponses permettant sinon de résoudre entièrement la situation du moins d'y apporter une solution provisoire permettant de calmer la crise et d'engager un travail à plus long terme sans passer par l'hospitalisation, ou du moins en aménageant ses conditions. C'est ce type de pratique que met en œuvre le Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil de Sainte Anne, à Paris, créé en 1967 sous la direction de Georges Daumézon, à la suite du rapprochement d'Henri Rousselle et de l'Admission. Dans le cadre des secteurs, une expérience importante est menée au même moment dans le XIII^e arrondissement, sous la forme d'une permanence médicale assurée par un interne pouvant s'appuyer sur les ressources d'un service d'intervention à domicile¹. En 1978, le mouvement conduit à une première expérience de centre d'accueil et de crise à l'hôpital de La Queue en Brie, en banlieue parisienne, sous la forme d'une structure disposant de quelques lits et susceptible de développer une action sur plusieurs jours². Le début des années 1980 verra ces approches s'enrichir avec l'idée d'un travail de crise, s'inspirant notamment de travaux sur les psychothérapies brèves en psychanalyse³.

Une seconde évolution est toutefois l'émergence de nouvelles catégories cibles de l'intervention psychiatrique en dehors des secteurs, liée notamment à l'implantation d'équipes psychiatriques dans les hôpitaux généraux. Une expérience importante a lieu à l'Hôtel Dieu, au centre de Paris, sous l'impulsion d'un médecin de l'assistance publique, Henri Grivois. Le service se donne comme mission d'accueillir l'ensemble des patients qui se présentent à sa porte, en « assurant l'urgence » jusqu'à son terme, sans la rejeter ou l'envoyer sur un service de seconde ligne. L'expérience repose sur

¹ Diatkine, G., "La psychiatrie de secteur et les urgences", *Information Psychiatrique*, n° 8, 1972.

² Amado-Haguenaer, G., "Champigny, le secteur treize ans après", *Information Psychiatrique*, 56, n° 3, 1980, pp. 273-342.

³ Andréoli, A., *Crise et intervention de crise en psychiatrie*, Paris, Simep, 1986.

l'identification d'une population spécifique du centre de Paris, propre aux grandes métropoles, faite de « sujets instables et migrants », non pris en charge par les secteurs¹. La question de la prise en charge de ces malades « hors-secteur » se pose au demeurant directement aux équipes de secteur, fortement tentées de s'en servir comme variable d'ajustement de la charge de travail des équipes. Cette difficulté sera l'une des critiques récurrentes adressée à la sectorisation psychiatrique dans le courant des années 1970. Par la suite, Grivois développera une approche spécifique de « l'entrée dans la psychose », axée sur la prise en charge des schizophrénies naissantes². Plus généralement toutefois, les équipes implantées dans les hôpitaux généraux doivent répondre aux sollicitations des services de médecine générale. Dans le courant des années 1980, la réponse à ces demandes se développe sous la forme d'un sous-ensemble de pratiques à part entière, la « psychiatrie de liaison »³ : recouvrant un vaste ensemble d'interventions allant de la psychosomatique au traitement des comorbidités psychiatriques dans les affections somatiques, la psychiatrie de liaison apparaît comme une psychiatrie itinérante au sein des établissements hospitaliers, sans moyen d'hospitalisation propre, intervenant à la demande des équipes. L'un des terrains d'élection de cette nouvelle psychiatrie est les urgences générales, où rapidement les psychiatres développent les prises en charge de nouveaux états de crise : ainsi des tentatives de suicide, qui vont devenir l'une des cibles d'élection de la psychiatrie d'urgence, ou, plus tard, des interventions post-traumatiques.

L'ensemble de ces mouvements suscite d'importants débats et une littérature abondante tout au long des années 1970. En particulier, les urgences psychiatriques sont l'un des thèmes qui mobilisent le plus la Commission des maladies mentales dans la deuxième moitié de la décennie. Ce débat est marqué par les développements de la médecine d'urgence et notamment l'organisation par les pouvoirs publics des SAMU dans la seconde moitié de la décennie 1970, qui paraissent pouvoir être complétés par une organisation parallèle, calquée sur le même modèle, en psychiatrie. La fin de la décennie 1970 voit ainsi plusieurs discussions sur des projets de services d'aide

¹ Grivois, H., "Une psychiatrie d'intervention au coeur de Paris", *Information Psychiatrique*, n° 9, 1975, pp. 965-987.

² Grivois, H., *Naître à la folie*, Chilly-Mazarin, Laboratoires Delagrave, 1991.

³ Gillibert, E. et al., *Psychiatrie de liaison. Le concept et la réalité. Rapport d'assistance, congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, Paris, Masson, 1990 ; Zumbunnen, R., *Psychiatrie de liaison. Consultation psychiatrique à l'hôpital général*, Paris, Masson, 1992..

psychiatrique d'urgence, parfois désignés par l'acronyme SAPU, qui verraient les psychiatres s'organiser en ambulances en mesure d'intervenir à domicile sur simple appel. En 1979 une circulaire demande aux psychiatres de secteur de mettre en place des permanences et un dispositif d'ambulance mobilisable vingt-quatre heures sur vingt quatre¹.

Pour autant, les psychiatres les plus liés au projet de secteur ne s'engagent dans ces nouvelles formes de pratiques qu'avec des sentiments ambivalents. Au sein du treizième arrondissement par exemple, la place croissante que prend le dispositif d'urgence dans l'ensemble du dispositif de soin est mal perçue par les soignants, qui y voient une démission par rapport aux engagements au fondement de l'association². La parution de la circulaire de 1979 soulève par ailleurs d'emblée une forte résistance de la part des médecins des hôpitaux psychiatriques³. Médecine technicienne, la médecine d'urgence telle qu'elle est réalisée dans les SAMU représente pour eux à l'extrême la médecine « en cascade » dont ils ont fait un repoussoir⁴. Il est possible pour les psychiatres d'envisager une psychiatrie de crise dans le cadre des secteurs, mais, dissociée de l'intervention de secteur, l'urgence, dans la mesure où elle conduit à l'instauration d'un principe de sélection ou de tri, apparaît comme une résurrection du service libre. Par ailleurs, par la connaissance qu'il permet d'acquérir de ses clientèles du fait de son implantation dans la communauté, le secteur permet pour les psychiatres en principe de prévenir l'urgence. Durant toutes les années 1960 et 1970, les psychiatres vivent avec l'espoir que le travail de secteur va permettre de limiter les situations de crise, et plus généralement de limiter les procédures d'hospitalisation sous contrainte. A contrario privilégier l'urgence, c'est faire l'économie de ce travail d'implantation communautaire et de la continuité qu'il sous-entend. Au terme d'urgence, les psychiatres préfèrent au demeurant celui d'accueil, qui leur semble mieux rendre compte de leur mission et qui est moins connoté médicalement. L'urgence apparaît ainsi comme la remise en question du travail au long cours des équipes de secteur.

¹ Circulaire n°896 AS 2 du 15 juin 1979 relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie. Reproduite in *Information psychiatrique*, 56, 2, p. 223-226.

² Henckes, *Réformer la psychiatrie, organiser les pratiques de secteur*, op. cit.

³ "Résolution syndicale", *Information Psychiatrique*, 56, n° 2, 1980, p. 227.

⁴ Audisio, M., "Santé mentale, psychiatrie de crise et sectorisation", *Information Psychiatrique*, 57, n° n° supplémentaire, 1981, pp. 83-92.

D'une certaine manière, le même genre de question se pose à propos du handicap. La mise sur l'agenda du problème est lié à une action volontariste du pouvoir gaulliste, initiée au milieu des années 1960, qui aboutit au vote de la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des handicapés. Dans un premier temps, a été mise en place une mission chargée de l'étude du problème de l'inadaptation des handicapés, présidée par un haut fonctionnaire des finances, François Bloch-Lainé, qui rend son rapport en 1967. Celui-ci débouche sur la mise en place d'un « intergroupe handicapés-inadaptés » dans le cadre du Cinquième plan, pour la période 1966-1970, puis sur vote de la loi. Sur le plan de l'action sanitaire et sociale, l'action en faveur des handicapés marque un nouveau modèle d'action publique, visant à unifier l'ensemble des interventions en direction d'une population donnée¹. Le dispositif rassemble en fait deux grands domaines d'intervention publique : d'un côté l'enfance inadaptée, dont les contours ont été dessinés pendant la Seconde Guerre mondiale, et qui correspond plutôt au champ de l'éducation spécialisée ; d'un autre côté la réinsertion professionnelle des adultes handicapés, d'abord initiée dans l'entre-deux-guerres dans le cadre du retour à la vie civile des mutilés de guerre, et renforcée progressivement au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. La loi du 30 juin 1975 met en place un statut de handicapé, accordé après le passage devant des commissions spécialisées, et fixe des objectifs d'intégration sociale et professionnelle. Elle crée en particulier un revenu minimum, et, pour les adultes des objectifs de réinsertion professionnelle – elle fait en particulier l'obligation aux entreprises d'embaucher un quota de personnes handicapées, et elle donne un essor au travail protégé. Sur un plan plus général, la loi vient en fait compléter les transformations amorcées du côté des institutions sanitaires par la réforme hospitalière de 1970 : en interdisant aux établissements hospitaliers la gestion de structure à caractère social, celle-ci avait conduit à une différenciation des financements sanitaires, provenant de la Sécurité sociale, et des financements à caractère social, sur des fonds propres. Le dispositif de prise en charge du handicap consacre cette distinction entre « le sanitaire et le social », qui n'avait pas de sens dans la période précédente.

La loi provoque dans le monde de la psychiatrie une levée de boucliers. Pour les psychiatres, la généralisation de la notion de handicap peut faire courir le risque d'une

¹ Blanc, A., *Les handicapés au travail*, Paris, Dunod, 1995, pp. 32-36. C'est la même logique qui est à l'œuvre par exemple dans le cadre de la politique de la vieillesse : Guillemard, A.-M., *Le déclin du social. Formation et crise des politiques de la vieillesse*, Paris, PUF, 1986.

dérive, car elle peut conduire à considérer les malades chroniques comme des individus figés dans leur pathologie, négligeant par là le caractère dynamique de la maladie mentale¹. Un chronique est toujours susceptible de progrès ; réhabiliter un malade mental, c'est toujours le soigner. Le traiter comme un handicapé c'est se satisfaire d'une situation de déficit et en fin de compte l'invalider comme personne. Au-delà de ces proclamations de principe, la réticence des psychiatres est toutefois moins évidente qu'il n'y paraît peut-être au premier abord. Jusqu'en 1957 ceux-ci avaient en effet accueilli avec bienveillance les propositions venant du champ du handicap, avec lesquelles ils partageaient en général la volonté de prendre en compte la dimension sociale de la maladie, qu'elle soit physique ou mentale. La loi de 1957 sur le reclassement professionnel avait en particulier permis de mettre en place des mécanismes de reclassement qui paraissaient positifs aux psychiatres². En 1975, la réaction des psychiatres traduit en fait leur repositionnement sur la question de la réadaptation, et plus généralement le raidissement des attitudes par rapport à la question de la normalisation.

Rétrospectivement, pourtant, même si l'on accepte de prendre au sérieux ce repositionnement, la position des psychiatres a peut-être été moins cohérente qu'ils n'ont voulu le dire : d'une part, parce que certains des outils mis en place par la loi joueront un rôle important dans les prises en charge, et en particulier l'Allocation Adultes Handicapés ; d'autre part, parce que, en dépit des discours, il n'est pas nécessairement évident pour les praticiens de passer outre la part de déficit inhérente, malgré tout, à la chronicité. Le Guillant et ses collègues, dans leur rapport au Congrès de Psychiatrie de 1964, avaient ainsi souligné l'ambivalence de la conception des schizophrénies développée par Ey, qui décrivait leur état terminal comme « une « détérioration » qui « n'est pas un état démentiel » tout en étant un « affaiblissement psychique » »³. De fait, un certain nombre des dispositifs qui se mettront en place dans les secteurs viseront précisément à constituer des lieux de vie pour des patients au long

¹ Ayme, J., "La loi d'orientation en faveur des handicapés. Positions syndicales", *Information Psychiatrique*, 58, n° 3, 1982, pp. 375-381. Ces critiques sont partiellement reprises par Robert Castel : Castel, *La gestion des risques*, *op. cit.*, pp. 120-123.

² Loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés. Cf. notamment une discussion organisée à la Commission des maladies mentales le 18 décembre 1956, sur la base d'un rapport de Le Guillant et Sivadon : Le Guillant, L. et al., "Le reclassement professionnel des malades sortis des hôpitaux psychiatriques", *Information Psychiatrique*, 33, n° 3, 1957, pp. 131-144.

³ Le Guillant et al., "Problèmes posés par la chronicité", *op. cit.*

cours incapables de réinsertion en société, et permettront de décharger les services hospitaliers. En dehors des secteurs, le courant des années 1970 voit l'émergence d'un mouvement faisant la promotion de structures visant à proposer un hébergement aux psychotiques au long cours, s'ouvrant parfois aussi à d'autres formes de déviance – handicap physique, toxicomanies -, dans un esprit parfois proche de l'antipsychiatrie de Ronald Laing et David Cooper. Reprenant, en le détournant, le terme de « structure intermédiaire » proposé par Le Guillant et ses collègues en 1964, le mouvement s'institutionnalisera en 1979 avec la constitution d'une association¹. Enfin, la fin des années 1970 voit également un regain d'intérêt, sous l'impulsion de psychiatres en marge du mouvement de sectorisation, pour des structures de type village pour handicapés, installées en milieu rural, qui proposent des séjours de durée longue, bien que limitée, où les patients doivent pouvoir réapprendre un certain nombre de compétences sociales. Un précédent avait été un centre créé en Bretagne au début des années 1960, qui à l'époque, malgré les efforts de ses responsables, n'avait guère intéressé l'administration centrale². La création en 1978 d'une Société de recherche en réadaptation, puis en 1986 d'une Association mondiale pour la réhabilitation psychosociale marquent pourtant l'existence d'un intérêt au sein de la psychiatrie pour ces modèles d'action³, qui connaîtront à la fin des années 1980 un renouvellement avec l'apport de méthodes de réadaptation cognitivo-comportementale en provenance des Etats-Unis⁴.

Comme celui des urgences, le problème du handicap apparaît surtout comme un révélateur. Ce qui apparaît en jeu dans les deux cas, c'est, profondément, le sens de l'intervention psychiatrique. Si l'on peut se contenter de prendre en charge le patient à l'occasion de ses crises, si l'on peut se contenter de fournir aux malades un accueil social, à quoi bon le traitement au long cours ? Si sur les deux fronts la réaction des psychiatres paraît être de défense, leur réactivité témoigne surtout de la sensibilité du

¹ L'ASEPSI, Association pour l'étude et la promotion des structures intermédiaires. Sur ce point voir : Castel, *La gestion des risques, op. cit.*, p. 86.

² Cf. une discussion à la Commission des maladies mentales en mai 1958. Sur ce centre voir : Lamarche, "Centre de postcure et de réadaptation sociale agricole de l'Ouest", *Information Psychiatrique*, 1962.

³ Got, R., "Bilan de la société de recherche en réadaptation", *Actualités psychiatriques*, n° 3, 1985, pp. 81-83.

⁴ Chambon, O. et M. Marie-Cardine, *La réadaptation sociale des psychotiques chroniques. Approche cognitivo-comportementale*, Paris, PUF, 1992 ; Vidon, G. (dir.), *La réhabilitation psychosociale*, Paris, Frison-Roche, 1995.

problème. Profondément, l'enjeu est lié à la manière dont les psychiatres ont construit la chronicité en psychiatrie depuis le milieu des années 1960. Si les médicaments ou l'intervention de secteur permettent de revaloriser la dimension chronique des maladies mentales, celle-ci ne peut en effet jamais être construite de manière véritablement positive comme dans d'autres affections – cancer, insuffisance rénale ou diabète. Au contraire elle reste construite contre une chronicité-incurabilité, domaine de la non intervention thérapeutique. Les médicaments, en particulier, transforment initialement la chronicité en rendant possible une action, mais ils ne donnent pas un temps de vie supplémentaire, qui était déjà infini. Ils permettent des relations sociales, mais la maladie demeure ce qu'elle était, chronique. De là découlent les limites de cette vision. La psychiatrie de secteur veut rompre avec l'habitude sociale à la condition des malades chroniques, mais la routinisation des pratiques conduit nécessairement à un retour de l'indifférence. Dans le courant des années 1970 c'est ainsi à l'intérieur de la psychiatrie de secteur que le problème va être posé, et il va l'être à deux niveaux distincts.

Un premier niveau concerne l'idée, au cœur du mouvement réformateur depuis la Libération, de rendre à l'hôpital psychiatrique une réelle vocation thérapeutique. Que ce soit à partir des thérapeutiques biologiques ou, dans le cadre de la psychothérapie collective ou institutionnelle, en insistant sur les thérapeutiques de réadaptation et la psychothérapie, on l'a vu, l'ensemble des acteurs de la réforme des hôpitaux psychiatriques s'accordaient sur le fait qu'il s'agissait de faire des institutions des lieux de thérapeutique active, ce terme renvoyant au demeurant autant à l'activité des soignants qu'à celle des patients. L'image répandue dans les services psychiatriques d'une « mobilisation » des malades traduisait cette dynamique, en mettant bien évidence qu'il s'agissait de les mettre en mouvement, de les sortir de leur torpeur et de leur inactivité, de ne plus les laisser stationner dans les institutions de soin. Le secteur n'avait pas apporté d'inflexion notable à ce projet : en 1965 le directeur de l'Association de santé mentale du treizième arrondissement de Paris, présentant le dispositif novateur qu'il cherchait à développer, suggérait qu'il pouvait conduire à une

réhabilitation de l'hôpital comme « lieu des thérapeutiques les plus intensives et les plus individualisées »¹.

Les années 1970 mettent toutefois un frein à ce volontarisme, en instillant un doute sur le sens même de cet interventionnisme : les patients nécessitent-ils tous réellement que l'on engage de manière continue une intervention thérapeutique active ? Le problème s'est posé pour l'ensemble des institutions thérapeutiques, mais d'abord au niveau des structures de post-cures, foyers, ateliers de réadaptation, développées d'abord comme des institutions de transition, et qui voient leur clientèle s'installer et rester plus longtemps que ne le prévoient initialement les projets institutionnels. Au sein des hôpitaux psychiatriques, dans le même temps, les psychiatres constatent un désintérêt croissant des équipes pour la psychothérapie institutionnelle, pour partie lié à l'essor des pratiques ambulatoires². D'une certaine manière le mouvement traduit un décrochage.

Un exemple significatif est l'investissement des hospitalisations longues par tel jeune psychiatre³. Constatant l'importance dans les hôpitaux psychiatriques de populations de malades hospitalisés à très long terme, des patients « présentant un état de crise d'existence qui rend toute perspective de sortie impossible pendant des années », l'auteur constate que, contre son impulsion première, « sont indispensables certaines conditions centrées sur la nécessité d'accepter longtemps l'impossibilité à vivre de ces personnes sans chercher à les éloigner vers des formules sociales ou de post-cure, réputées meilleures parce que « stimulantes ». » Ces patients peuvent en effet profiter d' « hospitalisations longues », que l'auteur caractérise ainsi :

L'hospitalisation longue se fait comme d'elle-même, en dehors de toute proposition claire de soins, à l'écart de tout pronostic, loin de toute acceptation ressentie. Dans l'expérience personnelle du psychiatre, elle rejoint confusément la zone de ses échecs, la limite de ce qu'il peut comprendre, de ce à quoi il peut s'identifier. Et de fait, dans mon expérience, l'hospitalisation longue (au-delà de trois mois) n'est pas programmée d'avance. Elle n'est même pas un dernier recours. Elle s'impose d'elle-même, vécue sur le moment dans un sentiment pénible d'impuissance, d'incapacité. Elle se fait malgré nous car nous ne

¹ Paumelle, P., "L'hôpital de secteur. Le XIIIe: une expérience", *Information Psychiatrique*, n° 7, 1965, p. 637.

² Cf. Garrabé, J., "L'après-crise de la psychothérapie institutionnelle", *Information Psychiatrique*, 59, n° 4, 1983, pp. 611-618.

³ Souffir, V., "Les hospitalisations longues", *Information Psychiatrique*, 59, n° 4, 1983, pp. 621-628, dont sont également extraites les citations qui suivent.

pouvons pas nous représenter, à la différence de autres traitements, un quelconque pouvoir curateur, ni un quelconque mécanisme d'action. Le temps du traitement y rejoint le temps de la vie.

Précisément parce qu'elle se fait en dehors de tout projet, dans un mouvement de suspension de l'intervention, l'hospitalisation longue permet au patient de se retrouver, de se reconstituer, par le fait même qu'il a été placé dans une situation d'indifférence à l'hôpital, de désinvestissement du soignant. Et de conclure : « Il est assez communément admis que l'objectif du traitement des psychotiques n'est pas de les empêcher d'être ce qu'ils sont. L'objectif du traitement est maintenant ailleurs et devient beaucoup plus difficile à cerner. »¹

Un autre aspect du problème concerne ainsi la motivation de l'hospitalisation. Une partie du travail des jeunes psychiatres au lendemain de la guerre avait tourné autour de l'idée qu'une hospitalisation ne peut être thérapeutique que dans la mesure où elle répond à un projet décidé conjointement par le malade et son psychiatre. Si tel n'est pas le cas, la dimension thérapeutique de l'intervention est beaucoup plus incertaine. On n'oblige pas quelqu'un à guérir. C'était en particulier le sens des interventions d'urgence à domicile. Le médecin pouvait parvenir à établir avec le patient une sorte de pacte thérapeutique, impossible à obtenir si on laissait la crise aboutir à l'obligation d'une hospitalisation contrainte. Or, au milieu des années 1970 il n'apparaît plus certain que l'on puisse éviter à l'hôpital psychiatrique de constituer un lieu de relégation pour une part non négligeable de ses clientèles. Le problème se pose à deux niveaux au moins. D'abord à celui de la gestion du personnel. La mise en place du secteur a conduit dans la plupart des cas à différencier les équipes chargées du travail hospitalier et les équipes extrahospitalières. Ce mode d'organisation a souvent abouti à faire des premières les parentes pauvres du dispositif, relativement abandonnées des responsables des équipes. Mais le problème se pose directement au niveau des pratiques d'hospitalisation. Malgré le progrès de l'hospitalisation libre, en principe acceptée par le patient, organisée en collaboration avec lui selon un projet thérapeutique, le nombre des hospitalisations sous contraintes ne s'est jamais totalement résorbé. Il est certes passé de 56% des premières admissions en 1965 à 16% en 1975, avec toutefois d'importantes

¹ *Ibid.*, p. 628.

disparités en fonction de la région et du type d'établissement¹. Mais le chiffre tend à stagner après cette date, témoignant d'un fond incompressible de cas. Encore faut-il s'interroger sur le sens des hospitalisations libres, qui souvent même dans les endroits les plus attentifs à la nécessité de laisser le patient exprimer sa demande paraissent marquées par la permanence du caractère subi. La variabilité des données d'un département à un autre signale ainsi une disparité des pratiques qui ne manque pas d'interroger l'observateur. La relativité du caractère réellement voulu d'un grand nombre d'hospitalisation non contrainte apparaîtra du reste de manière éclatante dans le courant des années 1990, après que la procédure d'hospitalisation sous contrainte eut été renforcée par une nouvelle loi votée en 1990, lorsqu'explosera brutalement le nombre des procédures engagées².

Le second niveau de l'évolution des attitudes à l'égard de la chronicité concerne spécifiquement les limites de l'intervention psychiatrique. Comme au lendemain de la guerre, se pose à nouveau le problème de la responsabilité du psychiatre dans la question du jusqu'où aller avec un patient. La question, toutefois, ne se pose plus à partir de la question des essais thérapeutiques, comme c'était le cas avec les techniques héroïques du lendemain de la guerre, qui risquaient de mettre en péril l'intégrité du malade. A partir des années 1960, on l'a vu, l'essor des chimiothérapies a conduit à réduire l'intensité du problème. Désormais, c'est d'abord à propos du pouvoir du psychiatre de façonner la vie sociale de personnes qu'émerge un questionnement nouveau. Le développement de l'accompagnement en dehors de l'hôpital psychiatrique plonge en effet les équipes dans des situations sociales et morales inédites. L'allègement des dispositifs de surveillance oblige à une attention nouvelle des équipes aux patients. Tout un ensemble de questions qui ne se posaient guère. Ainsi par exemple de la question de la contraception, les malades femmes risquant toujours, en dehors des hôpitaux psychiatriques, de tomber enceintes aggravant par là leur situation sociale ou même leurs troubles³.

¹ Belliard, E. et J. M. Costes, "Internement: la fin d'une époque", in Ministère de la solidarité de la santé et de la protection sociale. Service des statistiques des études et des systèmes d'information (dir.), *Psychiatrie et santé mentale*, Paris, La Documentation Française, 1990, pp. 81-95.

² Sur ce point, cf. *infra*, Conclusion.

³ Plusieurs articles paraissent sur le sujet dans *l'Information psychiatrique* dans le courant des années 1960 et 1970, et un numéro spécial est consacré à la question en 1966 : "Contrôle des naissances pour les

Pour les secteurs, le problème s'est posé notamment à propos de l'encombrement des structures et des consultations. Au milieu des années 1970, apparaît ainsi une nouvelle problématisation de cette question. Celle-ci ne traduit plus comme dans les années 1950 l'impossibilité pour les équipes d'accomplir leur travail dans un environnement dégradé, mais au contraire une sorte de fuite en avant des soignants face à ce qu'appelle toujours le soin des malades chroniques, avec lesquels peut toujours s'engager une action, conduisant par là à un surengagement des équipes, et finalement à leur épuisement. Jusqu'où peut-on aller sans mettre en péril l'équipe thérapeutique ? Un signe en est le développement de pratiques d'évitement à l'égard de certains patients, dont les hors-secteurs que j'ai évoqués plus haut. Plus généralement le problème se pose désormais au niveau de questions comme la continuité des soins : faut-il toujours assurer la continuité de la prise en charge d'un patient, ou ne vaut-il pas mieux parfois le laisser vivre seul avec sa pathologie, quitte à engager une intervention d'urgence en cas de rechute ? Y a-t-il jamais rupture positive de la relation avec un psychotique ? En 1971 un psychiatre note ainsi en introduction à une journée de l'Evolution Psychiatrique sur la continuité des prises en charge :

Il y a une contradiction qui peut rester latente, occulte ou manifeste entre continuité de prise en charge et autonomisation du sujet, si on ne peut surmonter les pièges souvent subtils de la possession mutuelle. Mais en même temps, l'intervention active, le soutien toujours disponible est en lui-même un élément « thérapeutique » essentiel. Pour tout sujet dont l'organisation de la personnalité est en faillite, les termes d'assistance et de traitement, de soutien et de psychothérapie sont à la fois indissociables et contradictoires.¹

Assister c'est en effet maintenir le patient dans un état de dépendance, là où justement l'objectif du soin est de lui faire gagner une autonomie. Cette contradiction se retrouve dans l'ensemble des traitements, mais la pratique de la psychiatrie de secteur la révèle dans un contexte renouvelé dans la mesure où celle-ci dispose d'un pouvoir particulier, celui d'intervenir sur toute la vie sociale du patient. Le psychiatre doit ainsi être en mesure de poser une limite à une intervention. C'est bien finalement ce que note

malades mentaux", *Information Psychiatrique*, 42, n° 4, 1966. C'est surtout un sujet important à l'intérieur des secteurs, directement ou indirectement à travers des débats en apparence plus subversifs sur la sexualité dans les hôpitaux psychiatriques.

¹ Azoulay, J., "Exposé introductif. Colloque de l'Evolution psychiatrique (Paris 16 octobre 1971). La continuité des soins dans un service psychiatrique public." *Evolution psychiatrique*, XXXVIII, n° 1, 1973, pp. 135-142, ici p. 142.

ce psychiatre : « Le rejet est toujours là. Il n'est ni pire ni meilleur que l'intégration, la normalisation, la médicalisation ou tout ce qu'on voudra prôner ou dénoncer. Nous sommes, toute institution psychiatrique (de secteur ou hors secteur), tout soignant, dialectiquement engagés dans le jeu de l'acceptation et du rejet. Les gens qui le nient et ceux qui prétendent en détenir la solution, ne sont pas à mes yeux des gens bien sérieux. »¹

Au milieu des années 1970, quelque chose s'est ainsi dénoué de ce qui avait été travaillé par les jeunes psychiatres au lendemain de la guerre. Près de trente années plus tard, au lendemain de l'effervescence des années 1960, le problème du sens de l'intervention psychiatrique auprès de ses clientèles paraît ainsi être à nouveau posé au cœur même des pratiques de soin. Ce qui n'apparaît plus aussi évident au milieu des années 1970, c'est la manière de poser le problème de la finalité de l'action psychiatrique qui avait émergé au lendemain de la seconde guerre mondiale. Au-delà, c'est tout le projet constitué par les jeunes psychiatres qui paraît marquer le pas.

Conclusion

Le secteur a été tout au long des années 1960 et jusqu'au début des années 1970 un outil privilégié pour transformer la psychiatrie française. Au niveau politique, c'est autour du secteur que les psychiatres structurent leur relation avec l'Etat. Au niveau des pratiques, on vient de l'évoquer, le secteur marque une transformation en profondeur des conditions du travail psychiatrique, avec l'essor de nouvelles manières de considérer l'enjeu du soin. Pour autant, on l'a vu, au milieu des années 1970, le mouvement réformateur engagé au lendemain de la guerre est parvenu à ses limites. Un hiatus reste avec les psychiatres libéraux. La place de la psychiatrie au sein de l'appareil d'Etat n'a guère été améliorée, au contraire. Les pratiques de secteur ne sont pas

¹ C. Veil, intervention au Colloque de l'Evolution psychiatrique « Les malades rejetés par l'institution française d'aujourd'hui ». "Les malades rejetés par l'institution française d'aujourd'hui. Colloque de l'Evolution psychiatrique organisé par G. Daumézon. Paris le 25 janvier 1975." *Evolution psychiatrique*, 1975, p. 695 sq., p. 725.

parvenues à apporter véritablement une réponse au problème de la chronicité. C'est ainsi sur l'ensemble de ses dimensions que le projet des « jeunes psychiatres » semble avoir perdu son efficacité et sa capacité d'enchantement.

D'une certaine manière, les succès des « jeunes psychiatres » sont survenus à contretemps, à un moment où, déjà, les conditions n'étaient plus réunies pour voir aboutir leur projet. A partir des années 1950, ils n'ont pas su s'engager pleinement dans le travail sur les chimiothérapies. Dans le courant des années 1960, leur vision politique de la psychiatrie est devenue une incongruité. Au début des années 1970 la dimension critique de leur projet s'est diluée dans la critique généralisée des institutions. A cela s'ajoute le renouvellement des générations. Un certain nombre des cadres du mouvement décèdent dans le courant des années 1970 – Louis Le Guillant en 1968, Henri Ey en 1977, Georges Daumézon en 1979 – les autres prennent progressivement leur retraite. La mise en place du nouveau dispositif de formation en psychiatrie renouvelle l'élite de la profession. A la fin des années 1970, le mouvement de réforme de l'hôpital psychiatrique parvient ainsi à son terme. Le secteur restera un enjeu-clef pour la psychiatrie, et les années 1980 poursuivront le développement des pratiques. Mais, pour la psychiatrie, c'est un cycle qui se referme.

CONCLUSION GÉNÉRALE. LA RÉFORME DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES, JUSQU'OU ?

Les trente années qui séparent la fin de la seconde guerre mondiale des années 1970 ont de toute évidence été une période clef pour la psychiatrie dans les pays occidentaux, peut-être tout particulièrement pour la psychiatrie française. Mais elles n'ont été ni une libération, ni simplement l'avènement d'un nouvel âge thérapeutique, ni finalement une rupture à l'égard d'une institution sclérosée et dépassée. La réforme des hôpitaux psychiatriques a été un problème social, posé et porté historiquement par une pluralité d'acteurs. La trajectoire de ce problème ne s'explique pas par l'épuisement d'un modèle forgé dans la première moitié du XIXe siècle, entré progressivement en crise jusqu'à la rupture. Elle correspond plus simplement au jeu d'une action collective constituée dans le temps. La réforme des hôpitaux psychiatriques s'inscrit en effet dans le cadre d'un long vingtième siècle, qui débute dans les années 1880 et se poursuit jusqu'au milieu des années 1970. Elle coïncide à son point de départ avec un débat qui s'engage au début de la Troisième République sur la délimitation du statut des aliénés et sur le rôle des psychiatres dans la détermination de ce statut. Elle se déploie après la Seconde Guerre mondiale dans le cadre d'une dynamique réformatrice, initiée et portée par un petit groupe de professionnels jusqu'aux années 1970.

Au cœur du problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques s'est ainsi trouvé une interrogation plus générale sur le mandat de la psychiatrie et la place des professionnels dans la régulation sociale. C'est une vision de l'intervention psychiatrique, davantage qu'une vision des populations de la psychiatrie, qui a guidé le travail des acteurs sur ce problème à partir du lendemain de la guerre. Le groupe des jeunes psychiatres que l'on a suivi tout au long de cette thèse a développé une manière de penser le sens des institutions et du travail psychiatrique fondée sur une conception de la norme et de la normalisation. Celle-ci a traversé l'ensemble de leur travail, de la psychothérapie collective à l'extrahospitalier, de la question du rôle social de la psychiatrie à celle de la formation des psychiatres. Leur critique de l'hôpital psychiatrique et de son fondement dans un ordre social le dépassant ne correspondait ainsi pas à un déclin ou une perte des valeurs, mais plutôt à une nouvelle construction d'ordre éthique du sens et de l'origine des normes à l'œuvre dans les institutions psychiatriques.

La psychiatrie a connu une évolution singulière à l'égard du reste de la médecine dans la seconde moitié du XX^e siècle. Pour autant, cette évolution a moins tenu à une singularité originelle, d'essence, liée à la spécificité de la maladie mentale, qu'à un travail continu des acteurs pour marquer leur originalité. Le rôle joué par le groupe des médecins des hôpitaux psychiatriques dans la réforme de leur institution a été l'aboutissement d'un processus de constitution d'un groupement spécialisé, dont l'origine remonte à la fin du XIX^e siècle. En reprenant à leur compte ce problème, les médecins des hôpitaux psychiatriques sont parvenus à jouer un rôle clef dans les évolutions de la psychiatrie dans son ensemble des années 1950 aux années 1970, en imposant dans une large mesure leur vision de la psychiatrie. La clef de leur succès a résidé dans leur convergence avec un segment de l'Etat, puis plus largement avec une partie de l'opinion éclairée. Leur projet a fait écho à celui d'une frange de l'élite modernisatrice du pays, puis au tournant des années 1970 à l'idéologie développée par le front plus large de l'intelligentsia contestatrice. L'hôpital psychiatrique et le problème de la chronicité des maladies mentales se sont imposés à la fin des années 1960 comme un des lieux de la modernité puis, dans un mouvement de retournement ironique, de l'antimodernité. Les médecins des hôpitaux psychiatriques ont ainsi été au cœur des transformations de la France industrielle et post-industrielle des années 1950.

En fin de compte, le problème de la réforme des hôpitaux psychiatriques a bien été un opérateur fort de la transformation de la psychiatrie. La réorganisation du dispositif de prise en charge a abouti à des innovations organisationnelles, organisation des soins en réseau, hospitalisation de jour, urgences, qui ont constitué d'importants précédents en médecine en général. Quelques unes des innovations thérapeutiques les plus spectaculaires du XXe siècle, des techniques de choc aux chimiothérapies, de la cure psychanalytique aux techniques de groupe, ont pris tout leur sens dans le cadre du processus de réforme de l'hôpital psychiatrique. Les secteurs ont constitué un terrain privilégié pour faire travailler l'ensemble des nouvelles professions de la santé mentale, des psychanalystes aux éducateurs spécialisés, en passant par les psychologues, assistantes sociales, ergothérapeutes. L'hôpital psychiatrique a ainsi été, des années 1950 aux années 1970, un lieu privilégié pour repenser ce qu'était la psychiatrie.

Quel bilan peut-on faire de ces mouvements ? Jusqu'où la réforme des hôpitaux psychiatriques a-t-elle été portée par les acteurs ? De nombreux rapports ont souligné, depuis le début des années 1980, les limites sur le terrain des transformations de l'hôpital psychiatrique, les difficultés à généraliser des modes d'organisation des soins qui reposent souvent sur des arrangements locaux fragiles et toujours au risque d'être remis en cause. Un bilan plus précis serait à faire de l'évolution des dispositifs de prise en charge à partir d'études locales. Si l'on dispose aujourd'hui d'un certain nombre de monographies d'hôpitaux psychiatriques jusqu'aux années 1950, on ne dispose guère de travaux analogues pour la période suivante. On ne dispose ainsi guère d'indication sur les systèmes locaux de décision, le rôle qu'y jouent les professionnels, les autorités politiques ou d'autres acteurs. On sait peu de choses des pratiques effectives engagées sur le terrain par les acteurs. On connaît mal, ainsi, les transformations qu'ont connu des pans entiers de la psychiatrie, concernant par exemple les populations rurales, les départements d'outre-mer ou même les périphéries des grandes villes.

Poser cette question n'est toutefois pas seulement s'interroger sur le bilan comptable de la réforme des hôpitaux psychiatriques, ou sur la part exacte des succès atteints par les réformateurs dans la poursuite de leurs objectifs. Au demeurant ceux-ci étaient-ils si clairs que cela ? J'ai souligné tout au long de ce travail les nombreuses indéterminations qui entouraient le travail des jeunes psychiatres, les transformations

qu'a connu, de manière continue, leur projet, depuis une tentative de le développer à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, dans un mouvement de réforme des comportements, jusqu'à la critique plus radicale de l'hôpital psychiatrique par les héritiers du mouvement dans le cadre des premières expériences de secteur au début des années 1970. La réforme des hôpitaux psychiatriques s'est traduite tout au long de la période par une diversité d'expériences, dont rétrospectivement la cohérence n'est pas toujours évidente à cerner.

En ce sens, il reste à saisir la manière dont d'autres acteurs ont pu se saisir des projets des réformateurs. Une direction de recherche pourrait concerner la culture psychiatrique des personnels paramédicaux. On dispose dans certains secteurs d'une abondante documentation, sous la forme de dossiers médicaux, mais également de comptes-rendus de réunion, de travaux cliniques. Les exploiter pourrait permettre de comprendre la vision que es personnels développent de leur travail, la manière dont ils reprennent les outils du soin, l'inflexion qu'ils ont pu donner à certains projets. Un autre aspect de cette recherche pourrait par ailleurs concerner les syndicats de personnels soignants, dont il faudrait examiner spécifiquement la vision de la politique de santé mentale. Une évaluation reste par ailleurs à faire du rôle des financeurs dans le façonnement du dispositif psychiatrique, caisses d'assurance maladie mais aussi autorités départementales. Préciser ces points permettrait de dresser un bilan plus précis des expériences de psychiatrie de secteur dans le courant des années 1960 et 1970.

Il conviendrait du reste de prolonger la recherche auprès des psychiatres eux-mêmes. On devrait s'attacher à préciser les conditions de leur désenchantement à partir des années 1970. On l'a vu, au milieu des années 1970, c'est la dimension politique du projet qui a perdu son sens. La réforme des hôpitaux psychiatriques a moins buté sur des résistances liées au conservatisme, que sur des visions contradictoires ou opposées de l'évolution des institutions psychiatriques, du sens du travail psychiatrique et de la régulation de la psychiatrie. La vision politique portée par les jeunes psychiatres s'est heurtée à la force du projet libéral. Une recherche importante pourrait s'attacher à préciser la vision du travail psychiatrique de la génération des psychiatres formés dans le courant des années 1970, au lendemain de la création du Certificat de psychiatrie.

Ce bilan aboutirait sans doute à des conclusions ambiguës. Le secteur a sur le terrain suscité un grand nombre d'engagements et d'innovations, mais il n'a pas trouvé

de débouché sous la forme d'institutions portées par la profession, société d'étude ou revue. Le syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques s'est voulu jusqu'à aujourd'hui le gardien de cet héritage, mais sa revue, *l'Information psychiatrique*, ne consacre plus qu'une place minime à la confrontation des pratiques. C'est ainsi un rapport complexe que les psychiatres entretiennent à leur histoire.

Celle-ci, du reste, ne s'arrête pas à la fin des années 1970, pas plus qu'elle n'avait commencé en 1945. Les années 1980 et 1990 ont néanmoins suscité moins encore de travaux que les décennies précédentes. L'histoire de la psychiatrie au cours des trente dernières années est presque entièrement à constituer. Dans une approche plus prospective et pour conclure ces remarques, je voudrais tenter de proposer quelques éléments qui permettront d'en saisir certains aspects, dans le prolongement des analyses qui précèdent. Ils peuvent se répartir sur deux axes.

Le premier concerne les transformations, à partir des années 1980, des régulations de l'hôpital et du travail psychiatrique, dans le cadre des évolutions plus générales de la médecine⁵⁰². En 1981, l'arrivée de la gauche au pouvoir est accueillie avec soulagement par les psychiatres, qui y voient une chance, en même temps qu'ils espèrent qu'elle leur donnera des interlocuteurs plus attentifs à leurs problèmes. Dès 1981, le ministre de la Santé, Jack Ralite, issu du Parti Communiste, commande à l'une des figures de la psychiatrie publique, Jean Demay, un rapport qui lui est remis l'année suivante⁵⁰³. Appelant à une « rupture » et à un « dépassement de l'asile », celui-ci fait une série de propositions ambitieuses pour « relancer » la sectorisation, dont la plus emblématique est la création dans chaque département d'un Établissement Public chargé de la gestion unifiée des secteurs⁵⁰⁴. Le départ des ministres communistes du gouvernement en 1983 conduit toutefois à réorienter le processus. Le nouveau ministre choisit de mettre en place une nouvelle procédure de consultation en reconstituant la Commission des maladies mentales. Ses travaux, sous l'impulsion d'un fonctionnaire de la direction générale de la Santé, aboutissent en 1985 à une série de textes qui, s'ils n'ont pas le lyrisme du rapport Demay, n'en constituent pas moins une série d'avancées.

⁵⁰² Sur les différents points qui suivent, on consultera avec profit : Kovess, V. et al., *Psychiatrie année 2000*, Paris, Flammarion, 1999.

⁵⁰³ A l'époque médecin-chef à Rouen, ancien médecin chef du Treizième Arrondissement.

⁵⁰⁴ Demay, M. et J. Demay, *Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, Ministre de la Santé*, Paris, 1982

Une première loi votée en juillet 1985 reconnaît formellement le secteur comme fondement de l'organisation de la psychiatrie publique⁵⁰⁵. Deux textes votés en décembre suivant introduisent un unique système de financement de la sectorisation, sur les fonds l'assurance maladie, dans le cadre des budgets hospitaliers⁵⁰⁶. Un élément clef de ces réformes est par ailleurs la réforme des modes de financements de l'hôpital, engagée depuis la fin des années 1970 avec la substitution d'un budget global au système des prix de journée. L'ensemble consacre le secteur, même si en remettant aux établissements hospitaliers la gestion du dispositif, il constitue un risque d'effets pervers. Ces nouveaux outils comptables permettront néanmoins aux structures d'évoluer davantage qu'elles n'avaient pu le faire au cours des quinze années précédentes, dans un premier temps au moins.

A partir de la fin des années 1980, toutefois, ce sont probablement les transformations du dispositif de planification sanitaire qui ont le plus affecté les secteurs. Celui-ci n'avait guère évolué depuis le début des années 1970. Une nouvelle procédure de planification est créée en 1987 pour la psychiatrie. Elle préconise la constitution de Schémas départementaux d'organisation, supposés permettre une programmation plus fine des équipements. La démarche est ensuite élargie au reste de la médecine, mais dans un cadre régional. En 1991 sont ainsi institués des Schémas Régionaux d'organisation sanitaire, complétés en 1996 par des Projets régionaux de santé. Pour animer le dispositif, sont par ailleurs créées cette même année des Agences régionales de l'hospitalisation. Ces évolutions ont sans doute conduit à rapprocher la gestion des dispositifs de santé des populations. En psychiatrie, toutefois, elles sont entrées en contradiction avec les régulations sur lesquels reposaient l'organisation des secteurs. Ceux-ci s'inscrivent en effet naturellement dans un cadre départemental. La région constitue un niveau trop éloigné pour gérer leurs structures. Le secteur a ainsi été progressivement vidé d'une partie de son sens politique. Plusieurs propositions de se passer du terme même de secteur ont du reste été formulées ces dernières années. En 2003, une ordonnance a supprimé la Carte sanitaire et les « secteurs sanitaires » sur lesquels elle reposait, ne laissant plus comme seul outil de planification que les Schéma Régionaux, organisés autour de la notion de « territoires de santé ». Le secteur

⁵⁰⁵ Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social.

⁵⁰⁶ Loi n° 85-1403 du 30 décembre 1985, loi de finance pour 1986 et loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

psychiatrique n'a été préservé qu'en raison de la mobilisation des psychiatres, mais il apparaît désormais comme une singularité dans le domaine de la santé. En 2001, le rapport remis par les psychiatres Eric Piel et Jean-Luc Roelandt au ministre de la Santé a proposé de substituer aux secteurs deux structures nouvelles⁵⁰⁷ : d'une part un Service Territorial de Psychiatrie, constitué en établissement public de santé mentale communal ou intercommunal, rassemblant l'ensemble des structures publiques d'un bassin de population donné, et donc au dessus des secteurs ; d'autre part un « Réseau Territorial de Santé Mentale », supposé organiser le travail de l'ensemble des intervenants du territoire, au-delà des seuls professionnels de la psychiatrie. Dans le même esprit, la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM), structure de réflexion créée dans le prolongement d'un rapport remis en 1995 au ministre de la Santé par le psychiatre Gérard Massé, a proposé en 2005 une approche en termes d'un « panier de services sanitaires et sociaux hospitaliers et ambulatoires »⁵⁰⁸. L'ensemble de ces propositions repose par ailleurs sur la mise en avant d'une imagerie nouvelle en termes de « réseaux », empruntée au reste de la médecine, et spécifiquement à la lutte contre le sida et le cancer⁵⁰⁹.

Ces évolutions ont de toute évidence eu des répercussions sur la manière même de penser les soins dans les structures psychiatriques. Sur ce plan, le bilan paraît toutefois plus difficile à établir. Un arrêté de mars 1986 a constitué un inventaire des structures-types du dispositif de secteurs, le premier du genre depuis 1960⁵¹⁰. En mars 1990 une circulaire signée de la ministre de la Santé a proposé une vision d'ensemble d'une « politique de santé mentale », l'une des rares depuis les années 1960. Elle réaffirmait la mission de prévention des secteurs, soulignant notamment le rôle pivot des consultations de dispensaire dans les prises en charge, et, de manière générale,

⁵⁰⁷ Piel, E. et J.-L. Roelandt, *De la psychiatrie à la santé mentale. Rapport de mission*, Paris, Ministère de la santé, 2000.

⁵⁰⁸ « Nous pensons, par principe, qu'un système de santé mentale se présente analogiquement comme un dispositif hydraulique répartissant dans chaque affluent-effluent la pression de la morbidité. Dans cette perspective, le problème majeur est l'approche systémique (interdépendance, coordination) et non celle segmentaire des composantes du système. » Mission nationale d'appui en santé mentale, *La psychiatrie en France: quelles voies possibles?* Rennes, Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2005, p. 48.

⁵⁰⁹ Où toutefois on peut noter que les premières expériences de réseaux s'appuyaient pour une part sur l'expérience des secteurs psychiatrie.

⁵¹⁰ Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.

s'inscrivait dans la voie tracée par les psychiatres dans les années 1960 et 1970⁵¹¹. Un inventaire systématique des dispositifs locaux a par la suite été entamé par la MNASM, qui a publié dès 1996 un guide des innovations en psychiatrie, sous forme de fiches décrivant des expériences locales⁵¹². Le ministère de la Santé, de son côté, a développé un certain nombre d'études statistiques pour tenter de cerner les évolutions des pratiques⁵¹³. Les uns et les autres ont fait le constat d'un émiettement des expériences dans les 800 secteurs de France et de la difficulté de dresser un tableau synthétique.

Une tendance récente pourrait bien toutefois être l'essor de modèles tendant à concevoir l'action de secteur en termes d'une psychiatrie de liaison. Ces modèles reviennent à penser l'organisation des moyens en termes d'équipes volantes susceptibles d'être mobilisées par les responsables d'institutions dans des configurations variées au gré des besoins, se désengageant ainsi d'une réflexion sur le fonctionnement des institutions qui avait constitué, on l'a vu, le cœur de leur travail sur les secteurs. Un élément profond de ces évolutions pourrait par ailleurs être la rotation des équipes, liée notamment ces dernières années au départ en retraite des professionnels formés dans les années 1970 au moment de l'essor démographique de la spécialité, qui ont le plus souvent accompagné l'évolution de leurs structures tout au long de ces trente années.

L'évaluation des pratiques médicales constitue un autre point critique. Comme dans le reste de la médecine, les psychiatres sont concernés par les nouvelles formes de régulation des pratiques issues de ce que l'on appelle souvent *l'Evidence Based Medicine*. La psychiatrie a elle aussi connu l'essor des conférences de consensus, audit cliniques etc. Certains professionnels ont commencé à réfléchir à la constitution de *guidelines* pour les psychothérapies. Ces nouvelles manières de penser l'efficacité du soin, en rupture profonde avec la vision portée par les psychiatres tout au long de la période précédente, ont sans doute rencontré des résistances. En 2003, la tentative de l'INSERM d'appliquer aux psychothérapies une démarche d'évaluation scientifique a suscité une levée de bouclier. Au plus près des pratiques, la psychiatrie a résisté à la mise en place du programme de médicalisation du système d'information (PMSI),

⁵¹¹ Circulaire du 14 mars 1990. On en trouvera un commentaire dans : Soeur, A., *La politique de santé mentale en question*, Bordeaux, Les études hospitalières, 1995.

⁵¹² Mission nationale d'appui en santé mentale, *Soins psychiatriques: Guide des innovations*, Thoiry, Heures de France, 1996.

⁵¹³ Par exemple : Coldéfy, M., "Les secteurs de psychiatrie générale en 2000: évolutions et disparités", *Etudes et résultats*, n° 342, 2004 ; Coldéfy, M. et al., "Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999", *Etudes et résultats*, n° 163, 2002.

visant à produire une information fine sur l'activité médicale des établissements hospitalier, qui a été appliqué au reste de la médecine. Un certain nombre de dispositifs de « démarches-qualité » se sont toutefois imposés, telle que, depuis 1996, la procédure de certification des établissements. Ces dispositifs ont en particulier conduit au développement d'une nouvelle bureaucratie, depuis les sommets de l'administration jusqu'aux institutions de soin elles-mêmes.

Il reste à faire un bilan exact de l'impact de ces évolutions sur les pratiques professionnelles, sur l'organisation du travail psychiatrique, sur les prises en charges et finalement sur l'expérience de la maladie elle-même. Elles ont été en tous les cas l'un des éléments à l'origine une réaction d'ampleur chez les psychiatres depuis le début des années 2000. En 2002, les psychiatres ont ainsi procédé à la rédaction d'un nouveau Livre blanc, sous l'égide d'une structure rassemblant les principales sociétés savantes de la profession, la Fédération Française de Psychiatrie⁵¹⁴. Le mouvement s'est poursuivi l'année suivante par la réunion d'« Etats Généraux », rassemblant près de 3000 participants à Montpellier. Ces manifestations ont porté une interrogation fondamentale des psychiatres sur leur rôle dans le dispositif de santé mentale du pays. Elles ont témoigné du décalage croissant qu'ils ressentent entre leur manière de penser leur travail et l'intervention de leurs administrations de tutelle. Elles ont traduit le malaise d'une profession qui semble perdre le contrôle d'un certain nombre de ses outils.

Un second volet de transformations concerne plus directement le traitement politique des problèmes de la psychiatrie. On pourrait en effet suggérer que la période récente a vu réapparaître une réflexion en termes du statut des malades mentaux, s'attachant à expliciter les droits d'une personne malade, plutôt qu'encadrer les conditions du travail psychiatriques. La réflexion vient sans doute de loin. Elle s'enracine de toute évidence dans les évolutions de la prise en charge de la chronicité que l'on a analysées plus haut. Les années 1980 voient ainsi monter une interrogation nouvelle sur le statut des malades mentaux au long cours. En 1988, à l'occasion d'un symposium rétrospectif sur les progrès de la psychiatrie au cours des trente-cinq années précédentes, un psychiatre remarquait ainsi : « Si souvent nous nous situons dans la

⁵¹⁴ Fédération Française de Psychiatrie, *Livre Blanc de la Psychiatrie*, Montrouge, John Libbey, 2003.

gestion de la continuité il faut bien noter le point suivant : qu'est-ce qui est offert au psychotique dans notre société ? Eh bien on peut répondre « rien » si ce n'est la mort dans le CAT. Il n'y a pas de place ethnoculturelle pour les psychotiques ayant évolué. Il n'y a pas de retour pour cet initié qui vient d'un Kathmando lointain.⁵¹⁵ Plus profondément, comment comprendre le soutien à apporter à ces malades au long cours qui ont derrière eux une longue carrière psychiatrique, qui manifestement ne relèvent plus du soin, mais ne sont pas non plus « intégrés » socialement. Pour une part, cette réflexion s'est nourrie des évolutions des dispositifs de protection sociale, et tout particulièrement du renouveau de l'assistance comme mode de gestion du malheur⁵¹⁶. J'ai évoqué le rôle qu'avait joué dès 1975 pour la psychiatrie l'allocation adulte handicapé. La création en 1988 du dispositif du Revenu Minimum d'Insertion a été également une étape importante, en rappelant l'existence de populations durablement à l'écart des circuits économiques, et dont une partie des difficultés s'explique par des troubles mentaux.

Plus spectaculaire est peut-être la montée en puissance d'une approche en termes de droits de l'homme ou de citoyenneté. L'un des psychiatres les plus en vue ces dernières années s'est fait le champion d'une « psychiatrie citoyenne »⁵¹⁷. Le mouvement a en partie reposé sur l'acclimatation en France d'approches en provenance des pays anglo-saxons, où, je l'ai évoqué en introduction, la désinstitutionnalisation a connu un codage en termes des luttes pour les droits civiques. Il s'est traduit par une insistance nouvelle sur les droits des malades et la lutte contre les stigmatisations à leur rencontre. L'un des acteurs importants de ces évolutions est constitué des organisations d'« usagers » de la santé mentale, malades et familles. Leur apparition n'est certes pas récente. Si la création de l'Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) remonte aux années 1960⁵¹⁸, celle-ci a toutefois longtemps été cantonnée, sur un plan politique, à un rôle mineur, intervenant plutôt dans le soutien aux familles. La situation a évolué ces dernières années, sous l'effet d'un mouvement touchant plus

⁵¹⁵ Bailly-Salin, P., "Psychiatres et psychoses chroniques", in J.-M. Léger (dir.), *Comptes rendus du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, LXXXVIe session. Chambéry, 13-17 juin 1988*, Paris, Masson, 1988, pp. 179-185.

⁵¹⁶ Bec, C., *L'assistance en démocratie*, Paris, Belin, 1998.

⁵¹⁷ Roelandt, J.-L., *Manuel de psychiatrie citoyenne. L'avenir d'une désillusion*, Paris, In Press, 2002.

⁵¹⁸ En 1963 pour être précis, sous l'impulsion de Paul Sivadon.

généralement l'ensemble de la médecine⁵¹⁹, mais également en raison de l'activisme de ses dirigeants, qui ont engagé un travail pour doter l'association d'une vision autonome de la psychiatrie, politique, médicale, voire scientifique. Elle a ainsi développé une action pour promouvoir certains modes de prises en charge de la maladie, comme les clubs thérapeutiques, et a également lancé un programme de soutien à la recherche. Elle s'est par ailleurs engagée dans des actions de lutte contre la stigmatisation des malades mentaux, à travers des campagnes d'information qui constituent probablement des premières en psychiatrie⁵²⁰. L'un des principaux succès de l'association est cependant d'avoir obtenu la reconnaissance par les pouvoirs publics d'un « handicap psychique » et sa mention dans la nouvelle loi en faveur des handicapés votée en février 2005⁵²¹. Au-delà de l'UNAFAM, d'autres initiatives sont venues d'associations de malades ou d'anciens malades, comme la Charte des usagers de la Fédération nationale des associations de patients en psychiatrie (FNAP-Psy), visant à constituer une nouvelle représentation du patient psychiatrique comme personne à part entière bien que souffrante et handicapée par son trouble, informée et participant activement aux décisions le concernant.

La réforme, en 1990, de l'hospitalisation sous contrainte s'inscrit dans le cadre de ces réflexions⁵²². A l'origine, il s'agissait de mettre en conformité le droit français avec la charte européenne des droits de l'homme. La nouvelle loi affirmait que l'hospitalisation libre devait être la norme en matière d'hospitalisation psychiatrique, entérinant ainsi une évolution de cinquante ans. Elle renforçait surtout les contrôles des hospitalisations sous contrainte, en demandant un certificat médical supplémentaire et en créant de nouvelles commissions de surveillance. Ces dispositions ont eu pour effet immédiat de faire faire un bond au nombre des hospitalisation sous contrainte, témoignant de la fragilité des arrangements sur lesquels reposent un grand nombre d'hospitalisations libres. Au-delà, toutefois, le processus législatif a conduit à une relance de la réflexion sur les soins sous contrainte. La loi de 1990 prévoyait en effet qu'elle soit soumise à une évaluation cinq ans après sa mise en place. Celle-ci a été

⁵¹⁹ Qui s'est traduit par la loi n°2002-300 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁵²⁰ Campagne « Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques » organisée en 2005.

⁵²¹ Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

⁵²² Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, et à leurs conditions d'hospitalisation.

réalisée en 1995-1997 par une commission réunissant essentiellement des professionnels et des représentants des familles et des malades, et dirigée par une Inspecteur générale des affaires sociales. Son rapport proposait une réforme en profondeur du dispositif, devant permettre de renforcer le caractère sanitaire de l'obligation de soin, en mettant fin notamment à la distinction entre hospitalisation d'office et à la demande d'un tiers. Pour « dédramatiser » l'hospitalisation sous contrainte, elle proposait que toute hospitalisation contrainte soit précédée d'un séjour de 72 heures dans une unité d'urgence.

Plus ambitieux encore, le rapport des psychiatres Piel et Roelandt a constitué en 2001 une réflexion d'ensemble sur les conditions des traitements contraints en psychiatrie, soit non seulement sur l'hospitalisation sous contrainte proprement dite, mais également sur le dispositif de prise en charge des criminels souffrant d'affection mentale. Le point de départ du travail était une distinction entre deux motivations de la contrainte : d'un côté le danger pour autrui, de l'ordre du maintien de l'ordre public, ne devait donc pas constituer un motif de l'intervention psychiatrique ; de l'autre, le « danger pour soi », de l'ordre de la « liberté individuelle » et de l'« assistance à personne en danger », concernait, lui, la justice et les soins. Ce dernier, seul, pouvait constituer la base d'une obligation de soin, reposant dès lors sur un principe exclusivement assistantiel ou humanitaire. Sur un plan pratique, le rapport reprenait pour l'essentiel les propositions de la commission d'évaluation de la loi de 1990, en suggérant toutefois d'élargir le dispositif à l'ensemble de la médecine. L'originalité de la réflexion reposait surtout sur une série de perspectives sur l'articulation de la psychiatrie au dispositif pénal. D'un côté, le rapport proposait d'intégrer la psychiatrie au dispositif hospitalier pénitentiaire, en renforçant les soins ambulatoires et en mettant fin au dispositif spécifique des Services médico-psychologiques régionaux. De l'autre, les rapporteurs demandaient l'abrogation de l'article 122-1 du Code pénal, disposant qu'une personne non responsable de ses actes au moment d'un crime ne peut être jugé pour celui-ci. Ils affirmaient que toute personne doit répondre de ses actes devant la justice et proposaient seulement d'instaurer un « temps de soin » éventuel préalable à la tenue du procès, de manière à faciliter la comparution du malade. Cette idée, toutefois, semble profondément diviser la profession et les milieux judiciaires, en dépit du soutien

que lui apportent depuis quelques années le puissant mouvement des victimes et avec lui une partie importante du monde politique.

Ces propositions paraissent de toute façon avoir aujourd'hui peu de chance d'aboutir. La permanence du thème de la dangerosité des patients et le renouveau d'une logique de gestion des risques, concernant notamment les jeunes mais aussi les délinquants sexuels, voire les malades responsables d'actes criminels ou délictueux, semblent en effet mettre à mal les perspectives sur lesquelles elles reposent. A l'automne 2006, le projet de loi de prévention de la délinquance du Ministre de l'Intérieur Nicolas Sarkozy prévoyait ainsi un renforcement du rôle des autorités de police, préfet et maire, dans l'hospitalisation d'office. Seule la mobilisation des professionnels, qui n'avaient pas été consultés, a obligé le ministre à reculer, mais d'autres projets vont depuis dans le même sens, s'inscrivant dans une tendance lourde. Depuis une trentaine d'années, le recul des hospitalisations contraintes est ainsi allé de pair avec le développement des lois d'injonction de soin pour des catégories de plus en plus nombreuses de personnes. Concernant d'abord les alcooliques dans les années 1950, puis les toxicomanes en 1970, elles ont été étendues aux délinquants sexuels en 1998 et elles risquent d'être renforcées dans les projets en discussion à l'heure où j'écris ces lignes. La proposition, à l'été 2007, de créer des hôpitaux fermés pour accueillir les délinquants sexuels au sortir de l'emprisonnement paraît également entériner une conception répressive de la psychiatrie. Plus généralement, la prise de conscience qu'un grand nombre de prisonniers souffrent de troubles mentaux conduit à un brouillage des catégories psychiatriques et pénales. En dernière analyse, c'est bien la capacité de l'intervention psychiatrique à déterminer de manière autonome ses objectifs qui, dans ces différents mouvements, apparaît remise en cause.

On le voit, les trente années qui se sont écoulées depuis la fin de la période étudiée dans cette thèse ont considérablement renouvelé la manière de penser la psychiatrie. En écrivant cette histoire, je n'ai pas voulu simplement apporter ma pierre à la célébration de ce qui est perçu par beaucoup comme un âge d'or de la psychiatrie française. Je n'ai pas nécessairement cherché non plus à cerner, dans une démarche généalogique, les origines d'une manière de faire de la psychiatrie aujourd'hui. En m'efforçant de restituer plus précisément la dynamique propre de cette histoire, c'est

d'une certaine manière au contraire à comprendre ce qui en a fait la singularité que je me suis attaché. En ce sens, j'aurais atteint mon but si je suis parvenu à susciter un questionnement sur les transformations toujours en jeu de la psychiatrie.

ANNEXE 1. DOCUMENTS

1. Conclusions des Journées Psychiatriques de Mars 1945.

Reproduit d'après : Information psychiatrique, 1945, 22, pp. 19-21. Les 24 conclusions sont précédées de deux paragraphes introductifs, reproduits tels quels.

« A l'issue des journées psychiatriques nationales, les travaux des séances des 27 et 28 mars 1945, organisées par la commission psychiatrique de l'Union des médecins français, faisant état des résultats des assemblées de l'Association Amicale des Médecins des hôpitaux psychiatriques ont abouti aux conclusions suivantes :

Un certain nombre de thèses ont recueilli un consensus d'opinion et peuvent être considérées comme les vœux des psychiatres pour la réorganisation de l'équipement national. La rédaction des textes législatifs et réglementaires à venir devra s'en inspirer sans préjudice de l'utilisation des propositions antérieures (telles que celles dont une synthèse a été réalisée par le dr. Beaudouin) dans la mesure où elles sont conformes à ces thèses qui sont les suivantes :

1. L'unité et l'indivisibilité de la prévention, de la prophylaxie, de la cure et de la post-cure doivent être respectées au maximum ;
2. L'originalité profonde des problèmes psychiatriques doit conduire à donner aux psychiatres le maximum de responsabilité technique et d'autorité dans les domaines de leur ressort ;
3. La compétence des psychiatres qualifiés doit être considérée comme étendue à tous les problèmes concernant la santé mentale, individuelle ou sociale, la réadaptation au milieu des sujets désadaptés ! Des liaisons indispensables doivent être maintenues avec les organismes de l'éducation nationale de l'orientation professionnelle, de la justice, etc.
4. La direction de tous services extérieurs ou hospitaliers ne saurait être assurée que par les médecins spécialisés à compétence affirmée par un titre national et exerçant ces fonctions à temps complet.
Le titre de médecin des hôpitaux psychiatriques doit disparaître. Il doit être créé un cadre national de médecins-chefs des services psychiatriques publics.
Les situations actuelles contradictoires avec les prescriptions législatives et réglementaires devront être réglées par le ministre de la santé sur avis des services centraux compétents ;

5. Pour des motifs relevant des caractéristiques fondamentales de l'activité psychothérapique, aucune hiérarchisation au sein de ce cadre ne saurait entamer l'indépendance de chaque chef de service, la suppression acquise depuis longtemps du cadre des médecins adjoints des hôpitaux psychiatriques, constitue en ce sens un progrès que l'on ne saurait renier ;

6. Le nombre des chefs de services psychiatriques ne saurait être envisagé comme inférieur à 1 pour 200 malades hospitalisés, chacun devant en outre être chargé de services extérieurs ;

7. Le problème du recrutement des cadres nécessaires doit être considéré avec la plus grande attention, sa solution est liée à la situation matérielle faite aux intéressés et à l'organisation rationnelle de l'enseignement de la psychiatrie ;

8. Les services psychiatriques publics conformes à la loi, obligatoires dans le cadre départemental, devront englober sous la direction technique des médecins des services psychiatriques publics les organismes privés existant actuellement, ceux d'entre eux dont le fonctionnement n'est pas satisfaisant devront être ramenés dans le plus bref délai au respect des prescriptions légales et réglementaires. En tout cas, ces situations ne sauraient être considérées que comme transitoires ;

9. Les organismes privés détenus par des associations à buts lucratifs existant actuellement devront être réquisitionnés au profit des services psychiatriques publics. En aucun cas, le fonctionnement d'aucun organisme privé d'assistance ne saurait échapper à la législation générale sur les associations à buts lucratifs ni au minimum d'exigences

10. Les établissements hospitaliers publics doivent être unifiés dans leur type administratif selon une formule qui consacre leur indépendance vis-à-vis des influences locales et la primauté de l'influence médicale dans leur gestion ; le contrôle suprême de leur fonctionnement ne saurait être efficacement assurée que par un organisme permanent rattaché au Ministère de la Santé ;

11. Les cadres administratifs doivent être considérablement améliorés afin que la Direction Technique puisse être assurée par le corps médical sans inconvénient majeur pour son activité scientifique ;

12. Un effort considérable selon des principes réalistes doit être accompli pour l'amélioration de la situation matérielle, du recrutement, de la formation technique du personnel de toutes catégories des services psychiatriques. L'enseignement effectif de principes d'assistance et de psychothérapie élémentaire doit en particulier être organisé d'urgence ;

13. L'internement doit être aboli en tant que faisceau de mesures hétérogènes ! Ses composantes doivent être après dislocation révisées et rendues applicables avec la plus grande souplesse et le maximum d'initiative médicale ;

14. L'intervention de l'autorité administrative dans le placement doit être limitée aux cas où s'impose réellement une mesure de protection sociale ou aux cas de carence complète de toute personne agissant dans l'intérêt du malade ;

15. Pour les malades mentaux dont l'état ne permet pas le jeu normal du libre arbitre, il doit appartenir au médecin traitant de proposer l'institution d'un régime particulier équivalent à une autorisation par l'autorité administrative d'appliquer les mesures thérapeutiques nécessaires indépendamment de la volonté du malade ;

16. Tout malade hospitalisé pour troubles mentaux doit bénéficier du secours d'un service efficace de protection des biens lié au service médico-social. Tout malade dont la capacité juridique est altérée doit pouvoir, sur initiative médicale, être placé sous le régime de la gestion des biens par le service spécialisé ;

17. Le problème des « services libres » dans les locaux hospitaliers ne saurait être résolu par des prescriptions architecturales rigides ni par une étroite catégorisation juridique ;

18. Les possibilités de dispersion des malades dans les divers services hospitaliers doivent être multipliées, le dispositif général doit assurer au maximum l'isolement respectif des diverses sections, le critère essentiel de répartition des malades dans ces sections doit être leur « mode de sociabilité » ; un écart doit pouvoir subsister entre cette répartition et la condition juridique de chacun, l'initiative médicale doit être la plus large pour rendre possibles les changements de condition des malades selon l'évolution de leur état ;

19. Le placement en milieu familial auprès de l'établissement hospitalier doit être codifié ;

20. Le service médico-social, son rôle dans le dépistage et la post-cure doivent faire l'objet de prescriptions obligatoires ;

21. La législation devra préciser les obligations, les nécessités et les particularités essentielles des sections réservées à l'enfance, en particulier sur le classement selon l'éducabilité ;

22. La codification des services spéciaux, établissements pour alcooliques, services de sûreté, etc., devra être envisagée avec la plus grande souplesse ; ni la délinquance, ni aucun critère nosographique ne devra être considéré comme une obligation rigide de placement dans ces services spéciaux ;

23. Un organisme puissant, disposant de possibilités techniques étendues, doit être constitué à Paris avec des ramifications en province, dans le but d'organiser la recherche scientifique en psychiatrie et de développer en liaison étroite avec la recherche l'enseignement théorique et clinique de la psychiatrie. Chaque centre psychiatrique doit pouvoir fonctionner comme centre de recherches ;

24. La rédaction de tous textes législatifs et réglementaires, l'étude et le contrôle de leurs modalités d'application, la solution de tous les problèmes concernant la santé mentale ne sauraient être envisagés qu'à l'aide d'un organisme permanent à compétence étendue constitué auprès du ministère de la santé publique. Cet organisme doit être constitué au moins par un corps d'Inspecteurs Généraux issus du cadre des médecins des Services Psychiatriques Publics et un Conseil technique. L'existence et l'activité de cet organisme compétent permettraient aux psychiatres de mettre tous leurs espoirs, pour une renaissance de la psychiatrie française, en un accroissement de l'autorité du pouvoir central.

Paris, avril 1945. »

2. Circulaire du 15 mars 1960 sur le secteur.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
7^e bureau.

CIRCULAIRE DU 15 MARS 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

Circulaires abrogées, modifiées ou complétées : néant.

*Le ministre de la santé publique et de la population à MM.
les préfets, les directeurs départementaux de la santé, les
directeurs départementaux de la population, les directeurs
administratifs, médecins-directeurs et médecins-chefs des
hôpitaux psychiatriques autonomes départementaux
privés, faisant fonctions d'établissements publics et des
quartiers psychiatriques (pour exécution chacun en ce qui
le concerne).*

Au cours des dernières années, les données du problème de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales ont, dans notre pays, été sensiblement modifiées. En effet, des thérapeutiques et des méthodes nouvelles ont été mises au point, permettant notamment de réduire sensiblement la durée d'hospitalisation. Des efforts importants ont été entrepris pour améliorer les conditions de vie et de soins des malades hospitalisés notamment grâce à l'ouverture de services libres, à l'augmentation des effectifs du personnel médical, paramédical et soignant, à l'organisation de la formation professionnelle des élèves infirmiers et infirmières. La modernisation des locaux des établissements existants (hôpitaux psychiatriques autonomes, hôpitaux psychiatriques départementaux, quartiers psychiatriques, hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics) [NOTE. — Ces différentes catégories administratives d'établissements ne seront pas distinguées dans le cadre de la présente circulaire; les termes « hôpital psychiatrique » ou « établissement psychiatrique » seront employés pour désigner indifféremment l'un ou l'autre de ces établissements, qui, du point de vue technique, sont exactement comparables.] a été commencée en même temps que la construction d'établissements neufs est progressivement réalisée. Enfin, la mise en place dans chaque département d'un réseau de dispensaires d'hygiène mentale dont le rôle va en s'accroissant, s'est accélérée grâce à la réforme du financement de ces organismes effectuée par le décret du 20 mai 1955.

La conjugaison de ces éléments nouveaux a eu pour résultat :

- de modifier considérablement les caractéristiques présentées par la population admise à l'hôpital psychiatrique ainsi que par la population présente comparativement à la période écoulée. Non seulement le malade entre à l'hôpital psychiatrique à la suite

d'un dépistage effectué de plus en plus précocement au dispensaire, mais il sort dans un délai beaucoup plus rapide, grâce aux thérapeutiques modernes et à la surveillance de postcure organisée au dispensaire d'hygiène mentale. Par ailleurs, dans la plupart des établissements, la sortie de sujets hospitalisés depuis de longues années a pu intervenir ;

- de 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.

Dans ces conditions, l'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure.

Le moment paraît donc venu de faire le point de l'organisation à prévoir pour permettre de réaliser de nouveaux progrès dans la lutte contre les maladies mentales.

La présente circulaire a pour but de définir la politique à suivre dans chaque département, au cours des années à venir, pour permettre la mise en place d'un dispositif mieux adapté et plus efficace que jusqu'à présent, et constituant véritablement une organisation de la lutte contre les maladies mentales.

Ce dispositif consiste essentiellement 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 postcure.

Il va sans dire qu'un tel objectif ne peut être atteint d'emblée ; les difficultés matérielles sont en effet nombreuses et ne pourront se résoudre que peu à peu ; mais chaque département doit prendre conscience très nettement de ce que toutes les réalisations partielles qui pourront être envisagées dans le domaine de la lutte contre les maladies mentales devront désormais s'intégrer dans le cadre du programme général qui sera établi selon les instructions de la présente circulaire. Seule la convergence des efforts dans un sens bien défini permettra de réaliser un jour, et partout, une organisation entièrement satisfaisante.

La détermination de ce programme suppose l'étude préalable d'un certain nombre d'éléments ; elle implique en outre un inventaire précis des ressources disponibles et des besoins à prévoir. Ces deux points seront examinés successivement dans les deux premiers chapitres ; un troisième chapitre donnera le schéma détaillé du dispositif à instituer. Enfin, dans un quatrième chapitre seront développées quelques considérations pratiques.

CHAPITRE I^{er}. —BASE DE L'ETUDE ET DOCUMENTS NECESSAIRES

L'étude de l'organisation à prévoir doit s'effectuer sur la base des besoins et des ressources du département considéré et non sur la base de plusieurs départements ou d'une région.

Le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est en effet de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu. Il ne saurait être question, en conséquence, de calculer les besoins d'un département en tenant

compte des malades, que son hôpital psychiatrique hospitalise actuellement au titre d'autres départements. Par contre, comme il est précisé au chapitre III, à l'intérieur du département, le programme théorique tendra à déterminer plusieurs secteurs géographiques qui devront être dotés à plus ou moins longue échéance d'un équipement complet en organismes de prévention, d'hospitalisation et de postcure.

Pour établir le programme d'organisation, il convient de disposer d'un certain nombre d'éléments sur la situation démographique et économique du département ; ces éléments sont les suivants :

- Carte du département sur laquelle sera indiqué le ou les hôpitaux psychiatriques existants dans la ou les zones qu'ils ont à desservir ;
- Tableau sommaire précisant la répartition de la population du département par arrondissement et dans les principales agglomérations;
- Tableau de la répartition par âge de la population du département ;
- Précisions sur les moyens de communication.

Les grandes voies du réseau routier et ferré seront soulignées sur la carte du département

Toutes indications utiles sur les moyens de communication existant devront être précisées dans une note annexe.

CHAPITRE II. — INVENTAIRE DES RESSOURCES DISPONIBLES ET DES BESOINS A PREVOIR

Considérations générales.

Dans la plupart des cas, le problème immédiat qui apparaît le plus préoccupant est l'encombrement du ou des hôpitaux psychiatriques existants.

A priori, ce problème paraît devoir être aggravé dans l'avenir par l'exécution de travaux de modernisation, à réaliser suivant les directives contenues dans la circulaire séparée concernant le plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens. Ces travaux auront, en effet, pour résultat de réduire d'une façon sensible les possibilités d'encombrement des établissements au-delà de leur capacité réglementaire. Dans certains cas même, à plus ou moins longue échéance, ces réalisations sont susceptibles d'avoir pour résultat, de réduire la capacité réglementaire d'hospitalisation.

C'est pourquoi la construction de lits nouveaux à l'hôpital psychiatrique existant paraît, à première vue, la seule solution permettant de régler les problèmes posés par l'encombrement actuel et à prévoir.

Il n'est pas question de rejeter totalement cette solution *a priori* et dans tous les cas ; mais on ne doit la retenir, dans les conditions précisées au chapitre IV, qu'après une étude approfondie de *tous les problèmes* posés par l'organisation de la lutte contre les maladie» mentales dans le département.

A cet effet, il convient de déterminer avec une approximation suffisante les besoins actuels et à prévoir du département en matière d'hospitalisation des malades mentaux, en tenant compte sur ce point du dispositif qui doit être organisé pour réduire au minimum le nombre des hospitalisations effectuées et leur durée. Ce dispositif exposé ci-dessous a pour but d'intégrer l'établissement psychiatrique dans un ensemble extra-hospitalier assurant le dépistage, les soins I sans hospitalisation et la surveillance de postcure.

SECTION I. — Besoins actuels et à prévoir.

A. — HOSPITALISATION

Il y a lieu d'envisager successivement le problème des enfants et celui des adultes.

1° *Enfants.*

Deux catégories d'enfants ont leur place à l'hôpital psychiatrique, en raison, soit du fait qu'il s'agit de sujets nécessitant la mise en oeuvre de traitements psychiatriques, soit du fait qu'ils relèvent de techniques de rééducation analogues à celles qui sont requises pour le traitement des malades mentaux proprement dits.

- Enfants nécessitant la mise en oeuvre de traitements psychiatriques :

Il est indispensable de créer des services de neuro-psychiatrie infantile, où seront traités en service libre les enfants du département d'implantation atteints de troubles mentaux. Le nombre de sujets à prévoir en ce domaine est relativement réduit, et une bonne organisation de ce service doit permettre une rotation rapide.

C'est dire que l'importance du nombre de lits à prévoir pour ce type de sujets est faible.

- Enfants relevant de techniques de rééducation :

L'hospitalisation des enfants arriérés profonds du département est du rôle de l'hôpital psychiatrique chaque fois qu'une autre solution ne peut être retenue (établissement spécialisé public ou privé, hospice, etc.).

Les types de services d'enfants répondant à la définition de l'I. M. P. (enfants éducatifs et semi éducatifs) doivent, par contre, de préférence, être créés à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique. Cette solution est souhaitable tant pour le sujet lui-même que pour le fonctionnement de l'établissement psychiatrique.

Cependant, dans l'immédiat, la suppression des I. M. P. existant dans le cadre des hôpitaux psychiatriques ne peut être envisagée en raison de l'insuffisance de l'équipement en la matière dans la plupart des départements, à moins que cette suppression ne soit compensée par la création de nouvelles possibilités d'hospitalisation pour les catégories d'enfants intéressées.

De toute manière l'extension de ces I. M. P. ou la création de services de même nature rattachés à des établissements psychiatriques doit être évitée dans toute la mesure du possible. En tout état de cause, l'établissement psychiatrique ne doit desservir que les besoins propres au département dans lequel il est implanté.

2° *Adultes.*

L'étude à effectuer doit tenir compte des éléments suivants :

a) Origine démographique des malades.

Il convient tout d'abord d'étudier l'origine démographique de la population traitée à l'hôpital psychiatrique considéré. Cette étude permettra, dans un certain nombre de cas, de voir que, dans un avenir plus ou moins rapproché, l'effectif de la population hospitalière sera sensiblement réduit.

En effet, l'encombrement de certains établissements tient :

- soit au fait que le ou les départements voisins ont été jusqu'à présent insuffisamment équipés ou même dépourvus de formation spécialisée : c'est le cas de l'hôpital psychiatrique qui est appelé à desservir en totalité ou en partie plusieurs départements, en vertu d'une convention précédemment passée à cet effet, ou d'un accord tacite,

- soit au fait que l'établissement a été appelé précédemment à recevoir par transfert collectif des malades originaires d'autres départements. Un certain nombre de ces malades y restent encore en traitement actuellement, mais il n'est plus prononcé de nouvelles admissions au titre de ces départements.

L'étude entreprise devra faire abstraction de ces malades « étrangers » au département. Il faut rappeler, en effet, que la loi du 30 juin 1838 a fait obligation à chaque département d'assurer l'hospitalisation de ses ressortissants et qu'une collectivité départementale n'a pas à prendre en charge les dépenses entraînées par les travaux d'équipement rendus nécessaires par la présence à l'établissement de malades relevant d'une autre collectivité.

D'ailleurs, dans bien des cas, la mise en service d'hôpitaux psychiatriques en construction ou en cours d'étude permettra d'apporter, dans un délai plus ou moins rapide, la solution à l'encombrement actuel ou à prévoir dans un certain nombre d'hôpitaux psychiatriques existants.

b) Amélioration du « rendement » de l'établissement.

Dans l'étude des besoins tels qu'ils se manifestent actuellement, il conviendra de ne pas perdre de vue que l'aménagement de l'équipement des hôpitaux psychiatriques et le développement des moyens thérapeutiques a pour conséquence, chaque fois que les efforts entrepris en ce sens ont pu être suffisamment poussés, une réduction des durées de séjour et une diminution de la « sédimentation hospitalière ».

C'est ainsi, que, ces dernières années, l'augmentation de la population hospitalisée, que l'on constatait depuis la fin de la dernière guerre, a pu être, dans un certain nombre de cas, freinée d'une façon très nette ; il a même été possible d'obtenir une réduction légère de l'effectif des malades présents, malgré l'augmentation considérable du nombre des admissions enregistrées au cours de ces dernières années. C'est ainsi, pour prendre un exemple, que pour tel hôpital psychiatrique, le tableau comparatif suivant peut être dressé :

	1938	1958
Population présente.....	728	699
Entrées et réintégrations.....	141	781
Sorties définitives	88	715

Dans cet exemple, qui est loin d'être unique, on peut donc relever une réduction légère de la population traitée, alors que le nombre des entrées s'est accru de 450 p. 100 pendant la période considérée cependant que le nombre des sorties était augmenté de plus de 700 p. 100.

c) Vieillards.

Dans la détermination des besoins à satisfaire pour les adultes, une place particulière devra être faite au problème des personnes âgées.

En principe, la place des personnes âgées est à leur foyer et, éventuellement, dans les maisons de retraite.

Ce n'est qu'exceptionnellement lorsqu'elles présentent des troubles mentaux relevant de traitements psychiatriques, qu'elles doivent être adressées à l'hôpital psychiatrique. Dans la plupart des cas, une hospitalisation effectuée dans des conditions satisfaisantes, mettant en œuvre les techniques nécessaires, qui réclament d'ailleurs un personnel relativement important, devrait permettre de rendre la personne âgée à son foyer dans un délai relativement rapide.

En tout état de cause, l'insuffisance de l'équipement du département desservi en matière de maisons de retraite ne peut être la justification de besoins élevés en ce domaine à l'hôpital psychiatrique.

Je vous rappelle, par ailleurs, que, ainsi que je l'ai indiqué par circulaire du 24 mars 1956 concernant l'établissement du deuxième plan d'équipement sanitaire, il n'est pas question de créer des « hospices » psychiatriques pour malades chroniques.

3° Eléments chiffrés.

La norme arrêtée par les experts de l'O. M. S. concernant le chiffre optimum de capacité d'hospitalisation s'établit, pour les pays d'Europe occidentale, à 3 lits pour 1.000 habitants. Ce pourcentage englobe à la fois les besoins concernant les adultes et les enfants relevant de la neuro-psychiatrie infantile.

L'équipement français s'élève, compte tenu des travaux en cours, à 2,1 lits pour 1.000 habitants sur la base d'une population de 45 millions d'habitants. Or, dans un certain nombre de pays voisins du nôtre, l'équipement disponible dépasse largement la norme visée par l'O. M. S.

Cet élément doit donc entrer en ligne de compte pour la détermination de l'équipement optimum dont le département doit être doté.

B. — PRÉVENTION, TRAITEMENTS AMBULATOIRES ET POST-CURE

Les besoins réels en lits d'hospitalisation doivent être corrigés compte tenu des organismes extra-hospitaliers existants ou à créer grâce auxquels on peut, soit éviter l'hospitalisation, soit la réduire au minimum.

Parmi ces moyens, il faut citer :

- le dispensaire d'hygiène mentale ;
- l'hôpital de jour ;
- le foyer de post-cure ;
- les ateliers protégés,

1° Le dispensaire d'hygiène mentale.

Le schéma théorique suivant peut être fourni pour un département d'importance démographique moyenne :

Il est nécessaire de prévoir au chef-lieu un centre d'hygiène mentale doté de locaux propres ; il peut être installé soit dans des locaux indépendants, soit, ce qui paraît préférable, dans un dispensaire polyvalent. Ce centre doit fonctionner au minimum

quatre fois par semaine. Dans bien des départements le dispensaire, situé à l'intersection de deux secteurs, confié à deux équipes médico-sociales distinctes, devra être conçu de telle façon que ces deux équipes puissent y exercer en même temps.

Dans toutes les villes de plus de 20.000 habitants, un dispensaire doté de locaux individuels dans un dispensaire polyvalent est également à prévoir. Suivant l'importance de la zone desservie, le travail en deux équipes doit, le cas échéant, être prévu.

Dans les départements à densité démographique peu importante, certaines agglomérations de plus de 10.000 habitants et même certains gros bourgs représentant des pôles attractifs pour la population environnante doivent être dotés d'un dispensaire d'hygiène mentale ou d'une section spécialisée dans un dispensaire polyvalent.

Enfin, des consultations doivent pouvoir être assurées dans certaines communes suivant une fréquence variable.

2° Hôpital de jour.

Des établissements de ce genre existent depuis longtemps dans certains pays étrangers (Angleterre, Hollande, Etats-Unis).

Deux sont en cours de création dans la région parisienne.

L'hôpital de jour est un organisme de traitement, où les malades sont traités dans la journée, pour regagner leur foyer chaque soir.

Il est possible de mettre en œuvre dans les établissements de ce genre la plupart des thérapeutiques modernes à l'exception de celles (insulinothérapie par exemple) qui nécessitent une hospitalisation complète des sujets.

La création et le fonctionnement d'un hôpital de jour sont relativement peu onéreux puisque les dépenses purement hôtelières sont réduites, en principe, au seul repas de midi et que la permanence du personnel soignant n'est pas à prévoir de jour et de nuit.

Ce type de formation est appelé, tout au moins dans les grosses agglomérations, à rendre des services extrêmement importants. Permettant la mise en œuvre de la psychothérapie, de la chimiothérapie, etc., le traitement en « hôpital de jour », chaque fois qu'il est possible, évite la coupure entre le malade et sa famille et, partant, la désadaptation sociale du sujet.

La création d'établissements de ce type doit donc être envisagée dans toutes les zones à densité démographique importante. Le fonctionnement financier de ces établissements est à prévoir sur la base d'un prix de journée, comme dans un établissement d'hospitalisation.

3° Foyers de post-cure.

Dans trop de cas, la sortie de certains malades se heurte à des difficultés d'ordre médico-social : parfois le malade est dépourvu de famille, parfois le retour du sujet dans un foyer dès sa sortie présente de sérieux inconvénients. Un milieu de transition est alors nécessaire, pour assurer la réadaptation du malade dans les meilleures conditions possibles.

C'est à cette nécessité que répond le foyer de post-cure.

Conçu sous une forme familiale (20 à 30 lits en moyenne), les malades y trouvent la solution aux problèmes de la vie courante (logement et repas). Ils peuvent,

pendant leur séjour au foyer reprendre contact avec leur métier, mais une surveillance médico-sociale est exercée pendant cette période de transition sur leur état de santé.

4° Ateliers protégés.

Il s'agit d'ateliers où les malades, tout en gagnant leur vie, restent 'l sous surveillance médico-sociale. Ce type d'ateliers peut être créé notamment dans le cadre de l'hôpital de jour ou du foyer de post-cure.

Hôpitaux de jour, foyers de post-cure, ateliers protégés sont des réalisations qui tenteront surtout les organisations privées désintéressées agissant en liaison avec les médecins des hôpitaux psychiatriques, dans le domaine de l'hygiène mentale. Mais rien n'empêche les collectivités publiques intéressées d'en poursuivre elles-mêmes la réalisation.

* * *

La mise en place de ces organismes, qui permet de réduire dans une certaine mesure l'importance des besoins en matière d'équipement hospitalier, est peu onéreuse et peut donc, en règle générale être effectuée relativement facilement.

Le programme d'organisation à établir doit donc insister tout particulièrement sur le dispositif extra-hospitalier à mettre en place en ce domaine.

CHAPITRE III. — ORGANISATION DU DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LES MALADIES MENTALES

Les besoins du département en lits et en organismes de prévention, de traitement et de post-cure étant ainsi déterminés, il convient d'étudier l'organisation à prévoir pour cet ensemble.

Ce problème consiste à examiner la place que doit prendre l'établissement psychiatrique existant dans l'organisation départementale de la lutte contre les maladies mentales et à déterminer les répercussions éventuelles que les mesures adoptées entraîneront, tant sur le fonctionnement de l'établissement que sur l'équipement du département en matière de lits pour malades mentaux.

Les buts à atteindre sont les suivants :

1° Entreprendre les soins des malades mentaux à un stade plus précoce, avec de plus grandes chances de succès, et apporter aux anciens malades un appui médico-social efficace leur évitant des récidives. Cette conception entraîne la nécessité de confier à la même équipe médico-sociale la charge du malade en cure hospitalière et an pré et post-cure. Il est, en effet, indispensable que le malade sorti de l'hôpital psychiatrique retrouve au dispensaire, au foyer de postcure, 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 ;

2° Eviter la désadaptation qu'entraîne l'éloignement du malade de son milieu naturel. Il est donc nécessaire que les établissements, qu'il s'agisse de l'hôpital psychiatrique, de l'hôpital de jour ou du foyer de post-cure, soient facilement accessibles pour la population qu'ils desservent.

I. — Organisation générale.

Pour atteindre ces buts, l'établissement psychiatrique doit desservir désormais une aire géographique bien délimitée et proportionnée à son importance, appelée *Secteur*. Dans bien des cas, le secteur desservi par l'établissement psychiatrique sera le département d'implantation, Chaque service ou groupe de services de l'hôpital psychiatrique doit prendre en charge une partie déterminée de ce secteur, que l'on peut appeler « sous-secteur » et qui doit, par ailleurs, être dotée des organismes de traitement, de prévention et de post-cure nécessaires. A titre indicatif, un service de deux cents lits, recevant des malades des deux sexes, comportant son service libre, peut prendre en charge, sur la base de trois lits pour 1.000 habitants fixée par l'Organisation mondiale de la santé, un sous-secteur de 67.000 habitants environ. En fait, les premières années, les populations desservies devront être bien supérieures en nombre, compte tenu du nombre de lits disponibles et de l'insuffisance du nombre de médecins spécialisés.

La notion d'établissement ou de service pour un seul sexe ne peut être maintenue dans ce cadre. Les médecins-chefs devront se voir confier un service leur permettant de recevoir les malades des deux sexes qu'ils auront dépistés au dispensaire et qu'ils auront à suivre en post-cure, dans les divers organismes créés (foyers de post-cure, etc.).

Une telle organisation ne soulève aucun problème de principe. Seules des contingences locales peuvent s'opposer à cette modification ou la retarder. Cette question ne devra pas être perdue de vue, de façon à ce que, chaque fois que cela s'avérera possible et, notamment, à l'occasion d'une redistribution des services, rendue nécessaire par l'arrivée d'un nouveau médecin-chef, elle trouve une solution conforme aux présentes instructions.

Dans le cas où, dans l'immédiat, cette solution ne peut être retenue, une liaison étroite devra être assurée entre les deux médecins-chefs qui seront appelés à effectuer des consultations dans le même sous-secteur.

Dans cette organisation, le médecin du service d'hospitalisation qui assure les consultations d'hygiène mentale et prend en charge des organismes extrahospitaliers visés au chapitre II, travaille également en équipe avec le personnel propre au service (assistantes sociales, psychologues, secrétaires, etc.). La caractéristique de la politique de secteur est que chaque membre de l'équipe extra ou intrahospitalière a des contacts quasi journaliers avec tous les autres.

Ainsi est réalisée de la façon la plus satisfaisante la continuité des soins ; chaque fois que cela est possible, l'hospitalisation ou la réhospitalisation est évitée ; l'insertion ou la réinsertion du malade est faite dans les meilleures conditions, grâce à la connaissance que l'équipe médico-sociale a pu acquérir, non seulement du malade, mais encore du milieu économique et social du secteur et, notamment, des ressources de logement et des diverses possibilités d'emploi qu'il offre.

II. — Cas particuliers.

Dans certains cas, il a été créé dans le département un poste de psychiatre départemental, chargé des dispensaires d'hygiène mentale. Parfois également, un service de neuropsychiatrie fonctionne dans un centre hospitalier. Enfin, dans certains départements, il a été fait appel à des médecins de clientèle privée pour assurer certaines consultations d'hygiène mentale

Il convient d'intégrer ces activités dans l'organisation de secteur qui doit être mise en place, compte tenu des remarques ci-après :

a) *Psychiatre départemental.*

Dans la plupart des cas, ces postes ont été créés dans des départements dépourvus d'hôpitaux psychiatriques et pour pallier provisoirement, dans une certaine mesure, cette absence d'équipement spécialisé.

Lors de la création de l'établissement, il convient d'examiner si le maintien du poste est nécessaire, compte tenu du nombre de médecins affectés à l'hôpital psychiatrique.

Dans le cas d'un département d'importance démographique moyenne, qui sera doté d'un équipement satisfaisant en lits pour malades mentaux et en personnel médical, le maintien du poste en tant que psychiatre départemental ne sera pas envisagé, les praticiens attachés à l'établissement pouvant assurer, dans le cadre défini ci-dessus, le fonctionnement des consultations d'hygiène mentale.

Dans le cas de départements importants par leur densité démographique ou lorsque la création du poste de psychiatre départemental sera intervenue ou est envisagée pour pallier certaines contingences locales, deux cas seront à distinguer :

La création du poste a été rendue nécessaire par le besoin d'intensifier les consultations pour adultes :

Premier cas : il est indispensable que l'activité du titulaire du poste s'intègre dans l'organisation de « secteur » précédemment définie. Il doit donc d'abord être chargé d'un service d'adultes à l'hôpital psychiatrique et assurer les consultations du secteur correspondant à l'importance de son service,

Il sera chargé, en plus, de certaines tâches extra-hospitalières dans le cadre de la lutte contre les maladies mentales sur le plan départemental (consultations anti-alcooliques, consultations d'hygiène mentale proprement dites, etc.). Ces tâches devront s'intégrer dans la politique générale du secteur. Compte tenu de ce surcroît d'attributions, le service dont il sera chargé dans le cadre de l'hôpital psychiatrique et dans son prolongement extra-hospitalier pourra être réduit par rapport à celui confié à ses collègues de l'établissement.

Deuxième cas. — Le psychiatre départemental est essentiellement chargé de consultations pour enfants :

L'intéressé doit alors, parallèlement, être chargé d'un ou plusieurs établissements pour enfants inadaptés du département et notamment du ou des services d'enfants entrant dans les catégories visées au chapitre II, existant éventuellement à l'hôpital psychiatrique,

Son activité en consultations d'hygiène mentale pour adultes, dans le cas où elle resterait nécessaire, devra s'intégrer dans le travail confié à un des médecins chefs de l'hôpital psychiatrique.

b) *Service de neuro-psychiatrie.*

(Bien entendu, les services de cliniques des villes de faculté, qui doivent assumer un rôle très particulier, ne sont pas visées par les directives qui suivent.)

Il convient d'examiner dans chaque cas la possibilité d'harmoniser l'activité du service de neuro-psychiatrie avec l'activité de secteur organisée à partir des services de l'hôpital psychiatrique.

Certes, le service hospitalier de neuro-psychiatrie ne pourra pas, dans certains cas, assurer le traitement de tous les malades mentaux d'un secteur déterminé. Il convient donc d'étudier une formule souple qui permette, en confiant à ce service des fonctions particulières pour le traitement hospitalier de certains malades dans un secteur donné, de faire participer le chef de ce service aux tâches extra-hospitalières de ce même secteur en étroite liaison avec le médecin de l'hôpital psychiatrique qui recevra des malades de même origine démographique qui ne pourraient être traités, en raison de l'importance de leurs troubles, dans le service de neuropsychiatrie. Cette conception s'oppose donc d'une façon absolue au fonctionnement du service de neuro-psychiatrie en service de triage.

Dans tous les cas où il existe, dans le département, un service hospitalier de neuro-psychiatrie et un hôpital psychiatrique, le directeur départemental de la santé devra se pencher tout particulièrement sur le problème de la coordination entre ces deux services, dans l'esprit des indications qui précèdent.

c) Médecins de clientèle privée.

Compte tenu de l'insuffisance numérique du personnel médical de l'hôpital psychiatrique du département, susceptible d'effectuer des consultations d'hygiène mentale, il a été parfois fait appel à des médecins de clientèle privée pour assurer des dispensaires.

Cette activité doit, de la même façon, être intégrée dans le travail confié aux équipes desservant chaque secteur du département.

CHAPITRE IV. — SOLUTIONS PRATIQUES ET MODALITES D'ETABLISSEMENT DU PROGRAMME

I. — Solutions pratiques.

L'étude effectuée pour déterminer, dans le cadre de l'organisation du secteur à prévoir, l'équipement optimum en lits et en organismes divers de prévention, de traitement et de postcure fera apparaître la nécessité de la création de nouveaux dispensaires, de foyers de postcure, d'hôpitaux de jour, et permettra par ailleurs de déterminer le nombre de lits d'hospitalisation dont le département doit disposer.

a) Organismes extra-hospitaliers.

Aucun département ne peut se considérer comme étant dans une situation satisfaisante à cet égard ; partout ces organismes doivent être développés, ou même créés de toutes pièces.

Même dans les départements où le problème de l'hospitalisation des malades semble devoir être prochainement résolu (par exemple par la construction d'un hôpital psychiatrique neuf, ou par le rapatriement devenu possible des malades étrangers au département hospitalisés jusqu'alors à l'hôpital psychiatrique) le problème de la mise en place d'un dispositif extra-hospitalier satisfaisant reste encore entier.

Ce n'est qu'au prix de la création de ce dispositif que l'hôpital psychiatrique pourra éviter un encombrement progressif. Il ne faut pas perdre de vue que la plupart des malades mentaux posent des problèmes médico-sociaux importants qui ne sont pas réglés par l'hospitalisation, et même que l'hospitalisation rend plus aigus encore. L'absence du dispositif extra-hospitalier nécessaire, soit en interdisant, soit même simplement en retardant la sortie de ces malades, entraînerait inéluctablement à plus ou moins brève échéance une surpopulation de l'hôpital psychiatrique, annihilant ainsi les efforts faits par la collectivité.

J'insiste sur le fait que la mise en place des organismes extrahospitaliers ci-dessus énumérés, en liaison avec les services d'hospitalisation, est un élément très important de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales ; tant que ces organismes n'existent pas, les soins dispensés par l'hôpital ne peuvent être qu'in-complets.

b) *Equipement en lits.*

Il est bien évident que, sur le plan général, malgré la mise fin place des organismes de pré et postcure et l'accélération du « rendement » des hôpitaux psychiatriques, le nombre de lits dont notre ' pays dispose pour l'hospitalisation des malades mentaux est très insuffisant. Dans bien des départements, le hiatus restera marqué entre la population hospitalisée à prévoir et le nombre de lits modernisés dont l'hôpital psychiatrique disposera.

En règle générale, la meilleure solution consistera à construire ces lits nouveaux non par extension de l'établissement existant, mais par création d'une nouvelle formation spécialisée à un autre pôle démographique du département, soit sous la forme d'un hôpital psychiatrique départemental, voire privé faisant fonction de public, si le nombre de lits nécessaires est égal ou supérieur à 300, soit sous la forme d'un quartier psychiatrique rattaché à un hôpital général si ce nombre est inférieur à 300, et dans la mesure où la structure de l'hôpital s'y prête. Cette dernière formule présente à la fois l'intérêt d'être relativement économique en ce qui concerne la construction et de faciliter le « quadrillage » souhaitable à l'organisation de la politique de secteur.

Lorsqu'on s'orientera vers la création d'un quartier psychiatrique ne comportant qu'un nombre de lits restreint, il ne faudra pas perdre de vue que cet organisme devra être mis en mesure de traiter la totalité des malades mentaux du secteur qu'il desservira et non pas seulement une certaine catégorie d'entre eux ; autrement dit, la formule des services d' « aigus » rattachés à un hôpital général déversant leurs « chroniques » sur l'hôpital psychiatrique départemental est à proscrire.

Ce n'est qu'après l'étude de cette organisation future des soins aux malades mentaux dans le cadre du département que l'on pourra déterminer la capacité réglementaire vers laquelle tendra l'hôpital psychiatrique existant à travers la réalisation de son plan directeur de modernisation.

Dans certains cas, la construction de nouveaux pavillons à l'hôpital psychiatrique existant sera envisagée pour assurer le « volant » nécessaire à la modernisation des pavillons anciens. Ces réalisations ne pourront être envisagées qu'avec prudence, et seulement dans la mesure où elles ne risquent pas de gêner la réorganisation de l'équipement psychiatrique du département.

II. — Modalités d'établissement du programme.

Le programme d'équipement et d'organisation du département, fixant les buts à atteindre pour doter le département d'un dispositif extra et intra-hospitalier suffisant sera établi, suivant le cas, dans les conditions suivantes :

a) *Département pourvu d'un ou plusieurs hôpitaux psychiatriques.*

Ce programme sera proposé par les médecins chefs de service. Il sera établi par le directeur départemental de la santé, assurant la coordination entre les différents points de vue exprimés.

b) *Département dépourvu de tout équipement psychiatrique et doté d'un psychiatre départemental.*

Le programme sera proposé par le psychiatre départemental. Il sera établi par le directeur départemental de la santé.

c) *Département dépourvu d'hôpital psychiatrique et ne comportant pas un poste de psychiatre départemental.*

Le programme sera établi par le directeur départemental de la santé.

Dans les trois cas visés ci-dessus le programme devra, bien entendu, être arrêté par le préfet et adopté par le conseil général.

Aux termes de cette procédure, il me sera soumis pour approbation par les soins de l'autorité préfectorale, accompagné des renseignements visés au chapitre I^{er}.

Mes services sont à votre disposition, dans le cas où des problèmes particuliers seraient à régler, pour vous donner tous les conseils qui vous seraient utiles pour l'établissement de ce programme, préalablement à sa présentation devant le conseil général.

Au moment où l'importance prise par les maladies mentales parmi les fléaux sociaux apparaît chaque jour plus préoccupante, j'appelle tout particulièrement votre attention sur l'intérêt qui s'attache à ce que l'étude qui est demandée soit effectuée dans le plus court délai possible.

Le ministre de la santé publique,
CHENOT.

3. Résolutions adoptées par la Société de L'Évolution Psychiatrique en conclusion des Journées Psychiatriques du Livre Blanc de la Psychiatrie Française, 1965-1967

Reproduit d'après : "Conclusions du Livre Blanc de la Psychiatrie Française", Livre Blanc de la Psychiatrie Française. Tome 3, Toulouse, Edouard Privat, 1968, pp. 143-164. Ne sont reproduites que les motions proprement dites, à l'exclusion des commentaires les accompagnant.

« [...]

MOTIONS GÉNÉRALES

§ I. Les besoins nationaux en psychiatres. Nécessité de stimuler les vocations psychiatriques

[...]

Motion 1. L'Évolution Psychiatrique attire l'attention des Pouvoirs publics sur l'urgente nécessité de former dans les années qui viennent au moins 400 psychiatres par an, afin d'atteindre rapidement le nombre de 4000 psychiatres, effectif minimum pour répondre à l'évolution d'une demande psychiatrique régulièrement croissante.

[...]

Motion 2. L'Évolution Psychiatrique demande à M. le Ministre de l'Éducation Nationale de ne pas écarter des Facultés de Médecine, par l'exigence d'un baccalauréat trop exclusivement scientifique, des sujets qui ont montré de bonnes aptitudes à la culture classique, aux sciences humaines et à la philosophie

[...]

Motion 3. L'Évolution Psychiatrique demande à M. le Ministre de l'Éducation Nationale que soit institué au cours des études médicales un apprentissage psychologique des relations humaines, car la pratique de la relation médecin-malade constitue une forme fondamentale de l'exercice de la médecine.

§ II. La spécificité de la psychiatrie dans la médecine

[...]

Motion 4. L'Évolution Psychiatrique demande aux Pouvoirs publics de réformer, dans les études de médecine, l'enseignement de la psychiatrie actuellement dérisoire, afin que tout praticien soit préparé à une de ses tâches fondamentales (dépistage et compréhension de la maladie mentale, coopération à son traitement).

1. spécificité de la formation des Psychiatres.

[...]

Motion 5. L'Évolution Psychiatrique, qui avait déjà pris position en 1947 contre l'unification de la Neurologie et de la Psychiatrie en une seule spécialité, émet le vœu (conforme à ceux de l'O.M.S. et de l'Association Mondiale de Psychiatrie) que la Psychiatrie soit reconnue comme une discipline médicale autonome.

[...]

Motion 6. L'Évolution Psychiatrique émet le vœu que la formation du spécialiste en Psychiatrie : 1. dure quatre ans. 2. soit essentiellement clinique (c'est-à-dire exige des fonctions de responsabilité médicale) pendant toute la durée ou la plus grande partie de la durée de la spécialisation. 3. comporte un enseignement général de la Psychiatrie, un enseignement spécial de la Biologie et de la pathologie générale dans ses applications à la Psychiatrie, une formation personnelle et contrôlée aux méthodes psychothérapeutiques et une connaissance approfondie de la psychiatrie sociale. 4. soit sanctionnée par un titre de qualification unique.

[...]

Motion 7. L'Évolution Psychiatrique dénonce avec vigueur les insuffisances et les incohérences de l'enseignement actuel de la « spécialité neuro-psychiatrique » tel qu'il est actuellement pratiqué et réglementé dans le cadre du CES.

[...]

Motion 8. L'Évolution Psychiatrique estime souhaitable que soit prévue une possibilité pour les psychiatres d'ajouter à leur spécialisation une formation supplémentaire dans certains domaines de leur discipline.

[...]

Motion 9. L'Évolution Psychiatrique met en garde contre toute division du champ et de l'exercice de la Psychiatrie qui risque de créer, à sa base, des cloisonnements dans la profession et d'aboutir parfois à ce que des cas psychiatriques ne sont plus assumés par des psychiatres. Tout psychiatre doit avoir une formation commune de base capable de lui permettre de pouvoir faire face à tous les aspects de la pratique psychiatrique.

[...]

Motion 10. L'Évolution Psychiatrique souhaite que la collaboration entre psychiatres publics et privés ne soit gênée par aucune entrave, mais qu'elle soit au contraire facilitée car elle porte bénéfice tant au traitement des malades qu'à la poursuite continue de la formation des psychiatres.

2. Spécificité de l'organisation des Services Publics de Psychiatrie

[...]

Motion 11. L'Évolution Psychiatrique approuve la politique de secteur des Services psychiatriques publics telle qu'elle a été définie par le Ministère des Affaires Sociales. Elle la considère comme de nature à régler les difficultés qui ont traditionnellement opposé dans l'exercice de la psychiatrie publique les hôpitaux psychiatriques aux hôpitaux généraux, et à permettre, au bénéfice des malades, une collaboration de la Psychiatrie publique et de la Psychiatrie privée.

[...]

Motion 12. L'Évolution Psychiatrique est favorable à une harmonisation des structures hospitalières qui garantissent aux services publics de psychiatrie leur place dans l'ensemble de l'organisation hospitalière.

3. Exigences spécifiques de l'enseignement de la Psychiatrie.

[...]

Motion 13. L'Évolution Psychiatrique émet le vœu que l'enseignement de la Psychiatrie soit profondément révisé ; que tous les psychiatres et tous les organismes psychiatriques puissent participer officiellement aux responsabilités de

l'enseignement et non pas seulement ceux, - trop peu nombreux – qui sont issus des filières universitaires.

§ III. Réforme de l'appareil juridico-administratif.

[...]

Motion 14. L'Évolution Psychiatrique prend acte de la désuétude de la loi du 30 juin 1838 qui reflète une conception périmée de la maladie mentale et n'est plus adaptée aux situations concrètes qui résultent des progrès de la psychiatrie

Elle met en garde les Pouvoirs publics contre le danger d'une nouvelle législation qui spécifierait comme tels les malades mentaux ou certaines catégories d'entre eux, et qui, par sa rigidité, serait menacée d'être rapidement périmée par les progrès de la psychiatrie.

Elle suggère de régler les divers problèmes posés par les malades mentaux dans le cadre de dispositions générales de droit commun comme ils viennent de le faire dans le cadre du Code civil pour la défense de leur biens.

Concernant la protection de la personne, l'Évolution Psychiatrique demande aux Pouvoirs publics de prendre conscience de la part croissante prise par les services libres et les organismes extra-hospitaliers dans les soins et l'assistance aux malades mentaux : les progrès de la psychiatrie permettant de plus en plus souvent d'obtenir le consentement et la participation des malades à leur traitement.

Elle demande que soit recherchée une réglementation de l'acte médical souple et respectueuse de l'éthique de notre profession lorsque celui-ci – quel que soit le lieu où il est pratiqué – exige, dans l'intérêt du malade ou pour la protection des tiers, des soins ou une claustration que le malade refuse.

Enfin l'Évolution Psychiatrique souligne que la protection de la santé mentale et la défense de la société contre la gêne et les dangers qui peuvent résulter des malades mentaux sont d'abord liées au développement des moyens de prévention, de soins et de réadaptation, et ne peuvent être valablement assurées par la ségrégation, de telle sorte que le texte le plus nécessaire est celui qui, définissant clairement les objectifs à atteindre, mettra en place les moyens extrahospitaliers aussi bien qu'hospitaliers qui sont aujourd'hui nécessaires pour entreprendre la lutte contre ce fléau social majeur que constituent les maladies mentales.

MOTIONS CONCERNANT DES MESURES PARTICULIÈRES ET D'APPLICATION URGENTE.

[...]

Motion 15. Pour que les mesures qui font l'objet des motions suivantes soient réalisables, il faut que d'abord et nécessairement soient séparées la neurologie et la psychiatrie dans la formation des psychiatres et leur qualification.

I. Problème de la Qualification

[...]

Motion 16. L'Évolution Psychiatrique demande au Conseil de l'Ordre des Médecins d'établir des Commissions de Qualification en psychiatrie qui pourront, en attendant la création d'un enseignement de la spécialité, entièrement à reprendre, examiner la situation des candidats à la spécialité de Psychiatrie et juger de leur

qualification. Ces Commissions, régionales et nationale, devront être composées de « neuro-psychiatres » exerçant exclusivement la spécialité psychiatrique.

II. Problème des Services publics

[...]

Motion 17. L'Évolution Psychiatrique appuie la revendication des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques en faveur du statut des Médecins des Hôpitaux de 2^e catégorie (1^{er} groupe). Cette mesure est indispensable à la réforme de l'hospitalisation psychiatrique

[...]

Motion 18. L'Évolution Psychiatrique émet le vœu que les psychiatres privés qui souhaiteraient y collaborer soient attirés vers les Services publics et puissent notamment y bénéficier d'une revalorisation de leurs activités à temps partiel.

III. Projet de réforme de la Loi de 1838

[...]

Motion 19. L'Évolution Psychiatrique attire l'attention sur le danger de mesures qui alourdiraient les procédures d'installation, de modification ou de levée des divers régimes de protection, afin que celles-ci puissent répondre à l'évolution même de la maladie. Elle réaffirme son attachement au principe d'indépendance entre le régime de protection des biens et les modalités du traitement ou les mesures prises pour la défense de la personne. Ce principe doit être respecté, et les malades internés dans les hôpitaux psychiatriques ne doivent pas, de ce seul fait, être placés sous sauvegarde de justice.

IV. Formation psychologique et psychiatrique des Médecins.

[...]

Motion 20. L'Évolution Psychiatrique demande que parmi les dispenses du certificat préparatoire aux études médicales figurent, à côté des titres et diplômes relevant des sciences exactes et expérimentales, des titres et diplômes relevant des sciences humaines.

Motion 21. L'Évolution Psychiatrique demande que la Psychologie médicale soit dès maintenant orientée vers son principal objet : l'apprentissage de la relation entre médecin et malade, et d'étendre cette initiation à toutes les années de médecine.

Motion 22. L'Évolution Psychiatrique dénonce la carence de l'enseignement psychiatrique dans la formation du médecin, carence aggravé par les dispositions de la réforme des études médicales qui dispensent un nombre croissant d'étudiants et parmi eux les meilleurs (externes et internes), de tout contact avec la Psychiatrie – elle demande une révision de l'enseignement permettant à tous les étudiants d'être formés aux tâches psychiatriques qui les attendent.

V. Internat.

[...]

Motion 23. L'Évolution Psychiatrique demande : 1. que tout candidat à une qualification psychiatrique ne puisse obtenir celle-ci qu'après l'exercice de fonctions de responsabilités cliniques et thérapeutiques suffisamment diversifiées et d'une durée minimum de trois ans dans un service de Psychiatrie, et après l'exercice des mêmes fonctions pendant une durée de un an en

Médecine interne ou en Neurologie. 2. que les internes des Hôpitaux Psychiatriques puissent accéder pendant un an à des fonctions d'interne dans des services habilités de Médecine interne ou de Neurologie. 3. que les internes des Hôpitaux généraux aient la possibilité d'accéder aux fonctions d'interne dans les services habilités des Hôpitaux psychiatriques. 4. que les candidats de l'actuel CES (tant qu'il sera maintenu) aient la possibilité d'exercer des fonctions de responsabilité dans les Hôpitaux psychiatriques (mesure pratiquée déjà dans les Facultés de province mais qui n'est pas appliquée dans le ressort de la Faculté de Paris, dont dépend la formation de plus de la moitié des spécialistes de la France), et que, dès maintenant, les candidats à la qualification soient jugés non seulement sur leurs connaissances théoriques mais, au moins pour partie égale, sur leurs aptitudes cliniques et thérapeutiques.

VI. Enseignement.

[...]

Motion 24. L'Évolution Psychiatrique demande que soit accordée une qualification enseignante à des médecins non exclusivement issus des CHU. En particulier, elle demande pour les internes de certains hôpitaux psychiatriques – comme ceux de la Seine – le maintien de la possibilité d'être nommés Chefs de clinique à la Faculté, possibilité traditionnellement consacrée à Paris depuis 1879, date de la fondation de la Chaire des Maladies Mentales à la Faculté de Médecine de Paris.

L'Évolution Psychiatrique demande qu'ils puissent accéder aux postes d'enseignement des médecins issus du cadre des Médecins des hôpitaux psychiatriques et des psychiatres exerçant en clientèle privée particulièrement notoires ; étant bien entendu que les Corps de ces médecins représentent – ou médecins des H.P., ou médecins privés – devront participer aux jurys des examens et concours et aux Commissions de qualification.

[...]

Motion 25. L'Évolution Psychiatrique demande que dans chaque région universitaire soient consultés tous les psychiatres pour dresser l'inventaire de toutes les possibilités de formation en Psychiatrie et les utiliser au plus tôt.

[...]

Motion 26. L'Évolution Psychiatrique demande que la qualification enseignante soit acquise après une durée suffisante pour juger de l'expérience pratique et des aptitudes à l'enseignement.

[...]

Motion 27. L'Évolution Psychiatrique estime que la qualification enseignante doit être acquise après une durée suffisante pour juger de l'expérience pratique et des aptitudes à l'enseignement, et juge néfaste l'obligation faite pour accéder à l'enseignement de la psychiatrie de passer par un concours d'internat national trop précoce.

VOIES ET MOYENS D'ACTION

[...]

Motion 28. L'Évolution Psychiatrique en portant à la connaissance du Gouvernement les conclusions de trois ans de travaux qui ont abouti à la publication du « Livre Blanc de la Psychiatrie Française », appelle son attention sur la nécessité de

consulter les représentants de tous les psychiatres et non pas seulement certains groupements particuliers. Les réformes de structures ou les mesures recommandées en conclusion du « Livre Blanc » ne peuvent être appliquées et obtenir leur plein effet qu'avec le concours de ceux qui ont pris l'initiative de les proposer, mais aussi avec le concours de ceux qui désireront s'y rallier.

[...]

Motion 29. L'Évolution Psychiatrique demande l'institution d'une Commission chargée de définir les voies et moyens des transformations proposées en conclusion du « Livre Blanc » et d'en déterminer l'ordre d'urgence. Cette Commission devra comporter des représentants de toutes les catégories de psychiatres, universitaires, psychiatres des Hôpitaux Généraux, médecins des H.P., médecins privés, représentants des internes des Hôpitaux Généraux et des Hôpitaux Psychiatriques. »

ANNEXE 2. CHRONOLOGIE DE LA RÉFORME DES HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES EN FRANCE, 1838- 1977

Date	Etat et Société	Psychiatrie
30 juin 1838	Loi sur les aliénés	
1852		Création de la Société Médico-Psychologique.
1857		B.-A. Morel <i>Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine</i>
1861	Rapport de la commission chargée d'étudier les améliorations et les réformes à opérer dans le service des aliénés du département de la Seine	
1864-65		Discussions à la Société Médico-Psychologique sur les colonies familiales
années 1860	Première grande vague de critique des aliénistes et des asiles	
1867	Ouverture de l'asile de Sainte Anne à Paris. Valentin Magnan nommé médecin chef du service de l'admission.	
1870	Première proposition de réforme de la loi de 1838, déposée par les députés Gambetta et Magnin au Corps législatif	
25 juillet 1872	Projet des députés Roussel, Jozon, et Desjardins à la Chambre	
1881-1882	Formation d'une commission extraparlamentaire sous la présidence du ministre de l'intérieur chargée d'étudier les réformes que peut comporter la législation sur les aliénés. Aboutit à une proposition déposée par le ministre en novembre 1882	
20 mai 1884	Rapport Roussel sur la proposition gouvernementale au Sénat. Séance du 20 mai 1884	
1886-1887	Délibération et adoption au Sénat du projet Roussel	
1887-1897		Valentin Magnan : <i>Leçons cliniques sur les maladies mentales</i>
1888	Création du concours du médicament des asiles	
1889		Congrès international de médecine mentale de Paris

1889	Création du Conseil Supérieur de l'Assistance Publique (CSAP)	
1890		Création du congrès annuel de médecine mentale, devenu en 1892 congrès des médecins aliénistes et neurologistes des pays de langue française
1890-1892	Rapports des députés Bourneville puis Reinach et Laffont à la Chambre dans la suite du projet adopté au Sénat	
1891	Examen de la proposition Reinach au CSAP	
1892-1897	Création des colonies familiales de Dun-sur-Auron et d'Ainay-le-Château, à l'instigation d'Auguste Marie	
1898-1899	Proposition et rapport Dubief à la Chambre, reprenant la proposition Reinach-Laffont	
1900		Congrès mondial de médecine à Paris. Magnan, président de la section de psychiatrie fait adopter un vœu tendant à généraliser l'usage de l'alitement dans les asiles
1901	Proposition du député Charles Bernard à la Chambre proposant une nouvelle procédure d'internement. Non rapportée	
1902-1903	Nouvelle proposition et rapport Dubief	
1902	Rapport de Maurice Legrain au CSAP sur la convalescence des aliénés	
1903	Paul Sérieux. Rapport sur l'assistance aux aliénés en France, en Italie et en Suisse	
1907		Création de l'Association Amicale des Médecins Aliénistes
1907	Discussion et vote de la proposition Dubief à la Chambre	
1908		Créations simultanées à Paris de la Société de psychiatrie et de la Société clinique de médecine mentale.
1910	Décret organisant le cadre des médecins des asiles	
1911-1913	Le projet Dubief est discuté au sénat sur des rapports des sénateurs Gérente puis Strauss, et est finalement voté sous une forme modifiée	
1913	Consultation des sociétés savantes de médecine mentale sur la proposition Strauss et controverse Ballet Strauss à l'Académie de médecine	
1917		Découverte de la malariathérapie dans le traitement de la paralysie générale
1920	Création du Ministère de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociale	
1920	Création de la Ligue d'Hygiène Mentale	

1921	Dépôt à la Chambre de la proposition de réforme de la loi de 1838 des députés Grinda, Désarnaulds, Ajam, Hermabessière. Non rapportée	
1922		Création du Service Libre de Prophylaxie Mentale d'Edouard Toulouse à Sainte Anne, à Paris et discussions sur les « petits mentaux »
1923	Projet de loi sur les services libres du Conseil Supérieur de l'Assistance Publique ; consultation des sociétés savantes sur le projet	
1923	Julien Raynier : L'assistance aux aliénés. Rapport de l'inspection générale des services administratif	
1924	Dépôt par Paul Strauss, ministre de l'hygiène, d'une nouvelle proposition de réforme de la loi de 1838 au Sénat	
1925		Création de l'Evolution psychiatrique
1926		Création de la Société psychanalytique de Paris
1928	Dépôt de deux propositions de loi à la Chambre, l'une tendant à abroger la loi de 1838 et à organiser l'assistance aux maladies mentales, l'autre ayant pour but la création de services départementaux d'hospitalisation libre des psychopathes curables, présentés par les députés Lafont, Fié et 98 collègues. Seule la seconde est rapportée	
1928-1932	Examen de la proposition Strauss au Sénat. Consultations de Toulouse et de l'Amicale des Aliénistes	
1932		Découverte de la technique du choc insulinique par Sakel
1935	Proposition Léculier à la Chambre, portant modification partielle de la loi de 1838. Non rapportée	
1937	Rapport Haye Lauzier sur « l'assistance et la prophylaxie mentale, bases de l'assistance psychiatrique » au CSAP. Circulaire du 13 octobre 1937 relative à l'organisation de l'assistance aux malades mentaux dans le cadre départemental	
13 octobre 1937	Circulaire relative à l'organisation de l'assistance aux malades mentaux dans le cadre départemental	
1938		Découverte de la technique de l'électrochoc
7 décembre 1938	Circulaire relative à l'application de la loi de 1838, sur le placement volontaire gratuit	
1939	Dépôt par le ministre de la santé, Marc Rucart, et adoption à la Chambre d'une proposition de loi portant révision de la loi de 1838	
1941	Création de la section d'hygiène mentale de l'Office Public d'Hygiène Sociale de la Seine	
1941	Loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices	

1942		Balvet: "asile et hôpital psychiatrique, l'expérience d'un hôpital rural", congrès de psychiatrie Montpellier
1944		Création de la commission psychiatrie de l'Union des Médecins Français
1945	Ordonnance relative à l'organisation de la santé publique, crée l'administration décentralisée de la santé	
24-28 mars 1945		1ères Journées psychiatriques nationales
De mars à l'automne 1945	Projet de réforme des jeunes psychiatres, proposé au ministère et mis en échec	
9 juillet 1945		Création du Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques (SPH), qui se substitue à l'Amicale des Aliénistes. Edite <i>l'Information Psychiatrique</i>
Juillet 1946		Congrès de psychiatrie de Genève et Lausanne, Daumézon et Bonnafé: "Perspectives de réforme psychiatrique en France depuis la Libération"
28-30 septembre 1946		Journées de Bonneval: "Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses"
1947		Recréation de la Société de l'Evolution Psychiatrique
janvier 1947	Projet Ey-Gallot pour la qualification des médecins des hôpitaux psychiatriques	
27-28 janvier 1947		
	2ème Journées Psychiatriques Nationales ; l'hôpital village politique officielle du secteur	
2 mai 1947	Création de la Commission d'étude des problèmes de santé mentale, qui devient en 1949 la Commission des Maladies Mentales du Conseil Permanent d'Hygiène Sociale	
1947		Paul Sivadon: "l'Assistance extrahospitalière", Annales Médico-Psychologiques
1948	Création de la direction de l'hygiène sociale au Ministère de la Santé	
1948		Numéro spécial de l'Evolution psychiatrique "psychiatrie sociale". Daumézon: Les fondements de la psychothérapie collective. Bonnafé: "le personnage du psychiatre"
1948	Création des Centres de Traitement et de Réadaptation Sociale de Ville-Evrard, Villejuif, Bonneval	
Juillet 1948		Congrès international d'Hygiène Mentale de Londres. Controverse sur la psychiatrie sociale
1949-1974	Rapports des Comité d'experts de la santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé	
30 mars 1949	Arrêté créant un diplôme de neuropsychiatrie, qui deviendra en octobre le Certificat d'Etudes Spéciales de Neuropsychiatrie	

1950	Numéro spécial de la revue <i>Esprit</i> , "Médecine, quatrième pouvoir"	
1951-1958		Parution de la revue <i>la Raison</i> sous la direction de Louis Le Guillant puis Lucien Bonnafé, relais du pavlovisme en France
1951		Symposium sur la psychothérapie collective à Bonneval
1952	Numéro spécial d' <i>Esprit</i> , "Misère de la psychiatrie"	
1952		Découverte de la chlorpromazine, premier neuroleptique
1953-1957	Premier plan d'équipement sanitaire et social dans le cadre du 2ème plan	
1953	Création d'aires de recrutement et de consultations de post-cure dans la Seine	
juin 1954	Rapport préliminaire à la présentation de nouveaux textes propres à assurer un fonctionnement satisfaisant aux hôpitaux psychiatriques à la Commission des Maladies Mentales	
20 mai 1955	Décret rendant obligatoire le financement des consultations des dispensaires d'hygiène mentale	
novembre 1955	Rapport sur l'équipement psychiatrique d'un territoire dépourvu de toute formation spécialisée à la Commission des Maladies Mentales	
1956	Fusion des directions de l'Hygiène sociale et de l'Hygiène publique dans un unique direction générale de la Santé	
1957-1959		Réunions du "groupe de Sèvres".
1958-1960	Réforme hospitalo-universitaire Debré créant les CHU et réformant le dispositif hospitalier ; discussions sur la place de la psychiatrie dans le dispositif	
1958	Création de l'Association de Santé Mentale du Treizième Arrondissement de Paris	
octobre 1959	Note sur le service territorial unifié de protection de la santé mentale	
15 mars 1960	Circulaires sur le secteur et sur le plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens	
1963	Création d'une commission de révision de la loi de 1838 sous l'impulsion du Ministère de la Justice	
27 août 1963	Circulaire 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	
1964	Départ d'Eugène Aujaleu de la direction générale de la Santé publique au ministère de la Santé	
1964		Le Guillant, Bonnafé, Mignot: "Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques", Congrès de Psychiatrie
1965-1967		Journées du Livre Blanc de la psychiatrie Française
1965		Premiers neuroleptiques-retard en France
novembre 1967		Création du Syndicat des psychiatres français
3 janvier 1968	Loi 68-5 03/01/1968 portant réforme du droit des incapables majeurs	

31 juillet 1968	L'article 25 de la loi n°68-690 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier accorde aux hôpitaux psychiatriques le statut d'établissement hospitalier 2e catégorie.	
30 décembre 1968	Création du certificat d'études spéciales en psychiatrie	
11 mars 1970	Publication du décret portant statut des médecins des hôpitaux psychiatriques, qui le conditionne à l'engagement dans une pratique de secteur	
31 décembre 1970	Loi n° 70-1318 portant réforme hospitalière: crée le service public hospitalier et institue notamment une carte sanitaire	
mars- décembre 1972	Arrêté et nouvelles circulaires sur le secteur, instituant un règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies et un Conseil départemental de secteur	
1974		Création du Syndicat national des psychiatres privés
30 juin 1975	loi n° 75-534 d'orientation en faveur des handicapés	
1977		Loo et Zarifian: "Limites d'efficacité des chimiothérapies psychotropes" Rapport au congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française

SOURCES ET RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Sources écrites

Revue dépouillée (entre parenthèse, période dépouillée)

Annales médico-psychologiques (1852-1975) ; *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française* (1889-1975) ; *l'Informateur des aliénistes* (1906-1925) ; *l'Évolution psychiatrique* (1925-1975) ; *L'Hygiène mentale*, (1925-1973) ; *l'Aliéniste français* (1927-1939) ; *le Médecin français* (1944-1952) ; *l'Information psychiatrique* (1945-1975) ; *Techniques hospitalières* (1945-1970) ; *Archives de médecine sociale* (1945-1951) ; *La Raison* (1951-1958) ; *Revue d'hygiène et de médecine sociale* (1953-1965) ; *Confrontations psychiatriques* (1968-1980) ; *Psychiatrie française* (1970-1980)

Organisation mondiale de la santé. Comité d'experts de la santé mentale

Rapports publiés à Genève, OMS, coll. « Série de rapport technique »

Comité d'experts de la santé mentale. Rapport sur la première session. Genève 29 août-2 septembre 1949, n° 9, 1950 ; Comité d'experts de la santé mentale. Rapport sur la deuxième session, n° 31, 1951 ; L'hôpital psychiatrique public. Troisième rapport du comité d'experts de la Santé mentale, n° 73, 1953 ; Législation relative à l'assistance psychiatrique. Quatrième rapport du Comité d'experts sur la santé mentale, n° 98, 1955 ; L'hôpital psychiatrique, centre d'action préventive en santé mentale. Cinquième rapport du comité d'experts de la santé mentale, n° 134, 1957 ; Problème de santé mentale relatifs à la sénescence et aux personnes âgées. Sixième rapport du comité d'experts de la santé mentale, n° 171, 1959 ; Psychiatrie sociale et attitudes de la collectivité. Septième rapport du Comité d'experts de la Santé Mentale, n° 177, 1959 ; Épidémiologie des troubles mentaux. Huitième rapport du Comité d'Experts de la santé mentale, n° 185, 1960 ; Enseignement de la psychiatrie et de l'hygiène mentale aux étudiants en médecine. Neuvième rapport du comité d'experts en santé mentale, n° 208, 1961 ; Développement des programmes de santé mentale. Dixième rapport du comité d'experts de la santé mentale, n° 223, 1961 ; Le rôle des médecins de la santé publique et des omnipraticiens dans la protection de la santé mentale. Onzième rapport du comité d'experts de la santé mentale, n° 235, 1962 ; La formation des psychiatres. Douzième rapport du comité d'experts de la santé mentale, n° 252, 1963.

Parlement

Journal officiel. Débats et documents parlementaires. Sénat et Chambre des députés, 1870-1939.

Ministère de la Santé

Archives nationales, Centre des archives contemporaines, versements consultés :

19810322, art. 15, Fonctionnement des hôpitaux psychiatriques (1952-1960)
19910084, art. 1 à 13, Programmes d'Organisation et d'Équipement départementaux (1956-1983) ; art. 28 à 30 : Commission des maladies mentales (1968-1981) ; art. 38 : Fonctionnement des services psychiatriques en région parisienne (1968-1978) ; art. 41 : Organisation du bureau MS1, Reclassement de la psychiatrie dans le premier groupe (1955-1983)
19950173 : art. 1 : Conseil permanent d'hygiène sociale, commission des maladies mentales, dossiers de séances (1947-1963) ; art. 2 : Enquête sur la consommation des neuroplégiques dans les hôpitaux psychiatriques, Préparation du décret du 20 mai 1955 (1955-1958).

Conseil supérieur de l'assistance publique

Comptes rendus publiés sous la forme de *Fascicules*, Melun, Imprimerie administrative, 1888-1937 :

Fascicule n° 30. Aliénés révision de la législation, 1890 ; Fascicule n° 35. Création de sociétés de patronage pour les aliénés sortant des asiles, 1891 ; Fascicule n° 36. Deuxième session de juin 1891. Projet de loi portant révision de la législation sur les aliénés. Création de sociétés de patronage, 1891 ; Fascicule n° 47. Note sur les aliénés recueillis après condamnation dans les asiles publics de 1886 à 1890 et pour lesquels il semble qu'une expertise médico-légale eût évité la condamnation, 1895 ; Fascicule n° 52. Création d'asiles spéciaux pour les aliénés alcooliques, 1895 ; Fascicule n° 50. Deuxième note sur les aliénés méconnus et condamnés, de 1890 à 1899, par M. Henri Monod. Tableaux statistiques, 1900 ; Fascicule n° 83. Création d'asiles spéciaux pour les aliénés criminels, 1901 ; Fascicule n° 87. La convalescence des aliénés, 1902 ; Fascicule n° 98. L'Assistance médicale aux aliénés curables, 1905 ; Fascicule n° 107. Session ordinaire de 1907. I. L'assistance médicale et les sociétés de secours mutuels. II. Réorganisation de l'hospice national des Quinze-vingt. III. Des aliénés sans domiciles de secours, 1907 ; Fascicule n° 117. Première session ordinaire de 1921, 1921 ; Fascicule n° 120. Deuxième session ordinaire de 1922, 1922 ; Fascicule n° 145. Session ordinaire de 1937, 1937.

Commission d'étude des problèmes de santé mentale ; Commission des maladies mentales du Conseil permanent d'hygiène sociale

Comptes rendus des séances publiés dans *l'Information psychiatrique* ou conservés aux Archives nationales, Centre des Archives contemporaines : Versements 19950173 art. 1 (1947-1963) ; 19910084, art. 28-30 (1968-1981).

Conseil général de la Seine

Bibliothèque administrative de la ville de Paris :

Sellier, H. et H. Rousselle. *L'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine et la lutte contre la tuberculose dans l'agglomération parisienne. Rapport*

présenté au conseil général de la Seine (décembre 1920), Paris, Editions de l'OPHS, 1920

Préfecture de la Seine, *Rapport sur la fonctionnement de l'Office Public d'Hygiène Sociale du Département de la Seine au cours de l'année 1947. Rapport exposé au Conseil de Surveillance (Décembre 1947)*, Ronéotypé, 1947

Alessandri, Jean, *Rapport au nom de la 2e commission relatif au fonctionnement de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine : Rapports pour les années 1949 à 1955*, Paris, Conseil général de la Seine, 1949-1956.

Bulletin municipal officiel : *Rapport de la commission d'étude de la réorganisation des hôpitaux psychiatriques de la Seine*, 1961, Rapport n°3.

Procès-verbaux de la commission de surveillance des hôpitaux psychiatriques de la Seine, 1945-1969.

Archives de Paris : Versement 1513W, articles consultés :

art. 16, Réorganisation des services psychiatriques (1961-1971) ; art. 18, Lutte contre l'alcoolisme (1956-1974) ; art. 23 : Commission des maladies mentales, Code de la santé publique, Statuts de l'hygiène mentale, Statistiques des consultations, Délivrance de médicament (1952-1976) ; art. 24 à 29 : Commission de surveillance de l'Office public d'hygiène sociale de la Seine (1950-1973) ; art. 41 : Sectorisation (1963-1977) ; art. 54 : Création de services libres, Documents divers (1959-1973).

Association de santé mentale et de lutte contre l'alcoolisme dans le treizième arrondissement

Centre Philippe Paumelle, Paris 13° : *Rapports d'activité*, 1958-1977 ; *Comptes rendus du Conseil d'administration* : 1958-1977.

Entretiens

Des entretiens ont été réalisés entre janvier 2003 et janvier 2005 avec les personnes suivantes :

Michel Audisio ; Jean Ayme ; Guy Baillon ; Pierre Bailly-Salin ; Joseph Biéder ; Jean Guyotat ; Pierre Jean ; Philippe Koechlin ; Pierre André Lambert ; Vincent Perdigon ; Jacques Postel ; Léon Wurceldorf

Association de santé mentale et de lutte contre l'alcoolisme dans le treizième arrondissement : Jacques Azoulay ; Claude Balier ; Paul Béquart ; Monique Barbreau ; Colette Busset ; Françoise Champion ; Jean Louis Chardot ; Myriam David ; Béatrice Decaix-Bonnel ; Serge Gauthier ; Gérard Goldszal ; Pilar de Grado ; Claude Liehrman ; Henri Menteur ; François Mousson ; Marie-Françoise Pain ; Suzanne Paumelle ; Jacqueline Prévost ; Michèle Rovarino

Références bibliographiques

- ABBOTT, ANDREW, *The system of Professions*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.
- , "Ecologies liées: à propos du système des professions", in Pierre-Michel Menger (dir.), *Les professions et leur sociologie*, Paris, Ed. de la Maison des Sciences de l'Homme, 1999.
- ABÉLY, XAVIER, "Avant-projet de loi sur l'assistance et l'hospitalisation des malades mentaux", *Information Psychiatrique*, 22, 1945, pp. 103-111, 161-167, 188-193, 213-220.
- , "Rapport de M. Abély concernant les projets de réforme de la loi du 30 juin 1838", *Annales Médico-psychologiques*, 1, n° 3, 1945, p. 270.
- , "Rapport sur le certificat destiné à qualifier les psychiatres", *Information Psychiatrique*, n° 1, 1950, p. 12.
- , "Où en est la qualification de neuropsychiatrie?" *Information Psychiatrique*, 33, n° 5 et 6, 1957, pp. 250-260 et 311-329.
- , "La neuropsychiatrie dans le cadre de la réforme hospitalière et hospitalo-universitaire", *Information Psychiatrique*, 35, n° 6, 1959, p. 441.
- , "Les Hôpitaux psychiatriques et la réforme hospitalière", *Information Psychiatrique*, 35, n° 4, 1959, pp. 271-278.
- ACKERKNECHT, ERWIN, *La médecine hospitalière à Paris*, Paris, Payot, 1986.
- ADAM, FRANTZ, *Devoirs de l'infirmier des hôpitaux psychiatriques*, Colmal, Huffel, 1937.
- ADNÈS, A., "Projet de loi relative à l'assistance aux malades mentaux", *Hygiène Mentale*, 35, n° 1-6, 1942-1945.
- ADNÈS, ANDRÉ, *Shakespeare et la pathologie mentale. Etude médico-psychologique*, Paris, Maloine, 1936.
- ALIZON, JACQUES, *Les jeunes déséquilibrées caractérielles à l'hôpital psychiatrique*, Thèse de médecine, Paris, 1951.
- , "L'internée dans son cadre", *Esprit*, n° 12, 1952, pp. 870-876.
- AMADO-HAGUENAUER, GENEVIÈVE, "Champigny, le secteur treize ans après", *Information Psychiatrique*, 56, n° 3, 1980, pp. 273-342.
- ANDRÉOLI, ANTONIO, *Crise et intervention de crise en psychiatrie*, Paris, Simep, 1986.
- ANESHENSEL, CAROL S. et JO C. PHELAN (dir.), *Handbook of the sociology of mental health*, New York, Kluwer Academic / Plenum Publishers, 1999.
- ANTHEAUME, ANDRÉ, "Intérêts professionnels. L'amicale des médecins d'asiles", *L'Informateur des aliénistes et des neurologistes*, 1907, pp. 300-3.
- , "Chronique. L'actualité psychiatrique. Où en sont les demandes d'avis du ministre de l'Hygiène sur les services ouverts improprement désignés sous le nom de service de "petits mentaux"? Réponse du président de l'Amicale", *L'Informateur des aliénistes et des neurologistes*, 17, n° 10, 1922, pp. 233-236.
- , "Chronique", *L'Informateur des aliénistes et des neurologistes*, 18, n° 4, 1923.
- "A propos des transports collectifs d'aliénés. Témoignage d'une malade", *Information Psychiatrique*, 25, n° 9, 1949, p. 327.
- ARMSTRONG, DAVID, "The patient's view", *Social sciences and Medicine*, 18, n° 9, 1984, pp. 737-744.
- , "Use of the genealogical method in the exploration of chronic illness: a research note", *Social Science and Medicine*, 30, n° 11, 1990, pp. 1225-1227.

- , "The rise of surveillance medicine", *Sociology of Health and Illness*, 17, n° 3, 1995, p. 393.
- , "Decline of the hospital: reconstructing institutional dangers", *Sociology of Health and Illness*, 20, n° 4, 1998, p. 445.
- ARNEY, WILLIAM RAY et BERNARD J. BERGEN, "The anomaly, the chronic patient and the play of medical power", *Sociology of Health and Illness*, 5, n° 1, 1983, pp. 1-24.
- , *Medicine and the management of living. Taming the last great beast*, Chicago, The University of Chicago Press, 1984.
- ARTIÈRES, PHILIPPE, *Clinique de l'écriture: une histoire du regard médical sur l'écriture*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, coll. "Les empêcheurs de penser en rond", 1998.
- ARVEILLER, JEAN-PAUL, *Pour une psychiatrie sociale. 50 ans d'action de la Croix Marine*, Ramonville Sainte Agne, Erès, 2002.
- Au delà de l'asile d'aliéné et de l'hôpital psychiatrique. Documents de l'Information Psychiatrique*, 2, Paris, Desclée de Brouwer, 1946.
- AUDISIO, MICHEL, *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Toulouse, Privat, 1980.
- , "Santé mentale, psychiatrie de crise et sectorisation", *Information Psychiatrique*, 57, n° n° supplémentaire, 1981, pp. 83-92.
- AUDISIO, MICHEL, H. MAZIÈRES, A. PISARZ et J.-M. MEMBREY, "Relation thérapeutique et neuroleptiques à action prolongée", *Evolution psychiatrique*, XXXIX, n° III, 1974, pp. 623-41.
- AUJALEU, EUGÈNE, *Premier rapport de la commission de la consommation et de la modernisation sociale*, Paris, Commissariat général du plan de modernisation et d'équipement, 1947.
- , "Introduction", in René Deguiral (dir.), *L'hygiène sociale. Principes, méthodes, organisation*, Toulouse, Privat, 1953.
- AUJALEU, EUGÈNE et HENRI PÉQUIGNOT, "Le plan français. Aspects sanitaires et sociaux", *Techniques hospitalières*, 2, n° 14, 1946.
- , "La réalisation en France d'un plan d'équipement médico-social. Difficultés administratives", *Techniques hospitalières*, n° 21, 1947.
- AYME, JEAN, "La participation des infirmiers à la Psychothérapie", *Information Psychiatrique*, 35, n° 6, 1959, pp. 475-485.
- , "La loi d'orientation en faveur des handicapés. Positions syndicales", *Information Psychiatrique*, 58, n° 3, 1982, pp. 375-381.
- , *Chroniques de la psychiatrie publique à travers l'histoire d'un syndicat*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 1995.
- AZOULAY, JACQUES, "Exposé introductif. Colloque de l'Evolution psychiatrique (Paris 16 octobre 1971). La continuité des soins dans un service psychiatrique public." *Evolution psychiatrique*, XXXVIII, n° 1, 1973, pp. 135-142.
- BACHRACH, LEONA L., *Deinstitutionalization: An analytical review and sociological perspective*, Rockville, Maryland, National Institute of Mental Health, 1976.
- BAILLY-SALIN, PIERRE, *La chronicité des psychoses en fonction des traitements et des mesures d'assistance*, Thèse de médecine, Paris, 1957.
- , "L'alcoolisme du P3", *Revue de l'alcoolisme*, 8, n° 4, 1962, pp. 331-337.

- , "Psychiatres et psychoses chroniques", in Jean-Marie Léger (dir.), *Comptes rendus du Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, LXXXVIe session. Chambéry, 13-17 juin 1988*, Paris, Masson, 1988, pp. 179-185.
- BALVET, PAUL, "Asile et hôpital psychiatrique: l'expérience d'un établissement rural", in Pierre Combemale et Paul Hugues (dir.), *Comptes rendus. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. XLIIIe session. Montpellier, 28, 29 et 30 octobre 1942*, Paris, Masson, 1942, pp. 399-402.
- BALVET, PAUL, "A propos des réunions d'équipe et pour prendre position", *Information Psychiatrique*, n° 8, 1949, pp. 270-274.
- BALVET, PAUL, ANDRÉ CHAURAND et FRANÇOIS TOSQUELLÈS, "Considérations techniques et statistiques sur 60 malades traités par électrochoc", in Pierre Combemale et Paul Hugues (dir.), *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. XLIIIe session. Montpellier, 28, 29, 30 octobre 1942. Comptes rendus*, Paris, Masson, 1942.
- BARHAM, PETER, *Closing the asylum. The mental patient in modern society*, Harmondsworth, Penguin, 1992.
- BARUK, HENRI, "La valeur des critères de chronicité dans les maladies mentales", *Annales Médico-psychologiques*, 2, n° 4, 1964, pp. 567-569.
- , *Des hommes comme nous. Mémoires d'un neuropsychiatre*, Paris, Robert Laffont, 1976.
- BASAGLIA, FRANCO (dir.), *L'institution en négation*, Paris, Seuil, coll. "Combats", 1970 [1968].
- BASZANGER, ISABELLE, "Les maladies chroniques et leur ordre négocié", *Revue Française de Sociologie*, 27, 1986, pp. 3-27.
- , "Les chantiers d'un interactionniste américain", in Anselm Strauss, *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992, pp. 11-63.
- , *Douleur et médecine, la fin d'un oubli*, Paris, Le Seuil, 1995.
- , "Entre traitement de la dernière chance et palliatif pur : les frontières invisibles des innovations thérapeutiques", *Sciences sociales et santé*, 18, n° 2, 2000.
- BAYLE, GÉRARD, *Paul-Claude Racamier*, Paris, PUF, coll. "Psychanalystes d'aujourd'hui", 1997.
- BEC, COLETTE, *Vers une psychiatrie normalisée, histoire d'une stratégie professionnelle : 1945-1970*, Thèse de 3e cycle, Paris, EHESS, 1977.
- , *Assistance et république: la recherche d'un nouveau contrat social sous la troisième république*, Paris, Les éditions de l'atelier-Les éditions ouvrières, 1994.
- , *L'assistance en démocratie*, Paris, Belin, coll. "Socio-histoires", 1998.
- BECKER, HOWARD S., *Outsiders*, Paris, Métailié, 1985 [1963].
- BEIGBEDER, YVES, *L'organisation mondiale de la santé*, Paris, PUF, coll. "Publications de l'institut universitaire de hautes études internationales, Genève", 1995.
- BELÉY, ANDRÉ, "Une formule hospitalière périmée : Le quartier d'hospice réservé aux aliénés", *Archives de médecine sociale*, II, 1946, pp. 662-665.
- BELKNAP, IVAN, *Human problems of a state mental hospital*, New York, McGraw-Hill, 1956.
- BELLIARD, E. et J. M. COSTES, "Internement: la fin d'une époque", in Ministère de la solidarité de la santé et de la protection sociale. Service des statistiques des études et des systèmes d'information (dir.), *Psychiatrie et santé mentale*, Paris, La Documentation Française, 1990, pp. 81-95.

- BENAMOUZIG, DANIEL, *Essor et développement de l'économie de la santé en France. Une étude empirique de sociologie cognitive*, Thèse de sociologie, Paris, Université Paris IV Sorbonne, 2000.
- BENOISTON, J., *Le journal de l'hôpital psychiatrique. L'information comme moyen thérapeutique*, Thèse de médecine, Paris, 1952.
- BERCHERIE, PAUL, *Histoire et structure du savoir psychiatrique. Les fondements de la clinique I*, Paris, L'Harmattan, 2004.
- BERGERON, HENRI, *L'État et la toxicomanie. Histoire d'une singularité française*, Paris, PUF, coll. "Sociologies", 1999.
- BERNARD, PAUL, "La formation professionnelle de l'infirmière et de l'infirmier des hôpitaux psychiatriques", *Information Psychiatrique*, 22, n° 7, 1946, pp. 115-123.
- , *Psychiatrie pratique. Formation, spécialisation et sélection des auxiliaires médico-sociaux du psychiatre. III. Les techniques psychiatriques. Documents de l'Information Psychiatrique*, 3, Paris, Desclée de Brouwer, 1947.
- , "Une expérience de psychothérapie collective à l'hôpital psychiatrique: le cercle de malades", *Annales Médico-psychologiques*, 1, n° 2, 1947, pp. 196-203.
- , "Les psychothérapies de groupe", *Evolution Psychiatrique*, n° 3, 1948, pp. 1-21.
- , *Psychiatrie pratique. Formation, spécialisation et sélection des auxiliaires médico-sociaux du psychiatre. I. Formation psychiatrique générale. Documents de l'Information Psychiatrique*, 4, Paris, Centre d'Éditions Psychiatriques, coll. "Bibliothèque Neuro-Psychiatrique de Langue Française", 1949.
- (dir.), *Manuel de l'infirmier en psychiatrie*, Paris, Masson, 1972.
- BERNARD, PAUL, PIERRE NOEL, R. LECUYER, *et al.*, "Conséquences d'un essai de travail en secteur sur l'activité d'un service d'hôpital psychiatrique desservant un secteur parisien", *Information Psychiatrique*, n° 5, 1965.
- BERRIOS, GERMAN E., "Early electroconvulsive therapy in Britain, France and Germany: a conceptual history", in H. Freeman et G. E. Berrios (dir.), *150 years of British psychiatry*, Londres, Athlone, 1996.
- BERRIOS, GERMAN E., "The scientific origins of electroconvulsive therapy: a conceptual history", *History of Psychiatry*, 8, 1997, pp. 105-119.
- BERTHELIER, ROBERT, "Nombre et répartition des neuro-psychiatres en France", *Perspectives psychiatriques*, n° 7, 1964.
- BERTHERAT, YVES, "Enquête sur l'exercice de la psychiatrie en France", *Information Psychiatrique*, 41, n° 3, 1965, p. 219.
- BESSIÈRE, RENÉ et LOUIS LE GUILLANT, "La crise de la psychiatrie", *Information Psychiatrique*, n° 2, 1947, p. 43.
- BIJKER, WIEBE E., THOMAS P. HUGHES et TREVOR J. PINCH (dir.), *The social construction of technological systems. New directions in the sociology and history of technology*, Cambridge (MA), The MIT Press, 1989.
- BILLIARD, ISABELLE, *Santé mentale et travail. L'émergence de la psychopathologie du travail*, Paris, La dispute, 2001.
- BINSWANGER, LUDWIG et ABY WARBURG, *La guérison infinie*, Paris, Bibliothèque Rivages, 2007.
- BION, W. R., *Recherches sur les petits groupes*, Paris, PUF, 1965.
- BION, W. et J. RICKMAN, "A l'étranger. Thérapeutiques de groupes", *Information Psychiatrique*, n° 5, 1947, p. 127.
- BLANC, ALAIN, *Les handicapés au travail*, Paris, Dunod, 1995.

- BLANCHE, EMILE, "La folie doit elle être considérée comme une cause de divorce", *Annales Médico-psychologiques*, 1883.
- BLÉANDONU, GÉRARD et MAURICE DESPINOY, *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté*, Paris, Payot, 1974.
- BLOOM, SAMUEL W., *The word as scalpel. A history of medical sociology*, New York, Oxford University Press, 2002.
- BLUMER, HERBERT, "What is wrong with social theory?" *Symbolic interactionism. Perspective and method*, Berkeley, University of California Press, 1969 [1954], pp. 140-152.
- BOLTANSKI, LUC, *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Editions de Minuit, coll. "Le sens commun", 1982.
- , "La dénonciation", *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 51, 1984, pp. 3-40.
- BOLTANSKI, LUC et ÈVE CHIAPELLO, *Le nouvel esprit du capitalisme*, Paris, Gallimard, 1999.
- BOLTANSKI, LUC et LAURENT THÉVENOT, *De la justification. Les économies de la grandeur*, Paris, Gallimard, 1991.
- BONNAFÉ, LUCIEN, "Assistance et prophylaxie psychiatrique", *Le Médecin Français*, IV, n° 31, 1944, p. 7.
- , "Les journées psychiatriques", *Le Médecin Français*, V, n° 39, 1945, p. 11.
- , "A propos des tendances nouvelles de l'architecture médicale", *Information Psychiatrique*, 1945, p. 97.
- , "Essai sur la conception générale de l'établissement psychiatrique de cure et réadaptation", *Au delà de l'asile d'aliéné et de l'hôpital psychiatrique. Documents de l'Information psychiatrique*, 2, Paris, Desclée de Brouwer, 1946, pp. 54-79.
- , "Vers une conception urbaniste de l'architecture médicale. L'apport critique et constructif de la psychologie sociale et de la psychiatrie", *Techniques hospitalières*, 1, n° 8, 1946, p. 1.
- , "De certains malentendus ou confusion", *Information Psychiatrique*, 23, n° 7, 1947, pp. 175-178.
- , "Le personnage du psychiatre", *Evolution Psychiatrique*, n° 3, 1948, pp. 23-56.
- , "Sur les réunions du personnel", *Information Psychiatrique*, 25, n° 8, 1949, pp. 275-279.
- , "Réflexions sur la psychiatrie sociale", *La Raison*, n° 1, 1951, pp. 73-90.
- , "Situations et perspectives du médecin des hôpitaux psychiatriques", *Information Psychiatrique*, 28, n° 4, 1952, pp. 131-137.
- , "Points de vue sur la construction et l'aménagement d'un service libre", *Information Psychiatrique*, n° 2, 1956, pp. 52-61.
- , "Définition de la chronicité", in Paul Cossa (dir.), *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. 57e Session, Tours, 8-13 juin 1959. Comptes rendus*, Paris, Masson, 1959.
- , "De la doctrine post-esquirolienne", *Information Psychiatrique*, 36, n° 4 et 5, 1960, pp. 423-444 et 559-570.
- BONNAFÉ, LUCIEN et ANDRÉ CHAURAND, "La direction médicale, condition essentielle de l'unité de l'assistance psychiatrique", *Annales Médico-psychologiques*, 1, 1945, pp. 167-174.
- BONNAFÉ, LUCIEN, ANDRÉ CHAURAND et FRANÇOIS TOSQUELLÈS, "Quelques précisions théoriques et pratiques sur le travail des malades: valeur thérapeutique de la

- qualité, du rendement et de la rémunération", *Annales Médico-psychologiques*, 1, n° 2, 1947, p. 209.
- BONNAFÉ, LUCIEN, ANDRÉ CHAURAND, FRANÇOIS TOSQUELLÈS et A. CLÉMENT, "Gestalt-théorie et structures en psychiatrie: la dialectique fond-figure dans la nosologie et la séméiologie." *Annales Médico-psychologiques*, 2, 1945, pp. 275-279.
- , "L'évolution du béhaviorisme et la notion de structure en psychiatrie", *Annales Médico-psychologiques*, 2, 1945, pp. 555-559.
- , "Première note sur la notion de structure: ambiguïté du terme", *Annales Médico-psychologiques*, 1, 1945, pp. 89-93.
- , "Structure et sens de l'évènement morbide", *Annales Médico-psychologiques*, 1, 1945, pp. 174-181.
- , "Valeur de la théorie de la forme en psychiatrie: la dialectique du moi, du monde et de l'évènement morbide", *Annales Médico-psychologiques*, 2, 1945, pp. 279-284.
- , "L'inconscient et les instincts dans une vue structurale de l'évènement psychopathologique", *Annales Médico-psychologiques*, I, 1946, pp. 96-101.
- , "Note sur l'originalité du pathologique d'après la psychanalyse et sur la valeur du complexe comme perspective structurale dans l'existence pathologique", *Annales Médico-psychologiques*, II, 1946, pp. 58-63.
- BONNAFÉ, LUCIEN, GEORGES DAUMÉZON, HENRI EY, *et al.*, "Note sur le service territorial unifié de protection de la santé mentale", *Information Psychiatrique*, n° 2, 1960.
- BONNAFÉ, LUCIEN, HENRI EY, SVEN FOLLIN, *et al.*, *Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses*, Paris, Desclée de Brouwer, coll. "Bibliothèque neuropsychiatrique de langue française", 1950.
- BONNAFÉ, LUCIEN et PIERRE FOUQUET, "Note sur la solidarité des problèmes doctrinaux et des problèmes d'assistance en psychiatrie", *Annales Médico-psychologiques*, 2, n° 5, 1944, p. 557.
- BONNAFÉ, LUCIEN, JACQUELIN, HUBERT MIGNOT, *et al.*, "Rapport sur l'équipement psychiatrique d'un territoire dépourvue de toute formation spécialisée", *Information Psychiatrique*, 33, n° 6, 1957, pp. 299-311.
- BONNAFÉ, LUCIEN et FRANÇOIS TOSQUELLÈS, "Expérience onirique, début d'un accès maniaque. Au sujet du test du Rohrschach", *Annales Médico-psychologiques*, 1, 1944, p. 168.
- BONNAMOUR, PIERRE, "La psychiatrie française", *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, VII, n° 1, 1967, pp. 27-31.
- BORRAZ, OLIVIER, "Les normes. Instruments dépolitisés de l'action publique", in Pierre Lascoumes et Patrick Le Galès (dir.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004, pp. 123-161.
- BOUFFARD, FERNAND, *L'assistance aux aliénés dans leur convalescence (Etude morale, statistique et clinique)*, Paris, G. Jacques, Editeur, 1906.
- 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. LIVe session*, Bordeaux, Masson, 1956.
- BOURNEVILLE, DÉSIRÉ MAGLOIRE, *Rapport sur l'organisation du personnel médical et administratif des asiles d'aliénés présenté à la commission ministérielle chargée*

- d'étudier les réformes que peuvent comporter la législation et les règlements concernant les asiles d'aliénés*, Paris, Publications du Progrès médical, 1885.
- BRADDOCK, DAVID L. et SUSAN PARISH, "An Institutional History of Disability", in Gary L. Albrecht, Katherine D. Seelman et Michael Bury (dir.), *Handbook of Disability Studies*, Thousand Oaks, Sage Publication, 2001.
- BRIAND, MARCEL, *Du délire aigu*, Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, Libraires-éditeurs, 1881.
- BRISSET, CHARLES, "Introduction à l'étude de la médecine psychosomatique", *Revue de médecine psychosomatique*, I, n° 1 et 2, 1959, pp. 7-21 et 115-127.
- , "Rapport moral du secrétaire général pour l'année 1971", *Psychiatrie Française*, 2, n° 4, 1971, pp. 126-130.
- , "Editorial", *Psychiatrie Française*, 3e année, n° 3, 1972, p. 77.
- , *L'avenir de la psychiatrie en France*, Paris, Payot, 1972.
- BROWN, PHIL, *The transfer of care: Psychiatric Deinstitutionalization and its Aftermath*, London, Boston, Routledge and Kegan Paul, 1985.
- BUCHER, RUE, "Pathology: a study of social movements in a profession", *Social problems*, n° 10, 1962, pp. 40-51.
- BUCHER, RUE et J. STELLING, "Characteristics of professional organizations", *Journal of Health and Social Behavior*, n° 10, 1969, pp. 3-15.
- BUCHER, RUE et ANSELM STRAUSS, "Professions in Process", *The American Journal of Sociology*, 66, n° 4, 1961, p. 325-334, trad. in Strauss, A. *La trame de la négociation*, 1992.
- BUI DANG HA DOAN, JEAN, "Les anciens internes des hôpitaux de Paris et leur devenir", *Cahiers de sociologie et de démographie médicales*, IV, n° 3, 1964, pp. 85-113.
- BUI DANG HA DOAN, JEAN, PIERRE BONNAMOUR et JEAN-PIERRE MUYARD, "Démographie de la psychiatrie française", *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, VI, n° 3, 1966.
- BUVAT-POCHON, CHRISTINE, *Les Traitements de choc d'autrefois en psychiatrie, leurs liens avec les thérapeutiques modernes.*, Thèse de médecine, Paris, 1939.
- CALDWELL, ANNE E., *Origins of psychopharmacology from CPZ to LSD*, Springfield (Ill.), Charles Thomas, 1970.
- CALLON, MICHEL, "Eléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint Briec", *Année sociologique*, n° 36, 1986, pp. 169-208.
- (dir.), *La science et ses réseaux. Genèse et circulation des faits scientifiques*, Paris, La découverte, Conseil de l'Europe, UNESCO, 1989.
- CANGUILHEM, GEORGES, *Essai sur quelques problèmes concernant le normal et le pathologique*, Thèse de médecine, Strasbourg, Université de Strasbourg, 1943.
- , *Le normal et le pathologique*, Paris, PUF, 1966.
- , "Une pédagogie de la guérison est-elle possible?", *Ecrits sur la médecine*, Paris, Le Seuil, 2002 [1978], pp. 69-99.
- CARBONATTO, GILBERT, *Le ministère de la Santé publique et de la population*, Thèse de droit, Paris, 1949.
- CARPENTER, MICK, "'It's a small world': mental health policy under welfare capitalism since 1945", *Sociology of Health and Illness*, 22, n° 5, 2000, pp. 602-620.

- CARROY, JACQUELINE (dir.), *Les psychothérapies dans leurs histoires*, Paris, L'Harmattan, coll. "Psychologie clinique", 2000.
- CARROY, JACQUELINE, ANNICK OHAYON et RÉGINE PLAS, *Histoire de la psychologie en France, XIX^e-XX^e siècles*, Paris, La Découverte, coll. "Grands repères. Manuels", 2006.
- CASTEL, ROBERT, *Le psychanalisme*, Paris, François Maspéro, 1973.
- , "Genèse et ambiguïté de la notion de secteur en psychiatrie", *Sociologie du travail*, n° 1, 1975.
- , *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Ed. de Minuit, coll. "Le sens commun", 1976.
- , *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, Paris, Ed. de Minuit, coll. "Le sens commun", 1982.
- , "De l'intégration sociale à l'éclatement du social: l'émergence, l'apogée et le départ à la retraite du contrôle social", in Didier Le Gall, Claude Martin et Marc-Henry Soulet (dir.), *L'éclatement du social. Crise de l'objet, crise des savoirs?* Caen, Université de Caen. Centre de recherche sur le travail social, 1989, pp. 173-185.
- , "Problematization: a way of reading history", in Jan Goldstein (dir.), *Foucault and the writing of history*, Oxford, UK; Cambridge, Mass., USA, Blackwell, 1994.
- , *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard, 1995.
- CAUDILL, WILLIAM, *The psychiatric hospital as a small society*, Cambridge, Ma., Harvard University Press, 1958.
- CEFAÏ, DANIEL, "Les cadres de l'action collective. Définitions et problèmes", in Daniel Cefai et Danny Trom (dir.), *Les formes de l'action collective*, Paris, Ed. de l'EHESS, coll. "Raisons pratiques", 2001, pp. 51-97.
- CÉNAC-THALY, H., "Rapport de la société médicale sur l'état actuel des hôpitaux psychiatriques dans la Seine." *Information Psychiatrique*, 43, n° 1, 1967, p. 73.
- CENTRE D'ÉTUDES DE RECHERCHE ET DE FORMATION INSTITUTIONNELLES, *Généalogie des équipements collectifs*, Fontenay-sous-Bois, 1975.
- CHAMBON, OLIVIER et MICHEL MARIE-CARDINE, *La réadaptation sociale des psychotiques chroniques. Approche cognitivo-comportementale*, Paris, PUF, 1992.
- CHAPOULIE, JEAN-MICHEL, "La seconde fondation de la sociologie française, les Etats-Unis et la classe ouvrière", *Revue Française de Sociologie*, 32, n° 3, 1991, pp. 321-364.
- CHARBONNEAU, PIERRE, "La sectorisation. Mythe ou réalité?" *Gestions hospitalières*, n° 147-148, 1975.
- CHARPENTIER, RENÉ, "Assistance psychiatrique et prophylaxie mentale. Prologue à une réforme de l'assistance psychiatrique en France", *Annales Médico-psychologiques*, 2, 1944, p. 217.
- , "Analyses: *Le malade mental dans la société*, et *Au delà de l'Asile d'aliénés et de l'hôpital psychiatrique*", *Annales Médico-psychologiques*, I, n° 4, 1947, pp. 527-529.
- CHATELAIN, "Des guérisons tardives", *Annales Médico-psychologiques*, n° 3, 1896, p. 353.
- CHAUVIÈRE, MICHEL, *Enfance inadaptée: l'héritage de Vichy*, Paris, Editions ouvrières, 1980.

- CHENOT, BERNARD, "Inauguration du Centre Psychothérapique de Brienne-le-Château. (Discours de Monsieur le Ministre de la Santé Publique)", *Information Psychiatrique*, n° 7, 1959.
- CHIARLI, AGNÈS, *Contribution à l'étude de la protéinothérapie. L'Autohémothérapie citratée dans le traitement des maladies mentales*, Thèse de médecine, Lyon, 1929.
- CHILAND, COLETTE et PAUL BÉQUART (dir.), *Traitements au long cours des états psychotiques*, Toulouse, Privat, 1974.
- CLARKE, ADELE, "Social worlds/Arenas theory as organizational theory", in D. Maines (dir.), *Social Organization and social process. Essays in honor of Anselm Strauss*, New York, Aldine de Gruyter, 1991.
- , *Situational analysis: Grounded theory after the postmodern turn*, Thousand Oaks, Calif., Sage Publications, 2005.
- CLARKE, ADELE et SUSAN LEIGH STAR, "Science, technology and medicine studies", in Larry T. Reynolds et Nancy J. Herman-Kinney (dir.), *Handbook of symbolic interactionism*, Walnut Creek, CA, AltaMira Press, 2003, pp. 539-573.
- CLAUDE, HENRI et P. RUBENOVITCH, *Thérapeutiques biologiques des affections mentales*, Paris, Masson, 1940.
- CLERVOY, PATRICK, *Henri Ey (1900-1977) cinquante ans de psychiatrie en France*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1997.
- COFFIN, JEAN-CHRISTOPHE, *La transmission de la folie. 1850-1914*, Paris, L'Harmattan, coll. "L'histoire du social", 2003.
- COLDÉFY, M., F. BOUSQUET et G. ROTBART, "Une typologie des secteurs de psychiatrie générale en 1999", *Etudes et résultats*, n° 163, 2002.
- COLDÉFY, MAGALI, "Les secteurs de psychiatrie générale en 2000: évolutions et disparités", *Etudes et résultats*, n° 342, 2004.
- COLIN, HENRI, *Les Aliénés vicieux dans les asiles d'aliénés, rapport à la 2e sous-commission (modes divers d'assistance des aliénés), de la commission mixte chargée d'étudier les questions intéressant l'hospitalisation des aliénés*, Paris, Conseil général de la Seine, 1899.
- , "Le quartier de sûreté de Villejuif (aliénés criminels, vicieux, difficiles, habitués des asiles)", *Annales Médico-psychologiques*, n° 2, 1912, pp. 370-391 et 540-548.
- , "Les aliénés devant la loi", *Annales Médico-psychologiques*, 1, 1924, p. 289.
- , "Chronique. Le recrutement des médecins des asiles", *Annales Médico-psychologiques*, I, 1928, pp. 97-100.
- COLLIER, G. et B. DEFER, "Problèmes posés par l'application des cures neuroleptiques dans un hôpital psychiatrique de structure classique." *Information Psychiatrique*, 33, n° 3, 1957, pp. 144-152.
- "Colloque international sur la chlorpromazine et les médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique. Paris 21-22-23 octobre 1955", *L'Encéphale*, 45, n° 4, 1956.
- "Colloque sur "les traitements au long cours des états psychotiques". Paris 23-26 février 1972, Hôtel Intercontinental. Conférence de presse du vendredi 25 février", *Information Psychiatrique*, 48, n° 5, 1972, pp. 495-505.
- "Colloque sur la révision de la Loi de 1838 sur les aliénés", *Santé Mentale*, n° 1-2, 1965.

- COMBEMALE, PIERRE, "Rapport sur la création d'un certificat d'études supérieures de neuro-psychiatrie", *Information Psychiatrique*, n° 1, 1950, p. 16.
- COMET, PAUL, *L'hôpital public*, Paris, Berger-Levrault, coll. "L'administration nouvelle", 1960.
- "Conclusions des Journées Psychiatriques de Mars 1945", *Information Psychiatrique*, 22, 1945, pp. 19-21.
- CONSEIL SYNDICAL, "Les problèmes psychiatriques actuels", *Information Psychiatrique*, n° 4, 1945, p. 51 sq.
- "Contrôle des naissances pour les malades mentaux", *Information Psychiatrique*, 42, n° 4, 1966.
- "Controverse autour de l'attitude rétributive en psychiatrie hospitalière", *Information Psychiatrique*, 32, n° 6, 1956.
- COOK, JOANNE VALIANT, "Goffman's Legacy: The Elimination of the chronic mental patient's community. A review of selected literature", *Research in the Sociology of Health Care*, JAI Press, 1988.
- COOPER, DAVID, *Psychiatrie et antipsychiatrie*, Paris, Seuil, 1970 [1967].
- CORBIN, JULIET M. et ANSELM L. STRAUSS, *Unending work and care: managing chronic illness at home*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1988.
- CORDAY, MICHEL, *Les demi-fous. Roman contemporain*, Paris, Fasquelle, 1905.
- CREPIN et JOUVE, "Données médicales d'une nouvelle organisation hospitalière de France", *Le Médecin Français*, n° 1, 1947, p. 10 sq.
- CROZIER, MICHEL, "Pour une analyse sociologique de la planification française", *Revue Française de Sociologie*, VI, n° 2, 1965, pp. 147-163.
- , *Le phénomène bureaucratique*, Paris, Le Seuil, coll. "Points Essais", 1993 [1963].
- CROZIER, MICHEL et EHRARD FRIEDBERG, *L'acteur et le système*, Paris, Seuil, 1977.
- CROZIER, MICHEL, EHRARD FRIEDBERG, CATHERINE GRÉMION, et al., *Où va l'administration française?* Paris, Éditions d'organisation, 1974.
- DAGOGNET, FRANÇOIS, *La raison et les remèdes*, Paris, PUF, 1964.
- , *Le catalogue de la vie: étude méthodologique sur la taxinomie*, Paris, Presses universitaires de France, coll. "Quadrige. Grands textes", 2004.
- DAUMÉZON, GEORGES, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés*, Cahors, Imprimerie A. Coueslant, 1935.
- , *La situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés*, Paris, G. Doin, 1935.
- , "Situation actuelle de la psychiatrie, ses perspectives d'avenir", *Information Psychiatrique*, 22, n° 1, 1945, pp. 7-8.
- , "Statut des médecins dans la médecine organisée", *Information Psychiatrique*, 22, n° 3, 1945, p. 35.
- , "Faut-il maintenir le cadre de la Seine?" *Information Psychiatrique*, 22, n° 7, 1946, pp. 128-130.
- , "L'enracinement des malades guéris à l'asile", *Hygiène mentale*, n° 4, 1946.
- , "La méthode pour rédiger une nouvelle loi sur les malades mentaux", *Annales Médico-psychologiques*, 2, n° 213, 1946.
- , "La protection de la santé mentale en France. Etat actuel et projet de rénovation", in Georges Daumézon et Lucien Bonnafé (dir.), *Le malade mental*

- dans la société. *Documents de l'Information Psychiatrique, 1*, Paris, Desclée de Brouwer, 1946.
- , "Le problème de notre participation à l'Ecole Nationale de la Santé Publique", *Information Psychiatrique*, 23, n° 2, 1946, pp. 47-55.
- , "Les quartiers d'aliénés des hôpitaux généraux", *Techniques hospitalières*, 2, n° 13, 1946, pp. 9-11.
- , "Rapport moral", *Information Psychiatrique*, 22, n° 8, 1946, p. 152.
- , "Une visite à l'hôpital psychiatrique de Liestal-Hasenbühl", *Information Psychiatrique*, n° 5, 1946, p. 119.
- , "Vers une conception moderne de l'hôpital psychiatrique", *Techniques hospitalières*, n° 8, 1946.
- , "Crise de recrutement. Crise de la psychiatrie", *Information Psychiatrique*, 23, n° 9, 1947, p. 239.
- , "Informations syndicales. Rapport du secrétaire général", *Information Psychiatrique*, 23, n° 10, 1947, pp. 274-278.
- , "L'American Psychiatric Association", *Information Psychiatrique*, 23, n° 7, 1947, p. 203.
- , "Le vertige de la sortie", *Annales Médico-psychologiques*, I, n° 1, 1947, pp. 78-85.
- , "Les fondements d'une psychothérapie collective", *Evolution Psychiatrique*, n° 3, 1948, pp. 57-85.
- , "Editorial", *Information Psychiatrique* : 25, 1949, n° 1, pp. 6-7 ; n° 5, pp. 170-171 ; 27, 1951, n° 1, pp. 9-11 ; 28, 1952, n° 1
- , "Expérience de la thérapeutique par lobotomie dans un service", *Evolution psychiatrique*, n° 4, 1949, p. 521.
- , "Le sport à l'hôpital psychiatrique", *Annales Médico-psychologiques*, II, 1949, p. 444.
- , "Discipline syndicale", *Information Psychiatrique*, n° 5, 1951, p. 122.
- , "Action individuelle de la psychothérapie collective", *Evolution Psychiatrique*, n° 3, 1952, pp. 475-506.
- , "Symposium sur la psychothérapie collective. Intervention de G. Daumézon", *Evolution psychiatrique*, 1952, pp. 574-576.
- , "Le médecin ne peut punir", *Annales Médico-psychologiques*, II, 1954, p. 231.
- , "La vie collective du malade mental", *Encyclopédie française. XIV. La civilisation quotidienne*, Paris, 1955, pp. 7-13.
- , "La réadaptation en milieu hospitalier", *Réadaptation*, n° 34, 1956, pp. 11-14.
- , "A propos de la sociothérapie", *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, n° 1, 1957, pp. 27-31.
- , "Expérience d'introduction de psychothérapies dans un service fermé par l'équipe d'admission de l'HP Sainte Anne. 5. Réflexions du chef de service", *Information Psychiatrique*, n° 5, 1958, pp. 380-382.
- , "Réflexions sur la structure juridique du service psychiatrique public", in Paul Cossa (dir.), *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. 57e Session, Tours, 8-13 juin 1959. Comptes rendus*, Paris, Masson, 1959.
- , "Essai d'historique critique de l'appareil d'assistance aux malades mentaux dans la Seine depuis le début du XIX^e siècle", *Information Psychiatrique*, n° 1, 1960.
- , "Réflexions sur la politique de secteur", *Psychiatrie Française*, 2^{ème} année, n° 3, 1971, pp. 85-87.

- , "Dossier: la politique de secteurs. Rapport de G. Daumézon au conseil syndical du 18 juin 1972 ", *Psychiatrie Française*, 3, n° 3, 1972, pp. 86-88.
- , "Le syndicat des psychiatres français devant la dispersion des psychiatres", *Psychiatrie Française*, 6e année, n° 4, 1975, pp. 152-154.
- , "Modification de la symptomatologie des troubles mentaux et de la sémiologie psychiatrique au cours des 50 dernières années ", *Journal de psychologie*, n° 4, 1977, pp. 389-407.
- DAUMÉZON, GEORGES, J. BENOISTON, CALVET et SCHMITS, "Le journal de l'hôpital psychiatrique, instrument de psychothérapie collective", *Annales Médico-psychologiques*, II, 1948, p. 204.
- DAUMÉZON, GEORGES et LUCIEN BONNAFÉ, "Psychiatrie médicale ou administrative", *Le Médecin Français*, V, n° 54, 1945, p. 14.
- , "Vers une assistance psychiatrique renouvelée", *Le Médecin Français*, V, n° 45, 1945, pp. 12-13.
- , *Le malade mental dans la société. Documents de l'Information Psychiatrique*, I, Paris, Desclée de Brouwer, 1946.
- , "Perspectives de réforme psychiatrique en France depuis la Libération", *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française. 44e session, Genève et Lausanne, 22-27 juillet 1946*, Paris, Masson, 1946.
- DAUMÉZON, GEORGES et L. CASSAN, "Les malades guéris "enracinés" à l'asile", *Annales Médico-psychologiques*, I, 1941, p. 300.
- DAUMÉZON, GEORGES, Y. CHAMPION et J. CHAMPION-BASSET, "L'incidence psychopathologique sur une population transplantée d'origine Nord Africaine. Etude de démographie hospitalière et d'écologie psychiatrique", in Henri Duchêne (dir.), *Etudes de sociopsychiatrie*, Paris, Institut National d'Hygiène, 1955.
- , "Réflexions sur le mode de fonctionnement de l'appareil d'assistance psychiatrique du département de la Seine à l'égard d'un échantillon de population durant 10 années (1945-1954)", *Information Psychiatrique*, n° 10, 1956, p. 693.
- DAUMÉZON, GEORGES, HENRI EY, PIERRE FOUQUET, *et al.*, "Rapport préliminaire à l'élaboration de nouveaux textes propres à assurer un fonctionnement satisfaisant aux hôpitaux psychiatriques", *Information Psychiatrique*, n° 9, 1954, p. 340.
- DAUMÉZON, GEORGES et PHILIPPE KOEHLIN, "La psychothérapie institutionnelle contemporaine", *Anais Portuguese de psiquiatria*, 4, 1952, pp. 271-311.
- DAVIES, KERRY, "'Silent and Censured Travellers?' Patients' Narratives an Patients' Voices: Perspectives on the History of Mental Illness since 1948." *Social History of Medicine*, 14, n° 2, 2001, pp. 267-292.
- DAYTON, NEIL A., *New facts on mental disorders. Study of 89 190 cases*, Ch. C. Thomas, Springfield, 1940.
- DEAR, MICHAEL J. ET JENNIFER R. WOLCH, *Landscapes of despair: from deinstitutionalization to homelessness*, Princeton, N.J., Princeton University Press, 1987.
- DEBRÉ, ROBERT, *L'honneur de vivre: témoignage*, Paris, Stock, 1974.
- DEGUIRAL, RENÉ, *Hygiène Sociale. Principes, méthodes, organisation*, Toulouse, Privat, coll. "Mésopé", 1953.
- DELAGE, E., *La notion de Néo-sociabilité des aliénés*, Thèse de médecine, Paris, 1940.
- DELAY, JEAN et PIERRE DENIKER, *Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie*, Paris, Masson, 1961.

- DELAY, JEAN, PIERRE DENIKER, Y. TARDIEU et THÉRÈSE LEMPÉRIÈRE, "Médicaments et cures "neuroleptiques" en thérapeutique psychiatrique. Premiers essais de la réserpine. Comparaison avec les effets de la chlorpromazine", *Presse médicale*, 1955.
- DELTOUR, PAUL-GASTON-ETIENNE, *Le régime des aliénés: réforme de la loi de 1838*, Thèse de médecine, Paris, 1929.
- DEMAY, GEORGES, "La crise du recrutement médical dans les asiles et l'insuffisance des traitements", *Annales Médico-psychologiques*, I, 1927, p. 333.
- , "Services ouverts, quartiers d'observation et placement direct à l'asile", *Annales Médico-psychologiques*, I, 1928, p. 193.
- DEMAY, JEAN, "Syndicat des médecins psychiatres des hôpitaux. Assemblée du 25 octobre 1970. Notes pour un débat sur la pratique de secteur", *Information Psychiatrique*, 47, n° 1, 1971, pp. 5-13.
- DEMAY, M. et JEAN DEMAY, *Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé*, Paris, 1982.
- DENIAU, ALAIN, "Rapport au congrès", *Inter Secteur*, n° 21, 1970, pp. 4-9.
- DENIKER, PIERRE, "Hibernothérapies et médicaments neuroleptiques en thérapeutique psychiatrique", *L'Encéphale*, 46, n° 3, 1957, pp. 281-398.
- , "Problèmes posés par l'organisation de la recherche en psychiatrie", *Information Psychiatrique*, 35, n° 3, 1959, pp. 177-180.
- DESPINOY, MAURICE, *Les hôpitaux de jour. Rapport sur un stage d'étude effectué sous les auspices de l'OMS*, 1959.
- , "Les hôpitaux de jour et les hôpitaux de nuit", *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, n° 4, 1963.
- DESROSIÈRES, ALAIN et LAURENT THÉVENOT, *Les catégories socio-professionnelles*, Paris, La Découverte, 1988.
- DEUTSCH, ALBERT, *The shame of the States*, New York, Harcourt, 1948.
- DEWEY, JOHN, *Le public et ses problèmes*, Pau, Publications de l'Université de Pau, 2003 [1927].
- DIATKINE, GILBERT, "La psychiatrie de secteur et les urgences", *Information Psychiatrique*, n° 8, 1972.
- DIATKINE, RENÉ, "Réflexions d'un psychanalyste sur la participation des infirmiers à la psychothérapie", *Information Psychiatrique*, 34, n° 10, 1958.
- DIATKINE, RENÉ, SOCARRAS et EVELYNE KESTEMBERG, "Le transfert en psychothérapie collective", *L'Encéphale*, n° 3, 1950.
- DIÉBOLT, EVELYNE, *De la quarantaine au quarantenaire, histoire du foyer de postcure de l'Élan*, Paris, Editions de l'Élan Retrouvé, 1997.
- "Discussion de la lettre de M. Paul Strauss. Séance de la société médico-psychologique du 24 juillet 1922", *Annales Médico-psychologiques*, 1922.
- DOBRY, MICHEL, *Sociologie des crises politiques: la dynamique des mobilisations multisectorielles*, Paris, Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1986.
- DOGAN, MATTEI, "La stabilité du personnel parlementaire sous la Troisième République", *Revue Française de Science Politique*, n° 3, 1953, pp. 319-347.
- DONZELOT, JACQUES, *La Police des familles*, Paris, Editions de Minuit, coll. "Critique", 1977.

- , *L'invention du social: essai sur le déclin des passions politiques*, Paris, Editions du Seuil, coll. "Points Essais", 1994.
- DOUSSINET, PIERRE, "Pour une administration de la Tutelle", *Revue médicale de France*, 1943.
- DOUSSINET, PIERRE et HENRI COURBAIRE DE MARCILLAT, "Essai de définition et de réalisation du placement tutélaire", *Archives de médecine sociale*, 1949, pp. 281-287.
- DOUSSINET, PIERRE et ELIZABETH JACOB, "Tentative nouvelle d'assistance médicale aux psychopathes", *Semaine des Hôpitaux de Paris*, 1938.
- DOUSSINET, PIERRE, YVAN ROUSSEL et HENRI COURBAIRE DE MARCILLAT, "L'Assistance tutélaire, contribution à son organisation", *Archives de médecine sociale*, III, n° 3, 1947.
- DOUSSINET, PIERRE, BERNARD SALINGARDES et HENRI COURBAIRE DE MARCILLAT, *La Protection tutélaire et l'institution de la tutelle, dispositions codifiées*, Clermont-Ferrand, Société d'hygiène mentale du Centre (impr. de Mont-Louis), 1952.
- DOUTREBENTE, "Union des médecins aliénistes français", *Annales Médico-psychologiques*, II, 1896, p. 337.
- DOWBIGGIN, IAN, *La folie héréditaire. Ou comment la psychiatrie française s'est constituée en un corps de savoir et de pouvoir dans la seconde moitié du XIX^e siècle*, Paris, EPEL, 1993.
- , "Back to the future: Valentin Magnan, French Psychiatry and the classification of mental diseases, 1885-1925", *Social History of Medicine*, 9, n° 2, 1996.
- DUBAR, CLAUDE et PIERRE TRIPIER, *Sociologie des professions*, Paris, Armand Colin, coll. "U. Sociologie", 2005.
- DUBET, FRANÇOIS, *Le déclin de l'institution*, Paris, Le Seuil, coll. "L'épreuve des faits", 2002.
- DUBIEF, FERNAND-JEAN-BAPTISTE, *Le Régime des aliénés*, Paris, J. Rousset, 1909.
- DUCHÊNE, HENRI, "Statistique des hôpitaux psychiatriques", *Bulletin de l'Institut National d'Hygiène*, 3, n° 1, 1948, pp. 24-41.
- , 1949, *La statistique des hôpitaux psychiatriques. Travail de l'Institut National d'Hygiène*, Rapport à la Commission des Maladies Mentales, séance du 24 mai 1949, 1949.
- , "Interdépendance des problèmes de dépistage et de cure libre", *Sauvegarde de l'enfance*, n° 7/8, 1951, pp. 549-558.
- , "Les services psychiatriques publics extra-hospitaliers. Rapport d'assistance." in Paul Cossa (dir.), *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. 57^e Session, Tours, 8-13 juin 1959. Comptes rendus*, Paris, Masson, 1959, pp. 583-631.
- , "Tâches d'hygiène mentale dans la psychiatrie de secteur", *Information Psychiatrique*, 35, n° 1, 1959, p. janvier.
- DUCHÊNE, HENRI et PIERRE BAILLY-SALIN, "Contre le secteur", *Information Psychiatrique*, n° 1, 1962, pp. 7-10.
- DUCHÊNE, HENRI et PHILIPPE PAUMELLE, "L'électrochoc prophylactique au dispensaire dans certains cas de psychoses maniaco-dépressives", *Annales Médico-psychologiques*, 1, n° 5, 1956, pp. 867-870.
- , "A propos de la notion d'urgence en psychiatrie", *Information Psychiatrique*, 1958, pp. 27-37.

DUMAS, *Cour d'appel de Douai. Audience solennelle de rentrée du 4 novembre 1884. Des modifications à apporter à la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. I. Loi du 30 juin 1838. II. Projet du gouvernement. III. Contre-projet de la commission du Sénat. IV. Conclusion. Discours de rentrée, prononcé par M. Dumas*, 1884.

DUPRÉ, ERNEST, "La psychiatrie d'urgence", *Presse médicale*, n° 105, 1910.

DURKHEIM, EMILE, "La morale professionnelle", *Leçons de sociologie*, Paris, PUF, 1950.

EHRENBERG, ALAIN, *La fatigue d'être soi*, Paris, Odile Jacob, 1998.

EHRENBERG, ALAIN et ANNE M. LOVELL (dir.), *La maladie mentale en mutation*, Paris, Odile Jacob, 2001.

ELLIS, JACK D., *The Physicians-Legislators of France. Medicine and politics in the early Third Republic. 1870-1914*, Cambridge, Cambridge University Press, 1990.

ERIBON, DIDIER, *Michel Foucault*, Paris, Flammarion, 1989.

ESQUIROL, ETIENNE, *Des maladies mentales: considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Paris, J. B. Baillière, 1838.

ESTROFF, SUE, *Le labyrinthe de la folie. Ethnographie de la psychiatrie en milieu ouvert et de la réinsertion*, Le Plessis-Robinson, Institut synthélabo, coll. "Les empêcheurs de penser en rond", 1998 [1981].

"Expérience d'introduction de psychothérapies dans un service fermé par l'équipe d'admission de l'HP Sainte Anne", *Information Psychiatrique*, 34, n° 5, 1958, pp. 361 sq.

EY, HENRI, "La notion d'automatisme en psychiatrie", *Evolution psychiatrique*, IV, n° 3, 1932, pp. 11-35.

———, "La notion de constitution. Essai critique", *Evolution Psychiatrique*, IV, n° 4, 1932, pp. 25-54.

———, "Position actuelle des problèmes de la démence précoce et des états schizophréniques", *Evolution psychiatrique*, 8, n° 4, 1934, pp. 27-54.

———, "Réflexions sur la valeur scientifique et morale de la psychanalyse (A propos de la thèse de Roland Dalbiez)", *Encéphale*, XXXIV, 1939, pp. 189-220.

———, "La folie et les valeurs humaines", *Le Médecin Français*, V, n° 55, 1945, p. 10.

———, "Les médecins des HP devront-ils aller à l'Ecole?" *Information Psychiatrique*, 23, n° 2, 1946, pp. 55-58.

———, "Etude n° 2. Le rythme mécano-dynamiste de l'histoire de la médecine", *Etudes psychiatriques. I. Historique - Méthodologie - Psychopathologie générale*, Paris, Desclée de Brouwer, coll. "Bibliothèque neuro-psychiatrique de langue française", 1948.

———, "Etude n° 4. La position de la psychiatrie dans le cadre des sciences médicales (la notion de "maladie mentale"). " *Etudes psychiatriques. I. Historique - méthodologie - psychopathologie générale*, Paris, Desclée de Brouwer, coll. "Bibliothèque Neuro-Psychiatrique de Langue Française", 1948.

———, *Etudes psychiatriques. I. Historique - Méthodologie - Psychopathologie générale*, Paris, Desclée de Brouwer, coll. "Bibliothèque Neuro-Psychiatrique de Langue Française", 1948.

———, "Efficacité de la psychothérapie", *Evolution Psychiatrique*, 1949, pp. 289-302.

———, "A propos d'une réalisation d'assistance psychiatrique à Saint Alban", *Evolution psychiatrique*, n° 3, 1952, pp. 579-582.

- , "Etude n°20. La classification des maladies mentales et le problème des psychoses aiguës", *Etudes psychiatriques. III. Structure des psychoses aiguës et déstructuration de la conscience*, Paris, Desclée de Brouwer, 1954.
- , "La maladie mentale, maladie de l'adaptation sociale", *Réadaptation*, n° 34, 1956, pp. 8-19.
- , "Les difficultés qui rendent pratiquement impossible l'appréciation automatique et standardisée du rendement des services", *Information Psychiatrique*, 33, n° 5, 1957, pp. 247-249.
- , "Servitude et grandeur du médecin fonctionnaire", *Esprit*, n° 247 (1957;2), 1957.
- , "Les conditions morales de l'exercice de la médecine dans les Hôpitaux psychiatriques", *Information Psychiatrique*, 34, n° 1, 1958, pp. 7-13.
- , "La position des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques devant la réforme hospitalière de l'enseignement médical (Réflexions personnelles)", *Information Psychiatrique*, 35, n° 4, 1959, pp. 279-286.
- (dir.), *L'inconscient. 6e colloque de Bonneval*, Paris, Desclée de Brouwer, coll. "Bibliothèque Neuro-Psychiatrique de Langue Française", 1966.
- , "Ouverture des Journées", *Livre Blanc de la Psychiatrie Française. Tome 1*, Toulouse, Edouard Privat, 1966.
- , "Exposé du Dr Henri Ey secrétaire général de l'Evolution psychiatrique", *Livre Blanc de la psychiatrie Française. Tome 2*, Toulouse, Edouard Privat, 1967.
- , *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*, Toulouse, Privat, 1975.
- , "Neuroleptiques et services psychiatriques hospitaliers", *Confrontations psychiatriques*, n° 13, 1975, pp. 19-59.
- , *Schizophrénie: études cliniques et psychopathologiques*, Le Plessis-Robinson, Synthelabo, 1995.
- EY, HENRI et JULIEN ROUART, *Essai d'application des principes de Jackson à une conception dynamique de la neuro-psychiatrie*, Paris, G. Doin, coll. "Monographie de l'encéphale", 1936.
- EY, HENRI, JUAN DE AJURIAGUERRA et HENRI HÉCAEN, *Les rapports de la neurologie et de la psychiatrie*, Paris, Hermann, 1947.
- EY, HENRI et H. M. GALLOT, "Le brevet de psychiatrie et l'organisation des services psychiatriques publics", *Information Psychiatrique*, 23, n° 7, 1947, pp. 214-219.
- EY, HENRI, PAUL SIVADON, FRANÇOIS TOSQUELLÈS, *et al.*, "Symposium sur la psychothérapie collective", *Evolution Psychiatrique*, n° 3, 1952, pp. 531-592.
- FALRET, JEAN-PIERRE, *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*, Paris, J.-B. Baillière, 1864.
- FAURE, OLIVIER, *Genèse de l'hôpital moderne*, Paris; Lyon, Editions du CNRS; Presses Universitaires de Lyon, 1981.
- , *Histoire sociale de la médecine*, Paris, Anthropos, 1994.
- FAUVEL, AUDE, *Témoins aliénés et "nouvelles Bastille". Une histoire politique, sociale et culturelle des asiles en France (1800-1914)*, Thèse d'histoire, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2005.
- FEBVRE, LUCIEN, *Martin Luther, un destin*, Paris, PUF, coll. "Quadrige", 1995.

- FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE, *Livre Blanc de la Psychiatrie*, Montrouge, John Libbey, 2003.
- FERDIÈRE, GASTON, "L'assistance post-hospitalière", in Pierre Combemale (dir.), *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, 46e session, Marseille, 13-18 septembre 1948. Comptes rendus*, Paris, Masson, 1948.
- FERRAND, GUY et JEAN-PAUL ROUBIER, "L'hôpital psychiatrique dans la cité: programme d'un hôpital psychiatrique urbain de moins de cent lits", *Recherches*, n° numéro spécial, 1967, pp. 33-.
- FILLASSIER, ALFRED, *Psychiatrie d'urgence*, Paris, Maloine, 1925.
- FISHER, BERENICE et ANSELM STRAUSS, "Interactionism", in T. B. Bottomore et Robert Nisbet (dir.), *A history of sociological analysis*, New York, Basic Books, 1978, pp. 457-498.
- FLUGEL, JOHN CARL, *International Congress on Mental Health, London, 1948*, London, New York, H.K. Lewis; Columbia University Press, 4 vols, 1948.
- FOLLIN, SVEN, "Les réunions du personnel", *Information Psychiatrique*, n° 6, 1949, p. 222.
- FOLLIN, SVEN et CLAUDE BALIER, "Le médecin n'est pas un juge mais un psychothérapeute", *Information Psychiatrique*, n° 10, 1954, p. 405.
- FOLLIN, SVEN et LUCIEN BONNAFÉ, "Troisième rapport. A propos de la psychogenèse." in H. Ey (dir.), *Le problème de la psychogenèse des névroses et des psychoses*, Paris, Desclée de Brouwer, coll. "Bibliothèque neuro-psychiatrique de langue française", 1950.
- FOLLIN, SVEN et HENRI DUCHÊNE, "Note sur la structure des relations du psychiatre avec son malade", *Annales Médico-psychologiques*, I, 1946, p. 289.
- FOUCAULT, MICHEL, *Folie et déraison, histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961.
- , *Maladie mentale et psychologie*, Paris, PUF, 1962 [1954].
- , *Naissance de la clinique*, Paris, PUF, 1963.
- , *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972 [1961].
- (dir.), *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma soeur, mon frère: un cas de parricide au XIX^e siècle*, Paris, Gallimard, coll. "Archives", 1973.
- , *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.
- (dir.), *Herculine Barbin, dite Alexina B.*, Paris, Gallimard, coll. "Les Vies parallèles", 1978.
- , *Le souci de soi. Histoire de la sexualité. 3*, Paris, Gallimard, coll. "Bibliothèque des histoires", 1984.
- , *Les anormaux. Cours au Collège de France. 1974-1975*, Paris, Gallimard-Le Seuil, coll. "Hautes Etudes", 1999.
- , *L'herméneutique du sujet. Cours au Collège de France. 1981-1982*, Paris, Gallimard-Seuil, coll. "Hautes études", 2001.
- , "Polémique, politique et problématisations", *Dits et écrits II, 1976-1988*, Paris, Gallimard, 2001 [1984], pp. 1410-1417.
- , "A propos de la généalogie de l'éthique : un aperçu du travail en cours", *Dits et Ecrits*, Paris, Gallimard, 2001 [1984], pp. 1428-1450.
- FOURQUET, FRANÇOIS et LION MURARD, "Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible?" *Recherches*, n° 17, 1975.
- , *Histoire de la psychiatrie de secteur*, Paris, Encres, 1980 [1975].

- FOUTRIER, BERNARD, *L'identité communiste, la psychanalyse, la psychiatrie, la psychologie*, Paris, L'Harmattan, 1994.
- FREIDSON, ELIOT, *La Profession médicale*, Paris, Payot, coll. "Médecine et sociétés", 1984 [1970].
- , *Profession of medicine: a study of the sociology of applied knowledge*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.
- , *Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge*, Chicago, University of Chicago Press, 1988.
- FREUD, SIGMUND, "Psychologie des foules et analyse du moi", *Essais de psychologie*, Paris, Payot, 1981 [1921].
- FRIEDBERG, EHRARD, "Insaisissable planification, réflexions à propos de quelques études de la planification française", *Revue Française de Sociologie*, XVI, n° suppl., 1975, pp. 605-625.
- FRIEDMANN, GEORGES, *Problèmes humains du machinisme industriel*, Paris, Gallimard, 1946.
- FUJIMURA, JOAN H., "Constructing 'do-able' problems in cancer research: articulating alignment", *Social studies of science*, 17, 1987, pp. 257-293.
- , "The molecular biological bandwagon in cancer research: where social worlds meet", *Social problems*, 35, 1988, pp. 261-283.
- FUSSINGER, CATHERINE, "Formation des psychiatres et psychothérapie: regards croisés sur les situations suisse et française", *PSN*, III, n° 14, 2005, pp. 193-206.
- GALVEZ, HUBERT, *La fédération hospitalière de France. Cinquante ans d'histoire de l'hôpital public en France. 1924-1974*, Paris, Collection "Revue Hospitalière de France", 1974.
- GARNIER, PAUL, "Internement des aliénés", in Vernet (dir.), *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. Septième session tenue à Nancy du 1er au 5 août 1896*, Paris, Masson, 1897.
- GARRABÉ, JEAN, "L'après-crise de la psychothérapie institutionnelle", *Information Psychiatrique*, 59, n° 4, 1983, pp. 611-618.
- , *Henri Ey et la pensée psychiatrique contemporaine*, Le Plessis Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, coll. "Les empêcheurs de penser en rond", 1997.
- , *La schizophrénie: un siècle pour comprendre*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 2003.
- GAUCHET, MARCEL et GLADYS SWAIN, *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique.*, Paris, Gallimard, 1980.
- , *Le vrai Charcot. Les chemins imprévus de l'inconscient*, Paris, Calmann-Lévy, 1997.
- GENIL-PERRIN, GEORGES, *Maladies nerveuses et mentales*, Paris, Larousse, 1931.
- GEREMEK, BRONISLAW, *La Potence ou la pitié: l'Europe et les pauvres du Moyen Âge à nos jours*, Paris, Gallimard, coll. "Bibliothèque des histoires", 1987.
- GILLIBERT, EDMOND, BERNARD GRANGER, GENEVIÈVE TELLIER, et al., *Psychiatrie de liaison. Le concept et la réalité. Rapport d'assistance, congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française*, Paris, Masson, 1990.

- GIORGI-ERAGNE, ADRIENNE, *Le Délire aigu infectieux et son traitement par le choc colloïdal. Thèse pour le doctorat en médecine*, Thèse pour le doctorat en médecine, Alger, 1925.
- GIRAUD, A., "Contribution à l'étude des guérisons tardives", *Annales Médico-psychologiques*, 1883.
- GLASER, BARNEY et ANSELM STRAUSS, "Awareness contexts and social interaction", *American sociological review*, 29, 1964, pp. 669-679.
- GOFFMAN, ERVING, *Asiles*, Paris, Ed. de Minuit, 1968 [1961].
- GOLDSTEIN, JAN, *Consoler et classifier. L'essor de la psychiatrie française*, Le Plessis-Robinson, Synthélabo, 1997 [1987].
- GOMART, ÉMILIE, "Towards generous constraint: freedom and coercion in a French addiction treatment", *Sociology of Health and Illness*, 24, n° 5, 2002, pp. 517-549.
- GOODWIN, SIMON, *Community care and the future of mental health service provision*, Aldershot, Hants, England; Brookfield, Vt., USA, Avebury; Gower Pub. Co., coll. "Avebury studies of care in the community", 1990.
- GOT, ROGER, "Bilan de la société de recherche en réadaptation", *Actualités psychiatriques*, n° 3, 1985, pp. 81-83.
- GREEN, ANDRÉ, "Chimiothérapies et psychothérapies", *L'Encéphale*, 50, n° 1, 1961, pp. 29-101.
- GREEN, ANDRÉ, DRIC MARTIN et PAUL SIVADON, "Enseignement de la psychiatrie et formation du psychiatre", *Livre Blanc de la Psychiatrie Française. Tome 1*, Toulouse, Edouard Privat, 1966, pp. 17-74.
- GRÉMION, CATHERINE, "Le système de décision", in Michel Crozier, Ehrard Friedberg, Catherine Grémion, et al. (dir.), *Où va l'administration française?* Paris, Les éditions d'organisation, 1974.
- GRÉMION, PIERRE, *Le pouvoir périphérique. Bureaucrates et notables dans le système politique français*, Paris, Le Seuil, 1976.
- , *Modernisation et progressisme. Fin d'une époque. 1968-1981*, Paris, Editions Esprit, 2006.
- GRIVOIS, HENRI, "Une psychiatrie d'intervention au coeur de Paris", *Information Psychiatrique*, n° 9, 1975, pp. 965-987.
- , *Naître à la folie*, Chilly-Mazarin, Laboratoires Delagrangé, coll. "Les empêcheurs de penser en rond", 1991.
- GROB, GERALD N., *Mental illness and american society 1875-1940*, Princeton, Princeton university press, 1983.
- , *From Asylum to Community. Mental Health Policy in Modern America.*, Princeton, Princeton University Press, 1991.
- GUILLAUME, M., "Contradictions sociales et planification des équipements collectifs." in Lucien Nizard et Pierre A. Belanger (dir.), *Planification et société*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, 1974, pp. 282-298.
- GUILLAUME, PIERRE, *Du désespoir au salut. Les tuberculeux aux XIX^e et XX^e siècle*, Paris, Aubier, 1986.
- GUILLAUME, PIERRE, *Le rôle social du médecin depuis deux siècles, 1800-1945*, Paris, Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 1996.
- GUILLEMARD, HERVÉ, *Diriger les consciences, guérir les âmes. Une histoire comparée des pratiques thérapeutiques et religieuses (1830-1939)*, Paris, La découverte, 2006.
- GUILLEMARD, ANNE-MARIE, *La vieillesse et l'Etat*, Paris, PUF, 1980.

- , *Le déclin du social. Formation et crise des politiques de la vieillesse*, Paris, PUF, 1986.
- GUIRAUD, PAUL et HENRI EY, "Remarques critiques sur la schizophrénie de Bleuler", *Annales Médico-psychologiques*, I, 1926, pp. 355-365.
- GUYOT, "Contrôle et autorité", *Information Psychiatrique*, n° 3, 1947, p. 75.
- HACKING, IAN, *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi?* Paris, La découverte, 2001.
- HALBERSTADT, G., "A propos de l' "ergothérapie""", *Annales Médico-psychologiques*, I, 1929, p. 193.
- HALL, PETER A., "Policy paradigms, social learning and the state", *Comparative politics*, 25, n° 3, 1993, pp. 275-296.
- HALL, PETER A. et ROSEMARY C. R. TAYLOR, "La science politique et les trois néo-institutionnalismes", *Revue Française de Science Politique*, 47, n° 3-4, 1997, pp. 469-495.
- HALPERN, SYDNEY A., *American pediatrics. The social dynamics of professionalism. 1880-1980*, Berkeley, University of California Press, 1988.
- , "Dynamics of Professional Control: Internal Coalitions and Crossprofessional Boundaries", *American journal of sociology*, 97, 1992, pp. 994-1021.
- HAMEL, JEAN LAUZIER, P. MEIGNANT et HENRI DUCHÊNE, "Les conditions minima d'agrément des consultations d'hygiène mentale", *Information Psychiatrique*, n° 8, 1951, pp. 235-239.
- HAMEL, J., "La réforme de la loi de 1838", *Aliéniste Français*, n° 1, 1928.
- HASSENTEUFEL, PIERRE, *Les médecins face à l'Etat*, Paris, Presses de Sciences Po, 1999.
- HATZFELD, HENRI, *Le grand tournant de la médecine libérale*, Paris, Les Editions ouvrières, 1963.
- , *Du paupérisme à la Sécurité sociale*, Paris, Armand Colin, 1971.
- HAYE, CHARLES et JEAN LAUZIER, "L'hygiène et la prophylaxie mentales bases de l'assistance psychiatrique." *Aliéniste Français*, n° 5, 1937, pp. 215-238.
- HAZEMANN, ROBERT-HENRI, "Hygiène sociale et urbanisme", *Hygiène Sociale*, n° 9, 1944, pp. 132-134.
- HEALY, DAVID (dir.), *The psychopharmacologists*, London, Arnold, 3 vols, 1996-2000.
- (dir.), *The psychopharmacologists III: interviews*, London, New York, Arnold and Oxford University Press, 2000.
- , *The Creation of Psychopharmacology*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 2002.
- , *Le temps des antidépresseurs*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond - Le Seuil, 2002 [1997].
- HECHT, GABRIELLE, *Le rayonnement de la France. Energie nucléaire et identité nationale après la Seconde Guerre mondiale*, Paris, La découverte, 2004 [1998].
- HENCKES, NICOLAS, *Réformer la psychiatrie, organiser les pratiques de secteur. La construction de la psychiatrie de secteur dans "l'expérience du treizième arrondissement"*, Rapport pour le programme Sciences biomédicales, Santé, Société, MiRe/INSERM/CNRS, 2005.
- HERZLICH, CLAUDINE, *Santé et maladie, analyse d'une représentation sociale*, Paris, La Haye, Mouton, 1969.

- , "Types de clientèle et fonctionnement de l'institution hospitalière", *Revue Française de Sociologie*, XIV, n° Numéro spécial, 1973, pp. 41-59.
- , "The evolution of relations between french physicians and the state between 1880 and 1980", *Sociology of Health and Illness*, 4, n° 3, 1982, pp. 241-252.
- HERZLICH, CLAUDINE, MARTINE BUNGENER et GENEVIÈVE PAICHELER, *Cinquante ans d'exercice de la médecine en France. Carrières et pratiques des médecins français, 1930-1980*, Paris, Editions INSERM/Doin, 1993.
- HEUYER, GEORGES, "A propos de la loi de 1838 et de son projet de révision", *Annales Médico-psychologiques*, 1939.
- , "Pour une véritable assistance aux malades mentaux", *Le Médecin Français*, n° 51, 1945, p. 7.
- HILGARTNER, S. et CHARLES BOSK, "The rise and fall of social problems", *American journal of sociology*, 94, 1988, pp. 53-78.
- HIRSCHMAN, ALBERT O., *Bonheur privé, action publique*, Paris, Fayard, 1983 [1982].
- , *Défection et prise de parole*, Paris, Fayard, 1995 [1970].
- HOFFMANN, STANLEY, CHARLES P. KINDLEBERGER, LAURENCE WYLIE, *et al.*, *A la recherche de la France*, Paris, Le Seuil, coll. "La Cité prochaine", 1963.
- , *Essais sur la France. Déclin ou renouveau?* Paris, Editions du Seuil, coll. "Collection Esprit "La Cité prochaine", 1974.
- "Hommage à Julien Raynier", *Aliéniste Français*, n° spécial, 1937.
- HORWITZ, ALLAN V. et THERESA L. SCHEID (dir.), *A handbook for the study of mental health*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999.
- HUGHES, EVERETT C., "The Ecological Aspects of Institutions", *American sociological review*, 1, n° 2, 1936, pp. 180-192.
- , "Les institutions américaines comme *entreprises collectives*", *Le regard sociologique*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, coll. "Recherches d'histoire et de sciences sociales", 1996 [1962].
- HUGHES, THOMAS PARKE, *Networks of power: electrification in Western society, 1880-1930*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1983.
- HUTEAU, MICHEL, *Psychologie, psychiatrie et société sous la troisième république. La biocratie d'Édouard Toulouse (1865-1947)*, Paris, L'Harmattan, coll. "Histoire des sciences humaines", 2002.
- IMBERT, JEAN, *Histoire des hôpitaux en France*, Toulouse, Privat, 1982.
- JACOB, ELIZABETH, "Notes pour servir au progrès de la recherche biologique et au perfectionnement de l'assistance en psychiatrie", *Le Bulletin Médical*, 1942.
- JAEGER, MARCEL, *Le désordre psychiatrique*, Paris, Payot, 1981.
- , "Garder, surveiller, soigner. Essais d'histoire de la profession d'infirmier psychiatrique", *Cahiers VST*, n° 3, 1990.
- JAEGGI, FRANÇOIS, "Les aspects sociologiques de l'hospitalisation et de l'évolution des psychoses chroniques", *L'Encéphale*, n° 2, 1963.
- JAMOUS, HAROUN, *Sociologie de la décision. La réforme des études médicales et des structures hospitalières*, Paris, CNRS, 1969.

- JASPER, JAMES M. et JANE D. POULSEN, "Recruiting Strangers and Friends: Moral Shocks and Social Networks in Animal Rights and Anti-Nuclear Protests", *Social Problems*, 42, n° 4, 1995, p. 493-512.
- JEAN, PIERRE, "La santé publique", in Georges Langrod (dir.), *La consultation dans l'administration contemporaine*, Paris, Cujas, 1972, pp. 555-634.
- JEANNEAU, AUGUSTIN, "Deux notions du secteur", *Psychiatrie Française*, 3e année, n° 1, 1972, pp. 17-18.
- JOAS, HANS, "Symbolic interactionism", in Anthony Giddens et John Turner (dir.), *Social theory today*, Stanford, Stanford University Press, 1987, pp. 82-115.
- JOBERT, BRUNO, *Le social en plan*, Paris, Editions ouvrières, 1981.
- JOBERT, BRUNO et PIERRE MULLER, *L'Etat en action. Politiques publiques et corporatismes*, Paris, Presses Universitaires de France, 1987.
- JODELET, DENISE, *Folies et représentations sociales*, Paris, Presses universitaires de France, coll. "Sociologie d'aujourd'hui", 1989.
- JOHNSON, TERENCE JAMES, *Professions and power*, London, Macmillan, 1972.
- JOHNSON, TERRY, "Governmentality and the institutionalization of expertise", in Terry Johnson, Gerry Larkin et Mike Saks (dir.), *Health professions and the state in Europe*, London and New York, Routledge, 1995.
- Justesse et justice dans le travail*, Paris, PUF, 1989.
- KARSENTI, BRUNO, *Marcel Mauss: le fait social total*, Paris, Presses universitaires de France, coll. "Philosophies", 1994.
- KASPI, ANDRÉ, *La libération de la France. Juin 1944-janvier 1946*, Paris, Perrin, coll. "tempus", 2004.
- KEELER, JOHN T. S., *The politics of neocorporatism in France: farmers, the state, and agricultural policy-making in the Fifth Republic*, New York, Oxford University Press, 1987.
- KELLER, RICHARD, *Action psychologique: French psychiatry in colonial North Africa, 1900-1962*, Thèse d'histoire, Rutgers University, 2001.
- KLAPMAN, JACOB W., *Group psychotherapy. Theory and practice*, New York, Grune & Stratton, 1946.
- KOECHLIN, PHILIPPE, *Etude sur la place du travail dans la thérapeutique psychiatrique actuelle*, Thèse pour le doctorat en médecine, Paris, 1951.
- , "Psychiatrie de secteur en province", *Information Psychiatrique*, 35, n° 1, 1959, pp. 71-79.
- KOVESS, VIVIANE, ALAIN LOPEZ, JEAN-CLAUDE PÉNOCHET et MICHEL REYNAUD, *Psychiatrie année 2000*, Paris, Flammarion, 1999.
- KUTY, OLGIERD, "La problématique de la création de valeurs dans la sociologie contemporaine des professions. Le cas des professionnels de première ligne", *Sciences sociales et santé*, IX, n° 2, 1991, pp. 5-30.
- LABORIT, HENRI et CLAUDE GRENIÉ, *Henri Laborit: derniers entretiens avec Claude Grenié*, Paris, Ed. du Félin, coll. "Le temps et les mots", 1996.
- LACAN, JACQUES, "Au-delà du principe de réalité", *Evolution psychiatrique*, n° 3, 1936, pp. 67-86.

- , "La psychiatrie anglaise et la guerre", *Evolution Psychiatrique*, n° 1, 1947, pp. 293-318.
- LAFFITTE, H., ""Médecin consultant" et "Actes de consultant"", *Bulletin de l'Ordre des Médecins*, Année 1948-1949, n° 2, 1949, pp. 169-174.
- LAGACHE, DANIEL, "Quelques aspects du transfert", *Revue Française de Psychanalyse*, 15, n° 3, 1951, pp. 406-424.
- LAGET, PIERRE-LOUIS, "Naissance et évolution du plan pavillonnaire dans les asiles d'aliénés", *Livraisons d'histoire de l'architecture*, n° 7, 2004, p. 1er semestre 2004.
- LAIGNEL-LAVASTINE, MAXIME, "La néo-sociabilité des aliénés", *Archives internationales de neurologie*, 70, n° 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1951.
- LAING, RONALD D., *La politique de l'expérience*, Paris, Stock, 1970 [1967].
- , *Le moi divisé*, Paris, Stock, 1970 [1960].
- LAMARCHE-VADEL, GAETANE et GEORGES PRÉLI, "L'asile", *Recherches*, n° 31, 1978.
- LAMARCHE, "Centre de postcure et de réadaptation sociale agricole de l'Ouest", *Information Psychiatrique*, 1962.
- LAMBERT, PIERRE- A., "Sur un essai de psychiatrie de secteur en milieu rural", *Information Psychiatrique*, 33, n° 6, 1957, pp. 330-340.
- LAMBERT, PIERRE-A. et M. MIDENET, "Evolution actuelle de la schizophrénie. A propos de l'évolution de trente-cinq schizophrènes jeunes suivis pendant plus de dix ans", *Annales Médico-psychologiques*, 2, n° 5, 1975, pp. 873-91.
- LANTÉRI-LAURA, GEORGES, "La chronicité dans la psychiatrie française moderne", *Annales E.S.C.*, 1972.
- , *Essai sur les paradigmes de la psychiatrie moderne*, Paris, Editions du temps, 1998.
- "La politique du syndicat", *Information Psychiatrique*, 27, n° 1, 1951, pp. 6-8 ; "A propos de la politique du syndicat", *Information Psychiatrique*, 27, n° 4, 1951, pp. 90-115.
- "La réadaptation des malades mentaux", *Réadaptation*, n° 34, 1956.
- LARSON, MAGALI SARFATTI, *The rise of professionalism: a sociological analysis*, Berkeley, University of California Press, 1977.
- LASCOURMES, PIERRE et PATRICK LE GALÈS (dir.), *Gouverner par les instruments*, Paris, Presses de Sciences Po, 2004.
- LATOUR, BRUNO, *Les Microbes : guerre et paix*, Paris, A.-M. Métailié, 1984.
- LATOUR, BRUNO, *La science en action*, Paris, Gallimard, coll. "Folio", 1995 [1989].
- LAURENCEAU, C., "Inventaire des moyens psychiatriques existant en France", *Information Psychiatrique*, 1972, pp. 975-980.
- LAUTMAN, JACQUES et JEAN-CLAUDE THOENIG, *Planification et administrations centrales. Etudes sociologiques. Rapport de pré-enquête*, Paris, Centre de Recherches de Sociologie des Organisations, 1966.
- LAUZIER, JEAN, "Considérations nouvelles sur la construction et l'aménagement des hôpitaux psychiatriques ", *Au delà de l'asile d'aliéné et de l'hôpital psychiatrique. Documents de l'Information psychiatrique*, Paris, Desclée de Brouwer, 1946.
- , "L'hôpital psychiatrique de demain", *Information Psychiatrique*, 35, n° 5, 1959, p. 343.
- , "Fixation de normes de construction des Hôpitaux psychiatriques", *Information Psychiatrique*, 36, n° 4, 1960, p. 373.

- LAUZIER, JEAN, LUCIEN BONNAFÉ et GODEAU, "Rapport sur les conditions techniques auxquelles doit répondre un hôpital psychiatrique", *Techniques hospitalières*, n° 41, 1949, pp. 5-12.
- LAUZIER, JEAN et D. LAFAGE, "Statistiques médicales des hôpitaux psychiatrique et des dispensaires d'hygiène mentale (1955-1957)", *Bulletin de l'Institut National d'Hygiène*, 13, n° 4, 1958, pp. oct-déc.
- LE GOFF, JEAN-PIERRE, *Mai 68, l'héritage impossible*, Paris, La Découverte, 1998.
- LE GUILLANT, LOUIS, "Remarques à propos de la reconstruction de l'hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire", *Au-delà de l'asile d'aliéné et de l'hôpital psychiatrique. Documents de l'Information psychiatrique*, 2, Paris, Desclée de Brouwer, 1946.
- , "Une expérience de réadaptation sociale instituée par les événements de guerre", *Hygiène mentale*, n° 6, 1947.
- , "Objet et méthode de la neuro-psychiatrie infantile", *Evolution psychiatrique*, n° 3, 1948, pp. 95-133.
- , "Editorial", *La Raison*, n° 1, 1951, pp. 5-12.
- , "La crise des hôpitaux psychiatriques et la médecine plein-temps", *Information Psychiatrique*, 1952, pp. 278-288.
- , "Le service médico-social de secteur", *Information Psychiatrique*, 35, n° 1, 1959, pp. 9-39.
- , *Quelle psychiatrie pour notre temps? Travaux et écrits*, Toulouse, Érès, 1984.
- LE GUILLANT, LOUIS, LUCIEN BONNAFÉ et HUBERT MIGNOT, "Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques. Rapport d'assistance", in Pierre Warot (dir.), *Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. LXIIIe session. Marseille 7-12 septembre 1964. Comptes rendus. Tome II*, Paris, Masson et Cie éditeurs, 1964, pp. 1335-1711.
- LE GUILLANT, LOUIS, MAURICE PARIENTE et RODOLPHE ROELEN, "Remarques à propos d'un groupe de cent entrantes dans un service fermé de la Seine", *Information Psychiatrique*, 29, n° 9, 1953, p. 252.
- LE GUILLANT, LOUIS, PAUL SIVADON et MAURICE PARIENTE, "Le reclassement professionnel des malades sortis des hôpitaux psychiatriques", *Information Psychiatrique*, 33, n° 3, 1957, pp. 131-144.
- LEBOVICI, SERGE et MARIE-FRANCE CASTARÈDE, *L'enfance retrouvée. Une vie en psychanalyse*, Paris, Flammarion, 1992.
- LEBOVICI, SERGE, RENÉ DIATKINE et H. DANON-BOILEAU, "Psychodrame et traitement des psychotiques", *Evolution psychiatrique*, 23, n° 2, 1958, pp. 499-521.
- LEBOVICI, SERGE, RENÉ DIATKINE et E. KESTEMBERG, "Applications de la psychanalyse à la psychothérapie de groupe et à la psychothérapie dramatique en France", *Evolution Psychiatrique*, n° 3, 1952, p. 397.
- LECLAIRE, SERGE, "A la recherche des principes d'une psychothérapie des psychoses", *Evolution psychiatrique*, 23, n° 2, 1958, pp. 377-419.
- LEGRAND DU SAULLE, HENRI, "Variétés", *Annales Médico-psychologiques*, 1857.
- "Le personnel médical de l'hôpital Henri Rousselle (Service de prophylaxie mentale) et l'attribution des postes de médecins dans les services ouverts." *Aliéniste Français*, n° 1, 1927.
- "Le problème de la santé mentale (Memorandum rédigé par le conseil syndical)", *Information Psychiatrique*, 26, n° 2, 1950, pp. 56-66.

- Le Projet de réforme de la loi de 1838 sur le régime des "aliénés". Discussion à l'Académie de médecine. Réponse des sociétés savantes à l'enquête instituée par le Gouvernement. Documents divers. Préface du Professeur Gilbert Ballet*, Paris, Librairie H. Delarue, coll. "Publication de l'informateur des aliénistes et des neurologistes", 1919.
- LERMAN, PAUL, *Deinstitutionalization and the Welfare State*, New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 1982.
- LEROY, R., "Chronique. Considérations sur la restriction des services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière." *Annales Médico-psychologiques*, I, n° 289-297, 1922.
- , "A propos de la séparation des aliénés aigus et chroniques dans les asiles d'aliénés de la Seine", *Annales Médico-psychologiques*, II, 1923, p. 385.
- LERT, FRANCE, *Emergence et devenir d'un système de prévention. Le système de prise en charge de la tuberculose*, Thèse de 3e cycle, Paris, Paris IX Dauphine, 1980.
- "Les approches cognitives des politiques publiques", *Revue Française de Science Politique*, n° 2, 2000.
- "Les malades rejetés par l'institution française d'aujourd'hui. Colloque de l'Evolution psychiatrique organisé par G. Daumézon. Paris le 25 janvier 1975." *Evolution psychiatrique*, 1975, p. 695 sq.
- "Les schizophrénies. Journées de Bonneval - Avril 1957", *Evolution psychiatrique*, n° 2 et 3, 1958.
- LEYRITZ, JACQUES, "Carence de l'élite", *Information Psychiatrique*, n° 1, 1946, p. 10.
- , "Mouvement pour une psychiatrie médicale et biologique", in Pierre Combemale (dir.), *Comptes rendus. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. XLVe session. Niort (21-26 juillet 1947)*, Paris, Masson, 1947, pp. 189-191.
- LHERMITTE, JEAN, "Journées psychiatriques nationales", *Information Psychiatrique*, 24, n° 8, 1948, p. 231 sq.
- LIGHT, DONALD, "The medical profession and organizational change: from professional dominance to countervailing power", in Chloe E. Bird, Peter Conrad et Allen M. Fremont (dir.), *Handbook of medical sociology*, Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall, 2000, pp. 201-215.
- , "Introduction: Ironies of Success: A New History of the American Health Care "System"", *Journal of Health and Social Behavior*, 45, n° Extra Issue: Health and Health Care in the United States: Origins and Dynamics, 2004, pp. 1-24.
- LIGHT, DONALD W. et DAVID HUGHES, "Introduction: A sociological perspective on rationing: power, rhetoric and situated practices", *Sociology of Health and Illness*, 23, n° 5, 2001, pp. 551-569.
- Livre blanc de la psychiatrie française*, Toulouse, Privat, 3 vols, 1966-1968. Tome 1: *Rapports présentés aux Journées Psychiatriques. Paris 19-20 juin 1965*, 1966 ; Tome 2: *Deuxièmes Journées psychiatriques. Paris 5-6 mars 1966. Discussion des rapports présentés aux Premières Journées psychiatriques*, 1967 ; Tome 3 : *Troisièmes journées psychiatriques. Paris 3-4 juin 1967. Conclusions*, 1968
- LOVELL, ANNE M., "Recherches sur les sans domiciles fixes et la maladie mentale au Etats-Unis", in Isaac Joseph (dir.), *Les urgences et l'espace public*, Paris, Le Plan Urbain/RATP, 1992.
- LOVELL, ANNE M., "Mobilité des cadres et psychiatrie interstitielle", *Raisons pratiques*, n° 7, 1996, pp. 59-85.

- LUNIER, LUDGER, "De l'isolement des aliénés considéré comme moyen de traitement et comme mesure d'ordre public", *Annales Médico-psychologiques*, 1, n° 1, 1871, p. 27.
- MABILLE, H. (dir.), *Congrès annuels de médecine mentale: Quatrième session tenue à La Rochelle du 1er au 6 août 1893. Comptes rendus publiés par docteur H. Mabilille*, La Rochelle, E. Martin, 1894.
- MAGNAN, VALENTIN, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, Lecrosnier, 1887.
- , *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, L. Battaille, 1893.
- MAINES, DAVID, NOREEN M. SUGRUE et MICHAEL A. KATOVITCH, "The sociological import of G.H.Mead's theory of the past", *American sociological review*, 48, n° 2, 1983, pp. 161-173.
- MANNONI, MAUD, *Un lieu pour vivre: les enfants de Bonneuil, leurs parents et l'équipe des "soignants"*, Paris, Seuil, 1976.
- MANS, JEAN, "Contribution à l'étude du travail dans les asiles d'aliénés", *Aliéniste Français*, n° 2, 1937.
- MARANDON DE MONTYEL, "Du personnel Médico-administratif des asiles et de son recrutement", *Annales Médico-psychologiques*, II, 1890, p. 403.
- MARGAIRAZ, MICHEL et HENRY ROUSSO, "Le plan, une affaire d'Etat? Les responsables des commissions du Ier au IXe plan", in Henry Rouso (dir.), *La planification en crises*, Paris, Editions du CNRS, 1987, pp. 19-71.
- MARKS, HARRY, *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1999 [1997].
- MAROSELLI, ANDRÉ, "Le docteur Boidé, directeur de l'hygiène publique et des hôpitaux, est mort le 29 juin 1956", *Bulletin d'information du ministère de la Santé publique et de la population*, n° 2, 1956.
- MARTIN-CHAUFFIER, LOUIS, *L'homme et la bête*, Paris, Gallimard, 1947.
- MASSON, AGNÈS, *Le Travestissement, essai de psycho-pathologie sexuelle. Préface du professeur Laignel-Lavastine*, Paris, Éditions Hippocrate, 1935.
- , *L'Assistance psychiatrique nouvelle. Préface de Suzanne Lacore*, Châlons, Éditions champenoises, 1948.
- , "La vie sociale des malades à l'hôpital psychiatrique: l'expérience de Châlons-sur-Marne", *Annales Médico-psychologiques*, I, 1948, p. 342.
- , "Les éléments du contact de l'aliéniste des services publics avec ses malades", *Annales Médico-psychologiques*, I, n° 242-247, 1952.
- "Médecine, quatrième pouvoir?" *Esprit*, 18, n° 3, 1950.
- MEMMI, DOMINIQUE, *Les gardiens du corps: dix ans de magistère bioéthique*, Paris, Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales, coll. "Recherches d'histoire et de sciences sociales; 68", 1996.
- MENDEL, GÉRARD et JEAN-LUC PRADES, *Les méthodes de l'intervention psychosociologique*, Paris, La Découverte, coll. "Repères", 2002.
- MENDRAS, HENRI, *La fin des paysans: suivi d'une réflexion sur La fin des paysans, vingt ans après*, Paris, Actes sud, coll. "Babel. Série Essai", 1993 [1967].
- MIGNOT, HUBERT, "Du retentissement de la réforme hospitalo-universitaire sur la psychiatrie française", *Information Psychiatrique*, 36, n° 3, 1960, pp. 311-333.

- , "Le problème législatif", *Livre blanc de la psychiatrie française. I. Rapports présentés aux Journées Psychiatriques. Paris 19-20 juin 1965*, Toulouse, Privat, 1965, pp. 103-116.
- , "Libre choix et psychiatrie", *Evolution psychiatrique*, III, n° 453-472, 1969.
- MIGNOT, HUBERT, VUILLAUMEY-ABELS, GRIMBERT et BAILLY, "Projet d'enquête sur l'incidence des thérapeutiques par neuroleptiques sur le mouvement des hôpitaux psychiatriques", *Information Psychiatrique*, 34, n° 4, 1958, pp. 298-306.
- MIGNOT, ROGER et LÉON MARCHAND, *Manuel technique pour les infirmiers des établissements d'aliénés*, Paris, Doin, 1931.
- MINKOWSKI, EUGÈNE, *La schizophrénie: psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes*, Paris, Payot, coll. "Bibliothèque scientifique", 1927.
- MISSA, JEAN-NOËL, *Naissance de la psychiatrie biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XXe siècle*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. "Science, Histoire, Société", 2006.
- MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTÉ MENTALE, *Soins psychiatriques: Guide des innovations*, Thoiry, Heures de France, 1996.
- MISSION NATIONALE D'APPUI EN SANTÉ MENTALE, *La psychiatrie en France: quelles voies possibles?* Rennes, Editions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2005.
- MONCEAU, MADELEINE, *Soigner en psychiatrie. Entre violence et vulnérabilité*, Levallois-Perret, G. Morin, coll. "Des pensées et des actes en santé mentale", 1998.
- "M. Maux et nous", *Information Psychiatrique*, 26, n° 4, 1950, pp. 157-158.
- MONDOLONI, M., "Analyse: Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique." *Information Psychiatrique*, 38, n° 3, 1962, p. 316.
- MOREL, PIERRE et CLAUDE QUÉTEL, *Médecines de la folie*, Paris, Hachette, coll. "Pluriel", 1985.
- MORENO, J. L., *Psychothérapie de groupe et psychodrame*, Paris, PUF, coll. "Bibliothèque de psychiatrie", 1965.
- MUCCHIELLI, LAURENT, "Autour de la "révélation" d'Emile Durkheim. De l'inscription biographique des découvertes savantes à la notion de "névrose créatrice"." in Jacqueline Carroy et Nathalie Richard (dir.), *La découverte et ses récits en sciences humaines: Champollion, Freud et les autres*, Paris, L'Harmattan, 1998, pp. 57-96.
- MULLER, PIERRE et YVES SUREL, *L'analyse des politiques publiques*, Paris, Montchrestien, coll. "Clefs Politique", 1998.
- MURARD, LION, "Dispensaire", *Dictionnaire de la pensée médicale*, Paris, PUF, 2003.
- MURARD, LION et PATRICK ZYLBERMAN, "Robert-Henri Hazemann, urbaniste social", *Urbi*, n° X, 1987, pp. 54-91.
- , *L'administration sanitaire en France dans l'entre-deux-guerres. Le ministère de l'Hygiène : création et action, suivi de: Deux essais sur l'histoire de la coopération sanitaire internationale*, Paris, CERMES, Convention MiRe-INSERM, 1996.
- , *L'hygiène dans la République. La santé publique en France ou l'utopie contrariée. 1870-1918*, France, Fayard, 1996.
- MURAT, LAURE, *La maison du docteur Blanche: histoire d'un asile et de ses pensionnaires, de Nerval à Maupassant*, Paris, JC Lattès, 2001.

- NACHT, SACHA (dir.), *La psychanalyse d'aujourd'hui*, Paris, PUF, coll. "L'actualité psychanalytique. Bibliothèque de l'Institut de Psychanalyse", 2 vols, 1956.
- NUROK, MICHAEL, *Entre économie morale et économie technique. Le travail d'urgence vitale à Paris et à New York*, Thèse pour le doctorat en sociologie, Paris, Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 2007.
- NYE, ROBERT A., *Crime, madness, & politics in modern France: the medical concept of national decline*, Princeton, N.J., Princeton University Press, 1984.
- ODIER, BERNARD, *Les sociétés de patronage d'aliénés guéris et convalescents au XIX^e siècle*, Thèse pour le doctorat en médecine, Paris, Université Pierre et Marie Curie, 1982.
- OGIEN, ALBERT, "Le travail en équipe: l'imposition de la collégialité dans l'exercice de la psychiatrie", *Sciences sociales et santé*, 5, n° 2, 1987, pp. 61-84.
- , *L'esprit gestionnaire. Une analyse de l'air du temps*, Paris, Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1995.
- OGIEN, ALBERT et LOUIS QUÉRÉ, "Expérience", *Le vocabulaire de la sociologie de l'action*, Paris, Ellipses, 2005, pp. 37-43.
- OHAYON, ANNICK, *L'impossible rencontre. Psychologie et psychanalyse en France 1919-1969*, Paris, La Découverte, 1999.
- OPPENHEIM, JANET, *"Shattered nerves": doctors, patients, and depression in Victorian England*, New York, Oxford University Press, 1991.
- OURY, JEAN, "La participation de l'infirmier à la psychothérapie", *Information Psychiatrique*, 34, n° 5, 1958, pp. 405 sq.
- PADIOLEAU, JEAN G., *L'Etat au concret*, Paris, Presses Universitaires de France, coll. "Sociologies", 1982.
- PAICHELER, GENEVIÈVE, *Psychologie des influences sociales: contraindre, convaincre, persuader*, Neuchâtel, Delachaux & Niestlé, coll. "Actualités pédagogiques et psychologiques", 1985.
- PARANT, VICTOR, "Chronique. Le projet d'union des médecins aliénistes", *Annales Médico-psychologiques*, II, 1896, p. 5.
- PARCHAPPE, MAXIMIEN, *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*, Paris, Victor Masson, 1851.
- PARSONS, TALCOTT, "The professions and social structure", *Social Forces*, 17, n° 4, 1939, pp. 457-467.
- , "Chapitre X. Structure sociale et processus dynamique: le cas de la pratique médicale moderne", *Eléments pour une sociologie de l'action*, Paris, Plon, 1955 [1951].
- PAUMELLE, PHILIPPE, *Essais de traitement collectif du quartier d'agités*, Thèse de médecine, Paris, 1952.
- , "Hygiène mentale d'une consultation", *Hygiène Mentale*, n° 1, 1956, pp. 63-104.
- , "L'hôpital de secteur. Le XIII^e: une expérience", *Information Psychiatrique*, n° 7, 1965, p. 637.
- , *A propos de la psychiatrie de secteur. Cours à l'Université de Montréal. Faculté de médecine, Département de Psychiatrie*, ronéotypé, 1971.

- PAUMELLE, PHILIPPE et S. M. LEPASTIER, "Contribution à l'étude du coût de l'action de secteur en psychiatrie d'adultes", *Information Psychiatrique*, 50, n° 3, 1974, pp. 237-258.
- PÉQUIGNOT, HENRI, "Introduction médicale au problème des chroniques", in Paul Aboulker, Léon Chertok et Michel Sapir (dir.), *Psychosomatique et chronicité*, Paris, Maloine, 1964, pp. 11-25.
- , "Le problème des maladies chroniques", *Bulletin de l'Académie de médecine*, n° 148, 1964, pp. 733-6.
- , "Les malades chroniques et l'organisation des soins médicaux", *Bulletin de l'Académie de médecine*, n° 149, 1965, pp. 190-4.
- , "L'hôpital, le chronique et le vieillard", *Concours médical*, 88, n° 1, 1966, pp. 65-78.
- PERCEVAL, JOHN THOMAS, *Perceval le fou. Autobiographie d'un schizophrène, 1830-1832*, Paris, Payot, 1975 [1961].
- PERRIER, FRANÇOIS, "Fondements théoriques d'une psychothérapie de la schizophrénie", *Evolution psychiatrique*, 23, n° 2, 1958, pp. 421-444.
- PERRON, ROGER, "Psychanalyse et psychothérapie en France après la Seconde Guerre mondiale. Conférence à la Société Psychanalytique de Paris, 15 mai 2001", <http://www.spp.asso.fr/main/HistoirePsy/Articles/Items/2.htm>, 2001.
- PERROW, CHARLES, "The analysis of goals in complex organizations", *American sociological review*, 26, n° 6, 1961, pp. 854-866.
- PICARD, JEAN FRANÇOIS, "Poussée scientifique ou demande de médecins? La recherche médicale en France de l'Institut national d'hygiène à l'INSERM", *Sciences sociales et santé*, 10, n° 4, 1992, pp. 47-106.
- PICHOT, PIERRE, "Thérapeutiques sociales en Grande Bretagne", *Evolution Psychiatrique*, n° 3, 1948, pp. 87-94.
- PICKSTONE, JOHN V., "Objects and objectives: Notes on the material cultures of medicine", in G. Lawrence (dir.), *Technologies of modern medicine*, London, Science Museum, 1994, pp. 13-24.
- , *Ways of knowing: a new history of science, technology, and medicine*, Chicago, University of Chicago Press, 2001.
- PIEL, ERIC et JEAN-LUC ROELANDT, *De la psychiatrie à la santé mentale. Rapport de mission*, Paris, Ministère de la santé, 2000.
- PILGRIM, DAVID et A. ROGERS, *A sociology of mental health and illness*, Buckingham, Open university press, 1999.
- PINELL, PATRICE, *Naissance d'un fléau. Histoire de la lutte contre le cancer en France*, Paris, Métailié, 1992.
- , "La normalisation de la psychiatrie française", *Regards sociologiques*, n° 29, 2005, pp. 3-21.
- PINELL, PATRICE et MARKOS ZAFIROPOULOS, "La médicalisation de l'échec scolaire. De la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile", *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 24, 1978, pp. 23-49.
- POCHON, GUSTAVE, *Etude sur le traitement des aliénés agités par le repos au lit*, Thèse de médecine, Paris, 1899.
- POLACK, JEAN-CLAUDE et DANIELLE SIVADON-SABOURIN, *La Borde ou le Droit à la folie*, Paris, Calmann-Lévy, coll. "L'Ordre des choses", 1976.

- POLITZER, GEORGES, *Critique des fondements de la psychologie. La psychologie et la psychanalyse*, Paris, Presses universitaires de France, coll. "Quadrige", 2003 [1928].
- PORTER, ROY, *A social history of madness: stories of the insane*, London, Weidenfeld and Nicolson, 1987.
- PORTER, ROY et DAVID WRIGHT, *The confinement of the insane: international perspectives, 1800-1965*, Cambridge, UK; New York, Cambridge University Press, 2003.
- POWELL, WALTER W. et PAUL J. DIMAGGIO (dir.), *The new institutionalism in organizational analysis*, Chicago, Chicago University Press, 1991.
- PRESSMAN, JACK D., *Last resort. Psychosurgery and the limits of medicine*, Cambridge, Cambridge University Press, 1998.
- PRESTWICH, PATRICIA E., *Drink and the Politics of Social Reform: Antialcoholism in France since 1870*, Palo Alto, The Society for the promotion of science and scholarship, 1988.
- PRIEUR, CÉCILE, "Pour les malades, l'hôpital est tout sauf un lieu de violence", *Le Monde*, 2005.
- PRIOR, LINDSAY, "Community versus hospital care: the crisis in psychiatric provision", *Social Science and Medicine*, n° 32, 1991, pp. 483-9.
- , *The social organization of mental illness*, London, Sage, 1993.
- "Programmation, architecture et psychiatrie", *Recherches*, n° numéro spécial, 1967.
- "Psychiatrie sociale", *La Raison*, n° 1, 1951, pp. 27-28.
- Questions à la "Révolution psychiatrique"*, Bron, Editions la Ferme du Vinatier, 2001.
- RABINBACH, ANSON, *Le moteur humain. L'énergie, la fatigue et les origines de la modernité*, Paris, La fabrique, 2004 [1990].
- RABINOW, PAUL, *Une France si moderne: naissance du social, 1800-1950*, Paris, Buchet Chastel, coll. "Les essais", 2006 [1989].
- RACAMIER, PAUL-CLAUDE, "Sur les psychothérapies d'orientation psychanalytique", *Evolution Psychiatrique*, n° 3, 1953, 623-653.
- , "La psychanalyse des psychoses", in Sacha Nacht (dir.), *La psychanalyse d'aujourd'hui*, Paris, PUF, 1956.
- , "Introduction à une sociopathologie des schizophrènes hospitalisés", *Evolution Psychiatrique*, n° 1, 1957, pp. 47-94.
- , "Connaissance et psychothérapie de la relation schizophrénique", *Evolution psychiatrique*, 23, n° 2, 1958, pp. 445-498.
- , *Le psychanalyste sans divan*, Paris, Payot, 1970.
- RAVAUD, JEAN-FRANÇOIS et HENRI-JACQUES STIKER, "Les modèles de l'inclusion et de l'exclusion à l'épreuve du handicap", *Handicap*, n° 86 et 87, 2000.
- RAYNEAU, JAMES, "Des réformes à apporter à la situation des médecins de quartiers d'hospices et des asiles privés faisant fonction d'asiles publics", *L'Informateur des aliénistes et des neurologistes*, n° 7, 1908.
- RAYNIER, JULIEN, "En marge des discussions ouvertes devant la Société Médico-Psychologique sur les malades dits "petits mentaux" et la création de "services ouverts"', *Annales Médico-psychologiques*, II, 1922, p. 216.
- , "Rapport de l'inspection générale des services administratifs", *Journal Officiel*, 1923.

- RAYNIER, JULIEN et HENRI BEAUDOUIN, *L'Aliéné et les asiles d'aliénés au point de vue administratif et juridique*, Paris, Le François, 1924.
- , *L'aliéné et les asiles d'aliénés*, Paris, Librairie le François, 1930.
- , *L'assistance psychiatrique en France. III. Assistance psychiatrique extra-hospitalière. Psychiatrie sociale*, Paris, Le François, 1951.
- RAYNIER, JULIEN et JEAN LAUZIER, *La construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés*, Paris, 1935.
- RÉGIS, A. et LUCIEN BONNAFÉ, "Réalisation d'une enquête syndicale: Bilan et perspectives de la protection de la santé mentale en France", *Information Psychiatrique*, n° 7, 1951, p. 194.
- RÉGIS, EMMANUEL, *Manuel pratique de médecine mentale, avec une préface par M. Benjamin Ball*, Paris, O. Doin, 1885.
- , *Précis de psychiâtrie, 5e édition*, Paris, O. Doin, 1914.
- "Réponses à l'enquête sur l'application de la Circulaire du 13 octobre 1937", *Aliéniste Français*, 1939, pp. 151-155 et 249 à 251.
- "Rethinking the sociology of mental health", *Sociology of Health and Illness*, 22, n° 5, 2000.
- REYNAUD, EMMANUELE, "Le militantisme moral", in Henri Mendras (dir.), *La sagesse et le désordre*, Paris, Gallimard, 1980, pp. 271-286.
- , "Identités collectives et changement social: les cultures collectives comme dynamique d'action", *Sociologie du travail*, n° 2, pp. 159-177, 1982.
- RHODES, LORNA A., *Emptying beds: the work of an emergency psychiatric unit*, Berkeley, University of California Press, 1991.
- RICŒUR, PAUL, *L'idéologie et l'utopie*, Paris, Seuil, coll. "La couleur des idées", 1997.
- RIDOUX, BERNARD, *Place du psychodrame dans les activités collectives d'un service psychiatrique adulte*, Thèse de médecine, Paris, 1950.
- RITTI, ANTOINE (dir.), *XIIIe congrès international de médecine. Paris 1900. Section de psychiatrie. Comptes rendus*, Paris, Masson, 1901.
- RIVIÈRE, JACQUES, "Ce que sera la psychiatrie parisienne", *Information Psychiatrique*, 1, 1967, p. 13.
- ROBERT, JEAN, *La guérison tardive des maladies mentales. Rapport de psychiatrie. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française. XXIX^e session, Paris, 28 mai - 1er juin 1925*, Paris, Masson, 1925.
- ROELANDT, JEAN-LUC, *Manuel de psychiatrie citoyenne. L'avenir d'une désillusion*, Paris, In Press, coll. "Des pensées et des actes en santé mentales", 2002.
- ROSE, NIKOLAS S., *Governing the soul: the shaping of the private self*, London; New York, Free Association Books, 1999.
- ROSENBERG, CHARLES E., *The care of strangers: the rise of America's hospital system*, New York, Basic Books, 1987.
- ROSENBERG, CHARLES E., "Holism in Twentieth-Century Medicine", in Christopher Lawrence et George Weisz (dir.), *Greater than the parts*, New York, Oxford, Oxford University Press, 1997.
- ROSENTAL, PAUL-ANDRÉ, *L'intelligence démographique*, Paris, Odile Jacob, 2003.
- ROTHMAN, DAVID J., *Conscience and Convenience. The Asylum and Its Alternatives in Progressive America*, Boston, Little, Brown, 1980.
- , *Strangers at the bedside: a history of how law and bioethics transformed medical decision making*, [New York, NY], BasicBooks, 1991.

- ROTHMAN, DAVID J. et SHEILA M. ROTHMAN, *The Willowbrook wars: bringing the mentally disabled into the community*, New Brunswick, NJ, Aldine Transaction, 2005 [1984].
- ROUDINESCO, ELISABETH, *La bataille de cent ans. Histoire de la psychanalyse en France. 1*, Paris, Seuil, 1986.
- , *La bataille de cent ans. Histoire de la psychanalyse en France. 2. 1925-1985*, Paris, Seuil, 1986.
- ROUMIEUX, ANDRÉ, *Je travaille à l'asile d'aliénés*, Paris, Éditions Champ Libre, 1974.
- ROUSSEAU, "Des guérisons tardives chez les aliénés", *Encéphale*, II, 1882, pp. 446-453.
- ROUSSET, DAVID, *L'Univers concentrationnaire*, Paris, Editions du Pavois, 1946.
- , *Les Jours de notre mort*, Paris, Editions du Pavois, 1947.
- SABATIER, PAUL A., "Knowledge, Policy-oriented learning, and policy change. An advocacy coalition framework", *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 8, n° 4, 1987.
- SADOUN, R., HENRI DAGUIN et NICOLE QUEMADA, "Statistiques médicales des établissements psychiatriques. Année 1967", *Bulletin de l'institut National de la Santé et de la Recherche Médicale*, 24, n° 3, 1969, pp. 547-612.
- SCHATZMAN, LEONARD et ANSELM STRAUSS, "A sociology of psychiatry: A perspective and some organizing foci", *Social problems*, 14, n° 1, 1966, pp. 3-16.
- SCHERRER, PIERRE, "Réflexions et critiques", *Information Psychiatrique*, 23, n° 6, 1947, pp. 152-155.
- SCHLESINGER, MARK et BRADFORD GRAY, "Institutional change and its consequences for the delivery of mental health services", in Allan V. Horwitz et Teresa Scheid (dir.), *Handbook for the study of mental health. Social contexts, theories, and systems*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999, pp. 427-448.
- SCHWEICH, M., "Psychothérapie des schizophrènes hospitalisés", *La psychanalyse*, n° 4, 1958, pp. 135-152.
- SCULL, ANDREW, *Decarceration: Community Treatment and the Deviant - A Radical View*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1977.
- , *Museums of madness*, Harmondsworth, Penguin, 1979.
- , "Deinstitutionalization and public policy", *Social Science & Medicine*, 20, n° 5, 1985, p. 545.
- SÉCHEHAYE, MARGUERITE, *Journal d'une schizophrène*, Paris, PUF, coll. "Bibliothèque de psychanalyse", 2000 [1950].
- SEDGWICK, PETER, *Psycho Politics. Laing, Foucault, Goffman, Szasz and the future of mass psychiatry*, Cambridge, Harper and Row, 1982.
- SEGRESTIN, DENIS, "Les communautés pertinentes de l'action collective: canevas pour l'étude des fondements sociaux des conflits du travail en France", *Revue Française de Sociologie*, 21, n° 2, 1980, pp. 171-202.
- , *Le phénomène corporatiste*, Paris, Fayard, 1985.
- SÉRIEUX, PAUL, *L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse*, Paris, Imprimerie municipale, 1903.
- SHARAF, M. et D. LEVINSON, "Patterns of ideology and role definition among psychiatric residents", in Milton Greenblatt, D. Levinson et R. Williams (dir.), *The patient and the mental hospital*, New York, The Free Press of Glencoe, 1957.
- SIMON, HERMANN, "La psychothérapie à l'asile", *Hygiène Mentale*, n° 1, 1933.

- SIMON, TH., *L'aliéné, l'asile, l'infirmier.*, Paris, Librairie O. Berthier, 1911.
- SIMONIN, ANNE, "Le comité médical de la résistance: un succès différé", in Antoine Prost (dir.), *La Résistance, une histoire sociale*, Paris, les Éd. de l'Atelier-Éd. ouvrières, 1997, pp. 159-178.
- SIMONNOT, ANNE-LAURE, *Hygiénisme et eugénisme au XX^e siècle à travers la psychiatrie française*, Paris, S. Arslan, 1999.
- SINDING, CHRISTIANE, "The Power of Norms. Georges Canguilhem and Michel Foucault on History of Medicine", in Frank Huisman et John Harley Warner (dir.), *Locating Medical History: The Stories and their Meanings*, Baltimore, The Johns Hopkins Press, 2004, pp. 262-284.
- SIVADON, PAUL, "Patronage des invalides mentaux socialement isolés dans le cadre de la loi de 1838", *Annales Médico-psychologiques*, 2, 1944, p. 453.
- , "Médecins ou fonctionnaires", *Information Psychiatrique*, n° 1, 1946, pp. 7-9.
- , "Nos possibilités d'affiliation", *Information Psychiatrique*, n° 8, 1946, pp. 159-160.
- , "L'assistance extra-hospitalière. Vers une assistance psychiatrique extra-hospitalière efficace." *Annales Médico-psychologiques*, 1, n° 1, 1947, pp. 30-51.
- , "Le problème de l'affiliation", *Information Psychiatrique*, 23, n° 5, 1947, pp. 125-126.
- , "Les activités de groupe à l'hôpital psychiatrique", *Annales Médico-psychologiques*, 1, n° 2, 1947, p. 192.
- , *Discussion du rapport de G. Ferdière*, Congrès des aliénistes et des neurologues de langue française, Masson, 1948.
- , "Psychopathologie du travail", *Evolution Psychiatrique*, n° 3, 1952, pp. 451-471.
- , "Une réalisation d'assistance psychiatrique hospitalière: le CTRS de Ville Evrard", *Annales Médico-psychologiques*, II, n° 3, 1952, pp. 329-367.
- , *Psychiatrie et socialités: récit autobiographique et réflexions théoriques d'un psychiatre français*, Toulouse, Éres, 1993.
- SLAVSON, S. R., *The practice of group therapy*, New York, International University Press, 1947.
- SMITH, TIMOTHY BERESFORD, "The social transformation of hospitals and the rise of medical insurance in France, 1914-1943", *The historical journal*, 41, n° 4, 1998, pp. 1055-1087.
- SNOW, DAVID et RICHARD MACHALEK, "The sociology of conversion", *Annual Review of Sociology*, 10, 1984, pp. 167-190.
- SOEUR, ALAIN, *La politique de santé mentale en question*, Bordeaux, Les études hospitalières, 1995.
- SOLOW, R. A., "Group work with chronic mental patients", *Journal of clinical and experimental psychopathology*, 13, n° 1, 1952, pp. 31-9.
- SONOLET, N., "Un centre de santé mentale. Point de vue et proposition d'un architecte", *Information Psychiatrique*, n° 6, 1966, pp. 527-532.
- SOUFFIR, VICTOR, "Les hospitalisations longues", *Information Psychiatrique*, 59, n° 4, 1983, pp. 621-628.
- SOULAIRAC, ANDRÉ, S. A. SHENTOUB, A. DE MIJOLLA et S. GEIER, "Chronicité du trouble mental (Essai d'étude dynamique)", *Evolution psychiatrique*, 31, n° 4, 1966, pp. 787-847.

- STANTON, ALFRED et MORRIS SCHWARTZ, *The mental hospital*, New York, Basic books, 1954.
- STAR, SUSAN LEIGH et JAMES R. GRIESEMER, "Institutional Ecology, "Translations" and Boudary Objects. Amateurs and Professionals in Berkeley's Museum of Vertebrate Zoology, 1907-1939", *Social studies of science*, n° 19, 1989, pp. 387-420.
- STARR, PAUL, *The social transformation of american medicine*, New York, Basic Books, 1982.
- STONE, ALEC, "Le "néo-institutionnalisme". Défis conceptuels et méthodologiques", *Politix*, n° 20, 1992, pp. 156-168.
- STRAUSS, ANSELM, *Negotiations: Varieties, Processes, Contexts, and Social Order*, San Francisco, Jossey-Bass, 1978.
- , "Interorganizational negotiation", *Urban Life*, 11, n° 3, 1982, pp. 350-367.
- , "Social worlds and legitimation processes", in Norman Denzin (dir.), *Studies in Symbolic Interaction*, Greenwich, CT, Jai Press, 1982, pp. 171-190.
- , "Social world and their segmentation processes", in Norman Denzin (dir.), *Studies in symbolic interaction*, Greenwich, CT, Jai Press, 1984, pp. 123-139.
- , "The articulation of project work: an organizational process", *Sociological Quarterly*, n° 29, 1988, pp. 163-178.
- , *Miroirs et masques*, Paris, Métailié, 1992 [1959].
- , *La trame de la négociation*, Paris, L'Harmattan, 1992.
- , *Continual permutations of action*, New York, Aldine de Gruyter, coll. "Communication and social order", 1993.
- STRAUSS, ANSELM, SHIZUKO FAGERGAUGH, BARBARA SUCZEK et CAROLYN WIENER, *The social organization of medical work*, Chicago, The University of Chicago Press, 1985.
- STRAUSS, ANSELM et BARNEY GLASER, *Chronic illness and the quality of life*, Saint Louis, C. V. Mosby Publishing Co., 1975.
- STRAUSS, ANSELM, LEONARD SCHATZMAN, RUE BUCHER, *et al.*, "The hospital and its negotiated order", in Eliot Freidson (dir.), *The hospital in modern society*, New York, The Free Press, 1963, 147-168 trad. in Strauss, A. *La trame de la négociation*, 1992.
- , *Psychiatric ideologies and institutions*, New York, Free Press of Glencoe, 1964.
- SUDNOW, DAVID, *Passing On. The Social Organization of Dying*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1967.
- SULEIMAN, EZRA N., *Les Hauts fonctionnaires et la politique*, Paris, Editions du Seuil, 1976.
- SWAIN, GLADYS, "Chimie, cerveau, esprit et société. Paradoxes épistémologiques des psychotropes en médecine mentale", *Dialogue avec l'insensé*, Paris, Gallimard, 1993, pp. 263-281.
- , "Du traitement moral aux psychothérapies. Remarques sur la formation de l'idée contemporaine de psychothérapie", *Dialogue avec l'insensé*, Paris, Gallimard, 1993.
- , *Le sujet de la folie. Naissance de la psychiatrie*, Paris, Calmann-Lévy, 1997 [1977].
- SWAZEY, JUDITH P., *Chlorpromazine in psychiatry: a study of therapeutic innovation*, Cambridge, Mass.; London, MIT press, 1974.

- SZABO, JASON, *The unbearable darkness of being. Incurable illness in the scientific age*, à paraître.
- SZASZ, THOMAS, *L'éthique de la psychanalyse*, Paris, Payot, 1975 [1965].
- , *Le mythe de la maladie mentale*, Paris, Payot, 1975 [1960].
- TARGOWLA, RENÉ et G. BERNHEIM, "Le service social à l'hôpital psychiatrique", *Prophylaxie mentale*, 3, n° 9, 1927, pp. 254-258.
- TAUSIG, MARK, JANET MICHELLO et SREE SUBEDI, *A sociology of mental illness*, Upper Saddle River, N.J., Prentice Hall, 1999.
- TÉMINIAN, ONNIG, *Le Choc hémoclasique dans quelques maladies mentales et nerveuses*, Genève, 1923.
- THÉVENIN, ETIENNE, *Jacques Parisot, 1882-1967: un créateur de l'action sanitaire et sociale*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 2002.
- THOENIG, JEAN-CLAUDE, *L'ère des technocrates: le cas des Ponts et Chaussées*, Paris, Les Éditions d'Organisation, 1973.
- THOMAS, GREGORY M., "Open psychiatric services in interwar France", *History of Psychiatry*, 15, n° 2, 2004, pp. 131-153.
- THUILLIER, JEAN, *Les dix ans qui ont changé la folie, la dépression et l'angoisse*, Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2003 [1981].
- TISSOT, RENÉ, "Thérapeutique médicamenteuse au long cours des psychoses", in Colette Chiland et Paul Béquart (dir.), *Traitement au long cours des états psychotiques*, Toulouse, Privat, 1974, pp. 49-100.
- TOCQUEVILLE, ALEXIS DE, *L'ancien régime et la révolution*, Paris, Garnier Flammarion, 1988 [1856].
- TOPALOV, CHRISTIAN, *Naissance du chômeur. 1880-1910*, Paris, Albin Michel, coll. "L'évolution de l'humanité", 1994.
- (dir.), *Laboratoires du nouveau siècle. La nébuleuse réformatrice et ses réseaux en France, 1800-1914*, Paris, Ed. de l'EHESS, 1999.
- TORRUBIA, HORACE, "A propos de la psychothérapie", *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale*, n° 4, 1956, pp. 136-137.
- TOSQUELLÈS, FRANÇOIS, "Symposium sur la psychothérapie collective. Intervention de Tosquellès", *Evolution psychiatrique*, 1952.
- , "L'effervescence saint-albanaise", *Information Psychiatrique*, 63, n° 8, 1987.
- TOULOUSE, EDOUARD, *Rapport au Conseil général de la Seine au nom de la commission chargée d'étudier l'assistance des aliénés en Angleterre et en Ecosse*, Paris, Conseil général de la Seine, 1898.
- , "Doit-on interner les aliénés", *Revue de psychiatrie et de psychologie expérimentale*, n° 4, 1901, pp. 161-165.
- TOULOUSE, EDOUARD et ROGER DUPOUY, "Organisation générale de l'assistance aux psychopathes", *Hygiène mentale*, 22, n° 5, 1927, pp. 61-62.
- TOULOUSE, EDOUARD, GEORGES GENIL-PERRIN et RENÉ TARGOWLA, "L'organisation du service libre de prophylaxie mentale de l'Asile Sainte Anne", *Annales Médico-psychologiques*, I, 1922, p. 338.
- TRINIAC, A., A. JEANNEAU et CHARLES BRISSET, "Assemblée générale du 10 décembre 1972", *Psychiatrie Française*, 3e année, n° 4, 1972, pp. 131-139.
- TURKLE, SHERRY, *La France freudienne*, Paris, Grasset, 1982 [1978].

- UEBERSCHLAG, HENRI, "Peut-on prendre des sanctions à l'égard d'un malade mental hospitalisé", *Information Psychiatrique*, n° 7, 1954, p. 262.
- , "Le problème de la sanction en psychiatrie hospitalière par M. G. Daumézon", *Annales Médico-psychologiques*, I, 1955.
- , "Une lettre circulaire de l'association des directeurs administratifs des hôpitaux psychiatriques de France", *Information Psychiatrique*, n° 3, 1955, p. 142.
- URFALINO, PHILIPPE, *L'invention de la politique culturelle*, Paris, La Documentation française, coll. "Travaux et documents (Comité d'histoire du ministère de la Culture); 3", 1996.
- VALETTE, JEAN, "Etude sur l'évolution des structures de l'actuelle direction des hôpitaux de 1945 à 1976", *Revue Française des Affaires Sociales*, 1977, pp. 139-171.
- VELPRY, LIVIA, *L'expérience sociale de la maladie mentale. Etre un patient à long terme en psychiatrie publique*, Thèse pour le doctorat en sociologie, Paris, Université Paris V, 2006.
- VIDON, GILLES (dir.), *La réhabilitation psychosociale*, Paris, Frison-Roche, 1995.
- VIÉ, J., "Le traitement des malades mentaux par le travail. Les idées et les réalisations de H. Simon", *Aliéniste Français*, n° 6, 1936.
- VOIVENEL, PAUL, "Chronique. Littérature actuelle et psychiatrie. A propos du dernier roman de M. Paul Bourget", *Annales Médico-psychologiques*, VI, 1915, pp. 529-548.
- VON BUELTZINGSLOEWEN, ISABELLE, "Révolution au quotidien, révolution du quotidien: les transformations de la pratique psychiatrique à l'hôpital du Vinatier dans les années cinquante", *Questions à la "révolution psychiatrique"*, Bron, Editions la Ferme du Vinatier, 2001.
- , *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier, coll. "Collection historique", 2007.
- WARD, MARY JANE, *The snake pit*, New York, Random House, 1946.
- WEBER, EUGEN, *Fin de siècle: la France à la fin du XIX^e siècle*, Paris, Fayard, 1986.
- WEBER, MAX, *L'éthique protestante et l'esprit du capitalisme, suivi d'autres essais*, Paris, Gallimard, 2003.
- WEISZ, GEORGE, "The origins of medical ethics in France: the International Congress of Morale Médicale of 1955", in George Weisz (dir.), *Social science perspectives on medical ethics*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1990.
- , "Mapping Medical Specialization in Paris in the Nineteenth and Twentieth Centuries", *Social History of Medicine*, 7, n° 2, 1994, pp. 177-211.
- , *The medical mandarins: the French Academy of Medicine in the nineteenth and early twentieth centuries*, New York, Oxford University Press, 1995.
- , "A Moment of synthesis: Medical holism in France between the Wars", in Christopher Lawrence et George Weisz (dir.), *Greater than the parts: holism in biomedicine, 1920-1950*, New York, Oxford University Press, 1998.
- , "Regulating specialties in France during the first half of the twentieth century", *Social History of Medicine*, 15, n° 3, 2002, pp. 457-480.

- , "The emergence of medical specialization in the nineteenth century", *Bulletin of the History of Medicine*, 77, 2003.
- , *Divide and conquer. A comparative history of medical specialization*, Oxford, Oxford University Press, 2005.
- WIEVIORKA, ANNETTE, *Justin Godart. Un homme dans son siècle (1871-1956)*, Paris, CNRS Editions, 2004.
- WINTELER, R., *L'électrochoc ambulatoire*, Thèse de médecine, Paris, 1949.
- WOJCIECHOWSKI, JEAN-BERNARD, *Hygiène mentale et hygiène sociale: contribution à l'histoire de l'hygiénisme. Tome II. La ligue d'hygiène et de prophylaxie mentales et l'action du docteur Edouard Toulouse (1865-1947) au cours de l'entre-deux-guerres*, Paris, L'Harmattan, coll. "Logiques sociales", 1997.
- WYRSCH, JAKOB, *La Personnalité du schizophrène, étude clinique, psychologique, anthropophénoménologique*, Paris, PUF, coll. "Bibliothèque de psychiatrie", 1955 [1949].
- YOUNG, ALLAN, *The harmony of illusions. Inventing post-traumatic stress disorder*, Princeton, Princeton University Press, 1995.
- ZUMBRUNNEN, ROGER, *Psychiatrie de liaison. Consultation psychiatrique à l'hôpital général*, Paris, Masson, 1992.

