



HAL
open science

**” NE PLUS ETRE UN MONDE A PART ” LA
TRANSFORMATION D’UN HOPITAL
PSYCHIATRIQUE : SAINTE-GEMMES-SUR-LOIRE
(1910-1977)**

Vincent Guérin

► **To cite this version:**

Vincent Guérin. ” NE PLUS ETRE UN MONDE A PART ” LA TRANSFORMATION D’UN HOPITAL PSYCHIATRIQUE : SAINTE-GEMMES-SUR-LOIRE (1910-1977). Histoire. Université d’Angers, 2011. Français. NNT : . tel-00982839

HAL Id: tel-00982839

<https://theses.hal.science/tel-00982839>

Submitted on 24 Apr 2014

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.

« NE PLUS ETRE UN MONDE A PART »

**LA TRANSFORMATION D'UN HOPITAL PSYCHIATRIQUE :
SAINTE-GEMMES-SUR-LOIRE
(1910-1977)**

THESE DE DOCTORAT

(Volume 1)

Spécialité : Histoire Contemporaine

ECOLE DOCTORALE : Sociétés, Cultures, Echanges

Présentée et soutenue publiquement

Le 8 décembre 2011

**  la Faculté des Lettres, Langues et Sciences Humaines d'Angers
par Vincent Guérin**

Devant le jury ci-dessous :

M^{me} Isabelle von Buelzingsloewen, Professeure d'histoire à l'Université Lumiere Lyon 2.

M^{me} Nicole Edelman, Ma trese de conférences en histoire, habilitée à diriger des recherches, à l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense.

M. Jacques-Guy Petit, Professeur émérite d'histoire à l'Université d'Angers.

M. Patrick Martin-Mattera, Professeur de psychopathologie à l'Université Catholique de l'Ouest d'Angers.

M. Jean-Christophe Coffin, Maître de conférences en histoire à l'Université Paris Descartes.

Directrice de thèse : M^{me} Christine Bard, Professeure d'histoire à l'Université d'Angers.

**Centre de Recherches Historiques de l'Ouest (UMR 6258)
Maison des Sciences Humaines
5 bis Boulevard Lavoisier
49 045 Angers Cedex 01
Tél : 02 41 22 63 91**

A Béatrice, Elfée et Abel

A mes Parents.

SOMMAIRE

VOLUME 1

REMERCIEMENTS	p. 9.
INTRODUCTION	p. 11.
A. Situation du CESAME	p. 11.
B. Historiographie	p. 14.
C. Eléments de compréhension	p. 18.
D. Sources	p. 39.
E. Problématique, chronologie et méthodologie	p. 42.
Première partie. Exploration et crise	p. 45.
Chapitre I. Le monde asilaire (1910-juillet 1914)	p. 47.
Chapitre II. L'épreuve de la Première Guerre mondiale (août 1914-1918)	p. 107.
Deuxième partie. Esquisses d'un changement	p. 165.
Chapitre I. « Sortie de guerre » (1919-1927)	p. 167.
Chapitre II. L'amorce d'un changement (1928-1931)	p. 205.
Chapitre III. Vers un déblocage institutionnel (1932- septembre 1939)	p. 243.
Chapitre IV. Le temps de la guerre (1939-1945)	p. 283.

VOLUME 2

Troisième partie. Mutations	p. 383.
Chapitre I. L'immédiat après-guerre (1946-1953)	p. 345.
Chapitre II. Des neuroleptiques au service libre pour adultes (1954-1962)	p. 391.
Chapitre III. Une transition vers l'inconnu (1963-1970)	p. 441.
Chapitre IV. La réaction en chaîne (1971-1977)	p. 491.
CONCLUSION GENERALE	p. 531.

TABLE DES DOCUMENTS	p. 543.
TABLE DES MATIERES	p. 549.
I. SOURCES	p. 563.
II. BIBLIOGRAPHIE	p. 575.
III. SITES INTERNET	p. 584.
IV. FILMOGRAPHIE	p. 585.
TABLE DES MATIERES	p. 587.

REMERCIEMENTS

Avant tout chose, je souhaiterais remercier Christine Bard pour avoir accepté de diriger cette thèse et pour son soutien indéfectible, sa bienveillance et la liberté de manœuvre qu'elle m'a laissée tout au long de ces années.

Je remercie aussi le personnel des archives départementales du Maine-et-Loire et de la bibliothèque universitaire d'Angers pour leur gentillesse et les éclairages qu'ils ont pu me donner ; mais aussi, et surtout, le personnel des archives du Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME) : Karine Audebert, Christophe Duchêne, Jean-Pierre Taillandier, ainsi que Bénédicte Château du centre de documentation, pour leur disponibilité et les facilités de travail qu'ils m'ont offert.

Je remercie aussi Monsieur Gilles Salaün, directeur de l'hôpital pour sa confiance, ainsi que Madame Loiseau et Madame Le Messenger.

J'ai une pensée particulière pour toutes les personnes avec qui j'ai pu m'entretenir ; ce travail leur est dédié.

« La science historique voit grandir, avec son progrès, les régions silencieuses de ce qu'elle manque¹ »

Michel de Certeau

« Tout s'écoule² »

Héraclite

« Etudier le fou, c'est observer notamment ce qui le contient au sens le plus fort du mot³ »

Claude Quétel

Introduction

Dans cette introduction, et afin de mieux situer notre étude sur l'histoire de l'hôpital de Sainte-Gemmes-sur-Loire (49) au XX^e siècle, nous souhaiterions présenter géographiquement le Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME) puis revenir sur l'histoire de la psychiatrie et en premier lieu sur son historiographie. Depuis quand, par qui et de quelles manières cette histoire a-t-elle été envisagée ?

Ensuite, afin d'élaborer une grille d'analyse préalable à notre étude, nous observerons les changements institutionnels, juridiques et thérapeutiques qui jalonnent cette histoire entre le XVIII^e et XIX^e siècle. Pour terminer, nous détaillerons les sources spécifiques que nous avons utilisées, le cadre temporel et la méthodologie adoptés.

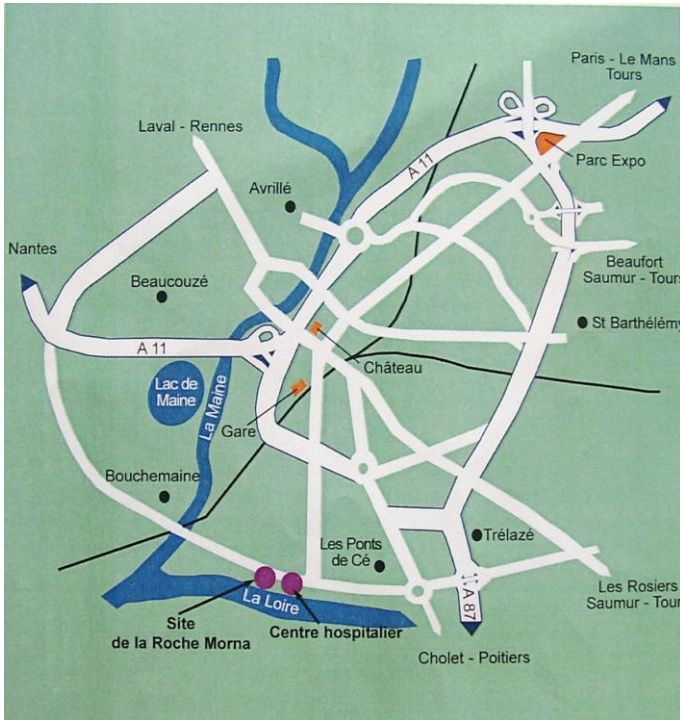
A / Situation du CESAME

Le CESAME se situe dans le village de Sainte-Gemmes-sur-Loire (prononcer « Sainte-Jame ») dans le Maine-et-Loire (49), à 4 kms au Sud d'Angers.

¹ Michel de Certeau, *L'écriture de l'histoire*, Paris, Gallimard, 1975, p. 63.

² Héraclite, *Fragments [Citations et témoignages]*, Paris, GP Flammarion, p. 98.

³ Claude Quétel, « L'asile d'aliénés en 1900 », *L'Histoire*, n° 7, décembre 1978, p. 25.



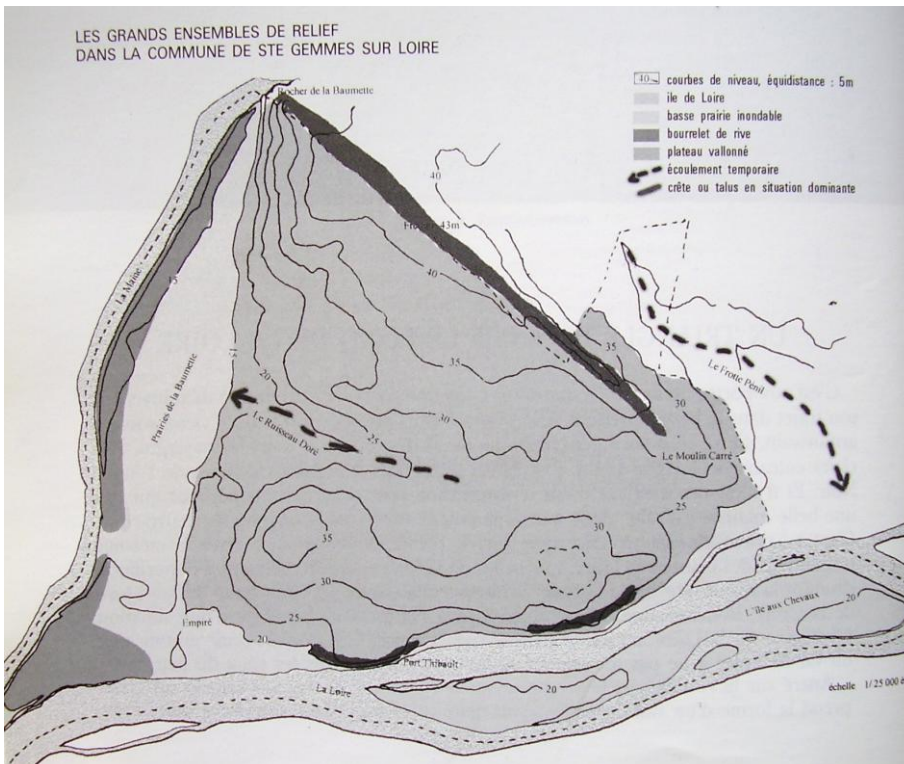
Carte n° 1 : Situation du CESAME par rapport à Angers

Sources : Site du CESAME.

Géologiquement, la commune se trouve à la jonction entre « l'Anjou blanc » (bassin parisien) et « l'Anjou noir » (massif armoricain).

Hydrographiquement, Sainte-Gemmes est au cœur du bassin de la Loire⁴.

Le finage de la commune forme un triangle enserré entre une arête de schiste de l'ère primaire au Nord, la Maine à l'Ouest et la Loire au Sud⁵.



Carte n° 2 : Finage de Sainte-Gemmes-sur-Loire

Sources : *Sainte-Gemmes-sur-Loire des origines à nos jours*, Sainte-Gemmes-sur-Loire, Maury, 2000, p. 12.

⁴ *Sainte-Gemmes-sur-Loire des origines à nos jours*, Sainte-Gemmes-sur-Loire, Maury, 2000, p. 11.

⁵ *Ibid.*, p. 12.



Le CESAME est bordé par la route de Bouchemaine au Nord, la route de Bel Air à l'Est et la Loire au Sud. Sur ce plan, on distingue l'ancienne entrée bordée de platanes (12) avec pour point focal le château (29).



Cette photographie aérienne représente l'ensemble du site, le bourg de Sainte-Gemmes est à droite.

Après cette brève présentation du site, détaillons quels éléments historiographiques.

B / Historiographie

On peut structurer l'évolution de l'histoire de la psychiatrie en France autour de trois temps qui se superposent : une l'histoire hagiographique faite par les psychiatres eux-mêmes, la rupture avec le livre de Michel Foucault *L'histoire de la folie* et les polémiques autour de son œuvre, et enfin l'appropriation de la question par les historiens. Quels sont les ressorts de ces différentes approches ? Quelle est la tendance contemporaine ? Quelles sont les thématiques envisagées, les archives utilisées ?

1. « Quelqu'un est venu qui a soufflé la lampe⁶ »

Jusqu'aux années 1960, l'histoire de la psychiatrie française est surtout le sujet des psychiatres. C'est une histoire *hagiographique*, mythologique, qui se reproduit. Les textes sont « cités et recopiés sans discernement⁷ ». C'est un instrument au service du prestige de la psychiatrie qui illustre son rôle dans la victoire progressive des lumières sur la superstition⁸. Suivant l'expression forgée par Paul Veyne, cette histoire est « non-événementielle⁹ ».

En 1961, une publication fait rupture : *L'Histoire de la folie à l'âge classique* du philosophe Michel Foucault (1926-1984)¹⁰. Dans cette thèse de philosophie, traversée par une perspective nietzschéenne¹¹, ouverte sur l'archive et inspirée par la méthode anthropologique (Lévi-Strauss), Michel Foucault opère un « décentrage » en étudiant non pas l'histoire de la psychiatrie mais la folie pour elle-même ; non pas « le langage de la psychiatrie », qui serait selon lui « monologue de la raison sur la folie », mais « l'archéologie d'un dialogue rompu [entre la raison et la déraison] »¹². L'ouvrage apparaît comme une « anti-histoire de la psychiatrie¹³ », dans laquelle l'asile serait le dernier avatar d'un processus d'exclusion dont la généalogie remonterait à l'âge classique avec le partage de la raison et de la déraison. L'asile serait le reflet d'un mode de perception, d'une sensibilité à la folie comme déviance, comme problème¹⁴. Le concept de maladie mentale devient historiquement constitué. L'acte philanthropique de Philippe Pinel,

⁶ Jacques Postel et Claude Quétel (dir.), *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 2004, p. X.

⁷ Jacques Postel, *Éléments pour une histoire de la psychiatrie occidentale*, Paris, L'Harmattan, 2007, p. 74

⁸ On citera Scipion Pinel, le fils de Philippe Pinel, et René Semelaigne (1855-1934), son arrière petit-neveu. Cf. René Semelaigne, *Les pionniers de la psychiatrie avant et après Pinel*, Paris, Ballière, 1930.

⁹ Paul Veyne, *Comment on écrit l'histoire*, Paris, Seuil, 1978, p. 34.

¹⁰ Michel Foucault, *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961.

¹¹ Paul Veyne cite l'influence, dans la méthodologie, de la deuxième dissertation de *La généalogie de la morale* (« Foucault révolutionne l'histoire » in Paul Veyne, *Comment on écrit l'histoire*, Paris, Seuil, 1978, p. 427.)

¹² Cette analyse se poursuit dans les Cours au Collège de France des années 1973-1974 parus sous le titre *Le pouvoir psychiatrique (Le Pouvoir psychiatrique, Cours du Collège de France. 1973-1974)*, Paris, Gallimard/Seuil, 1997.) et dans *Surveiller et punir (Surveiller et punir. Naissance de la prison)*, Paris, Gallimard, 1975.)

¹³ Frédéric Gros, « Notes sur l'Histoire de la folie », in Philippe Chevalier et Tim Greacen (dir.), *Folie et justice. Relire Foucault*, Paris, Erès, 2009, p. 15.

¹⁴ Cette vision est différente du premier livre de Michel Foucault *Maladie mentale et personnalité* paru en 1954. Lors de la deuxième édition en 1962, elle sera remaniée dans le sens de *L'Histoire de la folie*. Cf. Pierre Machery, « Aux sources de *L'Histoire de la folie* : Une rectification et ses limites », *Critique*, n° 471-472, août-septembre 1986, p. 752-774.

le geste de Bicêtre en 1793, est démystifié, l'asile apparaît, dans une continuité, comme un acte d'exclusion, un assujettissement, dans lequel le psychiatre n'est pas un personnage savant, mais un homme doté d'un pouvoir moral et social. L'ouvrage donne lieu à deux réceptions. Dans un premier temps, c'est un ouvrage universitaire académique salué notamment par Roland Barthes comme une « ethnologie moderne¹⁵ » et discuté philosophiquement par Jacques Derrida qui revient en 1963 sur la première méditation de Descartes : Descartes a-t-il réellement ostracisé la folie¹⁶ ? La méthodologie et le résultat obtenu par Michel Foucault sont également appréciés par les historiens de l'« Ecole des Annales » alors dominante, comme Fernand Braudel et Robert Mandrou. *L'Histoire de la folie* est le premier ouvrage d'une œuvre que Michel Foucault qualifie d'« histoire des problématisations, [...], l'histoire de la manière dont les choses font problème et sur quel mode ». Son ambition : « déchoir les évidences [historiquement constituées] » afin de les remettre en mouvement¹⁷. Son travail cristallise pour un temps l'histoire de la psychiatrie, ouvre un champ de recherche partiellement vierge aux sciences humaines. Il permet, en créant la polémique, de donner à l'histoire de la psychiatrie des instruments réflexifs, critiques. On notera ici que lors de sa parution, le livre de Michel Foucault n'a pas suscité de grande réaction parmi les psychiatres¹⁸. A la fin des années 1960, une relecture, dans un contexte marqué par l'antipsychiatrie (en partie extérieure à la psychiatrie française) donnera lieu à différentes polémiques entre le texte de Michel Foucault et certains psychiatres. En 1969, lors d'une journée d'étude sur l'histoire de la folie, le psychiatre Henry Ey parle de *l'Histoire de la Folie* comme d'« une position psychiaticide¹⁹ ».

Les ouvrages qui paraissent sur l'histoire de la psychiatrie dans les années 1970 s'inscrivent dans la filiation de l'ouvrage de Foucault : ils analysent les origines de la psychiatrie et sa finalité. Ainsi, en 1976, le sociologue Robert Castel dans *L'Ordre psychiatrique* parle de la psychiatrie comme d'une science politique qui répond non pas au sujet malade, mais à un problème de gouvernement, un problème de droit²⁰. Jusqu'à la Révolution, le fou comme problème était épongé soit par l'autorité royale avec les lettres de cachet, soit par la justice avec l'interdiction²¹. Après la Révolution, la disparition des lettres de cachet et la réorganisation du droit autour de la responsabilité laissent le fou « en pleine ambiguïté²² ». Comment justifier la répression du fou, comme objet de désordre, dans la société contractuelle que met

¹⁵ Roland Barthes, « De part et d'autre », in Roland Barthes, *Œuvres complètes*, II, Livres, textes, entretiens, 1962-1967, Paris, Seuil, 2002, p. 423.

¹⁶ Jacques Derrida, « Cogito et Histoire de la folie », in Jacques Derrida, *L'écriture de la différence*, Paris, Seuil, 1967, p. 51-97.

¹⁷ Michel Foucault, « Mal faire, dire vrai », Entretien de Michel Foucault avec André Berten à l'Institut de criminologie de l'Université de Louvain, Document vidéo, BNF, 1981.

¹⁸ Pierre Mondoloni, « Folie et déraison », *L'Information psychiatrique*, n° 3, mars 1962, p. 316-319. A cette date, deux livres fondamentaux de l'antipsychiatrie sont publiés : *Le moi-divisé* du psychiatre anglais Ronald Laing (1960) et *Le mythe de la maladie mentale* du psychiatre américain Thomas Szasz.

¹⁹ Henri Ey, « La conception idéologique de l'Histoire de la psychiatrie de Michel Foucault », Journées annuelles de l'Evolution Psychiatrique, Actes du colloque, Toulouse, 6-7 décembre 1969 », *L'Evolution Psychiatrique*, Tome 26, fasc. II, Paris, Privat, 1971, p. 226.

²⁰ Robert Castel, *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Minuit, 1976.

²¹ L'interdiction était une procédure longue, complexe et coûteuse. Elle était entamée par les grandes familles pour protéger leur fortune de l'irresponsabilité d'héritiers fous. Elle était lancée et financée par le gouvernement.

²² Michel Foucault, *Histoire de la folie à l'âge classique*, op. cit., p. 539.

en place la Révolution française ? La répression asilaire incarne la réponse philanthropique, la contrepartie dialectique de la société anomique née du libéralisme.

2. « A la recherche d'une autre histoire de la folie²³ »

En 1977, dans son livre *Le Sujet de la folie*²⁴, la psychiatre Gladys Swain postule que la psychiatrie s'est constituée sur le pari que le fou garde un reste de raison qui le rend audible et soignable. En 1980, elle dénonce avec le philosophe Marcel Gauchet²⁵ le « mythe de l'exclusion²⁶ » développé par Michel Foucault. Selon eux, la reconnaissance d'une part de raison, et donc d'humanité, par Philippe Pinel chez l'insensé (*Traité médico-philosophique* de 1800) inscrit dans l'aliéné la Révolution démocratique. Ces travaux répondent non pas à *L'Histoire de la folie*, mais plutôt aux cours du Collège de France de 1973-1974 qui portent sur *Le Pouvoir psychiatrique*, et surtout à *Surveiller et punir* paru en 1975, dans lequel le concept de société disciplinaire, dont la métaphore est le panoptique de Jeremy Bentham (1748-1832), apparaît comme surdéterminé.

3. La remise en perspective historique (à partir des années 1980)

En 1982, Claude Quétel²⁷, Jacques Postel (psychiatre et historien) et Michel Collée fondent la Société française d'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse qui devient en 1986 la Société internationale d'histoire de la psychiatrie et de la psychanalyse (SIHPP). L'année suivante Quétel et Postel publient un ouvrage synthèse au titre explicite : *Nouvelle histoire de la psychiatrie*²⁸.

En 1987, l'historienne américaine Jan Goldstein, jouissant de son *extériorité*²⁹ précise dans l'introduction de son livre *Console and Classify* qu'elle veut sortir l'histoire de la psychiatrie des débats idéologiques, en redonnant la parole aux acteurs et à l'archive³⁰ (Dix ans seront nécessaires pour sa publication en français)³¹. Cet ouvrage, qui articule histoire intellectuelle, sociale et politique, décrit sur la longue durée le processus de professionnalisation de la psychiatrie au XIX^e siècle : ses stratégies et son combat pour se découper un territoire sur ceux du religieux, de la justice et de la médecine.

²³ Ce titre est emprunté à l'article éponyme de Marcel Gauchet paru dans le recueil, à titre posthume, des articles de Gladys Swain (« A la Recherche d'une autre histoire de la folie », in Gladys Swain, *Dialogue avec l'insensé*, Paris, Gallimard, 1994, p. IX-LVIII).

²⁴ Gladys Swain, *Le sujet de la folie*, Toulouse, Privat, 1977.

²⁵ Marcel Gauchet et Gladys Swain, *La pratique de l'esprit humain, L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard, 1980.

²⁶ Marcel Gauchet, « A la Recherche d'une autre histoire de la folie », *op. cit.*, p. XXVII.

²⁷ En 1976, l'historien Claude Quétel, avec sa thèse sur l'asile du Bon Sauveur de Caen, inaugure un travail monographique historique. Cf. Claude Quétel, *Le Bon Sauveur de Caen. Les cadres de la folie au XIX^e siècle*, Thèse de 3^e cycle, Paris I, 1976.

²⁸ Jacques Postel et Claude Quétel (dir), *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, *op. cit.*

²⁹ Jan Goldstein, « Des débuts de la psychiatrie », *L'Information psychiatrique*, n° 2, février 1998, p. 171.

³⁰ Jan Goldstein, *Consoler et classifier. L'essor de la psychiatrie française*, Paris, Empêcheur de tourner en rond, 1997, p. 4

³¹ *Id.*

En 1991, l'historien Claude Quétel, lors du 9^e Colloque de la SIPHH au Grand Théâtre de Sainte-Anne, porte le fer sur le Foucault historien et *l'Histoire de la folie* avec une communication intitulée « Faut-il critiquer Foucault ? »³². Pointant ce qui le sépare de Foucault³³, il lui reproche explicitement de négliger les archives, les faits et la chronologie³⁴. Dans les débats qui suivent, il avoue qu'il n'était pas venu pour « visiter un monument »³⁵. C'est seulement en 2009 que l'historien répondra au philosophe avec une vaste synthèse intitulée : *Une Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours*³⁶.

Indépendamment de cela, depuis les années 1990, une nouvelle génération d'historiens, affranchie de l'héritage foucauldien, s'approprie l'histoire de la psychiatrie. Les thèmes, les temporalités et les supports se démultiplient. On citera, entre autres, les travaux de Jean-Christophe Coffin sur la dégénérescence³⁷, Nicole Edelman sur l'hystérie³⁸, Isabelle von Buelzingsloewen sur « l'hécatombe des fous » pendant l'Occupation³⁹ ; mais aussi Jean-Noël Missa sur la psychiatrie biologique⁴⁰.

Des terrains encore vierges comme la Grande guerre commencent à être explorés, des initiatives stimulantes de rencontres croisent différentes historiographies : celle de la guerre, de l'institutionnel, de la clinique etc. et offrent de surcroît des analyses comparatives avec la Seconde Guerre mondiale⁴¹. On commence à envisager l'après 1945, préfiguré par l'étude du sociologue Robert Castel dans son ouvrage *La Gestion des risques* en 1980⁴². Le « workshop » *Writing the history of psychiatry after 1945*, qui se déroula à Bruxelles en 2007, visait, dans cette perspective, à en définir les contours chronologiques et paradigmatiques. La thèse de Samuel Odier portant sur l'analyse de deux institutions : les asiles/hôpitaux psychiatriques de Saint-Egrève (Isère) et le Vinatier (Rhône) va jusqu'en 1955⁴³. Celle d'Emmanuel Delille qui prend appui sur *l'Encyclopédie médicale-chirurgicale* (EMC) comme lieu d'observation et de recomposition de la psychiatrie entre 1947 et 1977, inaugure aussi cette temporalité⁴⁴. Les travaux du sociologue et historien Nicolas Henckes renouvellent les thématiques psychiatriques croisées de l'après guerre comme les origines des « psychothérapies collectives » et la

³² Claude Quétel, « Faut-il critiquer Foucault ? », in *Penser la Folie. Essai sur Michel Foucault*, Paris, Galilée, 1992, p. 81-105.

³³ *Ibid.*, p. 82.

³⁴ *Ibid.*, p. 102.

³⁵ *Id.*

³⁶ Claude Quétel, *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours*. Paris, Taillandier, 2009.

³⁷ Jean-Christophe Coffin, *La transmission de la folie 1850-1914*, Paris, L'Harmattan, 2003.

³⁸ Nicole Edelman, *Les métamorphoses de l'hystérique*, Paris, La Découverte, 2003.

³⁹ Isabelle von Buelzingsloewen (dir.), « Morts d'inanition ». *Famine et exclusions en France sous l'Occupation*, Paris, Presses Universitaires de Rennes, 2005 ; Isabelle von Buelzingsloewen, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier, 2007.

⁴⁰ Jean-Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique, Histoire des traitements des maladies mentales au XXe siècle*, Paris, PUF, 2006.

⁴¹ Cf. Journée d'Etude *Du front à l'asile. Expériences de la folie de la Grande Guerre aux années vingt*, Université du Maine, décembre 2010.

⁴² Robert Castel, *La gestion des risques, de l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, Paris, Minuit, 1981.

⁴³ Samuel Odier, *La fin de l'asile d'aliénés dans le Rhône et l'Isère à partir de l'exemple du Vinatier et de Saint-Egrève (1930-1955)*, Université Lyon III, 3 vol., 2004.

⁴⁴ Emmanuel Delille, *Réseaux savants et enjeux classificatoires dans le traité de psychiatrie de l'Encyclopédie médico-chirurgicale (1947-1977) L'exemple de la psychose*, Thèse de doctorat d'histoire, 2008.

sectorisation⁴⁵, qui n'avaient été jusqu'alors envisagées que du point de vue des psychiatres eux-mêmes (Jean Ayme, Pierre Delion, etc.) et par le sociologue Robert Castel⁴⁶.

De manière plus générale, la tendance contemporaine dans l'histoire de la psychiatrie en France et à l'étranger est au dépassement du concept de pouvoir/savoir initié par les travaux de Foucault, au profit d'une analyse des interactions entre l'acteur et l'institution⁴⁷. Les historiens déplacent leurs analyses de la macro histoire, institutionnelle, surplombante, vers la *micro histoire*, celle des acteurs (malades, personnel soignant), et l'utilisation de nouvelles sources que sont les dossiers médicaux et les sources orale⁴⁸. On citera comme exemple les travaux d'Hervé Guillemain⁴⁹ en France et d'André Cellard au Québec, etc⁵⁰. C'est dans cette perspective que nous inscrivons notre recherche sur l'hôpital de Sainte-Gemmes-sur-Loire. Après ce point historiographique, nous souhaiterions développer quelques aspects cruciaux de l'histoire de la psychiatrie depuis le XVIII^e siècle.

B / Eléments de compréhension (XVIII^e –XX^e siècles)

Pour comprendre l'asile au début du XX^e siècle et ce qu'il contient : la psychiatrie et l'aliénation, il faut revenir sur sa généalogie. Dans ce préambule, nous porterons notre attention sur les inflexions qui jalonnent cette histoire entre le début du XVIII^e et le début du XX^e siècle et qui sous-tendent notre analyse. A quand remonte, en France, le concept asilaire ? Sur quels critères sa nécessité première s'élabore-t-elle ? Comment s'est noué le rapport entre le traitement et l'architecture ? Y a-t-il un plan modèle ?

La loi du 30 juin 1838 donne l'impulsion à la création asilaire et fixe les modalités de l'internement. Dans quel climat politique est-elle née ? Quelles furent les phases de son élaboration ? Que préconise-t-elle ? Quelles sont ses limites ? Y a-t-il des stratégies sous-jacentes à la psychiatrie naissante ? Quelle est la réception de cette loi dans le Maine-et-Loire ? L'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire ouvre ses portes en 1844. Quelles furent les étapes du projet ? Les critères pris en compte ? Qui en sont les acteurs ?

Dès le dernier quart du XIX^e siècle, des critiques s'élèvent contre la loi de 1838 et l'internement. Sur quoi reposent-t-elles ? S'agit-il d'une réalité ou d'un fantasme ? Parallèlement, la psychiatrie est marquée par des renversements conceptuels avec la dégénérescence. Quels est la nature de ce concept ? Dans quel contexte immerge t-il ? A la fin du XIX^e siècle, l'hystérie et la psycho-analyse ouvrent de nouvelles

⁴⁵ Nicolas Henckes, *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme de l'hôpital psychiatrique en France de l'après-guerre aux années 1970*, Thèse de doctorat de sociologie, 2007.

⁴⁶ *Id.*

⁴⁷ Cf. Jean-Marie Fecteau et Janice Harvey, (dir.), *La régulation sociale entre l'acteur et l'institution. Pour une problématique historique de l'interaction / Agency and Institutions in Social Regulation. Toward an Historical understanding of their interaction*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2005.

⁴⁸ Cf. Journée d'Etudes *Les malades dans l'institution psychiatrique au XX^e siècle*, Université du Maine, le 7 avril 2010.

⁴⁹ Hervé Guillemain, *Chronique de la psychiatrie ordinaire. Patients, soignants et institutions en Sarthe, XIX^e-XXI^e siècles*, Le Mans, La Reinette, 2010.

⁵⁰ André Cellard et Marie-Claude Thifault, *La toupie sur la tête. Visage de la folie à Saint-Jean-de-Dieu au tournant du siècle dernier*, Montréal, Boréal, 2007.

perspectives à la psychiatrie. Au travers de ces nouveaux concepts, quelles lignes de recomposition s'offrent à la psychiatrie ?

1. L'asile « pré-pinélien »

En France, le concept asilaire remonte au XVIII^e siècle. Il est antérieur à la naissance *symbolique* de la psychiatrie comme spécialité avec la publication en l'an IX (1800-1801) du *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la Manie* du médecin aliéniste français Philippe Pinel (1745-1826) et du concept de traitement moral et d'aliénation⁵¹. C'est en effet avec la Société Royale de médecine, incarnation de la médecine d'Etat (rivale de la médecine corporatiste née au XIII^e siècle) et avec la police de la santé qu'il émerge⁵². La police de l'Ancien Régime, dans le cadre de la « raison d'Etat », désigne l'administration publique destinée à assurer le bien-être de la population. Elle a pour objet de rendre cette population nombreuse, productive et contribuable mais aussi de la satisfaire dans ses besoins élémentaires afin de la rendre moins séditieuse et ainsi renforcer le pouvoir de l'Etat⁵³. A la fin du XVIII^e siècle, l'insensé, assimilé aux vagabonds, aux mendiants, à de rares exceptions près, n'a pas de lieux spécifiques. On le retrouve dans de nombreuses institutions : hôpitaux généraux, maisons de force, dépôt de mendicité, etc. Il est le plus souvent enfermé dans des loges qui s'apparentent à des cachots. Il s'agit, avant tout, de le neutraliser.

Dans les années qui précèdent la Révolution, après l'échec des hôpitaux généraux et des dépôts de mendicité, le pouvoir royal, de plus en plus centralisé et sous l'influence d'une philanthropie qui articule séquestration et humanisme, insuffle l'idée d'un hospice spécialisé pour les insensés⁵⁴.

En 1781, une inspection générale des hôpitaux et prisons du royaume est créée. La direction en est donnée à un membre de la Société royale de médecine : Jean Colombier (1736-1789). Ces inspections lui inspirent une instruction qu'il co-rédige en 1785 avec un autre médecin, François Doublet (1751-1795). Il s'agit d'une véritable police de la folie. Elle sera envoyée à cinquante exemplaires dans chaque généralité⁵⁵. Cette instruction suggère de séquestrer et soigner les insensés pauvres que l'on croit curables et de soulager les autres dans des *établissements spéciaux*⁵⁶. Elle inaugure une relation entre architecture et thérapie. Dans ce texte, le futur quartier est formé de plusieurs corps de logis d'un étage qui forment un carré autour d'une cour, au centre de laquelle on trouve plusieurs baignoires⁵⁷. Dans les

⁵¹ Une nouvelle mouture sera publiée en 1809 sous le nom de *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*.

⁵² Jan Goldstein, *Consoler et classifier, op. cit.*, p.102.

⁵³ *Ibid.*, 43-44.

⁵⁴ Claude Quézel, *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours, op. cit.*, p. 177.

⁵⁵ Jean Colombier et François Doublet, *Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les Asyles qui leur sont destinés*, 1785, *L'Evolution psychiatrique*, n° 1, 1983, Vol.1. p. 226.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 225-241.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 230.

corps de logis « les analogues » (les imbéciles, les fous violents, les fous tranquilles, les convalescents)⁵⁸ sont réunis afin d'éviter la contagion par imitation. Le site, sous une influence *hygiéniste*, doit être baigné d'air pur et l'eau doit y être salubre. Des promenades ombragées devront être pratiquées⁵⁹. A partir de cette instruction, l'architecte Charles François Viel construit un quartier pour les incurables à la Salpêtrière entre 1786 et 1789⁶⁰. Michel Craplet, psychiatre, souligne le décalage entre le modèle théorique et son application⁶¹. En 1788, le médecin Jacques-René Tenon dans son *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*⁶² fait une distinction entre les hôpitaux s'occupant des malades et ceux s'occupant des fous : « Les hôpitaux ordinaires servent à retirer les malades ; ceux où l'on traite de la folie font en même temps fonction de remède⁶³. » Selon Marcel Gauchet et Gladys Swain, cette conception d'« institution remède » pour les insensés, reprise par Philippe Pinel et Jean-Etienne-Dominique Esquirol, est « anté-pinélienne » : l'insensé, retranché en lui-même, n'est pas accessible⁶⁴.

2. Traitement moral et architecture

Avec le *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie* paru en l'an IX (1800-1801), puis sa nouvelle édition de 1809, Philippe Pinel met l'accent sur une méthode thérapeutique : le traitement moral. Cette méthode, « psychologique » avant l'heure, tranche avec « le baroque thérapeutique » empirique qui domine la médecine à ce moment là : saignées/transfusions, constipants/purgatifs et hydrothérapie⁶⁵. Ce traitement basé sur la parole qui alterne douceur, bienveillance et persuasion, pourrait être résumé en une formule : « subjuguier et dompter »⁶⁶. Pinel ne s'attribue pas la paternité du traitement moral ambiant, il cite des influences qui remontent à l'Antiquité et notamment Caelius Aurelianus (V^e siècle apr. J.-C.)⁶⁷, mais aussi des médecins anglais et écossais comme Thomas Willis (1622-1675), John Haslam (1764-1843) et l'expérience directe des « concierges » qui s'occupent des insensés, et spécifiquement Jean-Baptiste Pussin (1745-1811) avec qui il travaille à l'hospice des aliénés de Bicêtre⁶⁸. En revanche, il revendique le fait de le penser en termes « scientifiques »⁶⁹. En France, le

⁵⁸ Jean Colombier et François Doublet, *Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les Asyles qui leur sont destinés*, 1785, *op. cit.*, p. 230.

⁵⁹ *Id.*

⁶⁰ Michel Craplet, « Les débuts de l'asile d'aliénés : plans modèles et passages à l'acte », *Perspectives Psychiatriques*, II, n° 96, 1984, p. 111.

⁶¹ *Id.*

⁶² Jacques-René Tenon, *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, Paris, Imprimerie de Ph.- D. Pierres, 1788.

⁶³ *Ibid.*, p. 31-32.

⁶⁴ Marcel Gauchet et Gladys Swain, *La pratique de l'esprit humain*, *op. cit.*, p. 96.

⁶⁵ Claude Quézel, *L'histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours*, *op. cit.*, p. 218-228.

⁶⁶ Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, Paris, Chez Richard, Caille et Ravier, An IX (1800-1801).

⁶⁷ *Ibid.*, p. X.

⁶⁸ *Ibid.*, p. XLIV-XLV.

⁶⁹ Jan Goldstein, *Consoler et classier*, *op. cit.*, p. 102.

traitement moral avait déjà été développé par Joseph Daquin (1757-1815), du Duché de Sardaigne⁷⁰, dans un ouvrage parue en 1791 et intitulé *La Philosophie de la folie*⁷¹.

Avec le traitement moral est mise en place une nouvelle perception/sensibilité à la folie qui fait rupture : l'aliénation. Le fou apparaît comme un être dans lequel persiste un reste de raison et donc d'humanité, ce qui rend possible une communication que l'on qualifierait maintenant d'intersubjective. Il n'est plus insensé, il est aliéné (*alienere*), c'est-à-dire partiellement étranger à lui-même et aux autres⁷². Cette approche médico-philosophique ne dissocie pas l'âme et le corps (monisme)⁷³. Le concept est salué par Samuel Tuke (le fils de William) de la *Retreat* de York, mais aussi par les grands « intellectuels » de son temps comme Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831). Marcel Gauchet et Gladys Swain voient l'incarnation, dans le fou, de la révolution démocratique⁷⁴ ; l'historienne américaine Jan Goldstein, le « paradigme originel » autour duquel naît la psychiatrie comme spécialité⁷⁵. Ce concept psychiatrique émerge à la croisée d'une déprise du religieux qui autorise un nouveau regard, une sensibilité nouvelle avec la philanthropie, mais aussi une mise en discipline des savoirs⁷⁶. Dans ce cadre, paradoxalement, du moins en apparence, alors que la médecine clinique entame sa « conversion anatomo-clinique⁷⁷ », la psychiatrie, sans s'affranchir des catégories ambiantes, prend une orientation *plutôt* « psychologique ».

Dans ce même traité, Philippe Pinel suggère aux aliénistes de réaliser avec des architectes un « édifice distribué » qui permettra de répartir en « rassemblements isolés » les aliénés dans « les lieux propres à contrebalancer leur illusion »⁷⁸. Pinel, qui a catégorisé quatre « espèces d'aliénations », préconise de les distribuer méthodiquement en départements isolés afin de pourvoir aux spécificités de chacune⁷⁹. Les mélancoliques seront dans un site agréable. Les maniaques seront confinés dans un endroit reculé, silencieux et sombre. Ceux dont la manie est périodique seront ramenés avec les convalescents⁸⁰. Inspirée par la clinique, mais aussi par la zoologie et la botanique de Linné et Buffon, cette distinction qui permet de ranger les « analogues » alimente en retour la clinique, en donnant naissance à de nouvelles définitions⁸¹. L'asile devient un lieu d'observation et d'expérimentation thérapeutique⁸². Gladys Swain et Marcel Gauchet observent dans la seconde version du traité en 1809 « un

⁷⁰ Georges Lantéri-Laura, « Le psychisme et le cerveau », in Mirko D. Grmek (dir.), *Histoire de la pensée médicale en Occident, t. 3, Du romantisme à la science moderne*, Paris, Seuil, 1999, p. 103.

⁷¹ Claude Quérel, *L'histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours, op. cit.*, p. 230.

⁷² Le terme, qui deviendra péjoratif, persistera dans les textes jusqu'à l'arrêté du 4 février de 1958 relatif à l'organisation du travail thérapeutique dans les hôpitaux psychiatrique. L'article 2 précise que le terme d'aliéné est remplacé par le terme de malade.

⁷³ Claude Quérel, *L'histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours, op. cit.*, p. 32.

⁷⁴ Marcel Gauchet et Gladys Swain, *La pratique de l'esprit humain. L'Institution asilaire et la révolution démocratique, op. cit.*

⁷⁵ Jan Goldstein, *Consoler et classifier, op. cit.*, p. 102.

⁷⁶ Michel Foucault, *Il faut défendre la société, Cours du Collège de France, 1976*, Paris, Gallimard/Seuil, 1997, p. 159-164.

⁷⁷ Jean-Charles Sourmia, *Histoire de la médecine*, Paris, La Découverte & Syros, 1997, p. 199.

⁷⁸ Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie, op. cit.*, p. XLIV.

⁷⁹ *Ibid.*, p. 177-178.

⁸⁰ *Ibid.*, p. 178-179.

⁸¹ François Dagonet, « La nosologie (de Tenon à Pinel et à Laënnec) », in François Dagonet, *Le catalogue de la vie*, Paris, Quadrige/PUF, 1970, p. 165-223.

⁸² Michel Craplet, « Les débuts de l'asile d'aliénés : plans modèles et passages à l'acte », *op. cit.*, p. 113.

déplacement » majeur. L'asile devient le cadre exclusif du traitement moral. Ils l'interprètent comme une perversion ; la relation individuelle du début est dissoute dans un collectif⁸³. C'est selon eux sur l'idée de la curabilité de la folie que se fixe l'idée de créer un hospice de guérison qui doit se substituer aux espaces de réclusion⁸⁴.

3. Un plan-type : le modèle esquirolien (1818)

Pour inscrire la psychiatrie dans l'appareil d'Etat, après avoir réalisé plusieurs voyages à ses frais, Jean Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) adresse en 1818 au ministre de l'Intérieur un mémoire dans lequel il reprend et fixe les idées de ses prédécesseurs (parallèlement, il réalise aussi un article intitulé « Maisons d'aliénés » pour le dictionnaire des sciences médicales)⁸⁵.

Dans ce mémoire, il estime à 5 123 le nombre d'aliénés répartis dans 59 maisons. Parmi celles-ci, huit sont des établissements spéciaux : Armentières, Avignon, Bordeaux, Charenton, Lille, Marseille, Maréville et Rennes. Il déplore les confusions entre les épileptiques et les aliénés et « quelques fois des mauvais sujets, des libertins mis en correction⁸⁶ ». En outre, il reproche à ces institutions de garder à vie ceux qui ne guérissent pas. Une décision s'impose à lui : il faut créer un petit nombre d'hôpitaux spéciaux *ex nihilo*, subdivisés. Il les nomme asile afin de n' « offrir aucune idée pénible⁸⁷ ». Il préconise de leur donner un caractère de grandeur afin qu'ils inspirent confiance et qu'ils attirent un plus grand nombre de pensionnaires. Avant de détailler un plan-modèle, il précise qu' « un hospice d'aliénés n'est point une chose qu'on doit abandonner aux seuls architectes⁸⁸ ». Paraphrasant Tenon, il insiste sur le fait que contrairement au « but d'un hôpital ordinaire [qui] est de rendre plus faciles et plus économiques les soins donnés aux indigents malades, un hôpital d'aliénés est un instrument de guérison⁸⁹ ». Il énonce ensuite quelques principes. L'asile doit se situer hors de la ville. L'économie des frais d'octroi, l'action du paysage et de la nature justifie cette localisation⁹⁰. La superficie du terrain doit être importante, car un tiers du sol sera planté d'arbres afin de permettre d'assainir l'air et de favoriser l'agrément des malades. Une portion pourra être mise en culture par les malades eux-mêmes⁹¹. Au centre du dispositif se trouve un bâtiment central composé d'un étage pour les services généraux et le logement des officiers ; perpendiculairement à celui-ci, des bâtiments sont destinés au logement des aliénés. Les

⁸³ Marcel Gauchet et Gladys Swain, *La pratique de l'esprit humain, op. cit.*, p. 96.

⁸⁴ *Ibid.*, p. 74.

⁸⁵ Jean-Etienne-Dominique Esquirol, « Des établissements consacrés aux aliénés en France et des moyens de les améliorer, Mémoire présenté au ministre de l'Intérieur, en septembre 1818 », in Jean-Etienne-Dominique Esquirol, *Maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, tome II, Paris, J.-B. Baillière, 1838, p. 399-431.

⁸⁶ *Ibid.*, p. 399-404.

⁸⁷ *Ibid.*, p. 417-418.

⁸⁸ *Ibid.*, p. 421.

⁸⁹ *Ibid.*, p. 417-418.

⁹⁰ *Ibid.*, p. 421.

⁹¹ *Ibid.*, p. 427.

hommes sont à droite et les femmes à gauche. Les masses sont des quadrilatères encadrant une cour entourée d'une galerie au centre de laquelle on trouve une fontaine. Les chambres sont disposées sur deux côtés parallèles. Le troisième côté contient des salles de réunion et un réfectoire. Le quatrième est fermé par une grille qui permet de voir le jardin, la campagne. Les bâtiments présentent des subdivisions nosographiques et comportementales : aliénés furieux, mélancoliques, monomaniaques « ordinairement bruyants⁹² », déments, sales, et convalescents. Ceux-ci sont à proximité du bâtiment central, afin qu'ils ne puissent ni voir ni entendre les autres malades. Cette organisation de l'espace tranche avec le *panoptique* du philosophe et juriste londonien Jeremy Bentham : une architecture à laquelle on reproche de favoriser l'indolence, d'empêcher la circulation de l'air, de perdre de l'espace et d'augmenter la dépense⁹³. Selon Esquirol, chaque « habitation » devra être construite en fonction de sa destination. Les habitations pour les furieux devront être solidement construites. Pour les aliénés qui salissent, le sol sera dallé et incliné vers la porte. Pour les convalescents, le quartier ne devra pas se différencier d'une maison ordinaire. Les bâtiments destinés aux aliénés n'ont pas d'étage afin de faciliter le déplacement des individus et de l'air, mais aussi pour faciliter le service, la surveillance et les visites du médecin. L'ensemble du bâti, selon Esquirol, ressemblera à un village avec ses rues, sa place, les promenades qui donnent aux aliénés des espaces variés pour l'exercice (on retrouvera cette conception dans les années 1960 avec l'hôpital village). En fonction du nombre d'aliénés comptabilisé, il pense que vingt asiles de 400 à 500 individus seraient suffisants pour la France. Il met en garde : « l'administration doit s'attendre qu'aussitôt qu'elle aura ouvert des asiles bien dirigés, leur population s'accroîtra rapidement⁹⁴. »

L'architecte Hyppolite Lebas, sur les instructions d'Esquirol, réalise le dessin qui doit servir de modèle (c'est la première collaboration entre un architecte et un aliéniste)⁹⁵. Ce plan inspirera la réalisation de l'asile de Saint Yon entre 1821 et 1830 près de Rouen sous la direction des deux architectes départementaux Jouannin et Grégoire⁹⁶. Pour des raisons d'économies, des plans modèles concurrents seront développés par les élèves d'Esquirol. Ainsi à partir de 1838 à Charenton, l'architecte Emile Gilbert introduit quelques variantes : les bâtiments sont contigus et à étages⁹⁷.

⁹² Jean-Etienne-Dominique Esquirol, « Des établissements consacrés aux aliénés en France et des moyens de les améliorer, Mémoire présenté au ministre de l'Intérieur, en septembre 1818 », *op. cit.*, p. 422.

⁹³ Jean-Marie Leniaud, « Un champ d'application du rationalisme architectural : les asiles d'aliénés dans la première moitié du XIX^e siècle », *L'Information Psychiatrique*, Vol. 56, n° 6, 1980, p. 754-755.

⁹⁴ Jean-Etienne-Dominique Esquirol, « Des établissements consacrés aux aliénés en France et des moyens de les améliorer, Mémoire présenté au ministre de l'Intérieur, en septembre 1818 », *op. cit.*, p. 428.

⁹⁵ Pierre Pinon, « Architecture et psychiatrie : l'hospice de Charenton comme « instrument de guérison » », in Actes du colloques *Architecture et psychiatrie. L'hôpital : espace de soin, espace urbain*, Bron, Editions La Ferme du Vinatier, 2001, p. 20.

⁹⁶ Jean-Marie Leniaud, « Un champ d'application du rationalisme architectural : les asiles d'aliénés dans la première moitié du XIX^e siècle » *op. cit.*, p. 749.

⁹⁷ *Id.*

4. La loi du 30 juin 1838

4.1. Son élaboration

Depuis 1818, et le rapport d'Esquirol au ministre de l'Intérieur, la volonté des aliénistes de créer des établissements spécialisés ne s'était pas démentie. Dans les années 1830, c'est « la réceptivité des gouvernants⁹⁸ » qui change. Dans un contexte d'industrialisation, les libéraux doctrinaires, arrivés sous la Monarchie de Juillet, après la Révolution de 1830, sont inquiets pour l'ordre⁹⁹.

Le projet de loi initial, qui va aboutir à la loi de 1838, n'a pas pour objet de créer des asiles mais plutôt de clarifier et simplifier l'admission des aliénés en excluant le pouvoir judiciaire ; et tout d'abord en repoussant l'interdiction, une procédure considérée comme trop longue pour les gouvernants et qui fait obstacle à la psychiatrie naissante dans son processus de professionnalisation¹⁰⁰. Depuis l'abolition des lettres de cachets en 1789, l'interdiction était le mode de « prise de possession du fou ». Cette procédure longue (plus d'un an) complexe et coûteuse est le plus souvent réalisée par la famille, elle a pour objet de protéger la fortune familiale de l'irresponsabilité d'un de ses membre. Elle peut aussi être lancée et financée par l'Etat pour séquestrer des fous indigents et dangereux¹⁰¹. En 1837, dans le projet initial de la loi, le ministre de l'Intérieur, en s'appuyant sur les arguments des aliénistes, évoque les motifs qui l'ont conduit à évincer l'interdiction : le temps de la procédure (elle est jugée peu appropriée dans une action d'urgence), la publicité dont elle fait l'objet (la transmission héréditaire), l'impact même de la décision sur le malade, son inadéquation avec une maladie qui peut être transitoire, la systémativité qui peut en découler¹⁰².

Le texte ne s'appuie plus sur la séquestration, mais sur l'isolement c'est-à-dire le confinement pour raison médicale¹⁰³. En 1832, Esquirol avait fait un discours à l'Institut de France sur l'isolement thérapeutique¹⁰⁴. L'isolement n'est pas nouveau, il fait partie du traitement moral. Pinel, dans une dimension systémique avant l'heure, pense que les aliénés ne guérissent pas au sein de leur famille¹⁰⁵. Seulement, Esquirol fait passer l'isolement au premier plan. Il le définit de cette manière : « l'isolement des aliénés consiste à soustraire l'aliéné à toutes ses habitudes, en l'éloignant des lieux qu'il habite, en le séparant de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs ; en l'entourant d'étrangers ; en changeant toute sa manière de vivre. L'isolement a pour but de modifier la direction vicieuse de l'intelligence et des

⁹⁸ Jan Goldstein, *Consoler et classifier*, *op. cit.*, p. 354.

⁹⁹ René Rémond, *Les droites en France*, Paris, Aubier, 1982, p. 97.

¹⁰⁰ Jan Goldstein, *Consoler et classifier. L'essor de la psychiatrie française*, *op.cit.*, p. 365.

¹⁰¹ *Ibid.*, p. 366.

¹⁰² *Loi de 1838. Discussions des députés et des pairs*, T1, Paris, Analectes, 1972, p. 9-12.

¹⁰³ *Ibid.*, p. 8-9.

¹⁰⁴ Jean-Etienne-Dominique Esquirol, « Mémoire sur l'isolement des aliénés », (Mémoire lu à l'Institut, le 1^{er} octobre 1832) in Jean-Etienne-Dominique Esquirol, *Maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médicaux-légal*, T2, Paris, J.-Ballière, 1838, p. 743-789.

¹⁰⁵ « Restriction extrême à mettre dans les communications des aliénés avec les personnes du dehors », Cf. Philippe Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie*, *op. cit.*, p. 220.

affections des aliénés ; c'est le moyen le plus énergique et ordinairement le plus utile, pour combattre les maladies mentales¹⁰⁶. » L'argumentation d'Esquirol s'organise de la sorte : jusqu'alors le législateur a pensé au maintien de l'ordre public et à la conservation de la fortune, sans trop se préoccuper de la santé et de la liberté des malades (attaque de l'interdiction). Afin d'améliorer la santé du malade, tout en garantissant sa liberté et en prévenant le désordre public (appel au gouvernement), l'isolement comme « puissant moyen de guérison¹⁰⁷ », qui « consiste à placer un malade dans une maison consacrée au traitement des maladies mentales¹⁰⁸ », doit faire l'objet d'une loi¹⁰⁹. Pour en modérer l'application, l'isolement devra être prescrit par « un médecin expérimenté ». Par ailleurs, son utilisation doit être nuancée. S'il est préconisé pour les suicidaires, les furieux, les maniaques, il n'est pas nécessaire pour les idiots et les déments. Ces subtilités ne s'appliquent pas aux pauvres : « les aliénés pauvres doivent être isolés, parce que leurs parents, non seulement sont dépourvus de tout moyen de surveillance et de traitement mais leurs habitations sont trop étroites (appel au gouvernement)¹¹⁰. » L'isolement médical, comme privation de liberté, nécessite l'intervention de l'autorité administrative, mais il doit se distinguer de l'interdiction.

Cette stratégie offre un compromis entre d'une part la professionnalisation de la psychiatrie et son inscription dans l'appareil d'Etat et d'autre part, en contre partie, un soutien médico-scientifique à la préoccupation policière du gouvernement, et son désir d'en finir avec une menace pour l'ordre social¹¹¹. Nous sommes, sans conteste, devant une victoire éclatante de la psychiatrie qui obtient ici une inscription dans l'appareil d'état, souhaitée et jamais démentie par Jean-Etienne-Dominique Esquirol et son cercle. « Une première victoire » avait déjà été obtenue dans les années 1820-1830 avec la reconnaissance par les tribunaux du concept de monomanie homicide (folie partielle) qui avait conduit à l'émergence de la psychiatrie médico-légale¹¹² et dont l'affaire Pierre Rivière, exhumée par Michel Foucault, est emblématique¹¹³.

¹⁰⁶ Jean-Etienne-Dominique Esquirol, « Mémoire sur l'isolement des aliénés », *op. cit.*, p. 745.

¹⁰⁷ *Ibid.*, 778.

¹⁰⁸ *Ibid.*, p. 781.

¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 745.

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 778.

¹¹¹ Jan Goldstein, *Consoler et classifier*, *op. cit.*, p. 372

¹¹² Cf. Jan Goldstein, *Consoler et classifier*, *op. cit.* p. 222 ; Frédéric Chauvaud, « Leçons sur la « souveraineté grotesque ». Michel Foucault et l'expertise psychiatrique », in Philippe Chevalier et Tim Greacen (dir.), *Folie et justice. Relire Foucault*, Paris, Erès, 2009, p. 49-66.

¹¹³ Michel Foucault, *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère... Un cas de parricide au XIX^e siècle présenté par Michel Foucault*, Paris, Editions Gallimard /Julliard, 1973, 350 p. ; René Allio, *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère*, Paris, Les Films du Losange, 2007. (Le film date de 1976).

4.2. Deux types d'internement : le placement d'office et le placement volontaire

a. Le placement d'office

La loi du 30 juin 1838 sur les aliénés prévoit deux types d'internement : le placement d'office et le placement volontaire. Le placement d'office est une mesure de police qui repose non sur pas sur la maladie mais sur la *dangerosité* de la personne¹¹⁴. Il concerne ceux « dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes¹¹⁵ ». Cette privation de liberté n'est pas prononcée par le médecin ni par un juge mais par l'autorité administrative chargée de « la sûreté publique (préfet de police à Paris et préfets dans les départements) afin de « veiller au repos de tous, pour protéger les personnes et les propriétés, pour prévenir tous les accidents qui jetteraient le trouble parmi les citoyens »¹¹⁶. Le placement, pour être accepté par le médecin de l'asile, doit être accompagné d'un arrêté préfectoral « motivé¹¹⁷ ». Une motivation inexacte ou insuffisante n'entraîne cependant aucune nullité de la mesure¹¹⁸. En théorie, aucun certificat médical n'est nécessaire. Dans la pratique, comme nous l'avons constaté dans les années 1910, le préfet sollicite systématiquement l'avis d'un médecin¹¹⁹. Si le droit d'ordonner le placement d'office appartient essentiellement au préfet¹²⁰, par exception, il peut être réalisé par d'autres personnes d'autorité¹²¹. Ainsi, en cas de « danger imminent » notifié par un certificat de médecin ou « la notoriété publique », les commissaires de police à Paris ou le maire d'une commune peuvent placer provisoirement un aliéné. Cette décision doit faire l'objet, dans les 24 heures, d'une information au préfet qui statue¹²². Si en vertu de la loi le certificat « immédiat » ou de « vingt-quatre heures » et de quinzaine ne sont pas obligatoires dans le placement d'office (ils le sont dans le placement volontaire¹²³), dans les faits ils sont réalisés par le médecin de l'établissement au début de notre période¹²⁴. Par la suite, le médecin de l'établissement doit envoyer au préfet, le premier mois de chaque semestre, un rapport sur « chaque personne retenue », la nature de sa maladie et son traitement¹²⁵. L'« ordre spécial » qui permet au préfet de réaliser le placement d'office est valable six mois, il doit ensuite être renouvelé. C'est à l'appui de ce rapport que le préfet peut maintenir l'aliéné en

¹¹⁴ Assia Boumaza, *Hospitalisation psychiatrique et Droits de l'Homme, Vol I, Le régime médico-administratif de l'hospitalisation psychiatrique*, Paris, CTNERHI, 2002, p. 17.

¹¹⁵ Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, art. 18.

¹¹⁶ *Loi de 1838. Discussions des députés et des pairs*, T1, Paris, Analectes, 1972, « Rapport fait au nom de la commission chargée d'examiner le projet relatif aux aliénés, par M. Vivien, député de l'Aisne, « séance du 18 mars 1837 », p. 41.

¹¹⁷ Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, art. 18.

¹¹⁸ Assia Boumaza, *Hospitalisation psychiatrique et Droits de l'Homme, op. cit.*, p. 54.

¹¹⁹ AC (Archives du Centre de Santé Mentale Angevin - CESAME), Q 20, Registre matricule, 23 février 1912 – 17 avril 1913.

¹²⁰ Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, art. 18

¹²¹ *Id.*

¹²² *Ibid.*, art. 19.

¹²³ *Ibid.*, art. 8.

¹²⁴ AC, Q 20, Registre matricule, 23 février 1912 – 17 avril 1913.

¹²⁵ Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, art. 20.

placement d'office, le transformer en placement volontaire ou ordonner sa sortie¹²⁶. Si dans l'intervalle de six mois, le médecin de l'établissement note un changement qui justifierait une sortie, il doit en informer le préfet¹²⁷. Le procureur de la République (pouvoir judiciaire) doit être informé, *a posteriori*, de tous les ordres donnés qui seront ensuite notifiés au maire du domicile de la personne internée, qui en informera alors la famille. Il en sera rendu compte au ministre de l'Intérieur¹²⁸.

b. Le placement volontaire

A côté du placement d'office décidé par l'autorité administrative, une demande d'admission peut être faite au chef d'établissement en placement volontaire, pour une personne atteinte d'aliénation mentale supposée non dangereuse, non sur la demande du malade, mais par une autre personne¹²⁹ : « un membre de la famille, un ami ou un tiers agissant dans l'intérêt du malade sans qu'il y ait de lien de parenté¹³⁰. » Dans le projet initial du gouvernement du 6 janvier 1837, le placement volontaire n'existe pas¹³¹. Afin de préserver les libertés individuelles, les familles n'ont pas l'autorisation de faire isoler un aliéné sans l'autorisation de l'administration publique¹³². La commission chargée d'examiner le projet de loi s'y oppose et requière, au nom de l'urgence de l'isolement et de son importance pour le traitement, que le placement volontaire ne soit pas subordonné à l'autorisation publique¹³³. Afin que la responsabilité « pèse » sur quelqu'un « et qu'il soit possible en cas d'abus d'atteindre les coupables »¹³⁴, la demande d'admission écrite et signée doit contenir non seulement les nom, prénom, âge, domicile et profession de la personne placée mais aussi de celle qui fait la demande de placement ainsi que la nature de la parenté ou de la relation¹³⁵. Afin d'éviter les internements abusifs, un certificat médical de moins de 15 jours réalisé par un médecin sans lien de parenté avec la personne qui demande l'internement, ni lien avec l'établissement, est exigé (en cas d'urgence le médecin de l'établissement peut se dispenser du certificat)¹³⁶. Dans le roman d'Hervé Bazin, *La Tête contre les murs*, Arthur Gérane est placé de cette manière par son père à l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire¹³⁷. Là encore les pièces produites sont inscrites dans un bulletin d'entrée qui est envoyé au préfet dans les vingt-quatre heures avec un certificat du médecin de l'établissement¹³⁸. Dans les trois jours, le préfet notifie les noms, professions et

¹²⁶ Assia Boumaza, *Hospitalisation psychiatrique et Droits de l'Homme*, op. cit., p. 72.

¹²⁷ Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, art. 23.

¹²⁸ *Ibid.*, art. 22.

¹²⁹ *Ibid.*, art. 8.

¹³⁰ Art. L. 333 de l'ancien Code de santé publique. Cf. Assia Boumaza, *Hospitalisation psychiatrique et Droits de l'Homme*, op. cit., p. 48.

¹³¹ *Loi de 1838. Discussions des députés et des pairs*, T1, Paris, Analectes, 1972, p. 24-27.

¹³² *Ibid.*, p. 17.

¹³³ *Ibid.*, p. 38.

¹³⁴ *Ibid.*

¹³⁵ Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, art. 8.

¹³⁶ *Id.*

¹³⁷ Hervé Bazin, *La tête contre les murs*, Paris, Grasset, 1949.

¹³⁸ Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, art. 8.

domicile de la personne placée et de celle qui a demandé le placement au procureur de la République¹³⁹ de l'arrondissement de l'établissement de l'arrondissement de l'établissement¹⁴⁰. Après une période d'observation de quinze jours, un nouveau certificat médical du médecin de l'établissement doit être envoyé au préfet qui confirme ou rectifie les observations du premier¹⁴¹. Une personne en placement volontaire cessera d'être « retenue » lorsque le médecin aura déclaré sur le registre de la loi que « la guérison est obtenue »¹⁴². Indépendamment de la guérison constatée par le médecin de l'établissement, un proche qui déclare être prêt à assumer la responsabilité du malade peut venir le chercher¹⁴³. Dans les années 1900, cette démarche est assortie d'un congé d'essai de 3 mois (nous y reviendrons). Afin de protéger les biens de l'aliéné non interdit durant son séjour à l'asile, un administrateur provisoire est désigné par la commission de surveillance qui assure la codirection de l'asile¹⁴⁴. Toutefois, si le médecin de l'établissement pense que la personne peut « compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes », il en fait part au maire qui peut alors ordonner un sursis à la sortie qu'il communiquera dans les vingt-quatre heures au préfet. A l'expiration du sursis, au bout de quinze jours, sans transformation du placement volontaire en placement d'office par le préfet, le sursis sera levé¹⁴⁵. Le placement volontaire est transformé en placement d'office sur « ordre spécial » du préfet si l'état mental de l'aliéné « compromet l'ordre public ou la sûreté des personnes »¹⁴⁶. Vingt-quatre heures avant sa sortie, le médecin de l'établissement doit informer le maire ou le commissaire de police des noms et résidence de la personne qui est venue chercher l'aliéné, de l'état mental de l'aliéné et du lieu où il aura été conduit¹⁴⁷. Le préfet peut toujours ordonner la sortie d'une personne en placement volontaire¹⁴⁸. De même toute personne internée peut se pourvoir en justice devant le tribunal du lieu de situation de l'établissement qui, après vérification, peut demander une sortie immédiate¹⁴⁹. Ce dispositif législatif est une garantie contre l'arbitraire. Dans la pratique, le recours au juge judiciaire est très rare. En cas de réclamation, l'affaire ne donne pas lieu à des poursuites légales dans le cadre de l'article 41¹⁵⁰.

La loi, en confiant au préfet le placement d'office mais aussi le contrôle du placement volontaire, exclut l'autorité judiciaire une seconde fois. Le ministre de l'Intérieur justifie l'éviction du judiciaire en évoquant des raisons médicales : « Les mesures [...] relatives à l'isolement demandent d'ordinairement

¹³⁹ Initialement il s'agissait du procureur du Roi de l'arrondissement de domicile de la personne placée.

¹⁴⁰ Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, art. 10.

¹⁴¹ *Ibid.*, art. 11.

¹⁴² *Ibid.*, art. 13.

¹⁴³ *Ibid.*, art. 14.

¹⁴⁴ *Ibid.*, art. 31.

¹⁴⁵ *Ibid.*, art. 14.

¹⁴⁶ *Ibid.*, art. 21.

¹⁴⁷ *Ibid.*, art. 15.

¹⁴⁸ *Ibid.*, art. 16.

¹⁴⁹ *Ibid.*, art. 29.

¹⁵⁰ Assia Boumaza, *Hospitalisation psychiatrique et Droits de l'Homme*, op. cit., p. 76.

une extrême célérité, une prudence, une discrétion qui se concilient difficilement avec la lenteur et la solennité des formes judiciaires qui sont naturelles aux opérations administratives¹⁵¹. »

c. Des verrous contre l'arbitraire

En 1869, suite à des pétitions adressées à la chambre des Députés et à celle des Pairs, une commission est créée par le ministre de l'Intérieur et celui de la Justice. Il s'agit de savoir si le pouvoir judiciaire, gardien naturel de la liberté individuelle, interviendra. Rien n'est fait¹⁵². En 1906, Georges Clemenceau, alors ministre de l'Intérieur, s'inquiète à propos des internements abusifs et demande la création d'une commission de contrôle. En dépit d'un projet de remaniement, la loi de 1838 ne sera pas retouchée¹⁵³. Malgré tout, l'internement, comme mesure de privation de liberté extrajudiciaire, est assortie de mesures de « surveillance active » afin de préserver les libertés individuelles¹⁵⁴. A cet effet, le préfet ou des personnes désignées par lui ou par le ministre de l'Intérieur, mais aussi le président du tribunal, le procureur de la République, le juge de paix, le maire de la commune, sont chargés de visiter l'établissement¹⁵⁵. Le procureur de la République de l'arrondissement fera une visite au moins une fois par trimestre¹⁵⁶. Il contrôle le registre de la loi (matricule). On reproche à ces visites de ne pas avoir lieu, ou de ne pas être inopinées¹⁵⁷. Si la visite inopinée est difficile à vérifier, la fréquence des visites et les personnes visiteuses sont indiquées sur la premier page du registre. Si l'on prend le registre de matricule ouvert le 5 janvier 1912 et clôturé le 17 avril 1913¹⁵⁸, le juge de paix est venu le 8 mars 1912, le préfet le 17 mars 1912, le procureur de la République le 22 mai 1912, le président du tribunal civil le 10 juillet 1912, le juge de paix le 4 septembre 1912, le procureur de la République le 20 novembre 1912, le président du tribunal civil le 29 janvier 1912 et le juge de paix le 19 mars 1913. D'autre part, la commission de surveillance, composée de cinq membres, surveille la direction de l'asile.

4.3. Le financement des placements

L'autre point crucial de cette loi concerne les finances : qui payera ? Les personnes placées d'office (dangereuses), sans ressources personnelles et sans familles, sont admises aux frais de la collectivité. Le paiement de la pension repose sur le département de Maine-et-Loire (ou un autre département¹⁵⁹), avec

¹⁵¹ *Loi de 1838. Discussions des députés et des pairs*, T1, Paris, Analectes, 1972, p. 14.

¹⁵² Claude Quénel, *La loi de 1838 sur les aliénés, Volume II, L'application*, Paris, 1988, p. 12.

¹⁵³ *Ibid.*, p. 13.

¹⁵⁴ *Loi de 1838. Discussions des députés et des pairs*, T1, Paris, Analectes, 1972, p. 35.

¹⁵⁵ Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, art. 4.

¹⁵⁶ *Id.*

¹⁵⁷ Assia Boumaza, *Hospitalisation psychiatrique et Droits de l'Homme, op. cit.*, p.63.

¹⁵⁸ AC, Q 20, Registre matricule, 23 février 1912 – 17 avril 1913.

¹⁵⁹ Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, art. 1.

le concours de la commune du domicile de secours de l'aliéné dans une proportion fixée par le conseil général (en l'absence de commune de domicile de secours, l'Etat prend en charge la somme restante). La pension peut être aussi être prélevée sur le revenu de la personne, de sa famille, jusqu'à concurrence d'une certaine somme. Au delà c'est le département qui prend le relais, sauf concours de la commune du domicile. Les pensions des « médico-légaux » dépendent entièrement de l'Etat (ministère de la Justice). Les personnes aliénées non dangereuses (en placement volontaire) payent une pension. Il y a quatre classes de pensionnaires, de 4 à 1. Les pensionnaires de 4^e classe payent le prix du régime commun, c'est-à-dire le prix de journée payé par le département pour les indigents. Les trois autres classes donnent des comforts, graduellement, de plus en plus importants. Légalement, selon l'article 25 de la loi de 1838, les aliénés non dangereux (placement volontaire) et sans ressources (indigents), doivent être traités aux frais de l'administration publique : « Les aliénés dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public ou la sûreté des personnes y seront également admis¹⁶⁰. » C'est le placement volontaire gratuit. La circulaire du 5 août 1839, puis celle du 4 août 1930, rappellent cette disposition. Dans ce cas, la contribution des communes peut aller jusqu'à 50 %, le reste est pris en charge par le département¹⁶¹. Lors des discussions à la chambre des Députés et à la chambre des Pairs en 1837-1838, c'est seulement dans un second temps que la création d'un asile dans chaque département, comme moyen d'isolement, est envisagé. Qu'en est-il de l'application de la loi dans le Maine-et-Loire ?

4.4. L'application de la loi dans le Maine-et-Loire

En Maine-et-Loire, comme dans plusieurs départements, la construction de l'asile se heurte à des considérations financières. Il faut l'insistance du ministre de l'Intérieur auprès du préfet, et l'action de Guillaume Ferrus (1784-1861), médecin en chef de Bicêtre et inspecteur général du service des aliénés, pour décider le conseil général à acheter le château de Sainte-Gemmes-sur-Loire¹⁶². En 1841, Guillaume Ferrus, suite à la visite de la propriété, fait plusieurs remarques. Dans un premier temps, il insiste sur l'urgence de créer un établissement spécialisé. Les 820 aliénés de Maine-et-Loire, l'absence d'établissement pour les recevoir et le trop plein des asiles voisins (Nantes, Le Mans et Niort) qui empêche l'envoi de ceux de Maine-et-Loire étayent son argumentation¹⁶³ (la loi du 30 juin 1838 permet d'utiliser les asiles publics des autres départements ou les asiles privés du département¹⁶⁴). Dans l'état

¹⁶⁰ Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés, art. 25.

¹⁶¹ Claude Quétel, *La loi de 1838 sur les aliénés, Volume II, L'application*, Paris, 1988, p. 8.

¹⁶² Jacques-Guy Petit, « Folie, langage, pouvoir en Maine-et-Loire (1800-1841) », *Revue d'Histoire moderne et contemporaine*, Tome XXVII, octobre-décembre 1980, p.

¹⁶³ AD49 (Archives départementales de Maine-et-Loire), 1 N 92, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Maison d'aliénés. Château de Sainte-Gemmes », séance du 20 août 1841, p. 107.

¹⁶⁴ Loi du 30 juin 1938, art. 1.

actuel, les aliénés sont placés dans des sections d'hospice, dans une position jugée affreuse, il rappelle à cet effet que la séquestration d'un individu « réputé aliéné » est contraire aux libertés individuelles¹⁶⁵.

Afin de rassurer financièrement le conseil général, il explique qu'il n'est pas nécessaire de créer un asile *ex nihilo* (une enquête du gouvernement en 1874 montre que trois asiles furent construits entre 1838 et 1852¹⁶⁶). L'important est de pouvoir établir des divisions, de disposer de bois, de terres et de jardins, mais aussi de fonder un établissement agricole¹⁶⁷. Contrairement à Esquirol qui conseillait des bâtiments sans étage pour des raisons de sécurité, Ferrus suggère, pour des raisons financières et hygiénistes, la création de bâtiments à étages. Selon lui, les bâtiments sans étage sont ruineux à cause des frais de construction et de couverture. De plus, il est préférable pour des raisons d'hygiène de faire dormir les malades dans les étages supérieurs : « Les couches inférieures de l'air sont moins saines que les couches supérieures¹⁶⁸. » Guillaume Ferrus estime que la maison de Sainte-Gemmes pourrait accueillir dans un premier temps 400 aliénés, et rapidement 800 avec un quartier pour les hommes et un pour les femmes¹⁶⁹. Un quartier pour les aliénés riches et pensionnaires devra être envisagé (si l'asile est d'abord créé pour les indigents, la présence de pensionnaires permet de diminuer la part du département)¹⁷⁰. Le projet associe un architecte parisien, Edouard Moll, le Dr Levincent (1843-1854) nommé directeur-médecin et le pouvoir central, le ministre de l'Intérieur et son représentant le Dr Guillaume Ferrus, qui jugent et orientent le programme. Trois projets sont réalisés, ils ont pour point commun d'assurer le placement de plusieurs dizaines d'aliénés dans les plus brefs délais mais aussi de s'appuyer sur les constructions existantes par souci d'économie. Edouard Moll réalise un premier projet en février 1843, il est repoussé par Guillaume Ferrus, le conseil général et le Dr Levincent pour des raisons financières¹⁷¹, mais aussi pour des raisons d'hygiène (100 lits en plein midi sous l'ardoise) et pratiques (la nécessité d'une installation provisoire, l'isolement qui laisse à désirer). L'absence de pensionnat, condition *sine qua non* de la prospérité de l'asile, est aussi reprochée¹⁷². En mai 1843, un second projet est réalisé par le Dr Levincent qui renonce, par souci d'économie, à la construction du quartier des femmes¹⁷³. Elles sont, dans un premier temps, sans souci de classement, installées dans le château¹⁷⁴. Il s'agit de concilier architecture et exigences thérapeutiques. Orthopédie, régularité et symétrie doivent marquer l'asile. Mais il s'agit aussi, dans le même temps, de ménager les finances du département. Le ministre de l'Intérieur s'impatiente devant la lenteur des travaux. L'asile de Sainte-Gemmes ouvre le 17

¹⁶⁵ Loi du 30 juin 1938, art. 1.

¹⁶⁶ Jan Goldstein, *Consoler et classifier*, *op. cit.*, p. 393.

¹⁶⁷ AD49, 1 N 92, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Maison d'aliénés. Château de Sainte-Gemmes », *op. cit.*, p. 107.

¹⁶⁸ *Id.*

¹⁶⁹ *Id.*

¹⁷⁰ AD49, 1 N 92, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Maison d'aliénés. Château de Sainte-Gemmes », *op. cit.*, p. 107.

¹⁷¹ François Barroin, *Un asile d'aliénés au XIX^e siècle. Architecture et Histoire. Sainte-Gemmes-sur-Loire*, Mémoire pour le Certificat d'Etude Spéciale, Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Angers, Université d'Angers, 1986, p. 79.

¹⁷² *Id.*

¹⁷³ *Ibid.*, p. 82.

¹⁷⁴ *Moi Hippolyte, Eugénie... et les autres. De l'insensé à l'aliéné en Anjou (1800-1854)*, Angers, Setig Angers, 2005, p. 47.

janvier 1844 avec 29 patients. Les premiers travaux permettent d'accueillir 120 personnes à la fin de l'année. Côté hommes, l'utilisation de bâtiments existants (l'orangerie), donne naissance à un rectangle fermé d'un étage loin des concepts vus précédemment¹⁷⁵.

Une classification à la fois sociale (pensionnaires/indigents), nosographique (épileptiques, idiots, etc ; curables/incurables et convalescents) et comportementale (bruyants, furieux, agités/dangereux, travailleurs, paisible, etc.)¹⁷⁶ sépare les malades¹⁷⁷. Côté femmes, le tracé du bâtiment, construit *ex nihilo*, n'est pas symétrique à celui des hommes. En 1845, une ferme est bâtie. En 1854, une chapelle est inaugurée. Le mur d'enceinte, dernier rempart contre l'évasion, mais servant aussi à protéger les aliénés du regard des passants, reste inachevé jusqu'aux années 1850 pour des raisons financières¹⁷⁸.

5. Critiques de l'asile et de la loi de 1838

Dans le dernier quart du XIX^e siècle, la loi fondatrice du 30 juin 1838 et l'asile font l'objet de critiques endogènes et exogènes (juristes, hommes politiques, médecins) à la psychiatrie. On reproche à la loi, au travers de l'internement, d'être arbitraire. La récusation de l'intervention du pouvoir judiciaire dans l'internement et l'instrumentalisation supposée de ce dernier par le pouvoir politique (placement d'office) et les familles (placement volontaire) expliquent cette attaque. La critique porte sur le diagnostic succinct des certificats que l'on a pu constater dans les registres de l'asile Sainte-Gemmes-sur-Loire¹⁷⁹. En 1860, à Sainte-Gemmes, l'absence de pièce d'identité jointe aux dossiers des malades est reprochée au médecin¹⁸⁰. De manière générale, une « judiciarisation » de la loi de 1838 est réclamée comme protection contre l'arbitraire.

Quant à l'asile, il est accusé de « fabriquer du chronique ». Sa gestion décentralisée, sa nature autarcique, son succès, favorisent un encombrement qui nuit à l'opération thérapeutique déjà limitée, et en retour favorise la chronicité et la stigmatisation. Dès son ouverture en 1844, on remarque que l'inachèvement des travaux ne permet pas d'acheminer tous les aliénés du département en son sein. L'asile est sur-occupé. Le financement du conseil général est au cœur du problème. Le rythme des constructions est trop lent pour la demande¹⁸¹. En 1848, le Dr Levincent exprime son désarroi : il est « impossible de faire droit à toute les demandes de placement vu la rareté des sorties¹⁸² ». L'indifférenciation du soin concomitante à l'encombrement rend l'opération thérapeutique inopérante et favorise l'internement long. Selon le préfet, les familles et les maires se servent de l'asile, sous prétexte d'aliénation, pour

¹⁷⁵ François Barroin, *Un asile d'aliénés au XIX^e siècle. Architecture et Histoire. Sainte-Gemmes-sur-Loire*, op. cit., p. 90.

¹⁷⁶ *Ibid.*, p. 93.

¹⁷⁷ *Ibid.*, p. 93.

¹⁷⁸ *Ibid.*, p. 114.

¹⁷⁹ Dominique Neau, *La censure du Fou. L'asile psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire (1844-1868)*, Université d'Angers, 1995, p. 136.

¹⁸⁰ *Ibid.*, p. 135.

¹⁸¹ *Ibid.*, p. 139.

¹⁸² *Id.*

interner des indigents incapables d'assurer leur existence¹⁸³. Le Dr Levincent, lucide, comme l'avait pressenti Esquirol, énonce que « la folie ne s'est pas multipliée [...] elle s'est révélée quand l'occasion de l'abriter s'est offerte¹⁸⁴ ». En 1850, le directeur, contraint de trouver de l'argent pour accélérer les travaux, accentue l'encombrement en acceptant la venue d'aliénées de la Seine¹⁸⁵. Au même moment, la pression du ministre de l'Intérieur s'accroît pour centraliser les aliénés à l'asile de Sainte-Gemmes¹⁸⁶. Elle est effective en 1855¹⁸⁷. En 1854, alors qu'il y a 520 aliénés dans l'asile, le nouveau médecin-directeur, Dr Billod (1854-1868) écrit que « l'encombrement est tel que les malades refluent jusque dans les couloirs de service. Il n'existe d'ailleurs presque aucun classement parmi les aliénés [...]. Quand on songe, enfin, qu'il est, entre les mains du médecin aliéniste un puissant agent de médecine morale, on peut se faire une idée des inconvénients qui doivent résulter de cette lacune au point de vue de l'ordre et de la sécurité des services, aussi bien que de la curabilité de l'aliénation mentale¹⁸⁸ ». Contraint par le nombre, le Dr Billod, à défaut de stopper totalement les admissions, recherche ceux qui seraient susceptibles de sortir en tenant compte de leur état mental mais aussi des conditions dans lesquelles ils se trouveront à leur sortie¹⁸⁹. En 1860, alors qu'il y a 700 aliénés (en France, entre 1834 et 1864, les aliénés sont passés de 10 000 à 34 000¹⁹⁰), l'institution est engagée dans une course qui l'oblige, pour jouer son rôle, à rattraper une demande toujours croissante de placements qui dépasse le rythme de ses constructions. Parallèlement, l'individu guéri a des difficultés pour réintégrer la cité, notamment dans le monde rural. Il reste stigmatisé par son passage à l'asile mais aussi par la terreur qu'il a pu susciter¹⁹¹. Certains deviennent infirmiers¹⁹².

6. Renversement conceptuel et recompositions

6.1. Hérité et dégénérescence

a. Une vision créationniste : Bénédict-Augustin Morel

A cette date et parallèlement à la critique portée à la loi de 1838 et à l'asile, se produit au sein de la psychiatrie un renversement conceptuel avec l'émergence de la dégénérescence. Si à cette date de nombreux aliénistes partagent l'idée d'une hérédité des pathologies mentales, c'est-à-dire la transmission du similaire : l'alcoolique donne un alcoolique¹⁹³, le concept de dégénérescence va en élargir la portée.

¹⁸³ Dominique Neau, *La censure du Fou. L'asile psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire (1844-1868)*, *op. cit.*, p. 140.

¹⁸⁴ *Ibid.*, p. 145.

¹⁸⁵ *Ibid.*, p. 139.

¹⁸⁶ *Ibid.*, p. 143.

¹⁸⁷ *Ibid.*, p. 144.

¹⁸⁸ *Ibid.*, p. 138.

¹⁸⁹ *Ibid.*, p. 144.

¹⁹⁰ Pierre Morel et Claude Quételet, *Les médecines de la folie*, Paris, Hachette, 1985, p. 199.

¹⁹¹ Albert Londres, *Chez les fous*, Paris, Le Serpent à plumes, 1925, rééd. 1999.

¹⁹² Dominique Neau, *La censure du Fou, L'asile psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire (1844-1868)*, *op. cit.*, p. 147-148.

¹⁹³ Jean-Christophe Coffin, *La transmission de la folie 1850-1914*, Paris, L'Harmattan, 2003, p. 32.

Bénédict-Augustin Morel (1809-1873), médecin-chef à Maréville puis à Saint-Yon, en dessine les premiers contours avec deux ouvrages. Le premier est plutôt anthropologique, il s'agit du *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives* en 1857¹⁹⁴. Il est complété par un *Atlas* dans lequel il montre les stigmates de la dégénérescence. Le second est plutôt psychiatrique, c'est le *Traité des maladies mentales* en 1860¹⁹⁵. Pour Bénédict-Augustin Morel, qui est créationniste, la dégénérescence est un écart à la création divine : « une déviation malade d'un type primitif¹⁹⁶. » Le terme de dégénérescence est privilégié à celui d'hérédité car il s'agit de la transmission des parents aux enfants, non pas du similaire comme antérieurement, mais d'un état pathologique, une aptitude à la maladie mentale, qui évolue en quatre générations en termes d'aggravation, jusqu'à la stérilité¹⁹⁷. Une régénérescence est malgré tout possible par le métissage¹⁹⁸. La classification, jusqu'alors basée sur la méthode symptomatique devient étiologique¹⁹⁹. La question n'est plus de savoir ce qu'est la folie, mais d'où elle vient²⁰⁰. Trois types de causes sont recensés : les toxiques (sol, climat, alcool, drogue, etc.), l'environnement moral (hygiène, travail, etc.) et les causes physiques. Avec Bénédict-Augustin Morel, hérédité et milieu ne s'opposent plus, ils se renforcent : « le milieu sert à expliquer l'écllosion des maladies ; l'hérédité, la transmission de celles-ci²⁰¹. » Cette nouvelle conception de la folie est transposée dans un contexte de « révolution biologique ». La dégénérescence est « un échangeur » qui réactualise la psychiatrie en fonction des catégories de pensée ambiante. A partir de la révolution politique de 1848, le progrès considéré jusqu'alors de façon positive laisse place à la décadence²⁰². En France, ce fantasme est alimenté par la dépopulation qui devient l'indicateur de la dégénérescence de la race²⁰³. L'alcoolisme notamment, mais aussi la maladie héréditaire, le crime, la prostitution, la pornographie sont les causes, et les symptômes, du faible taux de natalité²⁰⁴. Dans les textes, celui de Morel et d'autres, l'hérédité contagieuse menace la race²⁰⁵. Selon André Pichot la « naturalisation » de la société française à la fin du XIX^e siècle tient de façon mineure à la physiologie de Claude Bernard (1813-1878) qui complète l'anatomo-clinique, mais surtout à la législation hygiéniste pastorienne (vaccination, asepsie, etc.) complétée par une vision pseudo-lamarckienne de l'hérédité :

¹⁹⁴ Bénédict-Augustin Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, Paris, J.B. Baillière, 1857.

¹⁹⁵ Bénédict-Augustin Morel, *Traité des maladies mentales*, Paris, Masson, 1860.

¹⁹⁶ Bénédict-Augustin Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, *op. cit.*, p. 5.

¹⁹⁷ Jean-Christophe Coffin, *La transmission de la folie 1850-1914*, *op. cit.*, Paris, p. 33.

¹⁹⁸ *Ibid.*, p. 39.

¹⁹⁹ Valentin Magnan et Maurice Legrain, *Les dégénérés (Etat mental et syndromes épisodiques)*, Paris, Rueff et Cie, Editeurs, 1895, p. 10.

²⁰⁰ Jean-Christophe Coffin, *La transmission de la folie 1850-1914*, *op. cit.*, p. 6.

²⁰¹ *Ibid.*, p. 33.

²⁰² Gérard Jorland, *Une société à soigner. Hygiène et salubrité publiques en France au XIX^e siècle*, Paris, Gallimard, 2010, p. 152.

²⁰³ *Ibid.*, p. 153.

²⁰⁴ *Id.*

²⁰⁵ *Ibid.*, p. 154.

« l'hérédité des caractères acquis²⁰⁶. » La combinaison des deux dernières donne en France l'hygiénisme social²⁰⁷. Celui-ci se distingue de l'hygiène publique dans la prise en compte de maladies non épidémiques (alcoolisme, tuberculose, maladie mentale, syphilis, etc.). En France, le lamarckisme, et peut-être le catholicisme, font obstacle pour un temps au darwinisme²⁰⁸.

Cette réflexion donne naissance à une nouvelle nosographie : la folie héréditaire. L'hérédité, obsessionnelle, omniprésente, devient une grille explicative pour la maladie mentale, le vagabondage²⁰⁹, l'alcoolisme, la déviance sexuelle et la criminalité, etc.²¹⁰. Signe du temps, Emile Zola (1840-1902) met en scène la tare héréditaire dans les Rougeon-Macquart²¹¹. Elle apparaît comme un mystère, quelque chose d'inexpliqué : un virus invisible.

b. Une variante : Valentin Magnan et Paul-Maurice Legrain

En 1895, les aliénistes Valentin Magnan (1835-1916) et Paul-Maurice Legrain (1860-1939) publient *Les Dégénérés*. L'entreprise de Magnan consiste à mettre sous l'étiquette de folie héréditaire des entités jusqu'ici distinctes comme les hystériques, les alcooliques, les neurasthéniques, même si les pervers posent problème²¹². Dans ce livre, Magnan et Legrain renouvellent la théorie de la dégénérescence en lui donnant un habillage laïque et darwinien (même si l'héritage lamarckien est encore présent avec l'hérédité acquise)²¹³ : « La dégénérescence est l'état pathologique de l'être qui, comparativement à ses géniteurs les plus immédiats, est constitutionnellement amoindri dans sa résistance psycho-physique et ne réalise qu'incomplètement les conditions biologiques de la lutte héréditaire pour la vie. Cet amoindrissement qui se traduit par des stigmates permanents est essentiellement progressif, sauf régénération intercurrente ; quand celle-ci fait défaut, il aboutit plus ou moins rapidement à l'anéantissement de l'espèce²¹⁴. » Les causes en sont doubles : les influences héréditaires et les influences acquises (néo-lamarckisme). Les premières sont le « produit complexe » d'une « accumulation de tares » : folie, alcoolisme, tuberculose que les dégénérés « synthétisent » sous forme de « stigmates

²⁰⁶ Selon l'épistémologue et historien des sciences André Pichot, la théorie de l'hérédité des caractères acquis de Lamarck (1744-1829) est une légende forgée à la fin de XIXe siècle ; elle est née de l'opposition entre les partisans de Weismann et les néo-lamarckiens. Cf. André Pichot, *La société pure. De Darwin à Hitler*, Paris, Flammarion, 2000, p. 36.

Au travers du transformisme, Lamarck systématise l'idée ambiante que les espèces ne sont pas immuables. Pour Lamarck, qui ne nie pas la génération spontanée, la nature a produit directement des êtres vivants simples qui vont ensuite se complexifier dans un processus échelonné dans le temps sous l'effet de la succession des circonstances (environnement, milieu extérieur à l'être vivant : modifications climatique, géologiques, etc.) où les lois de la nature immuables sont appliquées. Les espèces qui dérivent les unes de autres et qui se mettent en place successivement sont ainsi modifiées. Le transformisme lamarckien, en France, fut progressivement abandonné à partir de 1900 au profit d'un darwinisme complété par la génétique. Cf. André Pichot, *Histoire de la notion de vie*, Paris, Gallimard, 1993, p. 579-688.

²⁰⁷ André Pichot, *La société pure. De Darwin à Hitler*, op. cit., p. 36.

²⁰⁸ *Ibid.* p. 220.

²⁰⁹ Cf. Ian Hacking, *Les fous voyageurs*, Paris, Les Empêcheurs de penser en Rond, 2002.

²¹⁰ André Pichot, *La société pure. De Darwin à Hitler*, op. cit., p. 192.

²¹¹ Cf. Emile Zola, *La bête humaine*, Paris, Gallimard, 1994.

²¹² Jean-Christophe Coffin, « Hérité et question sociale (fin XIXe siècle) » in André Gueslin et Henri-Jacques Stiker (dir.), *Handicaps, pauvreté et exclusion dans la France du XIXe siècle*, Paris, Editions de l'Atelier, 2003, p. 225.

²¹³ Valentin Magnan et Maurice Legrain, *Les dégénérés (Etat mental et syndromes épisodiques)*, Paris, Rueff et Cie, 1895.

²¹⁴ *Ibid.*, p. 79.

psycho-physiques »²¹⁵. Les secondes sont soit des tares psycho-physiques semblables aux dégénérescences qui disparaissent avec l'individu, ou soit, au contraire, elles deviennent constitutionnelles²¹⁶. Les thérapeutiques semblent illusoirs : « ne sont-ils pas en effet, par définition, des états de déchéances définitives²¹⁷ ? » Il faut plutôt « prévenir²¹⁸ ». Nutrition, thérapie corporelle, intellectuel, moral (le bien et le mal) doivent être doublés d'une prophylaxie sociale inspirée par l'hygiénisme²¹⁹ : « Nous n'en sommes plus à Sparte où l'on précipitait dans l'Eurotas les êtres qui naissaient incapables de concourir au maintien du bien-être collectif, et bien des considérations condamneraient un pareil procédé, pour peu que l'idée en vint à quelqu'un. Et pourtant, le dégénéré est un danger social, danger immédiat et surtout danger futur en ce sens qu'il reproduit un dégénéré, c'est-à-dire une moins-valeur et par la suite un nouvel être dangereux²²⁰. » Contrairement à Morel, Magnan et Legrain ne croient pas à la régénérescence : « Morel était un optimiste²²¹ ». Quand bien même, en partant de cette hypothèse, ils préconisent de lutter contre une régénérescence de l'espèce : « il importe que le médecin s'insurge contre toute idée d'union entre dégénérés, et surtout entre consanguins dégénérés. Ce serait autoriser la reproduction certaine de types plus défectueux²²². » Le discours hygiéniste social, au travers de la dégénérescence deuxième forme, rejoint le discours eugéniste²²³. Dans une vision plus pessimiste que Morel, qui prévoit l'extinction de la lignée dégénérée, Magnan et Legrain voient dans la dégénérescence un dérèglement de la sélection naturelle (dans la théorie darwinienne, la sélection naturelle protège les variations favorables c'est-à-dire adaptées à l'environnement²²⁴) qui favorise une survivance des dégénérés²²⁵. La dégénérescence induit la chronicité/incurabilité qui conduit à réaliser un nouveau partage au sein des malades entre les chroniques/incurables et les aigus/curables. Ces derniers sont exclus des projets de médicalisation de l'asile qui sont formulés au début du XX^e siècle avec notamment le service ouvert ; ou sont rejetés dans un pavillon spécial²²⁶. Magnan et Legrain instrumentalisent la dégénérescence : « La dégénérescence est plus qu'une maladie individuelle, c'est un mal et un péril social ; il importe de lui opposer une hygiène sociale rigoureuse²²⁷. » Le médecin ne doit pas s'en désintéresser, « lui seul est capable d'indiquer le mal auquel il faut porter remède²²⁸ ». Alors que la monomanie (1810) et l'isolement thérapeutique (1832) avaient permis à la psychiatrie au travers du ressort de la dangerosité du fou, de s'immiscer dans les tribunaux et d'inscrire la psychiatrie dans

²¹⁵ Valentin Magnan et Maurice Legrain, *Les dégénérés (Etat mental et syndromes épisodiques)*, op. cit., p. 84.

²¹⁶ *Ibid.*, p. 84-85.

²¹⁷ *Ibid.*, p. 217.

²¹⁸ *Id.*

²¹⁹ *Ibid.*, p. 217-225.

²²⁰ *Ibid.*, p. 232-233.

²²¹ *Ibid.*, p. 233.

²²² *Ibid.*, p. 234.

²²³ Cf. Anne-Laure Simonnot et Jean-Pierre Liauzu, « Les voies de l'eugénisme », *L'Information Psychiatrique*, n° 6, Juin 1996, p. 553-562.

²²⁴ Stephen Jay Gould, *Darwin et les grandes énigmes de la vie. Réflexion sur l'histoire naturelle*, Paris, Seuil, 1997, p. 44-45.

²²⁵ *Ibid.*, p. 556.

²²⁶ *Id.*

²²⁷ Valentin Magnan et Maurice Legrain, *Les dégénérés (Etat mental et syndromes épisodiques)*, op. cit., p. 233.

²²⁸ *Ibid.*, p. 234.

l'appareil d'Etat en instituant l'asile par la loi de 1838²²⁹, la dégénérescence relance l'expertise de la médecine mentale dans sa dimension sociale et politique²³⁰. La transmission de la folie par l'hérédité, puis la dégénérescence, fait entrer la biologie dans la psychiatrie, ce qui a pour effet de la rapprocher de la médecine. Dans le même temps, l'articulation de l'hérédité et du milieu permet de déplacer l'objet de la psychiatrie de l'individu vers la société. Michel Foucault voit, au travers du concept englobant de la « gouvernementalité », cette « biologisation » de la société comme une « étatisation du biologique » : la naissance de la biopolitique²³¹. Selon lui la dégénérescence, comme la sexualité, à l'intersection du corps et de la population, de la discipline et de la régularisation, sont les lieux de cette prise de pouvoir. Au travers de l'hygiénisme social, l'hygiénisme mental/eugénisme se développe dans l'avant guerre et surtout dans les années 1920-1930 afin de préserver une société contre la contagion et la dégénérescence, et de protéger la race contre les fléaux sociaux que sont la syphilis, la tuberculose, l'alcoolisme et la maladie mentale.

6.2. L'hystérie et la psycho-analyse

Dans le dernier quart du XIX^e siècle, le concept de l'hystérie donne aussi une nouvelle perspective à la psychiatrie. L'hystérie est une maladie organique qui remonte à l'Antiquité. C'est initialement une maladie organique féminine. Son nom, donné par Hippocrate de Cos (460-370 av. J.-C.), vient de *bustera* qui signifie matrice. Elle serait liée au déplacement de l'utérus²³². Au XIX^e siècle elle est observée chez les femmes qui n'ont pas eu de grossesse ou qui abusent des plaisirs charnels. Le mariage est préconisé pour les jeunes filles et le remariage pour les veuves²³³. Alors que nous sommes dans le siècle de la taxinomie, elle résiste à toute classification ; on parle d'une « corbeille à papier²³⁴ ». Le neurologue et médecin Jean-Martin Charcot (1825-1893) lui donne une cohérence²³⁵. La maladie est déssexualisée et devient une maladie nerveuse transmissible par voie héréditaire et neurologique (les nerfs)²³⁶. Selon Elisabeth Roudinesco : « Charcot s'éloigne de la cause génitale pour construire le concept de névrose hystérique afin de définir la maladie comme vraie²³⁷. » Photographies à l'appui, il démontre que l'attaque se développe en quatre périodes²³⁸. En quelques années, elle devient une tendance épidémiologique²³⁹.

²²⁹ Jan Goldstein, *Consoler et classifier, op. cit.*, p. 222.

²³⁰ Cf. Jean-Christophe Coffin, « Hérédité et question sociale (fin XIX^e siècle) » in André Gueslin et Henri-Jacques Stiker (dir.), *Handicaps, pauvreté et exclusion dans la France du XIX^e siècle*, Paris, *op. cit.*, p. 219-260.

²³¹ Michel Foucault, « Leçon du 17 mars 1976 », in Michel Foucault, *Il faut défendre la société, Cours du Collège de France. 1976*, Paris, Gallimard/Seuil, 1997, p. 213-235.

²³² Jan Goldstein, *Consoler et classifier, op. cit.*, p. 411.

²³³ Elisabeth Roudinesco, *Histoire de la psychanalyse en France – Jacques Lacan. Esquisse d'une vie*, Paris, Le Livre de Poche, 2009, p. 52.

²³⁴ Jan Goldstein, *Consoler et classifier, op. cit.*, p. 412.

²³⁵ *Ibid.*, p. 414.

²³⁶ Elisabeth Roudinesco, *Histoire de la psychanalyse en France – Jacques Lacan. Esquisse d'une vie, op. cit.*, p. 29.

²³⁷ *Ibid.*, p. 59.

²³⁸ Jan Goldstein, *Consoler et classifier, op. cit.*, p. 415.

²³⁹ *Ibid.*, p. 410.

Jan Goldstein y voit en incorporant le demi fou/la demi folle une stratégie d'expansion qui autorise la consultation externe à l'asile²⁴⁰. C'est à partir du « matériel » fourni par l'hystérie que Josef Breuer (1842-1925) et Sigmund Freud (1857-1939) bâtissent les rudiments de la méthode psychanalytique²⁴¹. Avec Anna O, Freud découvre l'écoute et surtout la parole qui peut guérir. Jusqu'alors, dans le traitement moral, la parole du fou n'était pas analysée. En 1885, le jeune Freud vient voir Charcot à la Salpêtrière. En 1895, il cosigne avec Breuer le livre inaugural de la psychanalyse : *Etudes sur l'hystérie*²⁴². Par la suite, il opère un revirement en se rapprochant des causes sexuelles, pour se dégager de la médecine et rompre avec Charcot qui avait fait le cheminement inverse.

6.3. De nouvelles perspectives

Dans ce contexte de critique de l'asile et de la loi de 1838 mais aussi de reversement conceptuel lié à la dégénérescence et à l'hystérie, un certain nombre de psychiatres souhaitent opérer une double recomposition : faire de l'asile un lieu médical et en sortir en développant des actions de prophylaxie dans la cité. De cette nouvelle perspective, à la fin du XIX^e siècle, Edouard Toulouse imagine « un schéma médical sélectif » qui partage l'aigu/curable et le chronique/incurable²⁴³. De cette distinction entre le soin et l'assistance, une nouvelle division au sein de l'asile, voire un dédoublement de celui-ci, apparaît : des services hospitaliers pour les aigus susceptibles d'une « remise en valeur » qui serait traités par des moyens apparentés à la médecine générale et des services d'assistance ou hospice pour les chroniques²⁴⁴. Conjointement, dans le cadre global de l'hygiène sociale articulée à l'eugénisme, qui vise les fléaux sociaux (syphilis, tuberculose, alcoolisme, etc.), Edouard Toulouse souhaite développer « une prophylaxie préservatrice ». Le service ouvert se retrouve à la croisée de cette remise en perspective en favorisant d'une part une intervention précoce pour le malade aigu et d'autre part en évitant pour celui-ci l'internement, donc la chronicisation et subsidiairement la stigmatisation²⁴⁵. C'est le contexte spécifique de la Grande Guerre qui va autoriser cette innovation institutionnelle, notamment à l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire.

Dans cette histoire, la psychiatrie naissante apparaît comme une spécialité qui se cherche conceptuellement, institutionnellement et juridiquement. Plusieurs mouvements en cours sont intéressants à relever. En premier lieu, une tentative de dépassement d'une généalogie première fondée sur la *dangerosité de la folie* et sa séquestration pour raison de soin, avec la dégénérescence, l'hystérie et le service ouvert.

²⁴⁰ Jan Goldstein, *Consoler et classifier, op. cit.*, p. 423 et 427.

²⁴¹ *Ibid.*, p. 410.

²⁴² Michel Plon et Elisabeth Roudinesco, *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard, 1997, p. 154.

²⁴³ Anne-Laure Simonnot, *Hygiénisme et eugénisme au XIX^e siècle à travers la psychiatrie française*, Paris, Seli Arslan, 1999, p. 64-65.

²⁴⁴ *Ibid.*, p. 83.

²⁴⁵ *Ibid.*, p. 81.

En second lieu, on passe d'un mouvement basé sur la distinction de la médecine (anatomo-clinique) à son rapprochement *via* la deuxième forme de la dégénérescence.

Le financement départemental de l'asile et de l'indigence représente un facteur d'inertie.

La paralysie thérapeutique de l'asile découle de l'encombrement et de la chronicité, et alimente la stigmatisation du lieu, de la psychiatrie et de la folie.

Détaillons maintenant les sources que nous avons utilisées.

C / Les sources

Un certain nombre de recherches ont déjà été réalisées sur le CESAME. De qui émanent-elles ? De quoi sont-elles imprégnées ? Quelles sont les périodes envisagées ? Outre ces travaux, nous avons utilisé comme sources premières les procès-verbaux des délibérations du conseil général, de la commission de surveillance et les rapports médicaux et administratifs. Quelles sont leurs spécificités, leurs limites ? Pour la partie la plus contemporaine, nous avons travaillé à partir de la source orale. Y a-t-il des recherches similaires ?

Cette recherche fait suite à des travaux historiques réalisés sur le Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME) dans les années 1980-1990. Ils portent essentiellement sur le XIX^e et sont marqués du sceau foucaldien. On citera l'article de l'historien Jacques-Guy Petit qui porte sur la situation des fous dans le département de Maine-et-Loire avant la création de l'asile²⁴⁶, le mémoire de maîtrise d'histoire de Dominique Neau qui aborde la vie asilaire au XIX^e siècle²⁴⁷, mais aussi un mémoire pour le Certificat d'Etudes Spéciales de psychiatrie de Franck Barroin qui porte sur l'évolution architecturale de l'institution au XIX^e siècle²⁴⁸. On mentionnera aussi une synthèse réalisée par Jean Sauvage alors président de la commission de surveillance²⁴⁹, une brochure plus récente du groupe historique de l'hôpital pour accompagner une exposition intitulée *Moi Hippolyte, Eugénie... et les autres*²⁵⁰, et, dans une moindre mesure, une thèse de médecine, celle de Jacques Rouillaud, plus ancienne et plus sommaire, qui porte sur les XIX^e et XX^e siècles²⁵¹.

²⁴⁶ Jacques-Guy Petit, « Folie, langage, pouvoirs en Maine-et-Loire (1800-1841) », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, Tome XXVII, octobre-décembre 1980.

²⁴⁷ Dominique Neau, *La censure du fou. L'asile psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire (1844-1868)*, *op. cit.*

²⁴⁸ François Barroin, *Un asile d'aliénés au XIX^e siècle. Architecture et Histoire. Sainte-Gemmes-sur-Loire*, *op. cit.*

²⁴⁹ *Centre psychothérapeutique départementale de Sainte-Gemmes-sur-Loire. 1843-1973, de la commission de surveillance au conseil d'administration, de l'asile d'aliénés au centre psychothérapeutique. 130 ans d'assistance psychiatrique en Maine-et-Loire*, 1973.

²⁵⁰ *Moi Hippolyte, Eugénie... et les autres. De l'insensé à l'aliéné en Anjou (1800-1854)*, Angers, Setig Angers, 2005.

²⁵¹ Jacques Rouillaud, *Sur l'histoire de l'hôpital de Sainte-Gemmes-sur-Loire*, Thèse pour le doctorat en médecine, Faculté de médecine de Paris, 1963.

Pour cette étude, la source essentielle est le registre des procès-verbaux des délibérations du conseil général de Maine-et-Loire. Deux collections papier sont disponibles pour la période qui va jusqu'à la fin des années 1960 : une aux archives départementales de Maine-et-Loire (Série 1N) et une à la bibliothèque universitaire Saint-Serge d'Angers (BUA, JP43). Depuis 2010, la collection des archives départementales est numérisée et accessible en ligne. Ce registre permet de croiser plusieurs types de documents : en premier lieu le rapport médical de l'asile/hôpital psychiatrique et le compte moral, administratif et financier, qui sont envoyés par le directeur au préfet chaque année. Le rapport médical contient le bilan du service du médecin directeur et des médecins chefs. Il est illustré par de nombreuses statistiques. Les comptes administratifs et financiers présentent les aspects comptables. Ce dernier intitulé, entre 1910 et 1951, compte moral, administratif et financier, devient en 1952, rapport de fonctionnement. Ces documents nous ont permis de réaliser des outils statistiques sur la longue durée, même si des changements de présentation court-circuitent parfois les analyses. Ces documents sont aussi conservés aux archives médicales du CESAME dans la série administration générale (L). Les registres de délibérations contiennent aussi les rapports du préfet, de l'architecte départemental, ainsi que celui de l'inspecteur de l'assistance publique et les travaux de la deuxième commission spécifique (bâtiments et mobiliers départementaux – enfants assistés, - aliénés) qui prépare et alimente les délibérations du conseil général sur l'asile/hôpital psychiatrique. En recoupant ses documents, nous avons pu suivre des processus décisionnels, plutôt budgétaires, reconstituer le jeu et les manœuvres des différents acteurs (préfet, conseil général, médecin-directeur, commission de surveillance), et mieux saisir l'arrière plan.

L'autre document clé est le registre, conservé au CESAME, des procès verbaux des délibérations de la commission de surveillance qui assure, avec le médecin directeur, la cotutelle de l'asile/hôpital psychiatrique. En 1972, cet organisme sera remplacé par un conseil d'administration et un registre *ad hoc*. Dans ce document formel sont consignées les problématiques quotidiennes de l'établissement. Les derniers registres, qui vont de 1971 à 1977, que nous avons consultés dans la phase exploratoire, n'ont pas pu être utilisés pour la recherche finale.

De nombreuses « sources brutes » des archives du CESAME contenues dans les série Q (population), R (Archives médicales), K (Personnel), Z (Divers), M (Financement) sont venues compléter ponctuellement nos recherches. Parmi ces documents, dont la consultation a été le plus souvent obtenue sur dérogation des Archives de France, on citera particulièrement le livre des décès pour les années 1939-1945 (Q 312-315) avec lequel nous avons réalisé un outil statistique à plusieurs entrées²⁵²,

²⁵² Le livre des décès est un matériau intéressant pour dresser un outil statistique car il est complété par les médecins au fur et à mesure. Pour réaliser cette étude, nous avons entré dans un tableau Excel les 2406 malades décédés entre le 1^{er} janvier 1939 et le 31 décembre 1945 (En 1941 nous avons constaté 2 personnes de plus que celles déclarées dans les rapports médicaux). Nous avons répertorié, pour chacun, son sexe, son âge, son département de naissance, sa domiciliation ou provenance avant son internement, ce qui permet entre autres de mettre en évidence la mortalité des réfugiés. Nous avons aussi collecté la date d'arrivée du malade dans l'institution et sa date de

un livre des médicaments (R 22), des affiches de théâtre (Z 4), un répertoire des sanctions pour les années 1934-1976 (R 21), le conseil de discipline (R 22). On saluera ici l'importance du récolement réalisé par Eve Jullien en 2006 sur les archives administratives jusqu'alors éparses²⁵³. Nous avons aussi utilisé des plans conservés dans la série « Alpha » aux archives départementales et des photographies exposées au musée du CESAME. Le corpus réglementaire (notamment les règlements types de 1857 et 1938) et législatif relatif à la psychiatrie (lois, circulaires et décrets) complète l'approche archivistique. Outre la série J des archives du CESAME, nous avons consulté les collections des revues de psychiatrie (*L'Information psychiatrique*, *L'Evolution psychiatrique*, etc.) qui publient les textes clés, nous avons complété notre corpus grâce à la documentaliste du centre de documentation du CESAME, Béatrice Château, et le réseau Ascodocpsy, un réseau spécifique aux institutions psychiatriques qui nous a permis de retrouver les textes manquants.

Pour la période la plus récente, nous avons aussi utilisé la source orale, qui jusqu'ici a été peu utilisée en histoire de la psychiatrie. Grâce au réseau relationnel, une personne donne le nom d'une personne, nous avons pu rencontrer une vingtaine d'acteurs anciens et contemporains de l'institution. Une relation de confiance nous a permis, avec plusieurs personnes, de mener à bien une quarantaine d'entretiens sur une période de plusieurs années. Ces entretiens que l'on qualifiera de « compréhensifs »,²⁵⁴ étaient réalisés soit au CESAME, soit au domicile de la personne. La méthode utilisée était semi directive, avec une grille de questions thématiques souple. La plupart des entretiens ont été enregistrés et retranscrits. Parmi ceux-ci, quelques-uns ont été réalisés dans le cadre d'une recherche sur le genre par un groupe de recherche transdisciplinaire 2H2S, et un a été réalisé conjointement avec une doctorante en sociologie de l'EHESS, Anne Lacoste. Les entretiens ont été utilisés soit de manière exploratoire, soit de manière illustrative. Au travers de cette démarche, nous avons pu rencontrer, à la maison de retraite de Sainte-Gemmes, une ancienne infirmière qui était entrée dans l'hôpital en 1936, mais aussi avoir la chance de nous entretenir avec de grandes figures de la psychiatrie comme Jean Ayme décédé récemment²⁵⁵ et Pierre Delion. Nous déplorons l'absence d'entretien avec une personne hospitalisée. L'âge, la maladie, le lieu encore frappé d'infamie dans les années 1970 ont vraisemblablement fait obstacle à cette rencontre. Dans certains cas, nous avons pu accéder à des archives privées (Jean Ayme, Raymond Pourias). Notre travail a été complété par l'étude systématique des mémoires de psychiatrie que l'on trouve soit à la bibliothèque universitaire du CHU d'Angers soit au centre de documentation du CESAME. Les nombreux travaux sur la psychothérapie

décès, ce qui nous permet d'avoir la durée de son séjour. Le jour du décès donne à voir la mortalité par mois, par jour et permet d'observer les pics de surmortalité.

²⁵³ Eve Jullien, *Le centre de santé mentale angevin*, master professionnel, Université d'Angers, 2006.

²⁵⁴ Concernant l'entretien compréhensif Cf. Jean-Claude Kaufmann, *L'entretien compréhensif*, Paris, Nathan, 2006.

²⁵⁵ Elisabeth Roudinesco, « Psychiatre, psychanalyste », Jean Ayme, *Le Monde*, samedi 16 avril 2011, p. 25.

institutionnelle et la sectorisation, qui ont particulièrement stimulé les internes à la fin des années 1960 et au début des années 1980, ont attiré notre attention²⁵⁶.

Le dépouillement des périodiques spécialisés nous a aussi donné des témoignages précieux pour analyser une pratique (psychothérapie institutionnelle, sectorisation, etc.). La presse a été utilisée en appoint, la découverte des articles étant souvent le fruit du hasard, à l'exception d'événements datés comme les grèves. Enfin, et afin de mettre en perspective cette recherche, nous avons utilisé des ouvrages et des articles dans différentes disciplines. Pour ce faire, nous avons utilisé les sites documentaires comme Cairn, Revues.org et Persée. Les sondages effectués dans les dossiers médicaux se sont révélés décevants pour notre problématique. A titre comparatif, les monographies historiques sur la période, et notamment au delà de 1945, faisant encore défaut, nous n'avons pu utiliser que la thèse d'histoire de Samuel Odier qui a étudié l'asile du Vinatier et de Saint-Egrève, dont la chronologie s'arrête dans les années 1950²⁵⁷ et le DEA d'Elise Gatesoupe qui s'aventure dans le temps présent²⁵⁸.

D / Problématique, chronologie et méthodologie

Avant de terminer cette introduction, détaillons la problématique, le cadre chronologique et la méthodologie. Cette recherche a pour objet de mettre à jour la transformation/plasticité²⁵⁹ de l'institution psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire entre 1910, date de l'arrivée de Dr Jacques Baruk (1872-1975) et 1977, date de l'apparition, dans le contexte de la sectorisation, d'un quartier psychiatrique à Cholet qui déconcentre l'activité de l'hôpital de Sainte-Gemmes²⁶⁰.

La période a encore été peu travaillée par les sciences sociales en général, et l'histoire en particulier. Aussi, indépendamment de l'intérêt que peut représenter cette monographie pour le CESAME, notre travail a pour l'ambition de défricher un terrain encore vierge et de donner un éclairage sur un certain nombre de transformations qui conditionnent la psychiatrie d'aujourd'hui.

²⁵⁶ A titre d'exemples voici quelques mémoires que nous avons utilisés : Jean Baraer, *La Psychiatrie dans le Maine-et-Loire. Mise en place de la sectorisation*, Mémoire pour le Certificat d'Etudes Spéciales de psychiatrie, Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Angers, Université d'Angers, 1979 ; Claire Valez, *Contribution à l'étude de l'introduction de la psychothérapie institutionnelle dans un service d'hôpital psychiatrique*, thèse pour le doctorat en médecine, Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Angers, Université d'Angers, 1970 ; Marie-Françoise Roux, *Institution d'un club thérapeutique dans un service de psychiatrie*, Thèse pour le doctorat en médecine, Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Angers, Université d'Angers, 1975 ; Hélène Michot, *Approche épidémiologique en psychiatrie*, Thèse de doctorat en médecine, Université d'Angers, 1982 ; Ambroise Baguenier Desormeaux, *A propos d'une expérience de camping dans le cadre d'un service de psychothérapie institutionnelle*, Thèse de doctorat en médecine, Université d'Angers, 1980.

²⁵⁷ Samuel Odier, *La fin de l'asile d'aliénés dans le Rhône et l'Isère à partir de l'exemple du Vinatier et de Saint-Egrève (1930-1955)*, Université Lyon III, 3 vol., 2004.

²⁵⁸ Elise Gatesoupe, *De l'aliéné... au malade mentale... au malade – a partir de l'histoire de l'hôpital psychiatrique de Bonneval, 1950-2004-*, Mémoire de DEA « Politiques sociales et société » Université Paris 1, Panthéon-Sorbonne, 2004.

²⁵⁹ La philosophe Catherine Malabou définit la *plasticité* comme une aptitude à maintenir une identité tout en évoluant, en muant, en se transformant au contact de l'environnement.

²⁶⁰ La sectorisation est un découpage départemental en secteurs géo-démographiques (un lieu, une population) dans lesquels un malade est pris en charge dans son lieu de vie, le plus précocement possible, par une même équipe psychiatrique, au travers de structures formant une chaîne de soin articulée avec l'hôpital (dispensaires, hôpitaux de jour /de nuit, foyers postcure, appartements thérapeutiques, etc.)

D'autre part, dès ses origines, la singularité de cet asile de Maine-et-Loire réside dans l'importance de sa population, qui le place parmi les principaux établissements psychiatriques de France. Cette singularité repose aussi sur une réputation d'« hôpital modèle », souvent citée, que nous interrogerons²⁶¹.

Il s'agit d'exhumer le mouvement complexe du changement, le passage d'un état à un autre, une dynamique singulière, non linéaire, faite d'une gamme infinie de nuances en fonction de son intensité, durée, nature et origine (exogène/endogène) : écart, ajustement, requalification, rupture, basculement, altération, mutation, innovation,²⁶², etc., que l'on sait par avance souvent faite de contradictions.

Le travail a consisté à *entrer dans la complexité* de l'institution en collectant des faits thérapeutiques, architecturaux, réglementaires/législatifs, budgétaires, sociaux, organisationnels, conceptuels. Parallèlement ont été construites des séries statistiques de longue durée afin de saisir les manifestations du changement, mais aussi les permanences, et de les mettre en résonance avec le contexte socio-économique, scientifique, politique de l'époque et les mutations propres à la psychiatrie au contact de la médecine, de la biologie et de la psychanalyse, pour *reconstruire* la trame de ce qui se manifeste continûment : « Le plus banal : ce partout et tout le temps offert à la vue, de ce fait même, [qui] n'est jamais perçu – [dont] on en constate que le résultat²⁶³. »

Comment ça change et pourquoi ? Quels sont les contextes spécifiques, les personnages, les textes juridiques, les découvertes, les concepts qui favorisent la transition ? Mais aussi pourquoi ça ne change pas ? Quelles sont les facteurs d'inertie qui nuisent, empêchent toute forme d'évolution ?

²⁶¹ Jacques Rouillard, *Sur l'histoire de l'hôpital de Sainte-Gemmes-sur-Loire, op. cit.*, 1963, p. 2.

²⁶² Jacques Rhéaume, « Changement », in Barus-Michel, Enriquez, Lévy (dir.), *Vocabulaire de psychosociologie, références et positions*, Paris, Erès, 2002, p. 65.

²⁶³ François Jullien, *Les transformations silencieuses, Chantier, I*, Paris, Grasset, 2009, p. 9-10.

PREMIERE PARTIE

EXPLORATION ET CRISE (1910-1918)

Chapitre I. Le monde asilaire (1910-1914)

Introduction

L'institution asilaire est un lieu où la représentation fantasmée fait bien souvent obstacle à la réalité²⁶⁴. Dans ce chapitre introductif, il s'agit d'une part de se familiariser, s'approprier l'institution et ses composantes et d'autre part, afin de prendre en cours la dynamique institutionnelle, de fixer un certain nombre d'éléments en changement ou susceptibles de l'être. Pour ce faire, plusieurs thèmes emblématiques ont retenu notre attention.

Cette première approche commence par une étude de la population. Qui travaille dans l'asile ? Qui est interné ? Ensuite nous nous attarderons sur le problème récurrent de l'augmentation de la population qui se traduit par l'encombrement : quels sont les ressorts de ce phénomène au début du XX^e siècle ? Quel est son impact dans les services, le soin ? Quelles est sa résonance financière ? Quelles stratégies sont développées pour y remédier ?

Alors que la situation économique se détériore à partir de 1912, nous observerons l'incidence de la crise dans le budget, mais aussi les polémiques qui se nouent entre le préfet, le conseil général et les communes du département de Maine-et-Loire autour du financement de l'indigence. Que nous apprennent-elles sur les acteurs qui contribuent au financement de l'institution et la représentation « laïque » de la folie ? Pour terminer ce premier tour d'horizon, nous observerons l'hygiène dans laquelle vivent les malades et les soignants autour de trois points clés : l'eau, la literie et les lieux d'aisance.

A / La population asilaire

Dans un premier temps nous étudierons la diversité du personnel. Quelles sont ses différentes composantes, ses caractéristiques ? Comment est structurée la hiérarchie ? Qui sont les personnages clés et pourquoi ? Quelles sont les problématiques dominantes ?

Dans un second temps, nous dégagerons le profil de la population internée : caractéristiques socioprofessionnelles, origines géographiques et « pathologies » dominantes.

²⁶⁴ Claude Quénel, « L'asile d'aliénés en 1900 », *L'Histoire*, n° 7, décembre 1978, p. 25.

1. Le personnel

En 1910, le personnel de l'asile comprend 162 personnes²⁶⁵. Cette population très hétérogène compose une véritable mosaïque sociale. En reprenant la nomenclature de l'époque, on peut isoler d'une part le personnel dit « supérieur » composé du « cercle médical » et de l'administration et d'autre part, le « personnel secondaire » avec les surveillants et les ouvriers, auxquels il faut ajouter les sœurs de la congrégation Sainte-Marie de la Forêt.

1.1. Le personnel « supérieur »

Le personnel supérieur est en premier lieu constitué du « cercle médical », c'est-à-dire le médecin en chef, directeur, le médecin-adjoint et les internes. Comment la direction est-elle organisée entre le médecin-directeur et la commission de surveillance? Qui compose la commission de surveillance, quel est son rôle? En 1910, le Dr Baruk devient médecin en chef directeur. Quel est son parcours, sa personnalité? Qui sont les médecins adjoints, les internes, quels sont leur rôle, restent-ils longtemps dans l'établissement?

Outre le cercle médical, le personnel supérieur comprend le receveur, l'économiste, le secrétaire de direction, l'aumônier et les surveillants chef. Quelles sont leurs fonctions?

a. Le médecin en chef, directeur

Une direction bicéphale

A la tête de l'établissement se trouve le médecin-chef directeur. Celui-ci, comme le médecin-adjoint qui l'assiste dans la fonction médicale²⁶⁶, est nommé par le ministre de l'Intérieur sur une liste de trois candidats présentés par le préfet. Ils peuvent être révoqués par le ministre sur le rapport du préfet²⁶⁷.

Le médecin-chef directeur dirige l'asile sous l'autorité du préfet de Maine-et-Loire et sous la surveillance d'une commission éponyme²⁶⁸. Celle-ci est constituée de cinq membres nommés par le préfet et renouvelée par cinquième chaque année. Les membres peuvent être aussi révoqués par le ministre de l'Intérieur sur rapport du préfet²⁶⁹. En janvier de chaque année, après renouvellement, la commission

²⁶⁵ Centre psychopathologique départemental de Sainte-Gemmes-sur-Loire, 1843-1973. De la commission de surveillance au conseil d'administration de l'asile d'aliénés au Centre Psychothérapique, 130 années d'assistance psychiatrique en Maine-et-Loire, 1973, non paginé.

²⁶⁶ Le 3 janvier 1922, par décret, la fonction de médecin-adjoint est supprimée au profit de celle de médecin-chef. Avec ce décret les médecins-chefs ont le même grade et classe de traitement que les médecins-directeurs.

²⁶⁷ Ordonnance royale du 18 décembre 1839, art. 3.

²⁶⁸ AC, J 5, Règlement du service intérieur de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire du 3 mars 1858, art. 4.

²⁶⁹ Ordonnance royale du 18 décembre 1839, art. 2.

procède à la nomination de son président et de son secrétaire, elle désigne aussi l'administrateur provisoire des biens des aliénés qui sont pour la plupart considérés comme incapables²⁷⁰. Ces représentants de la préfecture au sein de l'asile peuvent être membres de la préfecture, du conseil général ou des hommes de loi. Entre 1910 et 1918, le président est un conseiller général²⁷¹, les membres sont trois vice-présidents de la préfecture, un conseiller de préfecture, un ancien avoué, un avoué honoraire – maire de Savennières - et trois conseillers généraux dont un est adjoint au maire d'Angers²⁷². La commission est chargée de la surveillance de l'établissement, elle donne son avis sur le régime intérieur, les budgets, les comptes ainsi que les actes relatifs à l'administration : gestion des biens, projets de travaux, procès à intenter ou à soutenir, emprunts, acquisitions, emplois de capitaux, acceptations de legs et donations, pensions à accorder s'il y a lieu, etc.²⁷³. Dans la première séance de l'année, la commission de surveillance fixe le jour et l'heure des réunions mensuelles obligatoires. Les réunions se tiennent dans l'asile. Elles peuvent éventuellement avoir lieu dans une salle de la préfecture mais pas plus de trois fois consécutives²⁷⁴. Le médecin directeur et le médecin adjoint y assistent mais leur voix n'est que consultative²⁷⁵. Les délibérations de la commission de surveillance doivent être transcrites dans un registre signé par les membres présents et confié à la garde du directeur²⁷⁶.

Dans l'esprit du législateur, cette cotutelle a pour objet de se prémunir contre toutes formes de dérives autoritaires²⁷⁷. Si l'ordonnance royale du 18 décembre 1839 élabore les pouvoirs de la commission de surveillance, du médecin-chef directeur et du médecin-adjoint, c'est le modèle de règlement intérieur du 20 mars 1857 qui en structure les moindres détails²⁷⁸. Selon Jacques Postel, la loi qui était relativement souple jusqu'alors se rigidifie sous l'« Empire autoritaire » (1852-1860)²⁷⁹.

Le directeur est chargé de l'administration intérieure de l'établissement, de la gestion de ses biens et revenus²⁸⁰ ; mais aussi de l'admission et de la sortie des aliénés, et de la police de l'établissement²⁸¹. Il nomme les préposés de tous les services de l'établissement, qu'il peut aussi révoquer²⁸² : surveillants-chef, infirmiers/infirmières. Le médecin chef a la responsabilité du service médical. Il est tenu de remplir les obligations imposées par la loi de 1838 et notamment de délivrer les certificats relatifs à sa fonction²⁸³.

²⁷⁰ Ordonnance royale du 18 décembre 1839, art. 8.

²⁷¹ *Centre psychothérapique départemental de Sainte-Gemmes-Sur-Loire, 1843-1973, op. cit.*, p. 17.

²⁷² *Ibid.*, p. 19.

²⁷³ Ordonnance royale du 18 décembre 1839, art. 4.

²⁷⁴ AC, J 5, Règlement du service intérieur de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire du 3 mars 1858, art. 5.

²⁷⁵ Ordonnance royale du 18 décembre 1839, art. 5.

²⁷⁶ *Ibid.*, art. 10.

²⁷⁷ *Loi de 1838. Discussions des députés et des pairs*, T1, Paris, Analectes, 1972, p. 30-31.

²⁷⁸ Modèle de règlement intérieur du 20 mars 1857. Asiles publics d'aliénés règlement du service intérieur.

²⁷⁹ Jacques Postel et Claude Quételet (dir.), *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 2004, p. 179.

²⁸⁰ Ordonnance royale du 18 décembre 1839, art. 11.

²⁸¹ *Ibid.*, art. 7.

²⁸² *Ibid.*, art. 6.

²⁸³ *Ibid.*, art. 9.

Le Dr Jacques Baruk

Photographie n° 2 : Le Dr Baruk avec ses surveillants chefs et des infirmiers (non datée)



Sources : Musée du CESAME. (Avec l'aimable autorisation de Madame Le Messager)

En 1910, le Dr Jacques Baruk remplace le Dr Dubourdiou (1906-1910). Celui-ci est nommé à Bourges²⁸⁴. A 38 ans, le Dr Baruk devient le septième médecin directeur de l'asile. Son fils, le Pr Henri Baruk (1897-1999) nous livre quelques éléments biographiques²⁸⁵ : Jacques Baruk est né le 28 février 1872 à Alexandrie en Egypte dans une famille juive « nombreuse et pauvre²⁸⁶ ». Après son baccalauréat, disposant de la nationalité française, il s'embarque pour Paris où il vit en donnant des cours d'hébreu et d'arabe. Il réussit le concours des bourses et devient alors l'élève « des plus grands psychiatres²⁸⁷ ». Après avoir été interne à l'hôpital de Versailles, il est interne aux asiles de la Seine²⁸⁸. Il sera, entre autre, interne à Sainte-Anne auprès du Dr Valentin Magnan²⁸⁹. En 1894, il publie sa thèse intitulée : *Les Hallucinations dans la paralyse générale*²⁹⁰, un sujet classique pour l'époque²⁹¹. En 1896, il est nommé médecin du cadre des asiles par concours. De 1896 à 1899, il est médecin-adjoint à l'asile de Lesvellec (Morbihan) puis de 1899 à 1906 à Sainte-Gemmes-sur-Loire sous la direction du Dr Pettrucci (1880-1906). En 1906 il est nommé médecin-directeur de l'asile d'aliénés d'Alençon (Orne). Il est de retour à l'asile de Saint-Gemmes en août 1910 comme médecin directeur²⁹². Le Dr Baruk apparaît dans la mémoire collective comme une personne charismatique qui incarne l'institution au sens étymologique : on va « chez Baruk ». Pour Michel Foucault, « le médecin [de l'asile] était un corps²⁹³ ».

²⁸⁴ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Réinstallation de la buanderie, Eclairage électrique, Transport de force motrice », séance du 29 août 1910, p. 211.

²⁸⁵ Nous regrettons de ne pas avoir eu accès au dossier administratif du Dr Baruk conservé au CESAME qui aurait pu nous donner des informations complémentaires sur sa formation et son parcours professionnel.

²⁸⁶ Henri Baruk, *Des Hommes comme nous. Mémoires d'un neuropsychiatre*, Paris, Laffont, 1976, p. 12.

²⁸⁷ *Ibid.*, p. 12-13.

²⁸⁸ Jacques Baruk, *Des hallucinations dans la paralyse générale*, Paris, Steinheil, 1894, 99 p. <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76877n>

²⁸⁹ Edward Shorter, *A historical Dictionary of Psychiatry*, Oxford University Press, p. 165.

²⁹⁰ Jacques Baruk, *Des hallucinations dans la paralyse générale, op. cit.*

²⁹¹ Arnaud Terrisse, « La psychiatrie dans le miroir de la thèse : l'évolution des thèses de médecine psychiatrique française du début du XVII^e siècle à 1934 d'après le fichier des thèses de médecine de la Bibliothèque Nationale », *Histoire, économie & société*, vol. 3, n° 2, 1984, p. 264.

²⁹² AC, K 14, Commission de surveillance, médecins-chefs, directeurs, receveur, économe, aumôniers, commis aux écritures, internes, religieuses, surveillants, infirmiers et employés des services généraux. 1879-1972.

²⁹³ Michel Foucault, *Le pouvoir psychiatrique*, Cours du Collège de France. 1973-1974, Paris, Gallimard/Seuil, 2003, p. 6.

Le médecin adjoint et les internes

Le médecin en chef directeur a sous son autorité le médecin adjoint, qui le seconde dans le service médical²⁹⁴. Ils sont aidés d'élèves internes nommés par le préfet sur proposition du médecin directeur²⁹⁵. Les internes doivent être âgés d'au moins 21 ans²⁹⁶. Au nombre de deux, un par division (femmes et hommes), ils secondent le médecin chef et le médecin adjoint²⁹⁷, et restent théoriquement en place 3 ans²⁹⁸. Entre 1909 et 1911, 6 internes ont été recrutés, des hommes, âgés en moyenne de 23 ans, tous étudiants en médecine. La majorité démissionne dans les deux premières années²⁹⁹.

b. L'économiste et le receveur

Parmi les « personnels supérieurs » il y a l'économiste. En 1910, la fonction est exercée par Aristide Le Boulh. Il est né à Lorient (Morbihan) en 1850³⁰⁰. Sa carrière montre, au sein de l'asile, une possibilité de mobilité et même d'ascension sociale. Entré en 1878 à 28 ans comme infirmier, il devient sous-économiste en 1891 puis économiste en 1894. Il prend sa retraite en 1910³⁰¹. Il est chargé des services économiques de l'établissement. Son rôle est d'assurer la réception, la conservation, et la distribution des denrées et autres objets de consommation³⁰². Il consigne la comptabilité « des matières » dans le « Grand-Livre » qu'il doit présenter chaque mois au directeur³⁰³.

Le receveur, quant à lui, a pour fonction de percevoir les revenus du paiement de toutes les dépenses³⁰⁴. En 1910, le poste est assuré par Alfred Pinard. Il est né aux Ponts-de-Cé, tout près d'Angers. Ancien commis de perception, entré comme commis aux écritures de la direction en 1891, il est secrétaire de la direction de 1897 à 1907 puis receveur. Il est nommé économiste au départ d'Aristide Le Boulh³⁰⁵.

²⁹⁴ AC, J 5, Règlement du service intérieur de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire du 3 mars 1858, art. 67 et 68.

²⁹⁵ *Ibid.*, art. 53.

²⁹⁶ *Ibid.*, art. 53.

²⁹⁷ *Ibid.*, art. 76.

²⁹⁸ *Ibid.*, art. 77.

²⁹⁹ AD49, 17 HS K3, Registre du personnel et gens de service 1887-1912.

³⁰⁰ *Id.*

³⁰¹ *Id.*

³⁰² AC, J 5, Règlement du service intérieur de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire du 3 mars 1858, art. 33.

³⁰³ *Ibid.*, art. 45 et 46.

³⁰⁴ *Ibid.*, art. 25.

³⁰⁵ AD49, 17 HS K3, Registre du personnel et gens de service 1887-1912.

c. Les employés et préposés à la direction

Parmi les postes clés, on trouve le secrétaire de la direction. Dans un rapport en 1911, le Dr Baruk demande une augmentation pour récompenser le zèle de « son collaborateur », Léon Pinard³⁰⁶. Né aux Ponts-de-Cé en 1880 (il y a sans doute un lien de famille entre le secrétaire et le receveur), il était instituteur dans sa commune de naissance. En 1907, à 27 ans, il devient secrétaire de la direction³⁰⁷.

Celui-ci apparaît comme « le bras droit » du directeur. Ainsi pour justifier cette augmentation, le Dr Baruk, explique que pour réaliser des guérisons, le médecin doit exercer son action « à tous les instants [...] sur la sphère psychique et somatique du malade », et, pour cela, il doit disposer de « tous les rouages de l'établissement³⁰⁸ ». Insistant sur la double fonction de médecin-chef et de directeur qu'il qualifie de « dogme » dans les asiles il poursuit : « s'il est clair que le médecin en chef doit être directeur, il ne doit pas s'égarer dans les petits détails administratifs, perdre son temps à des écritures absorbantes. A agir ainsi, l'administrateur aurait tôt fait d'étouffer en lui le médecin et la réunion des fonctions, établie dans l'intérêt du malades, finirait vite par se retourner contre lui. Pour qu'un tel résultat ne puisse pas se produire, il faut que le directeur médecin sente auprès de lui un collaborateur intelligent et dévoué sur lequel il puisse s'appuyer pour toute la menue besogne administrative, se contentant de tenir le gouvernail, de diriger dans le vrai sens du mot. Ce collaborateur ne peut être que le secrétaire dont le rôle apparait ainsi égal et presque supérieur à ceux de l'économe et du receveur qui agissent chacun dans un domaine plus limité³⁰⁹. » Sur l'insistance du Dr Baruk, le secrétaire sera augmenté quelques mois plus tard³¹⁰.

Le personnel administratif est complété par deux commis : un pour la direction et un pour l'économat. En 1910, Eugène Lavaix, né en Charente inférieure en 1869, est commis aux écritures de l'économat depuis 1902. Ancien infirmier du Bon Sauveur de Caen, il était arrivé à ce poste en 1899³¹¹. Le commis aux écritures, un angevin, est en place depuis 1907, c'est un ancien comptable³¹².

³⁰⁶ AD49, 1N, Conseil général, 1911, Rapport du directeur médecin-chef, « Proposition d'augmentation du traitement du secrétaire de direction », le 13 mars 1911, p. 117.

³⁰⁷ AD49, 17 HS K3, Registre du personnel et gens de service 1887-1912

³⁰⁸ AD49, 1N, Conseil général, 1911, Rapport du directeur médecin-chef, « Proposition d'augmentation du traitement du secrétaire de direction », le 13 mars 1911, p. 117.

³⁰⁹ *Id.*

³¹⁰ AD49, 1N, Procès verbaux des délibérations du conseil général « Augmentation du traitement du secrétaire et du commis de direction », séance du 31 août 1911, p. 405.

³¹¹ *Id.*

³¹² *Id.*

d. L'aumônier

L'aumônier de l'asile, de part son rôle spirituel, est aussi un personnage clé. Celui-ci est nommé par l'Evêque d'Angers sur une liste de trois candidats désignés par le préfet³¹³. Il est chargé du service religieux au sein de l'asile (messe, secours spirituel, etc.)³¹⁴. Depuis 1876, le poste est tenu par l'abbé Pierre Rompillon (il restera jusqu'à son décès en 1923)³¹⁵.

e. Le surveillant en chef

Dans les services asilaires, comme dans la prison, le surveillant en chef est un personnage central. Celui des hommes est nommé parmi les chefs de quartiers. Chez les femmes, la sœur supérieure remplit la fonction de surveillante³¹⁶. Le surveillant et la surveillante sont chargés de maintenir le bon ordre et la discipline dans leurs sections³¹⁷.

En 1910, Henri Lehébel est surveillant chef. Il est né en 1870 à Vigneux (Loire-Inférieure). Entré comme infirmier en janvier 1899, puis nommé en cours d'année comme commis aux écritures de la direction, il était devenu surveillant-chef en 1906³¹⁸. En 1911, au départ d'Eugène Lavaix, il devient commis aux écritures de l'économat³¹⁹. Il est remplacé par un ancien ferblantier de l'établissement³²⁰. Il est assisté d'un sous surveillant Bohelay, né à Plumelin (Morbihan) en 1880. Ancien infirmier, il est en place depuis 1909.

Depuis 1897, la mère supérieure est assistée d'une surveillante spéciale pour les pensionnaires, une « laïque » célibataire, née à Paris en 1856³²¹. A l'exception des internes, tout le personnel supérieur est composé de fonctionnaires³²². A côté du personnel supérieur se trouve un personnel qualifié de subalterne.

³¹³ AC, J 5, Règlement du service intérieur de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire du 3 mars 1858, art. 97.

³¹⁴ *Id.*

³¹⁵ AD49, 17 HS K3, Registre du personnel et gens de service 1887-1912

³¹⁶ AC, J 5, Règlement du service intérieur de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire du 3 mars 1858, art. 88.

³¹⁷ *Ibid.*, art. 91.

³¹⁸ AD49, 17 HS K3, Registre du personnel et gens de service 1887-1912.

³¹⁹ *Id.*

³²⁰ *Id.*

³²¹ *Id.*

³²² AC, L 15, Procès-verbaux de délibérations de la commission de surveillance, « Constitution d'une caisse de retraite pour les fonctionnaires de l'asile », séance du 21 juillet 1925, p. non paginé.

1.2. Le personnel « subalterne »

a. Le personnel de surveillance

La stricte sexuation des quartiers étant de mise, nous observerons dans un premier temps les infirmiers du quartier des hommes, puis le quartier des femmes³²³. Quel est l'effectif ? Quels sont les critères de recrutements, le statut ? Quelles sont les conditions de vie du personnel ? Y-a-t-il des problématiques spécifiques ?

Le quartier des hommes

- Effectifs, modalités de recrutement, statuts

Le quartier des hommes compte 10 chefs de quartier et 32 infirmiers. Ce nombre ne peut être augmenté qu'après délibération de la commission de surveillance et approbation par le préfet (même chose chez les femmes). Toutefois ce *numerus clausus* peut être dépassé, en cas « d'urgence », en recrutant des infirmiers auxiliaires³²⁴.

Les modalités d'entrée sont très simples. Pour être admis dans le personnel de surveillance il faut être âgé au moins de 20 ans et de moins de 35 ans, justifier d'un certificat de bonnes vie et mœurs et n'avoir subi aucune condamnation³²⁵. Lors de l'embauche, le directeur exige seulement un extrait de casier judiciaire³²⁶. Ce personnel « internalisé » est logé et nourri au sein de l'asile comme la 3^e classe des pensionnaires, mais aussi habillé et blanchi³²⁷.

Les chefs de quartiers et les veilleurs de nuit sont recrutés parmi les infirmiers sachant lire, écrire et compter³²⁸. C'est parmi les chefs de quartier que sont choisis le plus souvent les surveillants-chef et sous-surveillants³²⁹. Les chefs des quartiers difficiles, ou plus « médicalisés » (infirmerie, gâteaux et agités), sont mieux payés. En 1909, le Dr Dubourdieu, médecin-directeur, afin de leur donner plus d'autorité, les fait dîner à part et munit leur uniforme d'un galon doré et d'un insigne également doré au képi. Le galon et l'insigne sont argentés pour les simples gardiens³³⁰.

³²³ Ordonnance royale du 18 décembre 1839, art. 34.

³²⁴ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, séance du 27 août 1909, p. 371.

³²⁵ *Ibid.*

³²⁶ AC, L 43, Inspections 1878-1960, Commentaires du Dr Baruk sur le rapport de l'inspecteur général Brunot pour l'année 1910, non paginé.

³²⁷ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, séance du 27 août 1909, p. 370.

³²⁸ *Ibid.*, p. 371.

³²⁹ *Id.*

³³⁰ AD49, Conseil général, 1910, Rapport médical et administratif, 1909, p. 205.

- Une vie difficile

Lors son arrivée, le Dr Baruk attire l'attention du préfet sur la condition des infirmiers et sur le hiatus entre ce que l'on exige d'eux et leurs conditions de travail : « Vivant continuellement avec les aliénés, les infirmiers doivent avoir pour eux la plus grande douceur. Les injures qu'ils peuvent subir, les violences qu'ils peuvent endurer, ne doivent pas troubler leur sang-froid, ni les faire se départir du calme et de la bonté qui caractérisent leur rapport avec les malades. En outre de ces qualités morales, ils doivent faire preuve de qualités intellectuelles suffisantes, leur permettant d'observer leurs malades, noter leurs faits et gestes, se rendre compte des idées délirantes qu'ils expriment et des troubles sensoriels qu'ils éprouvent³³¹. »

A défaut d'une formation spécifique, pour favoriser leur « éducation », le Dr Baruk pratique des causeries familières au lit du malade ; pour développer leur esprit d'observation et d'analyse, il leur fait faire des rapports journaliers sur les faits pathologiques présentés par les malades³³².

- Le problème du recrutement

Entre avril 1909 et avril 1910, 72 infirmiers ont été recrutés³³³. Cet échantillon révèle plusieurs particularités. Premièrement : le recrutement local est faible, l'asile n'est pas un lieu attractif³³⁴. Si l'on prend le lieu de naissance, sur 71 provenances connues, 9 personnes seulement, soit 13 %, proviennent du Maine-et-Loire. On observe par contre une forte présence des infirmiers provenant du Morbihan avec 31 % des arrivées soit 22 personnes³³⁵. Depuis le milieu du XIX^e siècle, sous la pression démographique et à la faveur du chemin de fer qui désenclave la Bretagne, les Bretons immigrent³³⁶. Nombreux sont ceux qui intègrent les ardoisières de Trélazé³³⁷. Certains infirmiers y sont passés avant leur arrivée à l'asile³³⁸. Deuxièmement, les infirmiers sont tous célibataires³³⁹. Ils se marient par la suite avec des femmes qui travaillent dans l'établissement³⁴⁰. *Tertio*, la moyenne d'âge est de 33 ans et l'écart va de 17 à 60 ans³⁴¹. Cet âge moyen élevé mais aussi l'écart montre une grande tolérance dans le

³³¹ AC, L 36 bis, Compte administratif et rapport médical, 1910, p. 11-12.

³³² *Id.*

³³³ *Ibid.*, p. 12.

³³⁴ AD49, 17 HS K3 Personnel 1887-1912.

³³⁵ *Id.*

³³⁶ *Id.*

³³⁷ Joël Cornette, *Histoire de la Bretagne et des Bretons. t II, Des Lumières au XXI^e siècle*, Paris, Seuil, 2005, p. 314.

³³⁸ Pascal Houdemont, « L'immigration aux ardoisières de Trélazé : un exemple atypique dans l'histoire minière française (fin XIX^e- milieu du XX^e siècle) », *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, 109-4, 2002, p. 125-143.

³³⁹ AC, K 14, Commission de surveillance, médecins-chefs, directeurs, receveur, économe, aumôniers, commis aux écritures, internes, religieuses, surveillants, infirmiers et employés des services généraux. 1879-1972.

³⁴⁰ AD49, 17 HS K3 Personnel 1887-1912.

³⁴¹ AC, K 14, Commission de surveillance, médecins-chefs, directeurs, receveur, économe, aumôniers, commis aux écritures, internes, religieuses, surveillants, infirmiers et employés des services généraux. 1879-1972.

³⁴² AD49, 17 HS K3 Personnel 1887-1912.

recrutement vis-à-vis des modalités de règlement vu précédemment. Plus éclairant, si on observe l'évolution des 72 infirmiers recrutés jusqu'en janvier 1911, on constate le départ de 83 % d'entre eux³⁴². De fait il reste seulement 12 personnes soit 17 % de l'effectif. Sur les 60 personnes qui ont quitté l'asile, 54 % sont sortis « volontairement » (39) et 29 % ont été renvoyés (21) dont 6 pour ivresse, 2 pour violence et 4 pour indiscipline³⁴³.

Dans les années 1910, la médiocrité des conditions de vie et de travail du personnel fait de l'asile un lieu peu attractif voire répulsif. L'instabilité du personnel qui en découle oblige à un recrutement indulgent qui se retourne contre l'institution.

Le quartier des femmes

Comme pour les infirmiers, le nombre des infirmières a été fixé à 32. Du côté des femmes, sur la même période, entre avril 1909 et avril 1910, 20 infirmières sont recrutées³⁴⁴. Le *turn over* est aussi important que chez les hommes. En mai 1911, 70 % des infirmières sont sorties volontairement (il n'y a pas de renvois déclarés)³⁴⁵. Ces départs volontaires se font plus tardivement que chez les hommes. Contrairement aux infirmiers, outre le fait que la majeure partie est célibataire, (les deux femmes mariées de l'effectif sont auxiliaires) l'âge moyen est très peu élevé : 24 ans³⁴⁶. L'écart d'âge va de 18 à 35 ans³⁴⁷. Comme pour les infirmiers, le recrutement local est très faible, le Morbihan est ici aussi surreprésenté avec plus de 60 % (au moins 12 sur 20)³⁴⁸. On retrouve les mêmes communes de naissance que celles des hommes : Plumelin, Moustoir, etc. En effet, l'immigration bretonne est constituée en grande partie de femmes³⁴⁹. La réputation de la Bretagne comme terre de probité et de foi facilite leur placement. C'est l'image de la Bécassine croquée par Joseph-Porphyre Pinchon³⁵⁰. Ces infirmières, véritables « religieuses laïques³⁵¹ », sont placées sous les ordres des sœurs de la congrégation de Sainte-Marie la Forêt³⁵².

³⁴² AD49, 17 HS K3 Personnel 1887-1912.

³⁴³ *Id.*

³⁴⁴ *Id.*

³⁴⁵ *Id.*

³⁴⁶ *Id.*

³⁴⁷ *Id.*

³⁴⁸ *Id.*

³⁴⁹ Joël Cornette, *Histoire de la Bretagne et des Bretons. t II, op. cit.*, p. 317.

³⁵⁰ *Ibid.*, p. 318.

³⁵¹ Yvonne Knibiehler (dir.), *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française 1880-1980*, Paris, Hachette, 1984, p. 59.

³⁵² AC, J 5, Règlement du service intérieur de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire du 3 mars 1858, Art. 87.

b. Le personnel des services généraux

Les services généraux comprennent de nombreuses fonctions au féminin comme au masculin : fermier et fermière, cocher, commissionnaire, garçon de bureau, cuisinière, buandière, lingère employée de pharmacie, concierge, etc. Mais aussi des artisans comme le ferblantier, le maçon, le peintre, l'électricien, le boulanger, le jardinier, le cordonnier, le menuisier, le plombier-couvreur, la couturière, le charron, le serrurier, le relieur, le forgeron, etc. L'asile est un monde en soi.

Entre avril 1909 et avril 1910, 12 ouvriers sont recrutés : 2 serruriers, 2 cordonniers, 2 jardiniers, 3 ferblantiers, 1 infirmier relieur (à mi-temps), 1 charron et 1 menuisier³⁵³. Si l'écart d'âge est plus restreint, se situant entre de 24 à 47 ans, l'âge moyen est quasi semblable aux infirmiers avec 35 ans³⁵⁴. Contrairement aux infirmiers, ils ne sont pas tous célibataires : sur 9 états civils connus, 4 sont mariés et 5 sont célibataires, soit 44 %³⁵⁵. Comme chez les infirmiers, le taux de départ est très élevé : en août 1911, sur les 12 artisans répertoriés, 10 sont partis, soit 83 % : 4 sont partis volontairement, 5 ont été renvoyés (dont 2 pour ivresse) et un est décédé³⁵⁶. Sur les 10 lieux de naissance dont nous avons connaissance, 4 sont du département du Maine-et-Loire³⁵⁷. Lors de leur arrivée, les ouvriers gagnent 600 F, soit presque le double du traitement des infirmiers³⁵⁸.

Sur la même période, 7 ouvrières ont été recrutées : 5 couturières dont une aide, une cuisinière et une lingère³⁵⁹. Elles ont entre 16 et 41 ans pour une moyenne d'âge de 28 ans³⁶⁰. Sur les 7 ouvrières, 6 sont mariées (la jeune fille de 16 ans est la seule exception)³⁶¹. Elles gagnent entre 180 et 200 F³⁶². Leur recrutement est plus stable que celui des ouvriers, aucune sortie n'est constatée jusqu'en 1912, date de fin du document³⁶³.

c. Quelques évolutions

Face à ce *turn over*, et afin de fixer le personnel de qualité, dès son arrivée, le Dr Baruk prend des décisions pour améliorer la situation matérielle et les conditions de travail de ses employés.

³⁵³ AD49, 17 HS K3 Personnel 1887-1912.

³⁵⁴ *Id.*

³⁵⁵ *Id.*

³⁵⁶ *Id.*

³⁵⁷ *Id.*

³⁵⁸ Cf. Tableau n° 1 : Les traitements du personnel en 1909 en F.

³⁵⁹ AD49, 17 HS K3 Personnel 1887-1912.

³⁶⁰ *Id.*

³⁶¹ *Id.*

³⁶² *Id.*

³⁶³ *Id.*

Une augmentation des traitements du personnel

En 1910, le Dr Baruk prend une mesure symbolique en relevant les traitements des débutants, qui sont, selon lui, inférieurs aux gages donnés à un domestique³⁶⁴. En 1906, alors que le traitement était de 350 F, le Dr Dubourdiou l'avait baissé à 325 F³⁶⁵. Le Dr Baruk le ramène au taux initial³⁶⁶. Bien que ce soit incompatible avec la situation budgétaire, il formule le souhait d'un traitement de départ à 400 F³⁶⁷.

Dans le tableau ci-dessous, qui représente les traitements en 1909, on remarque de grandes disparités entre les traitements des infirmiers débutants et à trois ans (il s'agit de les fidéliser) mais aussi entre les infirmiers et les infirmières et enfin entre les artisans et les infirmiers, qui va du simple au double.

Tableau n° 1 : Les traitements du personnel en 1909 en F

Fonctions	Début	6 mois	1 an	3 ans
Médecin directeur (Dr Baruk)	6000			
Médecin adjoint (Dr Rougean)	4000			
Econome (M. Le Boulh)	3000			
Receveur (M. Alfred)	2200			
Secrétaire de la direction	1200			
Commis de direction/économat	800			
Aumônier	2400			
Internes	700			
Surveillants	X	X	X	X
Infirmiers	325	350	400	450
Infirmières	200	225	300	350
Chefs de quartier (infirmierie, gâteux, agités)	600	600	600	600
Chef de quartier (autres quartiers)	500	550	550	550
Sœurs/sœur supérieure	190/200	190/200	190/200	190/200
Ouvrières/ouvriers	200/600			

Sources : AD49 (Bibliothèque Universitaire d'Angers - Pôle Saint-Serge), 17 HS K3, Registre du personnel et gens de service 1887-1912 et AD49, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, séance du 27 août 1909, p. 371.

Le repos hebdomadaire et la retraite ouvrière

Depuis la loi du 13 juillet 1906, les infirmiers et infirmières de Sainte-Gemmes doivent disposer d'un repos hebdomadaire³⁶⁸. La même année, l'inspecteur départemental du travail, suite à une visite, informe le directeur que la loi est applicable dans l'établissement³⁶⁹. Conscient qu'un délai est nécessaire,

³⁶⁴ AC, L 36 bis, Compte administratif et rapport médical, 1910, p. 12.

³⁶⁵ AC, L 36, Compte moral et administratif, 1906, non paginé.

³⁶⁶ AC, L 36 bis, Compte administratif et rapport médical, 1910, p. 12

³⁶⁷ *Id.*

³⁶⁸ AC, K 7, Inspection du travail, Lettre de l'inspecteur départemental au directeur de l'asile départemental d'aliénés à Sainte-Gemmes-sur-Loire, Angers, le 26 septembre 1906.

³⁶⁹ *Id.*

celui-ci suggère un repos par roulement³⁷⁰ En 1907, le Dr Dubourdiou expose au conseil général que l'application du repos hebdomadaire présente une difficulté financière et fonctionnelle³⁷¹.

Du point de vue fonctionnel, le repos hebdomadaire se heurte aux origines géographiques et sociales du personnel, voire à son comportement. Le personnel infirmier est constitué, « à peu près exclusivement », de Bretons du Morbihan et du Finistère³⁷². Or, selon le Dr Dubourdiou, jusqu'alors « soit pour ne pas dépenser leur argent, soit pour ne pas être exposés à s'enivrer au dehors, ils ne demandaient une sortie qu'une fois par mois et généralement un congé de sept à huit jours en deux fois dans une année pour aller dans leur pays et tous étaient satisfaits³⁷³ ». Le Dr Dubourdiou craint que le fractionnement d'un repos renouvelé 52 fois ne permette pas d'accorder un autre congé pour se rendre dans « leur pays » sans désorganiser les services. Ce refus induira des départs et rendra encore plus difficile un recrutement « si difficile quant à la qualité³⁷⁴ ».

D'autre part, il craint que « chaque sortie d'un de nos infirmiers sera une occasion pour lui de s'enivrer et il ne la laissera sûrement pas échapper. Dès lors la discipline se relâchera et des renvois de bons serviteurs parfois s'imposeront si le scandale de l'ivresse est trop flagrant et nuit au bien du service³⁷⁵. » Ces considérations permettent d'entrevoir l'opinion que le Dr Dubourdiou a de son personnel, mais aussi les conditions de travail et la sociologie de celui-ci.

Du côté des femmes, le personnel « complètement composé » de Bretonnes pose aussi le problème du fractionnement³⁷⁶. Seulement, il prend une couleur morale spécifique et, associé, celui du recrutement : « Nos filles et gardiennes de service sont généralement adressées par les parents et par des personnes notables de leur commune à la supérieure de l'asile, qui est considérée par les familles ou par elles comme seule susceptible de les diriger moralement. Dès lors, certaines familles appréhenderont le danger auquel seront exposées leurs enfants par le repos hebdomadaire pris en dehors de l'établissement, lequel dès lors ne pourra plus compter sur ce recrutement, le seul possible dans le Maine-et-Loire³⁷⁷. » Paradoxalement, malgré ces considérations, le directeur, confirme son intention de faire appliquer cette loi le plus tôt possible³⁷⁸. Deux listes sont dressées : celle du personnel qui peut jouir du repos hebdomadaire et une deuxième qui bénéficiera du repos par roulement. Cinq infirmiers et cinq infirmières supplémentaires sont demandés pour assurer la marche du service³⁷⁹.

³⁷⁰ AC, K 7, Inspection du travail, Lettre de l'inspecteur départemental au directeur de l'asile départemental d'aliénés à Sainte-Gemmes-sur-Loire, Angers, le 26 septembre 1906.

³⁷¹ AD49, 1N, Procès verbaux des délibérations du conseil général, « Le repos hebdomadaire », séance du 10 avril 1907, p. 402.

³⁷² *Id.*

³⁷³ *Ibid.*, p. 403.

³⁷⁴ *Id.*

³⁷⁵ *Id.*

³⁷⁶ *Id.*

³⁷⁷ *Ibid.*, p. 403-404.

³⁷⁸ *Ibid.*, p. 404.

³⁷⁹ *Ibid.*, p. 402.

En 1910, le Dr Baruk commente cet exposé : « sans doute mon prédécesseur en a demandé l'application [...], mais il a accompagné sa demande de réflexions telles, qu'elles ont abouti à son rejet³⁸⁰. » De fait, en avril 1907, le conseil général décide pour le bien du personnel et des pensionnaires de maintenir la *statu quo* : « Votre deuxième commission reconnaît le bien fondé de toutes les craintes de la commission spéciale de l'asile. Le repos donné par roulement ou hebdomadairement à des infirmiers ou infirmières étrangères au pays, les expose au point de vue moral, et les oblige à dépenser une partie de leur salaire pour vivre, même de la façon la plus sobre, en dehors de l'établissement le jour de leur sortie. On ne saurait nier que l'intérêt des infirmiers et infirmières est de ne pas avoir de repos hebdomadaire, au sens de la loi dernière, et qu'il est de continuer par contre à jouir des congés d'une certaine durée qu'on leur accorde chaque année à l'effet de pouvoir se reposer dans leur famille. Nous devons d'ailleurs rendre témoignage à l'administration qu'elle s'est toujours fait un devoir d'alléger le travail le dimanche en le réduisant au strict minimum. L'intérêt des pensionnaires est conforme à celui des infirmiers. Il est désirable pour eux de recevoir des soins continus de personnes habituées à leur service³⁸¹. »

En août 1907, le personnel se manifeste. Un « collectif » de 41 gardiens et infirmiers se réunit dans la salle des fêtes de l'asile³⁸². Dans une lettre adressée au directeur, ils demandent, conscients « [qu'] étant donné le service de surveillance qui nous incombe, ici, il n'est guère facile de songer au repos hebdomadaire », un repos de 24 h tous les 15 jours³⁸³. Une sortie le soir est aussi demandée pour un gardien de chaque quartier entre 7 et 9 heures afin de réaliser « certains achats de première nécessité, ou autres commissions personnelles³⁸⁴ » : « Aujourd'hui nous devons avoir recours à des obligeances qui très souvent coûtent à notre bourse déjà très peu garnie³⁸⁵. »

Deux ans plus tard, en 1909, une nouvelle lettre est adressée au directeur ; elle est assortie d'une pétition composée de 37 signatures³⁸⁶ : « Nous désirons jouir ainsi que tous les établissements de la loi sur le repos hebdomadaire, c'est-à-dire d'avoir un jour de repos par semaine (24 h) avec faculté de sortir ou de ne pas sortir, et, dans ce dernier cas, d'être déchargé de tout service pendant ce temps et dans tous les cas d'avoir droit à tous les repas³⁸⁷. » La lettre mentionne un autre désir : « être réglé comme les ouvriers », c'est-à-dire non plus tous les trois mois mais tous les mois³⁸⁸. Dans la marge de la lettre, une

³⁸⁰ AC, L 36 bis, Compte administratif et rapport médical, 1910, p. 13.

³⁸¹ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Le repos hebdomadaire », séance du 10 avril 1907, p. 405.

³⁸² AC, K7, Lettre adressée à Monsieur le directeur, le 18 avril 1907.

³⁸³ *Id.*

³⁸⁴ *Id.*

³⁸⁵ *Id.*

³⁸⁶ AC, K7, Lettre à Monsieur le directeur de l'asile départemental d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire, le 1^{er} mars 1909.

³⁸⁷ *Id.*

³⁸⁸ *Id.*

note manuscrite précise que « après entretien avec trois délégués les pétitionnaires n'ont pas donné suite à leurs revendications concernant la pétition³⁸⁹ ».

Lors de son arrivée en 1910, le Dr Baruk, constatant l'absence de congé hebdomadaire, décide de le mettre en place³⁹⁰. Il prévoit que cela entraînera une augmentation du personnel d'un septième, soit 12 personnes, et une l'augmentation du volume des traitements et de la nourriture³⁹¹. Il présente au conseil général deux budgets : l'un avec le personnel existant et l'autre avec le personnel en plus³⁹². En 1911, le rapporteur au conseil général, Laurent Bougère³⁹³, propose de maintenir la décision de 1907³⁹⁴. Il rappelle l'argumentation du Dr Dubourdiou : « Les permissions d'une certaine durée donnent satisfaction au personnel et leur famille, elles évitent les inconvénients de sorties trop fréquentes et sans but³⁹⁵. » Il évoque aussi la raison budgétaire d'autant que le repos hebdomadaire télescope la loi du 5 avril sur les retraites ouvrières obligatoires³⁹⁶.

Jusqu'alors le personnel secondaire, soumis aux dispositions de la loi de 1857, ne jouit que de la « reposance » : c'est-à-dire le droit de rester dans l'asile, en tant que pensionnaire gratuit, après ses années de service³⁹⁷. Selon les projections : « avec les charges de la loi sur les retraites non prévues par le directeur, seul le premier projet [sans l'application du congé hebdomadaire] ne se solde pas en déficit³⁹⁸. » La retraite est effective en 1911 pour 66 hommes et 76 femmes³⁹⁹. Le préfet précise qu'« une loi est une loi⁴⁰⁰ ». Dans le conseil général, certains pensent qu'il est « impossible de refuser le repos hebdomadaire⁴⁰¹ ». Le président du conseil, empathique, considère qu'« il est certain que les gardiens plus que tous autres salariés doivent avoir le désir de sortir quelquefois⁴⁰² ». Au final, le congé hebdomadaire est adopté. En 1912, le Dr Baruk précise que « la situation des infirmiers s'est améliorée [...]. Toutes les semaines les infirmiers et infirmières bénéficient de 24 h de repos qu'ils peuvent prendre soit à l'asile, soit en dehors de l'établissement. Jusqu'à ce jour, l'application de la loi s'est faite normalement et le service de surveillance n'a pas eu trop à souffrir de l'absence du personnel⁴⁰³ », il

³⁸⁹ AC, K7, Lettre à Monsieur le directeur de l'asile départemental d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire, le 1^{er} mars 1909.

³⁹⁰ AC, L 43, Inspections (1878-1960), « Commentaires du Dr Baruk sur le rapport de l'inspecteur général Brunot pour l'année 1910 », non paginé.

³⁹¹ AC, L 36 bis, Compte administratif et rapport médical, 1910, p. 13.

³⁹² *Id.*

³⁹³ Laurent Bougère est conseil général du canton de Candé entre 1899 et 1918.

³⁹⁴ AD49, 1N, Procès verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de l'asile », séance du 31 août 1911, p. 408.

³⁹⁵ *Id.*

³⁹⁶ AC, L 43, Inspections (1878-1960), « Commentaires du Dr Baruk sur le rapport de l'inspecteur général Brunot pour l'année 1910 », non paginé.

³⁹⁷ BUA, JP43, Conseil général 1909, Rapports supplémentaires, « Projet de réorganisation de l'asile départemental de Saint-Gemmes-sur-Loire », p. 294.

³⁹⁸ AD49, 1N, Procès verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de l'asile », séance du 31 août 1911, p. 408.

³⁹⁹ AD49, 1N, Conseil général, 1911, Rapports du Préfet Reboul, « Retraites ouvrières et paysannes – Personnel de l'asile départemental d'aliénés de Sainte-Gemmes-sur-Loire », p. 162.

⁴⁰⁰ AD49, 1N, Procès verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de l'asile », séance du 31 août 1911, p. 408.

⁴⁰¹ *Id.*

⁴⁰² *Id.*

⁴⁰³ AD49, 1N, Conseil général, 1911, « Rapport de M. Le Directeur-médecin en chef pour l'année 1911 », p. 240.

ponctue, « personnel qui se trouve cependant parfois bien réduit par suite de son instabilité⁴⁰⁴ ». De même, les retraites ouvrières n'ont « soulevé aucune difficulté⁴⁰⁵ ». Ces « deux excellentes mesures » selon le Dr Baruk, ne comportent qu'une seule ombre au tableau : celle de grever le budget⁴⁰⁶.

La reprise en main de l'avancement du personnel « subalterne »

En 1911, le Dr Baruk souhaite une reprise en main des nominations et de l'avancement du personnel⁴⁰⁷. Il distingue les fonctionnaires qui sont sous la responsabilité du préfet et le personnel subalterne composé des infirmiers, ouvriers et domestiques⁴⁰⁸. Pour les premiers, bien que leur nomination et avancement ne soient pas de son ressort, il juge la classification trop rigoureuse. « Tout ce que je permettrais de dire, c'est que je crois savoir que les intéressés eux-mêmes regrettent le temps où grâce à votre bienveillance et à celle du conseil général, ils pouvaient, par leur zèle et leur dévouement, obtenir un avancement plus rapide que le comportent les tableaux actuels, avec délais immuablement fixés⁴⁰⁹. » Concernant les seconds, un arrêté a été promulgué le 31 décembre 1909 sur la proposition du Dr Dubourdiou⁴¹⁰. Outre une grille de progression des traitements à l'ancienneté, le traitement de début étant inférieur au précédent, un certain nombre de règles de recrutement sont édictées : être âgé entre 20 et 35 ans, justifier d'un certificat de bonne vie et mœurs et n'avoir subi aucune condamnation⁴¹¹. Le Dr Baruk rappelle dans un premier temps que le traitement de début pour les gardiens a été ramené par le conseil général à son taux primitif en raison des difficultés de recrutement⁴¹². Il est ramené à 350 F au lieu des 325 F prévue par la nouvelle grille⁴¹³.

En mars 1911, le Dr Baruk revient sur deux points. Premièrement, il met à dos à dos l'ordonnance de 1839 et les dispositions réglementaires issues de la législation de 1838, qui « concentrent les responsabilités de tout l'établissement sur une seule tête : le directeur » et « lui ont formellement confié la nomination de tout le personnel » et l'avancement rigide à l'ancienneté qui lui échappe⁴¹⁴. « Si l'on veut qu'un asile soit bien tenu, que le bon ordre règne partout, que des soins intelligents et dévoués soient donnés aux malades, que la main d'œuvre et les diverses exploitations de l'asile donnent leur

⁴⁰⁴ AD49, 1N, Conseil général, 1911, « Rapport de M. Le Directeur-médecin en chef pour l'année 1911 », p. 240.

⁴⁰⁵ *Id.*

⁴⁰⁶ *Id.*

⁴⁰⁷ AD49, 1N, Conseil général, 1911, Rapport du directeur médecin-chef, « Relèvement des finances – Augmentation des prix des différentes pensions », le 13 mars 1911, p. 116.

⁴⁰⁸ *Id.*

⁴⁰⁹ *Id.*

⁴¹⁰ *Id.*

⁴¹¹ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations conseil général, « Commission spéciale de réorganisation de l'asile de Sainte-Gemmes », séance du 27 août 1909, p. 366-372

⁴¹² AD49, 1N, Conseil général, 1911, Rapport du directeur médecin-chef, « Relèvement des finances – Augmentation des prix des différentes pensions », le 13 mars 1911, p. 116.

⁴¹³ AD49, 1N, Procès verbaux des délibérations du conseil général, « Augmentation », séance du 29 août 1910, p. 211.

⁴¹⁴ AD49, 1N, Conseil général, 1911, Rapport du directeur médecin-chef, « Relèvement des finances – Augmentation des prix des différentes pensions », le 13 mars 1911, p. 116.

maximum de rendement, il faut que le personnel soit complètement dans les mains de ceux sur qui pèse la responsabilité de l'ensemble⁴¹⁵. » Il critique certaines dispositions jugées trop rigides et notamment l'âge maximum de 35 ans qui gêne le recrutement⁴¹⁶. Dès avril, le conseil général autorise le directeur de ne plus tenir compte de la limite d'âge dans le recrutement du personnel⁴¹⁷. En août 1911, le conseil général accepte de revenir à l'ancien système, rétablit les anciennes classes et laisse au directeur la nomination et l'avancement du personnel subalterne⁴¹⁸. « Comment le directeur peut tenir le personnel si l'avancement lui échappe, s'il se fait automatiquement à l'expiration des délais fixés d'avance, s'il ne lui est pas loisible d'en avancer ou d'en retarder l'échéance selon le mérite de l'employé⁴¹⁹ ? » Le Dr Baruk dispose maintenant d'une meilleure maîtrise de son personnel. A côté du personnel « laïc », l'asile dispose d'un personnel religieux constitué des sœurs de la congrégation de la Charité de Sainte-Marie la Forêt d'Angers.

1.3. Les sœurs de Sainte-Marie la Forêt

C'est dans le cadre d'une convention datant de 1843, signée par le médecin directeur, le Dr Levincet, et la supérieure générale de la congrégation, et approuvée par le ministre de l'Intérieur, que les sœurs sont chargées du service intérieur de l'asile⁴²⁰. Dans les années précédant l'ouverture de l'asile, la présence religieuse dans l'asile a fait l'objet de discussions au conseil général. En 1841, une offre de « garde et traitement des aliénés » avait été faite au conseil général par les frères Saint-Jean-de-Dieu en la personne du supérieur, le père de Magallon⁴²¹. Les frères Saint-Jean-de-Dieu possédaient avant la Révolution les hôpitaux de Charenton, Pontorson et Cadillac⁴²². L'ordre a été rétabli sous la Restauration en 1823⁴²³. L'inspecteur général Guillaume Ferrus, après la visite du château, marqué par « un franc anticléricalisme dans la gestion des asiles » se montre hostile à leur présence⁴²⁴ : « Si le département du Maine-et-Loire crée un établissement spécial, s'il se décide à en rester le maître, il devra bien se garder aussi de créer une administration dont les différents membres puissent se susciter des embarras. En cette partie particulièrement il faut de l'unité ; un gouvernement absolu est tout à fait

⁴¹⁵ AD49, 1N, Conseil général, 1911, Rapport du directeur médecin-chef, « Relèvement des finances – Augmentation des prix des différentes pensions », le 13 mars 1911, p. 117.

⁴¹⁶ *Id.*

⁴¹⁷ AD49, 1N, Procès verbaux des délibérations du conseil général, « Relèvement des finances de l'asile », p. 724.

⁴¹⁸ AD49, 1N, Procès verbaux des délibérations du conseil général, « Nomination et avancement du personnel », séance du 31 août 1911, p. 461.

⁴¹⁹ AD49, 1N, Conseil général, 1911, Rapport du directeur médecin-chef, « Relèvement des finances – Augmentation des prix des différentes pensions », le 13 mars 1911, p. 117.

⁴²⁰ *Centre psychothérapeutique départemental de Sainte-Gemmes-sur-Loire. 1843-1973 de la commission de surveillance au conseil d'administration de l'asile d'aliénés au centre psychothérapeutique, op. cit.*, p. 22.

⁴²¹ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Aliénés. Offre du supérieur des frères Saint-Jean-de-Dieu », séance du 30 août 1841, p. 119.

⁴²² Michel Craplet, « Les débuts de l'asile d'aliénés : plans modèles et passages à l'acte », *Perspectives Psychiatriques*, II, n° 96, 1984, p. 125.

⁴²³ *Id.*

⁴²⁴ Jan Goldstein, *Consoler et classifier. L'essor de la psychiatrie française*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, p. 358.

nécessaire : un conseil d'administration, un directeur et un médecin, si le médecin n'est pas en même temps directeur, voilà tout ce qu'il faut⁴²⁵. » De même, répondant à une question sur l'éventualité de confier l'asile à des religieuses, il y apporte deux réticences : « il importe que les habitudes de la maison soient parfaitement prises avant de recourir à elles ; c'est le moyen, selon lui, d'éviter de leur part des prétentions à avoir exclusivement telle ou telle partie de la maison, des jardins, même l'administration⁴²⁶. » D'autre part, il précise qu'elles ne peuvent travailler que dans le quartier des femmes : « Elles ont l'oreille trop chaste pour celui des hommes⁴²⁷. » Les frères Saint-Jean-de-Dieu acceptent de construire, d'aménager et de gérer l'établissement, à condition d'acheter le château plutôt que de le louer au département, et de bénéficier d'une avance de 100 000 F. De plus, l'asile ne peut accepter que des aliénés hommes⁴²⁸. Le conseil général repousse cette offre. Pourtant, en 1842, un membre du conseil général justifie le choix de religieux hommes ou femmes comme personnel subalterne dans l'établissement : « il est [...] impossible de trouver ailleurs ce dévouement absolu que la foi du catholicisme exalte dans les communautés et qui peut naître de l'appât de quelques cent francs⁴²⁹. » En 1843, avec la nomination du médecin-directeur le Dr Levincent, le conseil général opte pour une gestion laïque. Pourtant, le 10 octobre 1843, une convention est signée entre le médecin directeur, le Dr Levincent et la supérieure générale de la congrégation de la Charité de Sainte-Marie la Forêt d'Angers. Les sœurs sont chargées du service intérieur de l'asile. Dans un premier temps au nombre de 5, elles seront 9 en 1846, puis 18 en 1855 et enfin 20 à partir de 1900⁴³⁰. En 1911, la sœur supérieure, sœur St Louis décède. Elle avait 72 ans. Originnaire de Champigné (Maine-et-Loire), elle était arrivée en 1873 à l'âge de 35 ans. Elle est remplacée par sœur St Blaise, 36 ans, née à Saint-Clément-des-levées (Maine-et-Loire)⁴³¹. Dans l'asile, la supérieure fait office de surveillante chef dans le quartier des femmes. Entre 1900 et 1912, sur les 20 Sœurs recrutées dont la supérieure, 40% (8) sont parties dont trois ont été rappelées à la maison mère et une est décédée⁴³². La majorité est née en Maine-et-Loire⁴³³. A leur arrivée, les sœurs ont en moyenne 35 ans, l'écart va de 23 à 52 ans⁴³⁴. Elles sont donc, en moyenne, plus âgées que les infirmières. Outre le service intérieur de la section des femmes⁴³⁵, elles assurent la direction de la cuisine, de la lingerie, du vestiaire et des ateliers des femmes⁴³⁶ mais aussi de la

⁴²⁵ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Maison d'aliénés. Château de Sainte-Gemmes », séance du 29 août 1841, p. 113.

⁴²⁶ *Id.*

⁴²⁷ *Id.*

⁴²⁸ Jacques Rouillaud, *Sur l'histoire de l'hôpital de Sainte-Gemmes-sur-Loire*, Thèse pour le doctorat en médecine, 1963, p. 7.

⁴²⁹ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Aliénés. Château de Sainte-Gemmes-sur-Loire », séance du 16 septembre 1842, p. 88.

⁴³⁰ *Centre psychothérapique départemental de Sainte-Gemmes-sur-Loire. 1843-1973 de la commission de surveillance au conseil d'administration de l'asile d'aliénés au centre psychothérapique, op. cit.*, p. 22.

⁴³¹ AD49, 17 HS K3, Registre du personnel et gens de service 1887-1912.

⁴³² *Id.*

⁴³³ *Id.*

⁴³⁴ *Id.*

⁴³⁵ AC, J 5, Règlement du service intérieur de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire du 3 mars 1858, art. 86.

⁴³⁶ *Ibid.*, art. 83.

pharmacie. Par leur omniprésence, elles procurent une stabilité dans les divisions des femmes : « Ce service est continu et ne peut, en aucune circonstance, être interrompu ni le jour ni la nuit. En conséquence, les sœurs qui en sont chargées habitent les divisions le jour et la nuit, et ne peuvent les quitter pendant le jour, même aux heures des offices et des repas, qu'en assurant la présence dans la section de quatre sœurs au moins⁴³⁷. » De plus, leur présence dans l'asile présente un avantage pécuniaire non négligeable : une sœur ne gagne que 190 F par an et la supérieure 200 F⁴³⁸.

2. Les aliénés (ées)

Outre le personnel, la population de l'asile c'est d'abord les aliénés internés. Au début du XX^e siècle, qui sont-ils ? D'où viennent-ils ? A quelles catégories socioprofessionnelles appartiennent-ils ? Quelles sont les pathologies les plus fréquemment diagnostiquées ?

2.1. Typologie (s)

a. Une population en majorité féminine

Au début du XX^e siècle, les femmes internées sont plus nombreuses que les hommes. Au 31 décembre 1910, il y a 561 femmes pour 469 hommes. Si on remonte jusqu'en 1889, seule l'année 1896 déroge à cette règle (elle est liée à une forte mortalité féminine⁴³⁹). Selon le Dr Baruk, si les femmes sont plus présentes dans l'institution, les hommes sont aussi nombreux dans les premières admissions, mais ils sortent en plus grand nombre⁴⁴⁰. Si « les fatigues professionnelles » et « les folies aiguës d'origine toxique » et notamment l'alcoolisme, qui touchent spécifiquement les hommes, favorisent des admissions nombreuses (21 cas sur les 79 premières admissions en 1910, soit 27 %) ⁴⁴¹, elles génèrent aussi des guérisons⁴⁴². Par ailleurs, le nombre, plus élevé chez les hommes, de cas de paralysie générale d'origine syphilitique, dont l'issue est souvent fatale,⁴⁴³ donnerait un pourcentage élevé de mortalité chez les hommes (8 décès sur 33 en 1910, soit 24 % des décès). *A contrario*, chez les femmes, la

⁴³⁷ AC, J 5, Règlement du service intérieur de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire du 3 mars 1858, art. 86.

⁴³⁸ Cf. Tableau n° 1 : Les traitements du personnel en 1909 en F.

⁴³⁹ AC, L 36, Rapport médical, 1896, non paginé.

⁴⁴⁰ AC, L 36 bis, Rapport administratif et médical, 1910, p. 49.

⁴⁴¹ *Ibid.*, p. 61.

⁴⁴² *Ibid.*, p. 49.

⁴⁴³ En 1822, Antoine Bayle donne une origine organique à la paralysie générale en montrant que celle-ci est liée à une lésion des méninges. En 1888, avec le développement de la bactériologie, une corrélation est faite entre la paralysie générale et la syphilis. En 1913, l'agent bactériologique responsable, le tréponème, sera identifié. La paralysie générale se caractérise par des troubles de la parole, des tremblements et des idées délirantes. Elle évolue vers une dissolution de la personnalité intellectuelle, morale et affective. Cf. Jean Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle*, Paris, PUF, 2006, p. 378 et Michel Hutreau, « chapitre 3 / Hygiène, santé mentale et prophylaxie » dans *Psychologie, psychiatrie et société sous la troisième république. La biocratie d'Edouard Toulouse (1865-1947)*, Paris, L'Harmattan, 2002, p. 143.

psychose, prépondérante, donne des internements prolongés⁴⁴⁴. A défaut d'avoir les admissions par sexe (nous avons juste les premières admissions) et ainsi de pouvoir calculer la population traitée idoine, il nous est impossible de vérifier les propos du Dr Baruk.

b. Une population rurale et indigente

En 1910, sur les 148 premières admissions, on remarque une surreprésentation des cultivateurs (20 %) et des personnes sans profession (27 %)⁴⁴⁵. Pour le Dr Baruk, cette importance des agriculteurs (trices) est liée à l'importance de la population rurale dans le département, mais aussi à la fatigue physique de cette profession ainsi qu'à « un penchant qui pousse les travailleurs des champs à faire usage des boissons alcooliques et surtout du vin⁴⁴⁶ ». Parmi les sans profession, le Dr Baruk explique que les femmes, surreprésentées avec 27 personnes sur 40, sont en réalité soit des ménagères soit des agricultrices⁴⁴⁷. Il voit une « causalité évidente » entre folie et absence de profession : « Parmi ceux-ci certains ont été congénitalement dans l'impossibilité d'en exercer une ; tel est le cas pour les débiles profonds, les imbéciles, les idiots, certains épileptiques. Certains autres n'ont aucune profession par instabilité mentale et c'est pour eux que l'on a pu dire que l'absence de métier était la première manifestation de leur tare morbide et de leur aptitude à faire ultérieurement des troubles mentaux⁴⁴⁸. »

Pourtant, si la population rurale est plus représentée en volume (68 % des premières admissions en 1910), la population urbaine draine proportionnellement plus d'admission. En 1908, le Dr Dubourdiou, faisant le rapport entre les populations urbaine et rurale, soit 12 671 et 386 519, obtenait pour la population urbaine 1 aliéné pour 1493 habitants contre 1 pour 2973 pour la population rurale⁴⁴⁹. L'explication tient, selon lui, à la proximité de l'asile⁴⁵⁰. En 1910, l'arrondissement d'Angers (ville et campagne) représente 40 % du total des premières admissions. La ville d'Angers représente 20 % des admissions du département⁴⁵¹.

Dans un autre registre, 80 % des internés sont des indigents c'est-à-dire des malades dont le revenu (revenu propre ou revenu de la famille) ne permet pas de payer le prix de journée. Ils sont de fait à la charge des collectivités et de l'Etat.

⁴⁴⁴ AC, L 36, Rapport administratif et médical, 1910, p. 61.

⁴⁴⁵ *Ibid.*, p. 56.

⁴⁴⁶ *Ibid.*, 1910, p. 57.

⁴⁴⁷ *Ibid.*, p. 56.

⁴⁴⁸ *Id.*

⁴⁴⁹ AC, L 36, Rapport médical, 1908, non paginé.

⁴⁵⁰ *Id.*

⁴⁵¹ AC, L 36 bis, Rapport administratif et médical, 1910, p. 63.

c. Une majorité de célibataire

Autre aspect : entre 1910 et 1913, les célibataires sont un peu plus nombreux que les mariés. En 1910, le Dr Baruk, considérant comme attendu d'observer la prépondérance des aliénés célibataires mais constatant l'équivalence des célibataires et des mariés déclare : « C'est que, à côté des affections mentales congénitales ou de l'adolescence qui vouent fatalement au célibat celui qui en est atteint, on observe aussi chez un grand nombre de sujets destinés à grossir la population des asiles, une simple prédisposition ne se traduisant que par les signes physiques peu appréciables ou des particularités mentales qui n'éclatent pas aux yeux. Ce sont ces derniers qui, soumis à l'âge moyen de la vie, à certaines causes déterminantes physiques ou morales, sombrent dans l'aliénation alors qu'ils sont déjà mariés. De plus, en outre, des psychoses à point de départ dégénératif, il en est qui sont purement acquises, relèvent de causes fortuites et peuvent se manifester à une période quelconque de l'existence, il en est d'autres enfin qui sont le fait de l'âge lui-même et n'éclatent qu'au déclin de la vie⁴⁵². » Au final, le profil type de l'interné serait une femme d'origine rurale, célibataire et indigente. Qu'en est-il des pathologies ?

2.2. Une catégorie de pensée dominante : la folie héréditaire

Dans les rapports médicaux, le Dr Baruk distingue l'étiologie (les causes) et les formes de la maladie mentale. Quelles sont les causes et les formes les plus courantes ? Que révèle leur analyse ? Y a-t-il des simulateurs ? Une évolution conceptuelle est-elle perceptible ?

a. Une étiologie physique dominante

En 1910, deux causes présumées de folie sont distinguées : les causes morales et les causes physiques. Les causes morales regroupent la frayeur, le chagrin le surmenage, les passions, émotions et divorces, le dénuement et la misère. Les causes physiques sont représentées par les maladies toxiques ou infectieuses, la ménopause, l'hérédité, la puerpéralité, la fièvre typhoïde et l'alcoolisme⁴⁵³. Comme le font remarquer Claude Quétel et Jean-Yves Simon, il faut se méfier des statistiques surtout lorsqu'elles ont pour objet les causes de la folie⁴⁵⁴. Une représentation statistique se fonde sur un jugement, qui,

⁴⁵² AC, L 36 bis, Rapport administratif et médical, 1910, p. 51.

⁴⁵³ *Ibid.*, p. 58-59.

⁴⁵⁴ Claude Quétel et Jean-Yves Simon, « L'aliénation alcoolique en France (XIX^e et 1^{ère} moitié du XX^e siècle) », *Histoire, économie et société*, Vol. 7, n° 4, 1988, p. 508.

vicié, peut donner un habillage mathématique trompeur⁴⁵⁵. Le commentaire du Dr Baruk porte uniquement sur les causes physiques. Sont-elles seules dignes d'intérêt ? Paradoxalement, selon lui, l'étiologie physique reste en partie un mystère⁴⁵⁶. En 1910, sur les 148 premières admissions, 71 % des causes physiques sont inconnues, soit 105 cas (et 115 pour les causes morales)⁴⁵⁷. Le Dr Baruk avoue que seul un « tableau symptomatique » connu comme l'alcoolisme fait exception⁴⁵⁸. En 1910, dans les causes physiques, l'alcoolisme représente 29 cas, soit 20 % des 148 premières admissions. Sur les 29 cas, 28 sont des hommes. Cette surreprésentation de l'aliénation alcoolique tiendrait selon les travaux Claude Quézel et Jean-Yves Simon, à l'imprégnation de la population mais aussi à une inflation diagnostique dans un contexte qui associe croisade antialcoolique et dégénérescence⁴⁵⁹. Alors que l'ignorance étiologique règne, l'alcoolisme permet, chez les hommes, grâce à un tableau clinique connu, de réduire le nombre des causes physiques inconnues. Ainsi, alors que chez les femmes les causes physiques inconnues représentent 87 % des premières admissions, chez les hommes, elles représentent seulement 57 %⁴⁶⁰. Deux facteurs contribuent à une meilleure connaissance de l'étiologie. Le premier est la filiation. Selon le Dr Baruk, dans la perspective héréditaire, l'alcoolisme, comme vecteur de psychose, a des effets sur l'alcoolique lui-même mais aussi sur sa descendance, soit par hérédité directe : « en créant des être psychiquement infirmes dès leur naissance, comme certains idiots ou certains épileptiques dont la maladie ne connaît pas d'autre cause » soit « en donnant des malingres prédisposés à toutes sortes d'affections ultérieures, dont la tuberculose sous toutes ses formes représente un des modes les plus meurtriers⁴⁶¹. » L'autre possibilité : lorsque le psychiatre peut avoir accès au passé pathologique du malade grâce à la famille⁴⁶². A cet égard, le Dr Baruk regrette « l'indifférence » voire « le mauvais vouloir des familles asservies encore à des préjugés trop tenaces, et qui n'osent dévoiler des tares héréditaires qu'elles considèrent comme humiliantes ou même déshonorantes pour elles »⁴⁶³.

b. Folie simple, toxique, démence et simulation

Parmi les formes mentales, la folie simple domine, et plus particulièrement la mélancolie qui est surreprésentée chez les femmes. Le Dr Baruk y voit la résultante du « surmenage physique auquel les femmes résistent moins facilement⁴⁶⁴ ».

⁴⁵⁵ Claude Quézel et Jean-Yves Simon, « L'aliénation alcoolique en France (XIX^e et 1^{ère} moitié du XX^e siècle) », *op. cit.*, p. 508.

⁴⁵⁶ AC, L 36, Compte administratif et médical, 1910, p. 60.

⁴⁵⁷ *Id.*

⁴⁵⁸ *Id.*

⁴⁵⁹ Claude Quézel et Jean-Yves Simon, « L'aliénation alcoolique en France (XIX^e et 1^{ère} moitié du XX^e siècle) », *op. cit.*, p. 530.

⁴⁶⁰ AC, L 36 bis, Rapport administratif et médical, 1910, p. 58-59.

⁴⁶¹ *Ibid.*, p. 60.

⁴⁶² *Id.*

⁴⁶³ *Id.*

⁴⁶⁴ AD49, Conseil général, 1912, Rapport du directeur médecin-chef de 1911, p. 295.

Signe d'une clinique en mouvement, mais aussi témoignage d'une approche singulière, le Dr Baruk introduit parmi les folies simples une nouvelle subdivision : « la psychose intermittente ». Issue d'une nouvelle conception du psychiatre allemand Kraepelin, elle correspond à la psychose maniaco-dépressive qui englobe la manie, la mélancolie et la folie circulaire⁴⁶⁵. Il commente : « ses idées ne sont pas admises encore par l'unanimité des aliénistes français, mais l'existence des psychoses intermittentes étant depuis longtemps reconnue par tous, nous avons cru légitime de la mentionner dans notre classification⁴⁶⁶. »

Vient ensuite la folie toxique qui est exclusivement représentée par l'alcoolisme au masculin. En 1911, le nombre des alcooliques diminue, mais il est à nouveau en recrudescence l'année suivante avec 23 cas. Le Dr Baruk y voit l'impact du degré alcoolique exceptionnel de l'année⁴⁶⁷. De 1910 à 1911, les paralytiques généraux passent de 7 à 16. Beaucoup arrivent en phase terminale et augmentent, selon le Dr Baruk, le taux de mortalité de l'établissement⁴⁶⁸.

D'autre part, le Dr Baruk se plaint du nombre croissant de malades atteints de démences séniles : « ces malades encombrant inutilement nos services car nous ne disposons d'aucun moyen thérapeutique capable d'améliorer leur état⁴⁶⁹. » Leur présence semble incompatible avec les autres populations de l'asile : « il nous est souvent impossible de les loger dans les quartiers ordinaires, car leur état de faiblesse physique les expose à des violences quelquefois impossibles à éviter de la part des autres malades ; nous sommes donc contraints de les admettre dans nos infirmeries où ils prennent les places qui seraient plus utilement occupées par des malades aigus susceptibles d'amélioration ou même de guérison⁴⁷⁰. » En 1910, sur les 148 premières admissions, si la majorité des malades, soit 57 %, ont entre 30 et 50 ans, 11 % ont plus de 70 ans⁴⁷¹. Pour le Dr Baruk : « Le plus grand contingent de nos malades est alors formé par des individus usés par une vie pénible, porteurs de lésions définitives des centres nerveux et pour lesquels la guérison est une éventualité exceptionnelle et douteuse. Il faut dire aussi que ce sont là bien souvent de vieux déments bien inoffensifs dont le placement serait mieux indiqué dans des hospices où une surveillance un peu attentive et surtout un peu de bonne volonté permettraient de les maintenir sans inconvénient⁴⁷². »

La simulation de la folie existe, plusieurs ressorts la motivent. En 1911, le Dr Baruk mentionne qu'un individu non aliéné, qui utilise l'asile comme refuge (sens premier), a été démasqué : « C'était un vagabond, originaire de Malte, ayant exercé les professions les plus diverses et ayant eu quelques mailles avec la justice qui, à bout de ressources, s'était livré dans les rues de la ville à des actes extravagants dans

⁴⁶⁵ AC, L 36 bis, Compte administratif et rapport médical, 1910, p. 62.

⁴⁶⁶ *Id.*

⁴⁶⁷ AD49, Conseil général, 1912, Rapport du directeur médecin-chef de 1911, p. 329

⁴⁶⁸ *Ibid.*, p. 295.

⁴⁶⁹ AC, L 36 bis, Compte administratif et rapport médical, 1910, p. 62.

⁴⁷⁰ *Ibid.*, p. 60.

⁴⁷¹ *Ibid.*, p. 52.

⁴⁷² *Ibid.*, p. 53.

le seul but de se faire interner et d'avoir ainsi le gîte et le couvert. A sa sortie de l'asile, il fut appréhendé par la gendarmerie qui le recherchait pour quelques délits⁴⁷³. » En 1912, trois « non aliénés » sont découverts. Le premier venait de la maison d'arrêt d'Angers. « Arrêté pour vol d'un fusil et sous l'influence de libations copieuses, il s'est livré à des actes de violence qui l'avaient, un moment, fait prendre pour un aliéné. Il ne séjourna que peu de temps à l'asile⁴⁷⁴. » Le second venait de la maison de Fontevrault où il purgeait une peine de 10 ans pour le meurtre de sa femme. Il présentait des troubles mentaux qui consistaient « en des actes violences, verbigération, répétitions incessantes des mêmes mots et des mêmes gestes⁴⁷⁵ », après quelque temps il fut démasqué. Il réintégra Fontevrault⁴⁷⁶. Le dernier qui s'était fait « une spécialité de vagabonder d'un asile en asile », n'est resté que quelques jours⁴⁷⁷.

c. Le mystère se dissipe ?

A partir de 1911, le mystère entourant les causes physiques semble se dissiper. Le rapport entre les causes inconnues et connues dans les premières admissions s'inverse : il passe de 71 % à 30 %. Ce changement se confirme en 1912 et 1913. Il faut rappeler que 1911 représente la première année de plein exercice du Dr Baruk. De plus, il a réorganisé les services afin de voir la totalité des admissions, hommes et femmes. Epidémiologiquement, cette évolution se caractérise par une augmentation des diagnostics d'hérédité dans les causes physiques, qui en retour accentuent la proportion des causes physiques dans les premières admissions. Comment expliquer ce retournement si ce n'est par la subjectivité ? Selon Claude Quézel, l'appréciation qui est faite de l'hérédité, l'alcoolisme, varie d'un psychiatre à un autre⁴⁷⁸.

Prenant appui sur le soubassement organique de la maladie mentale qui attache la psychiatrie à la médecine, le Dr Baruk fait de l'hérédité la cause première de l'aliénation mentale : « Le temps commence à devenir lointain où, sous le terme de versanies pures, l'on admettait l'existence de troubles psychiques *sine materia* ; les maladies mentales sont aujourd'hui considérées à juste titre comme une branche de la pathologie générale et l'on admet qu'il est toujours nécessaire qu'une perturbation organique se trouve à la base de tout trouble mental⁴⁷⁹. » L'hérédité est soit directe : « nombreux sont nos malades dont les parents présentent des troubles mentaux et quelques fois même sont internés⁴⁸⁰. » Mais aussi parfois indirectes : « sans présenter de tares mentales, les parents d'aliénés sont porteurs

⁴⁷³ AD49, Conseil général, 1912, Rapport du directeur médecin-chef de 1911, p. 295.

⁴⁷⁴ AD49, Conseil général, 1913, Rapport du directeur médecin-chef de 1912, p. 329

⁴⁷⁵ *Id.*

⁴⁷⁶ *Id.*

⁴⁷⁷ *Id.*

⁴⁷⁸ Claude Quézel et Jean-Yves Simon, « L'aliénation alcoolique en France (XIX^e et 1^{ère} moitié du XX^e siècle) », *op. cit.*, p. 526.

⁴⁷⁹ AD49, Conseil général, 1912, Rapport du directeur médecin-chef de 1911, p. 292.

⁴⁸⁰ *Id.*

d'affections chroniques, comme l'alcoolisme, la syphilis ou la tuberculose, dont l'influence s'est fait profondément sentir sur leur descendance⁴⁸¹. » A côté de l'hérédité, il y aussi des causes acquises comme l'alcoolisme⁴⁸². Si dans le rapport médical de 1911, le Dr Baruk ne relève que 7 cas d'alcoolisme, il précise que ce chiffre ne reflète pas la réalité. Seuls les cas dont l'alcoolisme était la cause déterminante et unique de la maladie ont été répertoriés (ce qui confirme la subjectivité et le caractère incertain des statistiques)⁴⁸³. Afin de mieux éclairer l'objet de notre étude, détaillons un problème crucial du monde asilaire : l'encombrement, ainsi que son lien avec les finances.

B / Encombrement et finances

Dans les années 1910, l'asile est victime d'une augmentation constante de la population qui génère un encombrement des services. Quels en sont les mécanismes et les manifestations ? Quelles stratégies sont déployées pour y remédier ?

1. L'augmentation de la population et l'encombrement

Entre 1891 et 1911, la population des malades de l'asile augmente de 20 % : elle passe de 838 à 1000 malades⁴⁸⁴. Alors que le recensement du Maine-et-Loire révèle une diminution de la population⁴⁸⁵, le taux d'internement augmente de 161 pour 100 000 habitants à 196. Ces chiffres recourent la tendance nationale qui, aux mêmes dates, passe de 151 à 190 malades internés pour 100 000 habitants⁴⁸⁶.

Tableau n° 2 : Taux d'internement dans le département de Maine-et-Loire et en France (pour cent mille habitants)

Années	Population recensée dans le Maine-et-Loire	Population hospitalisée au 31 décembre	Taux pour 100 000 habitants en Maine-et-Loire	Taux pour 100 000 habitants en France
1891	518 589	838	161	151
1896	514 870	904	175	163
1901	514 658	904	175	172
1906	513 490	981	191	182
1911	508 149	1000	196	190

Sources : France Mesle et Jacques Vallin, « La population des établissements psychiatriques : évolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale ? », *Population*, 1981, Vol. 36, n° 6, p. 1039 ; AC, L 36, AD49, 1N, Rapports administratifs et médicaux ; « Les recensements du Maine-et-Loire (49) », URL :

http://serf.free.fr/tableaux/departements/recensements_49.html. (Consulté le 3 janvier 2009).

⁴⁸¹ AD49, Conseil général, 1912, Rapport du directeur médecin-chef de 1911, p. 292.

⁴⁸² *Id.*

⁴⁸³ *Id.*

⁴⁸⁴ Cf. Tableau n° 3 : Evolution de la population entre 1891-1913.

⁴⁸⁵ Ce phénomène, qualifié de « dépopulation », qui frappe la France au début du XX^e siècle, se caractérise par une diminution ou stagnation des naissances et un allongement de la durée moyenne de la vie. Cf. Jacques Dupâquier, « La population de la France à la veille de la première guerre mondiale », in *Histoire de la population française*, T 3, *De 1789 à 1914*, Paris, Quadrige/PUF, 1995, p. 506.

⁴⁸⁶ France Mesle et Jacques Vallin, « La population des établissements psychiatriques : évolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale ? », *Population*, 1981, Vol. 36, n° 6, p. 1039.

Cette évolution de la population au sein de l'asile est liée à un flux d'admissions qui varie entre 14 et 21 %⁴⁸⁷. Face aux entrées, le taux de sortie (guérisons, améliorations, transferts) oscille entre 7 et 10 %. La mortalité (qui est statistiquement une sortie) se situe entre 5 et 13 %. Sur notre période, elle s'accroît par trois fois pour des raisons épidémiques d'origine hydrique et grippale et elle fait chuter la population de l'asile (1897, 1901, 1904).

Tableau n° 3 : Evolution de la population entre 1891 et 1913

Années	Décès	Ad	Sorties	Pop au 31 décembre	Pop annuelle traitée	Taux de décès	Taux d'admissions	Taux de sorties	Différentiel
1891	101	217	109	838	1048	10%	21%	10%	0,67%
1892	96	220	90	872	1058	9%	21%	9%	3,21%
1893	109	228	105	886	1100	10%	21%	10%	1,27%
1894	104	196	116	862	1082	10%	18%	11%	-2,22%
1895	112	209	98	861	1071	10%	20%	9%	-0,09%
1896	76	203	84	904	1064	7%	19%	8%	4,04%
1897	149	216	98	873	1120	13%	19%	9%	-2,77%
1898	114	209	99	869	1082	11%	19%	9%	-0,37%
1899	102	235	92	910	1104	9%	21%	8%	3,71%
1900	110	211	101	910	1020	11%	21%	10%	0,00%
1901	136	224	94	904	1134	12%	20%	8%	-0,53%
1902	99	237	116	926	1141	9%	21%	10%	1,93%
1903	88	243	108	973	1169	7%	21%	9%	4,02%
1904	152	218	102	937	1191	13%	18%	9%	-3,02%
1905	88	220	130	939	1157	7%	19%	11%	0,17%
1906	91	215	102	981	1154	8%	19%	9%	1,91%
1907	89	200	92	1000	1181	8%	17%	8%	1,61%
1908	95	217	104	1018	1217	8%	18%	9%	1,48%
1909	87	187	106	1012	1205	7%	15%	9%	-0,50%
1910	69	179	92	1030	1246	6%	14%	7%	1,44%
1911	130	202	102	1000	1246	10%	16%	8%	-2,41%
1912	126	270	124	1025	1275	10%	21%	10%	1,57%
1913	133	259	145	1006	1255	11%	21%	12%	-1,51%

Sources, AC, L 36 Rapport médical, compte moraux et administratifs (1889-1909) ; AC, L 36 bis Rapport médical, compte moraux et administratif (1910-1913, 1915-1920).

Au début des années 1900, les médecins se plaignent d'un d'encombrement des services qui est plus marqué du côté des femmes⁴⁸⁸ et a des répercussions diverses, en premier lieu sur les conditions de travail du personnel : « au quartier des femmes agitées les cellules ne sont plus en nombre suffisant et de ce fait le personnel est surmené⁴⁸⁹. »

D'autre part, cette surpopulation génère des mélanges de populations, socialement disparates, qui font fuir les pensionnaires. En 1905, le Dr Petrucci (1880-1906) explique que « faute de place suffisante » non seulement les pensionnaires sont parfois « mélangés » entre eux mais aussi avec les indigents⁴⁹⁰. L'encombrement semble avoir aussi un impact sur la mortalité. En 1907, le Dr Dubourdieu,

⁴⁸⁷ France Mesle et Jacques Vallin, « La population des établissements psychiatriques : évolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale ? », *op.cit.*, p. 1039.

⁴⁸⁸ AC, L 36, Compte moral et administratif, 1906, non paginé.

⁴⁸⁹ *Id.*

⁴⁹⁰ AC, L 36, Asile départemental d'aliénés de Ste-Gemmes-sur-Loire, compte rendu administratif, 1905.

mentionnant les principales causes de mortalité : paralysie générale, hémorragie cérébrale et ramollissement cérébral, conclut dans un pessimisme thérapeutique, que « dans l'état actuel de la science les moyens peu nombreux et incertains [ne pouvaient] restreindre le nombre de ces causes de mortalité⁴⁹¹ ». Par contre, il en est autrement pour la tuberculose pulmonaire qui se manifeste quasiment exclusivement chez les femmes : « Une simple visite même rapide de nos salles suffit pour expliquer la fréquence de cette maladie dans la division des femmes. Celle-ci est composée de vieux bâtiments souvent humides où l'air et la lumière pénètrent difficilement et où existe un encombrement sans cesse croissant⁴⁹². » Enfin cette surpopulation gêne le soin. A cet effet, le Dr Dubourdiou met en place une « visite alternée » (une fois chez les hommes et une fois chez les femmes). Au début du XX^e siècle, la surpopulation masque un autre problème : la diminution dans les journées d'hospitalisation de la part des pensionnaires des 1^e, 2^e et 3^e classes à la charge des familles.

2. La diminution du produit des pensionnaires

En 1905, la ressource principale de l'asile est constituée par le prix de journée des aliénés (ées) qui représente 76 % de la recette totale. Ce prix de journée est composé des pensions payées par les familles pour les pensionnaires et de celles des indigents au compte des collectivités (communes et département du Maine-et-Loire) soit respectivement 30 % et 70 % des journées payées. Dans une moindre mesure, les pensions proviennent aussi d'autres départements (la loi du 1838 autorise les départements n'ayant pas d'asile, ou victimes de l'encombrement, à composer avec les autres départements ou des établissements privés) et l'Etat pour les aliénés provenant des maisons centrales (médico-légaux), des aliénés militaires ainsi que les indigents n'ayant pas de domicile de secours⁴⁹³. En 1905, le Dr Petrucci mentionne une détérioration des recettes des journées d'hospitalisation des pensionnaires⁴⁹⁴. Alors que l'écart de recette entre le prévisionnel et le réel était de 3 296 F en 1900, il atteint 19 060 F en 1905⁴⁹⁵. Si globalement, le nombre des journées d'hospitalisation augmente entre ces deux dates et que l'écart entre pensionnaires et indigents reste stable autour de 20 et 80 % ; on assiste à une érosion du nombre des journées des 1^e, 2^e et 3^e classes et à une augmentation de la 4^e classe⁴⁹⁶. Ce phénomène inquiète le Dr Petrucci car une des clés de la prospérité asilaire repose sur les journées des pensionnaires. Leur prix de revient représente entre les 2/3 et la moitié du prix de la pension payée par les familles. Pour les indigents, si le prix de revient est de 1,30 F pour l'asile, le prix de journée payée

⁴⁹¹ AC, L 36, Rapport médical, 1907, non paginé.

⁴⁹² *Id.*

⁴⁹³ Loi du 30 juin 1838, art. 1 : « Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec l'établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département. Les traités passés avec les établissements publics ou privés devront être approuvés par le ministre de l'Intérieur. »

⁴⁹⁴ AC, L 36, Asile départemental d'aliénés de Ste-Gemmes-sur-Loire, compte rendu administratif, 1905, non paginé.

⁴⁹⁵ *Id.*

⁴⁹⁶ AC, L 36, AD49, 1N, Rapports administratifs et médicaux.

par le département n'est que de 1,05 F⁴⁹⁷. On observe ici la dépendance budgétaire de l'asile au conseil général, qui, s'il ne comportait que des indigents à la charge du département, serait en déficit chronique. Le déclin des trois premières classes est lié aux décès et aux sorties des pensionnaires arrivés de Paris après la guerre de 1870⁴⁹⁸; mais surtout à la défection des familles aisées qui renâclent à confier leurs malades à l'« asile caserne ». L'absence de confort⁴⁹⁹, l'encombrement, plus crucial encore du côté des femmes, obligent à placer une pensionnaire qui devient agitée avec les indigentes « dont quelques unes peuvent être des femmes de mauvaises vie, des incendiaires, des voleuses et même des meurtrières⁵⁰⁰ ». De plus, la stigmatisation de l'asile en fait un lieu réprouvé : « L'étiquette de nos maisons semble, à tort, laisser une tache dans les familles éprouvées par la maladie d'un de leurs membres⁵⁰¹. » Autre élément explicatif, en 1904, le conseil général avait augmenté le prix de journée des pensionnaires de 2^e et 3^e classes, afin d'équilibrer le budget de l'asile et éviter d'alourdir la charge financière du département en procédant à l'augmentation du prix de journée des indigents. Cette augmentation provoque en 1905 une érosion de ces mêmes classes au profit d'un repli sur la 4^e classe⁵⁰². Pour le Dr Dubourdieu, cet ensemble de facteurs (manque de confort, promiscuité, stigmatisation du lieu et prix de journée) fait le jeu des établissements privés au détriment de l'asile public pour les familles qui ont les moyens de payer une pension⁵⁰³.

⁴⁹⁷ AD49, 1N, Procès verbaux des délibérations du Conseil général, « Asile d'aliénés – Budget additionnel de 1908 », séance du 1^{er} septembre 1908, p. 509.

⁴⁹⁸ AC, L 36, Rapport sur la question financière à l'asile présenté par le Dr Dubourdieu, 1909, non paginé.

⁴⁹⁹ AD49, 1N, Conseil général, 1908, Rapport du directeur médecin en chef, compte général et service médical, 1907, p. 221.

⁵⁰⁰ *Id.*

⁵⁰¹ AC, L 36, Asile départemental d'aliénés de Ste-Gemmes-sur-Loire, compte rendu administratif, 1905, non paginé.

⁵⁰² *Id.*

⁵⁰³ *Id.*

Tableau n° 4 : Evolution du nombre des journées d'internement par catégorie de malades

Années	1 ^e Classe	2 ^e Classe	3 ^e Classe	4 ^e Classe	Total Indigents	Total Pensionnaires	Total des journées
1900	8 037	6 164	22 619	26 698	269 494	63 518	333 012
1901	7538	7031	22 340	27 877	265 603	64 786	330 389
1902	6985	7264	21 590	28 961	276 012	64 800	340 812
1903	6 960	7 849	19 955	32 943	285 135	67 707	352 842
1904	7 475	6 393	18 436	35 297	282 206	67 641	349 807
1905	6 958	5 134	17 909	36 884	279 107	66 885	345 992
1906	6 415	5 535	16 918	35 256	285 615	64 124	349 739
1907	5 975	7 082	17 330	34 020	288 402	64 407	352 809
1908	5 931	7 145	18 048	28 602	306 781	59 726	366 576
1909	6 377	6 825	17 385	28 470	304 071	59 057	363 334
1910	8 463	7 043	17 847	27 784	306 459	61 137	367 745
1911	8 763	6 816	18 861	28 057	303 835	62 497	366 332
1912	8 822	7 338	19 190	29 129	298 697	64 479	363 176
1913	7 147	5 819	20 358	32 829	297 348	66 153	363 501

Sources : AC, L 36, AD49, 1N, Rapports administratifs et médicaux.

Entre 1906 et 1913, plusieurs stratégies sont mises en place pour lutter contre l'encombrement, favoriser la présence de pensionnaires et améliorer le soin. Que révèlent-elles sur l'institution ?

3. Les stratégies mises en place

3.1. Le congé d'essai (1906)

En 1906, le Dr Dubourdiou met en place le congé d'essai⁵⁰⁴. Ce congé consiste à anticiper la sortie des malades qui semblent aller mieux. La sortie « conditionnelle » et « provisoire » s'effectue sous « la surveillance étroite de la famille »⁵⁰⁵. Vocabulaires psychiatrique et carcéral se confondent. Il s'agit de « mettre l'aliéné guéri à l'épreuve de la vie ordinaire »⁵⁰⁶. Après 3 mois, et en l'absence de « symptômes de rechute », il peut se transformer en sortie définitive⁵⁰⁷. Dans le cas contraire, le malade est « réintégré à l'asile sans aucune formalité, puisqu'il n'est pas légalement sorti⁵⁰⁸ ». Le congé d'essai peut intervenir avant la guérison effective du malade : « certains malades sont justifiables de cette mesure avant même que leur guérison soit complète, et nous avons l'occasion de contrôler plusieurs fois que certains malades avaient achevé ainsi et souvent mieux qu'à l'asile, leur guérison chez eux⁵⁰⁹. » L'asile, comme

⁵⁰⁴ AD49, Conseil général, 1909, Rapport du directeur médecin, 1908, p. 189.

⁵⁰⁵ AC, L 36, Rapport médical, 1906, non paginé.

⁵⁰⁶ *Id.*

⁵⁰⁷ *Id.*

⁵⁰⁸ *Id.*

⁵⁰⁹ *Id.*

lieu encombré et bruyant, n'offre pas toujours le repos nécessaire à la convalescence⁵¹⁰. Le congé d'essai permet de dépasser la loi de 1838 en favorisant une sortie anticipée, ce qui a pour effet immédiat, selon le Dr Dubourdiu, de faciliter le « désencombrement » et limiter les « évasions »⁵¹¹. Le congé d'essai répond à deux stratégies convergentes : limiter l'encombrement pour faciliter le soin et diminuer le nombre des indigents pour répondre aux préoccupations financières du conseil général. Le Dr Dubourdiu le reconnaît explicitement : « Je ne m'appesantirai pas sur les avantages de ces sorties à titre d'essai, qui, outre les facilités qu'elles donnent aux familles et aux malades, diminuent également les charges départementales en baissant le chiffre de la population [indigente]. Cet abaissement est manifeste puisque la population actuelle au 15 juin 1909 est descendue au dessous de 1000 unités⁵¹². » Une autre stratégie moins apparente, est aussi mise en œuvre.

3.2. Une interprétation abusive de la loi de 1838

Jusqu'en 1905, dans les premières admissions, les placements volontaires sont surreprésentés : en 1905 précisément, il y a 191 placements volontaires pour 29 placements d'offices⁵¹³. Or parmi ces premières admissions, le nombre d'aliénés pris en charge par le département est largement supérieur à celui des pensionnaires à la charge des familles⁵¹⁴ : en 1905, le rapport est de 146 pour 74⁵¹⁵. Ces deux faits laissent conjecturer une forte proportion de placements volontaires gratuits.

En 1906, une double transformation s'opère. Tout d'abord, le rapport entre les placements d'office et les placements volontaires s'inverse soudainement. De façon concomitante, on assiste à une polarisation stricte d'une part des placements d'office pour les indigents et d'autre part des placements volontaires pour les pensionnaires.

Tableau n° 5 : Placements volontaires et d'office dans les premières admissions de 1889 à 1910

	1889	1894	1900	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910
PV	155	168	193	185	191	77	77	68	61	49
PO	27	28	41	33	29	138	123	149	126	99
Total	182	196	232	218	220	215	200	217	187	148

Sources : AC, L 36, AD49, 1N, Rapports médicaux

La trace de ce glissement se retrouve dans les rapports médicaux. Dans le rapport de 1905, les placements volontaires sont, pour la première fois, dissociés : d'une part les indigents à la charge du

⁵¹⁰ André Cellard et Marie-Claude Thifault font un constat semblable pour l'asile de Saint-Jean-de-Dieu à Montréal. Cf. André Cellard et Marie-Claude Thifault, *Une toupie sur la tête. Visage de la folie à Saint-Jean-de-Dieu, Montréal*, Boréal, 2007, p. 52.

⁵¹¹ AC, L 36, Rapport médical, 1907, non paginé.

⁵¹² AD49, 1N, Conseil général, 1909, Rapport du directeur médecin, 1908, p. 190.

⁵¹³ AC, L 36, Rapport médical, 1905, non paginé.

⁵¹⁴ *Id.*

⁵¹⁵ *Id.*

département, les plus nombreux, et d'autre part les pensionnaires à la charge des familles⁵¹⁶. En 1906, les malades en placement volontaire sont devenus exclusivement des pensionnaires alors que les malades en placement d'office sont à la charge du département et des communes. En 1908, les mentions de pensionnaires et indigents sont rayées : en 1909, il n'est mentionné que placement d'office et placement volontaire.

Le Dr Petrucci, en accord avec le préfet⁵¹⁷ et, on le suppose, avec l'appui du conseil général, tente de décourager les demandes en placement volontaire d'aliénés indigents afin, d'une part, de réduire l'encombrement, et de favoriser la présence des pensionnaires et, par extension, les finances de l'asile et celles du département. Le stratagème consiste à créer « une confusion » entre deux arrêtés préfectoraux : celui qui attribue la charge d'un indigent au département et celui qui réglemente le placement d'office⁵¹⁸. « Tant qu'il s'agissait des malades aisés, payant leur pension, le placement volontaire de l'article 8 a continué à jouer ; mais, dès qu'on a eu affaire à des malades indigents, l'intervention du préfet était nécessaire. Il était, en effet, tenu de prendre un arrêté imputant la pension à la charge du département. Dans le principe cet arrêté n'était qu'une mesure purement financière. Le préfet n'intervenait là que comme ordonnateur des dépenses départementales. Le placement du malade restait, dans son essence, un placement volontaire ; mais, petit à petit, cet arrêté s'est trouvé confondu avec celui de l'article 18, et le placement d'indigent devenu, toujours, un placement d'office⁵¹⁹. » Alors que le malade qui a les moyens de payer une pension bénéficie d'un soin précoce, celui qui est indigent doit faire l'objet d'une enquête administrative et policière qui doit confirmer le bien fondé de sa demande. Si le malade n'est dangereux ni pour lui-même ni pour la société, le placement est refusé⁵²⁰. Dans un climat marqué par la dégénérescence, selon le Dr Baruk, l'enquête, elle-même, fait obstacle à la demande de la famille qui hésite à divulguer « un secret pénible » qu'elle considère comme une tare⁵²¹. Cette enquête qui retarde, voire dissuade les demandes d'entrées des indigents⁵²² sacrifie l'assistance et le soin à la régulation sociale et à l'intérêt pécuniaire du département et de l'asile⁵²³. Cet usage n'est pas propre au Maine-et-Loire. Depuis le XIX^e siècle, il est utilisé par les départements qui n'ont pas d'asile afin de réduire leur charge financière⁵²⁴. Une autre manière plus classique de lutter contre l'encombrement consiste à construire de nouveaux pavillons.

⁵¹⁶ AC, L 36, Asile départemental d'aliénés de Ste-Gemmes-sur-Loire, compte rendu administratif, 1905, non paginé.

⁵¹⁷ A défaut d'avoir la date exacte de la prise de décision, il pourrait s'agir d'Henri-Auguste Bouffard (16 décembre 1905-14 février 1916) ou de Eugène Bascou (14 février 1906-13 janvier 1908). Cf. Céline Lambert, « Dictionnaire biographique et historique du personnel préfectoral du département de Maine-et-Loire », in Jean-Luc Marais, *Les préfets de Maine-et-Loire*, Rennes, PUR, 2000, p. 60-61.

⁵¹⁸ AC, L 36 bis, Rapport médical, 1912, p. 11.

⁵¹⁹ *Id.*

⁵²⁰ *Ibid.*, p. 43.

⁵²¹ *Id.*

⁵²² *Id.*

⁵²³ *Ibid.*, p. 44.

⁵²⁴ Désiré-Magloire Bourneville, *Rapport fait au nom de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi adopté à la révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés*, Paris, Quantin, 1890, p. 17.

3.3. La création d'un pavillon cellulaire chez les femmes (1908-1912)

A l'initiative du préfet Jean-Baptiste Cruchon-Dupeyrat⁵²⁵, une nouvelle approche tente de limiter l'encombrement en favorisant le bâti. En 1908, il manifeste son inquiétude : « Il est impossible d'une part de laisser des aliénés dangereux en liberté et d'autre part il est inhumain de les enfermer dans un asile où il n'y a pas de place pour eux⁵²⁶. » En 1909, les plans et devis descriptifs et estimatifs de nouveaux bâtiments sont présentés devant la commission de surveillance « pour parer à l'encombrement, aménager et améliorer certains services qui se trouvent trop à l'étroit⁵²⁷ ». La priorité est donnée au secteur des femmes et particulièrement à un pavillon cellulaire pour les agitées⁵²⁸. Le conseil général tergiverse puis accepte.

Au début de l'année 1910, en l'absence de nouveaux bâtiments, l'encombrement s'aggrave. Le Dr Dubourdiou alerte : « [l'encombrement] est tel aujourd'hui que des lits ont dû être placés dans des salles de lavabos, d'autres sont en surnombre dans certains dortoirs et ne permettent pas de donner aux malades le cube d'air voulu⁵²⁹. » Dans certains pavillons de femmes, la promiscuité est à son comble : « [dans la salle de jour] on compte plus de 100 malades réparties sur un petit espace ou dans une cour exigüe⁵³⁰. » Le Dr Dubourdiou se fait menaçant en agitant le spectre du fou dangereux : « la préfecture est obligée, faute de place disponible, de refuser l'entrée d'aliénées souvent dangereuses au dehors⁵³¹. » En août 1910, lors de la visite du chantier du quartier des femmes agitées⁵³², le président du conseil général et ses conseillers ainsi que le nouveau préfet Georges Tallon⁵³³ sont frappés par « la dimension considérable » des bâtiments et regrettent la somme de 100 000 F allouée pour la construction des 19 cellules⁵³⁴. Le Dr Jacques Baruk, nouvellement arrivé, n'est pas non plus satisfait du bâtiment, mais pour d'autres raisons⁵³⁵ : les cellules ne correspondent pas aux méthodes de traitement qu'il utilise⁵³⁶. L'architecte départemental doit repenser le bâtiment en prenant en compte l'encombrement dans le

⁵²⁵ Jean-Baptiste Cruchon-Dupeyrat est préfet de Maine-et-Loire entre le 13 janvier 1908 et le 10 juin 1909). Cf. Céline Lambert, « Dictionnaire biographique et historique du personnel préfectoral du département de Maine-et-Loire », *op. cit.*, p. 64-65.

⁵²⁶ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Asile d'aliénés : projet d'agrandissement », séance du 17 août 1908, p. 9.

⁵²⁷ AC, L 13, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Plans et devis des nouveaux bâtiments », séance du 24 mars 1909, p. 306.

⁵²⁸ *Ibid.*, 309.

⁵²⁹ AC, L 13, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Encombrement de l'asile et insuffisance ou absence des organes essentiels à la buanderie », séance du 18 janvier 1910, p. 334.

⁵³⁰ *Id.*

⁵³¹ *Id.*

⁵³² AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Réinstallation de la buanderie, Éclairage électrique, Transport de force motrice », séance du 29 août 1910, p. 204.

⁵³³ Georges Tallon est préfet du Maine-et-Loire du 10 juin 1909 au 25 mars 1911. Cf. Céline Lambert, « Dictionnaire biographique et historique du personnel préfectoral du département de Maine-et-Loire », *op. cit.*, p. 64.

⁵³⁴ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Modification du pavillon des agitées, séance du 27 avril 1911, p. 601.

⁵³⁵ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Réinstallation de la buanderie, Éclairage électrique, Transport de force motrice », séance du 29 août 1910, p. 207.

⁵³⁶ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Modification du pavillon des agitées », séance du 27 avril 1911, p. 601.

quartier des femmes⁵³⁷. Le bâtiment des agitées, initialement exclusivement cellulaire, est complété par un dortoir : aux onze cellules du rez-de-chaussée s'ajoute au premier étage un dortoir de trente lits⁵³⁸. Le bâtiment est achevé en 1912⁵³⁹.

Parallèlement au congé d'essai, au refoulement des indigents non dangereux et à la création d'un bâtiment cellulaire, le Dr Baruk tente d'améliorer le soin en séparant les curables des incurables.

3.4. La séparation des curables et des incurables (1910)

a. Un nombre croissant de déments séniles

Selon le Dr Baruk, depuis quelques années, l'évolution du nombre des patients ne permet plus de « visiter » les patients « avec soin »⁵⁴⁰. Les malades atteintes de démences séniles « encombrant inutilement nos services car nous ne disposons d'aucun moyen thérapeutique capable d'améliorer leur état⁵⁴¹. » Surtout, ils induisent de la gêne dans le soin : « il nous est souvent impossible de les loger dans les quartiers ordinaires, car leur état de faiblesse physique les expose à des violences quelquefois impossible à éviter de la part des autres malades ; nous sommes donc contraints de les admettre dans nos infirmeries où ils prennent les places qui seraient plus utilement occupées par des malades aigus susceptibles d'amélioration ou même de guérison⁵⁴². » Au problème de l'encombrement lié aux séniles vient se greffer un problème réglementaire.

b. L'incidence de l'« adjuvat »

En effet, la différence de statut entre le médecin en chef et le médecin adjoint (l'adjuvat) empêche ce dernier de remplir les fonctions du médecin chef et rend le dédoublement des services impossible, le médecin adjoint n'ayant pas la *capacité* de prendre en charge les malades.

Ainsi, le Dr Baruk met en lumière un hiatus entre les textes émanant du Conseil d'Etat, qui concentrent toutes les responsabilités sur la personne du médecin-chef et cantonnent le médecin-adjoint à un simple rôle d'interne, et les circulaires ministérielles qui donnent des conseils pour « une meilleure utilisation du médecin-adjoint » mais qui n'ont pas « force de règlement »⁵⁴³.

⁵³⁷ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Modification du pavillon des agitées », séance du 27 avril 1911, p. 602.

⁵³⁸ *Ibid.*

⁵³⁹ AC49, 1N, Conseil général, 1912, Rapport Dussauze, architecte départemental, « Quartier des femmes – installation du chauffage », le 3 avril 1912, p. 3.

⁵⁴⁰ AC, L 36 bis, Compte administratif et rapport médical, 1910, p. 5.

⁵⁴¹ *Ibid.*, p. 62.

⁵⁴² *Ibid.*, p. 60.

⁵⁴³ AC, L 43, Commentaires fait par Dr Baruk en 1911 sur le rapport de l'inspecteur général Brunot daté de 1910, non paginé.

Le Dr Dubourdiou, à défaut d'une nouvelle réglementation, avait mis en place la visite alternée. Celle-ci est critiquée dans le rapport de l'inspecteur général des asiles⁵⁴⁴ : « Cette méthode loin d'atténuer les inconvénients de l'ancien régime, les aggrave plutôt en ne permettant à aucun des deux médecins de suivre sérieusement ses malades⁵⁴⁵. » En 1898, sous l'influence d'Edouard Toulouse, le conseil général de la Seine avait supprimé l'adjuvat⁵⁴⁶.

c. La séparation de l'asile en un hôpital et un hospice

En 1910, le Dr Baruk, afin de trouver une solution pour visiter les patients et contourner le problème réglementaire, décide de mettre à profit une expérience qu'il avait inaugurée « avec succès pendant 9 ans » à l'asile d'Alençon et qui consiste à séparer les chroniques/incurables des malades aigus curables⁵⁴⁷. L'asile est divisé en deux services : l'hôpital et l'hospice⁵⁴⁸. Le Dr Baruk, assisté par un interne, s'attribue l'hôpital, les quartiers d'observation et l'infirmerie pour « les malades atteints de psychose aiguës, curables dont l'état nécessite une observation attentive et des soins diligents⁵⁴⁹ », mais aussi les pensionnats et la division des enfants, soit 208 malades⁵⁵⁰. Le Dr Rougeau, médecin-adjoint, aidé d'un interne, prend en charge l'hospice c'est-à-dire les patients dont « la maladie, déjà ancienne, est devenue chronique et n'offre plus aucune chance de guérison, ceux qui n'ont plus besoin d'un traitement actif mais plutôt d'une assistance éclairée⁵⁵¹ ». L'hospice accueille le reste des malades soit 798 personnes⁵⁵². Cette partition imaginée par Edouard Toulouse dès 1899 ne sera acceptée par le conseil général de la Seine qu'en 1920⁵⁵³. Si le Dr Baruk reconnaît qu'il ne peut pas connaître les patients de la division du médecin-adjoint, cette découpe, justifiée dans l'intérêt du malade, lui permet de dépasser les questions de responsabilité⁵⁵⁴. En raison du nombre de malades, le Dr Baruk demande au préfet la création d'un deuxième poste de médecin-adjoint et de deux postes d'internes supplémentaires⁵⁵⁵. Ce souhait est assorti de ce commentaire : « Malheureusement je ne me fais aucune illusion sur la réalisation possible de ce *desiratum* qui exige une situation financière meilleure que celle

⁵⁴⁴ AC, L 43, Commentaires fait par Dr Baruk en 1911 sur le rapport de l'inspecteur général Brunot daté de 1910, non paginé.

⁵⁴⁵ *Id.*

⁵⁴⁶ Michel Huteau, *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République. La biocratie d'Edouard Toulouse (1865-1947)*, Paris, L'Harmattan, 2002, p. 175.

⁵⁴⁷ *Id.*

⁵⁴⁸ AC, L 36 bis, Compte administratif et rapport médical, année 1910, p. 5.

⁵⁴⁹ *Id.*

⁵⁵⁰ AC, L 43, Commentaires fait par Dr Baruk en 1911 sur le rapport de l'inspecteur général Brunot daté de 1910, non paginé.

⁵⁵¹ AC, L 36 bis, Compte administratif et rapport médical, année 1910, p. 5.

⁵⁵² AC, L 43, Commentaires fait par Dr Baruk en 1911 sur le rapport de l'inspecteur général Brunot daté de 1910, non paginé.

⁵⁵³ Anne-Laure Simonnot, *Hygiénisme et eugénisme au XIX^e siècle à travers la psychiatrie française*, Paris, Seli Arslan, 1999, p. 64-65.

⁵⁵⁴ AC, L 43, Commentaires fait par Dr Baruk en 1911 sur le rapport de l'inspecteur général Brunot daté de 1910, non paginé.

⁵⁵⁵ *Id.*

dont nous jouissons actuellement⁵⁵⁶. » Observons maintenant l'évolution des finances entre 1910 et 1914.

C / L'Evolution des finances entre 1910 et 1914

A son arrivée, le Dr Baruk hérite des pratiques mises en place par ses prédécesseurs et notamment la suspension du placement volontaire gratuit. Quels résultats obtient-il ? Dans un contexte inflationniste, en 1911 puis de nouveau en 1914, les budgets de l'asile sont déficitaires. Le conseil général, pour améliorer la situation budgétaire de l'institution, décide d'augmenter la participation des communes au financement de l'indigence. Quelles est la réaction de celles-ci ? De son côté, en 1912, le Dr Baruk renoue avec le placement volontaire gratuit. Pourquoi ?

Alors que la tension monte entre le conseil général et les communes d'Angers, Saumur et Cholet, une polémique naît entre le préfet et le conseil général autour d'« affaires » qui favorisent soit les familles soit les communes au détriment du département. En 1914, alors que la situation financière se dégrade, le conseil général décide de favoriser l'emprunt, quelle en est la conséquence pour l'asile ?

1. Le Dr Jacques Baruk : une inscription dans la continuité

En 1910, le Dr Jacques Baruk poursuit la pratique de ses prédécesseurs qui consiste à restreindre l'hospitalisation des malades indigents non dangereux, ou à les faire sortir, et à favoriser les entrées des pensionnaires. Les malades indigents incurables sont renvoyés soit dans des hospices soit dans leurs familles⁵⁵⁷. Parallèlement, il favorise les pensionnaires payants : « ce sont eux qui fournissent le plus de ressources à l'asile et dont le nombre importe le plus à l'élasticité du budget⁵⁵⁸. » Cette *économie* porte ses fruits. Entre 1909 et 1910, toutes catégories confondues, il y a 4 411 journées d'hospitalisation en plus⁵⁵⁹. Si les journées des indigents à la charge du département continuent d'augmenter en passant de 300 202 à 302 524, accentuant la charge du budget départemental qui passe de 345 232 F à 347 902 F, les journées de pensionnaires augmentent aussi de 59 057 à 61 137⁵⁶⁰. Les trois premières classes de pensionnaires sont en augmentation, notamment la première⁵⁶¹. La recette des pensionnaires passe de 121 913 F à 132 868 F, soit une augmentation de 9 %. Le compte administratif de 1910 se solde par un excédent de recette de 68 619 F, soit un boni de 7 942 F par rapport à l'année passée⁵⁶². Le Dr Baruk

⁵⁵⁶ AC, L 43, Commentaires fait par Dr Baruk en 1911 sur le rapport de l'inspecteur général Brunot daté de 1910, non paginé.

⁵⁵⁷ AC, L 36 bis, Rapport administratif et médical, 1910, p. 2-3.

⁵⁵⁸ *Ibid.*, p. 3.

⁵⁵⁹ *Ibid.*, p. 16.

⁵⁶⁰ Cf. Tableau n° 4 : Evolution du nombre des journées d'internement par catégorie de malades.

⁵⁶¹ *Id.*

⁵⁶² AC, L 36 bis, Rapport administratif et médical, 1910, p. 2.

satisfait considère que c'est un bon résultat car si l'exercice a bénéficié d'un reliquat de 60 677 F, il a été amputé d'un remboursement au département de 45 279 F pour la construction du bâtiment des agitées⁵⁶³. En 1911, la situation se détériore.

2. Un contexte économique mouvant

2.1. Un exercice qui s'annonce déficitaire (1911)

En avril 1911, l'exercice s'annonce déficitaire, les prix des denrées ont subi « un bon formidable⁵⁶⁴ ». Le système de l'adjudication qui fonctionne sur l'anticipation aggrave la situation : « la farine dont le prix présumé était de 30 F les 100 kg, a été adjudgée 38 F, soit une augmentation de 21 %. Le prix du foin est monté de 90 à 118 F les 1000 kg et celui de la paille de froment de 75 à 96,50 F, soit une plus value de 31 et 28 %. Quant au vin, il a plus que doublé : de 21 F, prix présumé de l'hectolitre au moment de la confection du budget, il a atteint 50 F à l'adjudication⁵⁶⁵. » Dans ce contexte le Dr Baruk formule quelques solutions pour diminuer les dépenses et augmenter les recettes : repousser le remboursement des 48 425 F dus au département pour la réalisation du pavillon de agitées⁵⁶⁶ et relever le prix de journée des quatre classes de pensionnaires⁵⁶⁷. En avril, le conseil général décide de majorer les trois premières classes de pensionnaires à la charge des familles⁵⁶⁸. Il refuse d'augmenter la quatrième classe des pensionnaires du département, de crainte de voir les familles obligées d'admettre leur malade parmi les indigents et gonfler ainsi la charge du département⁵⁶⁹. L'annuité de l'emprunt dû au conseil général en 1911 n'est pas réalisée⁵⁷⁰.

2.2. Le relèvement du barème des communes d'Angers, Saumur et Cholet

Dans ce contexte, Laurent Bougère, le rapporteur, se montre sensible à l'augmentation de la population indigente et celle, concomitante, de la charge départementale⁵⁷¹. S'il reconnaît que les cas d'aliénation et donc les internements sont plus nombreux qu'antérieurement, l'évolution de l'effectif provient aussi selon lui de la diminution de la mortalité et notamment des épidémies, mais aussi de l'intérêt pécuniaire

⁵⁶³ AC, L 36 bis, Rapport administratif et médical, 1910, p. 2.

⁵⁶⁴ AD49, 1N, Conseil général, 1911, Rapport du directeur médecin-chef, le 13 mars 1911, p. 113.

⁵⁶⁵ *Id.*

⁵⁶⁶ AD49, 1N, Conseil général, 1911, Rapport du directeur médecin-chef, « Avance de 100 000 consentie par le département pour la construction du pavillon des femmes agitées », le 13 mars 1911, p. 113.

⁵⁶⁷ *Ibid.*, p. 114.

⁵⁶⁸ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Relèvement des finances de l'asile », séance du 29 avril 1911, p. 724.

⁵⁶⁹ AD49, 1N, Conseil général, 1911, Rapport du directeur médecin-chef, « Proposition d'augmentation du traitement du secrétaire de direction », le 13 mars 1911, p. 117.

⁵⁷⁰ AD49, 1N, Conseil général 1912, Rapport de M. le Directeur-médecin en chef pour l'année 1911, p. 234.

⁵⁷¹ AD49, 1N, Procès verbaux des délibérations du conseil général, « Dettes de 1910, budget supplémentaire de 1911 », séance du 29 avril 1911, p. 721.

qu'ont les communes, et même les familles, à confier « les faibles d'esprit⁵⁷² ». La contribution des communes pour l'entretien d'un hospitalisé à Sainte-Gemmes-sur-Loire est inférieure à celle dans les hospices⁵⁷³. En conséquence, le conseil général suggère une révision du barème des trois grandes communes du département : Angers, Saumur et Cholet⁵⁷⁴.

En août 1911, Laurent Bougère se fait plus incisif, il considère que la trop grande facilité accordée aux admissions et le maintien dans l'asile des malades non dangereux fait « la ruine des finances des départements⁵⁷⁵ ». Il constate que beaucoup de départements font traiter au compte de la loi du 14 juillet 1905⁵⁷⁶ les idiots et les crétins non dangereux et au compte de celle de l'assistance médicale et gratuite du 15 juillet 1893⁵⁷⁷, les épileptiques⁵⁷⁸. En d'autres termes, il reproche aux communes de privilégier l'internement et donc l'usage de la loi de 1838 qui pèse d'abord sur les finances départementales, au détriment de l'usage des lois de 1897 et 1905 qui incombent en premier lieu sur la commune où l'assisté à son domicile de secours, ou à défaut sur le département et l'Etat⁵⁷⁹.

D'autre part, Bougère considère que l'argent de l'alcool, qui profite largement au budget de l'Etat et aux communes qui perçoivent des taxes, n'alimente pas celui du département qui a la charge de cette cause d'aliénation mentale reconnue comme la plus fréquente⁵⁸⁰. En conséquence, en août 1911, malgré l'hostilité du préfet⁵⁸¹, et au motif budgétaire du repos hebdomadaire pour le personnel⁵⁸², le conseil général décide d'augmenter la participation au prix de journées des indigents des trois communes ayant un revenu de plus de 100 000 F (Angers, Saumur et Cholet) de 40 % à 60 %. Le président du conseil général, Ernest Grignon⁵⁸³, s'interroge : « Cette réforme est importante. A-t-elle été suffisamment mûrie⁵⁸⁴ ? » Pour un prix de journée de 1,15 F par jour, leur participation passe de 0,46 Frs à 0,65 F⁵⁸⁵.

Au final, en 1911, le département, pour financer le déficit de l'asile, a augmenté les prix de journées des pensionnaires dont il n'a pas la charge, et a accentué la part des communes dans le prix de journée de l'indigence.

⁵⁷² AD49, 1N, Procès verbaux des délibérations du conseil général, « Dettes de 1910, budget supplémentaire de 1911 », séance du 29 avril 1911, p. 721.

⁵⁷³ *Ibid.*, p. 723.

⁵⁷⁴ *Id.*

⁵⁷⁵ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Tarifs et barèmes », séance du 31 août 1911, p. 461.

⁵⁷⁶ Loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources.

⁵⁷⁷ Loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale et gratuite.

⁵⁷⁸ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Tarifs et barèmes », séance du 31 août 1911, p. 465.

⁵⁷⁹ *Id.*

⁵⁸⁰ *Id.*

⁵⁸¹ AD49, 1N, Conseil général, 1911, rapport du préfet, « Quote-part des communes – maintien du barème », p. 161.

⁵⁸² AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Modification du barème des communes en raison de l'application de la loi sur le repos hebdomadaire », séance du 31 août 1911, p. 467.

⁵⁸³ Ernest Grignon est président du conseil général entre 1903 et 1913.

⁵⁸⁴ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Modification du barème des communes en raison de l'application de la loi sur le repos hebdomadaire », séance du 31 août 1911, p. 467.

⁵⁸⁵ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Barème des communes : réclamations contre leur contingence formées par Angers, Cholet, Saumur », séance du 27 septembre 1913, p. 553. Par un calcul subtil le conseil général obtient un écart de 3 centimes et demi entre la contribution demandée et la dépense réelle.

Tableau n° 6 : Evolution des prix de journée des différentes catégories (en F)

Année	Indigents			4 ^e classe		3 ^e classe		2 ^e classe		1 ^e classe	
	M&L	Autres	Etat, adm pénitentiaire (détenus) ministère de la Guerre (militaires)	M&L	Autres	M&L	Autres	M&L	Autres	M&L	Autres
1900	1,05	1,5	1,5	1,20	1,20	1,65	1,65	2,74	2,74	4,11	4,11
1905	1,05	1,5	1,5	1,20	1,20	2	2	3	3	4,11	4,11
1908	1,15	1,5	1,5	1,21	1,21	2,15	2,15	3,20	3,20	4,35	4,35
1910	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1911	1,15	1,5	1,5	1,21	1,5	2,5	2,5	4	4	5	5
1912	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
1913	1,15	1,5	1,5	1,31	1,5	2,5	2,5	4	4	5	5
1914	1,15	1,5	1,5	1,31	1,5	2,75	2,75	4	4	5	5

Sources : AC, L 36 bis, Rapports médical compte moraux et administratifs.

2.3. Les limites de la politique de refus des indigents

L'exercice de 1911 se termine par un excédent de recette de 94 917 F, soit un boni de 47 414 F par rapport à l'année antérieure. Ce résultat est jugé par le Dr Baruk satisfaisant compte tenu du déficit des revenus en nature, de la stabilité des recettes et de l'évolution des dépenses par le renchérissement des prix⁵⁸⁶. Les revenus en nature ont diminué par rapport à l'année antérieure à cause des intempéries qui ont frappé la production de légumes, les fruits et le foin de la ferme de l'hôpital ; mais aussi à cause de la diminution de la population indigente dont le travail a un impact direct sur la production⁵⁸⁷. Si globalement le nombre de journées a diminué en passant de 367 745 à 366 332 entre 1910 et 1911, c'est en effet essentiellement à la baisse de la population des indigents à la charge du département qui passe de 302 524 journées en 1910 à 299 587 en 1911⁵⁸⁸. Le Dr Baruk attribue ce résultat à sa stratégie : « J'ai continué à faire tous mes efforts pour obtenir la mise en liberté des indigents soit en demandant [...] leur sortie définitive, soit en faisant auprès des familles des démarches pour faire sortir ceux dont la présence n'est pas indispensable à l'asile⁵⁸⁹. » Ceci a pour effet direct de réduire la somme versée par le département pour l'entretien des indigents de 3 377 F⁵⁹⁰. Le budget s'équilibre en refusant les aliénés indigents. Le Dr Baruk semble voir une limite à cette stratégie : « Cette abaissement du chiffre des recettes des aliénés du Maine-et-Loire pouvait avoir des répercussions sur la situation financière de l'asile, mais l'équilibre a été rétabli par le bénéfice donné par les pensionnats⁵⁹¹. » En effet dans le même

⁵⁸⁶ AD49, 1N, Conseil général 1912, rapport de M. le directeur médecin en chef pour l'année 1911, p. 234.

⁵⁸⁷ *Ibid.*, p. 235.

⁵⁸⁸ Cf. Tableau n° 4 : Evolution du nombre des journées d'internement par catégorie de malades.

⁵⁸⁹ AD49, 1N, Conseil général 1912, rapport de M. le directeur médecin en chef pour l'année 1911, p. 234-235.

⁵⁹⁰ *Ibid.*, p. 235.

⁵⁹¹ *Id.*

temps les journées de pensionnaires sont passées de 61 137 à 62 497⁵⁹², ce qui se traduit par une plus-value de 5 102 F par rapport à 1910⁵⁹³.

2.4. La situation financière se détériore (1912-1913)

En 1912, le compte administratif se solde par un excédent de 55 325 F, compte tenu du reliquat de 1911 qui se montait à 97 135 F, c'est un déficit réel de 44 446 F⁵⁹⁴. Le Dr Baruk rejette le soupçon de mauvaise gestion⁵⁹⁵. Selon lui les dépenses ont été réduites : les restes à annuler se montent à 21 840 F, les travaux urgents d'entretien comme les couvertures ont été réalisés par les ouvriers de l'asile, même certaines dépenses alimentaires, jugées « compatibles avec le bien-être des malades », comme le vin, ont été l'objet d'économies⁵⁹⁶. Puis il explore une autre hypothèse : faut-il incriminer la diminution des recettes⁵⁹⁷ ? Revenant sur la recette des malades indigents au compte du département, qui constitue le revenu le plus important de l'asile, il explique qu'elle a diminué de 6 506 F par rapport à 1912 à cause des sorties effectuées, soit 10 000 F en 2 ans⁵⁹⁸. Il associe cette remarque au fait que : « Cette diminution [...] est tout à l'avantage des finances départementales, dont les charges se font de moins en moins lourdes⁵⁹⁹. » Là encore cette remarque montre que l'usage qui est fait de la loi de 1838 depuis 1906, qui consiste à freiner les entrées des indigents, est surtout favorable aux finances départementales. Puis il tempère en évoquant l'excédent de recettes des pensionnaires à la charge de familles qui s'élève à 6 876 F par rapport à 1912, soit 20 000 F de plus en trois ans⁶⁰⁰.

Si les recettes n'ont pas fléchies, l'évolution tient à l'augmentation des dépenses, notamment pour les produits de première nécessité (viande, farine, combustibles)⁶⁰¹, mais aussi à l'application de la loi sur le repos hebdomadaire pour le personnel subalterne (6 647 F), l'installation de l'électricité (4 916 F), le remboursement de l'annuité d'emprunt pour la buanderie (14 219 F) et le remboursement de l'avance faite par le département pour le bâtiment des agitées (34 256 F)⁶⁰². Bien que les recettes soient restées stables, le Dr Baruk chiffre à 70 000 F l'augmentation des dépenses⁶⁰³. Alors que sur l'excédent de 55 235 F de 1912 il ne reste déjà plus que 4 023 F, le Dr Baruk demande, pour l'exercice de 1913, le report du reliquat de 20 464 F à rembourser au département pour les travaux de construction et de

⁵⁹² Cf. Tableau n° 4 : Evolution du nombre des journées d'internement par catégorie de malade.

⁵⁹³ AD49, 1N, Conseil général 1912, Rapport de M. le Directeur médecin en chef pour l'année 1911, p. 235.

⁵⁹⁴ AD49, Conseil général, 1913, rapport de M. le directeur-médecin en chef pour l'année 1912, p. 273.

⁵⁹⁵ *Ibid.*, p. 274.

⁵⁹⁶ *Id.*

⁵⁹⁷ *Id.*

⁵⁹⁸ *Id.*

⁵⁹⁹ *Id.*

⁶⁰⁰ AD49, Conseil général, 1913, rapport de M. le directeur-médecin en chef pour l'année 1912, p. 275.

⁶⁰¹ *Ibid.*, p. 273.

⁶⁰² *Ibid.*, p. 275.

⁶⁰³ *Id.*

transformation des bâtiments⁶⁰⁴. Puis, dans l'hypothèse que l'exercice de 1914 devra se suffire à lui-même du fait qu'il ne pourra bénéficier d'aucun excédent et que dans une projection déjà le budget primitif s'annonce avec un déficit de 38 399 F, le Dr Baruk demande l'élévation du prix de journée des indigents et « son corollaire » l'augmentation de la pension de la 4^e classe⁶⁰⁵. Il interroge : « Est-il possible [...] de penser qu'au prix actuel de la vie on puisse, moyennant 1,15 F par jour, pourvoir à l'assistance d'un aliéné avec tout ce qu'elle comporte (nourriture, logement, habillement, éclairage, soins médicaux et pharmaceutiques, rétribution du personnel, entretien et construction des bâtiments, etc.)⁶⁰⁶. » Il compare avec l'hôtel Dieu d'Angers où le prix de journée des malades est de 2,50 F et celui des vieillards de 1,25 F ; mais aussi avec d'autres asiles où les prix de journées sont supérieurs à celui de Maine-et-Loire⁶⁰⁷. Le Dr Baruk sollicite l'appui du préfet auprès de l'assemblée départementale afin de lui faire accorder « la seule mesure susceptible de tirer le budget de l'asile de la situation critique où il se trouve : augmenter les prix de journée⁶⁰⁸ ». Afin d'avoir une élasticité pour « faire face aux surprises » et « entreprendre quelques améliorations urgentes » le Dr Baruk suggère une augmentation, *a minima* de 0,15 F pour les indigents, soit un prix de journée porté de 1,15 F à 1,30 F pour un bénéficiaire estimé à 44 840 F⁶⁰⁹. Il précise que « si l'on appliquait les règles de la loi sur l'assistance médicale gratuite pour la détermination du prix de journée dans les hospices, on arriverait à un chiffre supérieur⁶¹⁰ ». Par répercussion, l'augmentation du prix de journée des indigents nécessite d'élever le prix de la pension de 4^e classe⁶¹¹. « Les pensionnaires de cette catégorie se trouveraient ainsi privilégiés par rapport au département, ce qui serait, pour le moins, singulier⁶¹². » Aussi suggère-t-il de faire passer la pension de 1,21 F à 1,40 F, ce qui dégagerait 4 923 F de plus annuellement⁶¹³. La même année, le Dr Baruk dénonce le refus systématique du placement volontaire gratuit⁶¹⁴.

⁶⁰⁴ AD49, Conseil général, 1913, rapport de M. le directeur-médecin en chef pour l'année 1912, p. 275.

⁶⁰⁵ *Ibid.*, p. 276-277.

⁶⁰⁶ *Ibid.*, p. 277.

⁶⁰⁷ *Id.*

⁶⁰⁸ *Ibid.*, p. 278.

⁶⁰⁹ *Ibid.*, p. 279.

⁶¹⁰ *Id.*

⁶¹¹ *Id.*

⁶¹² *Id.*

⁶¹³ *Id.*

⁶¹⁴ AC, L 36 bis, Rapport administratif et médical, 1912, p. 43.

3. L'abolition d'un l'usage abusif de la loi de 1838

3.1. Le retour du placement volontaire gratuit (1912)

Conjointement avec le préfet⁶¹⁵, il revient à « la stricte observation du texte légal »⁶¹⁶ qui se matérialise par un retour aux modalités d'admission prévues par la loi sur le placement volontaire (certificat médical, demande de la personne sollicitant le placement, certificat d'indigence, pièce d'identité de la personne placée)⁶¹⁷. Le Dr Baruk pointe l'avantage pécuniaire que représente pour les finances de l'asile le retour des indigents⁶¹⁸. Entre 1912 et 1913, dans les premières admissions, les placements volontaires passent de 40 % à 80 %⁶¹⁹. En 1912, malgré une évolution inaccoutumée des admissions, l'évolution du bâti et surtout la pratique du congé d'essai ont endigué le flux⁶²⁰. Le Dr Baruk précise que si la population totale s'est rapprochée du maximum de 1030 malades, il n'y a pas eu d'encombrement car la population n'a pas excédé 995 malades présents à l'asile⁶²¹. Cette différence s'explique par 30 congés d'essai dont la durée de trois mois est un préalable à nombre de sorties définitives⁶²².

Tableau n° 7 : Placements volontaires et d'office dans les premières admissions entre 1905 et 1913

	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913
PV	191	77	77	68	61	49	65	118	179
PO	29	138	123	149	126	99	95	152	25
Total	220	215	200	217	187	148	160	270	204

Sources : AC, L 36, AD49, 1N, Rapports médicaux.

L'assistance et le soin sont revalorisés : le Dr Baruk note ainsi une proportion grandissante des hospitalisations précoces d'aliénés présentant des troubles mentaux depuis moins d'un mois⁶²³. Il avoue : « [Cette interprétation], on le conviendra, [était] une conception peu médicale de la loi de 1838 qui perdait entièrement le caractère d'une loi d'assistance⁶²⁴. » Suite à la mise en place de cette nouvelle pratique, en mars 1913, devant la Société de médecine d'Angers, le Dr Baruk développe quelques considérations sur le traitement des maladies mentales⁶²⁵.

⁶¹⁵ En l'absence de date précise, il s'agit soit de Georges Reboul (25 mars 1911-28 février 1912) soit de Lucien Dautresme (2/11 mars 1912-7 février 1914). Cf. Céline Lambert, « Dictionnaire biographique et historique du personnel préfectoral du département de Maine-et-Loire », in Jean-Luc Marais, *Les préfets de Maine-et-Loire*, Rennes, PUR, 2000, p. 64-65.

⁶¹⁶ AC, L 36 bis, Rapport administratif et médical, p. 44.

⁶¹⁷ *Id.*

⁶¹⁸ *Id.*

⁶¹⁹ AC, L 36, AD49, 1N, Rapports administratifs et médicaux.

⁶²⁰ AD49, 1N, Conseil général, 1913, Rapport de M. Le directeur-médecin en chef pour l'année 1912, p. 315.

⁶²¹ *Id.*

⁶²² *Id.*

⁶²³ AC, L 36 bis, Rapport administratif et médical, 1912, p. 44.

⁶²⁴ *Id.*

⁶²⁵ Jacques Baruk, « Quelques considérations sur le traitement des maladies mentales », *op. cit.*, p. 63.

3.2. L'intervention du Dr Baruk devant la Société de médecine d'Angers

Cette communication, qui s'adresse à des médecins profanes à la psychiatrie, a pour objet d'éclairer, expliquer le concept de maladie mentale et l'évolution de la pratique psychiatrique, d'informer de la réforme opérée précédemment, et des nouveaux moyens thérapeutiques utilisés⁶²⁶.

En préambule, il distingue « le malade ordinaire » du « psychopathe ». Dans le premier cas le malade est conscient et peut aider le médecin. Dans l'autre, l'organe de l'intelligence, atteint, conduit le malade au refus de la nature morbide de son mal. Cette perturbation peut conduire, dans certains cas, à un danger pour l'ordre social. Le Dr Baruk regrette que cette considération, « dont la fréquence n'est pas si grande », conduise trop souvent l'entourage, le médecin lui-même, à provoquer de façon univoque l'internement et la séquestration de la personne. Sont dénoncés le geste du profane qui assimile trop rapidement folie et danger et son corollaire l'internement comme mesure exclusive.

Cette communication a pour objet de démontrer aux médecins que la pratique de l'internement n'est non seulement pas toujours nécessaire mais plus encore qu'elle peut être nuisible pour le malade et la société « qu'elle a la prétention de défendre »⁶²⁷. Deux inconvénients sont pointés. D'une part, l'internement, comme mesure grave, est souvent retardé, tant et si bien que le malade peut devenir incurable. D'autre part, pendant la période plus ou moins longue d'attente, le malade peut se révéler antisocial.

Selon le Dr Baruk il faut « revenir à une conception médicale des choses ». Pour ce faire, il faut « bannir » selon lui « les concepts de folie et d'aliénation mentale » : « Ces vocables trop compréhensifs semblent faire des maladies de l'esprit une véritable entité. En réalité, il ne s'agit que de syndromes psychiques aussi variés dans leurs causes et leurs mécanismes que les syndromes hépatiques, cardio-rénaux. » D'autres part, l'étiologie est non seulement diverse mais aussi évolutive et prend la forme de lésions anatomique, d'intoxication, d'infection, d'une modification des sécrétions, etc. Aussi, et pour que la thérapeutique soit efficace, il faut intervenir le plus tôt possible⁶²⁸. La médicalisation de la psychiatrie est au cœur de son intervention, le concept premier de l'aliénation y fait obstacle. Ensuite, il s'attaque à l'internement comme mesure unique. Il pose la question : est-il toujours justifié ?

Poursuivant son exposé il dissocie d'une part le malade aigu du chronique, et d'autre part le malade qui peut payer de l'indigent. Pour être concret, il revient sur « les ressources » possibles dans le Maine-et-Loire. Reprenant la distinction du départ, il y a deux possibilités : soit le malade a une psychose aiguë (intoxication, mélancolie, etc.) soit il s'agit d'une maladie mentale chronique. Dans le premier cas, il faut

⁶²⁶ Jacques Baruk, « Quelques considérations sur le traitement des maladies mentales », *op. cit.*, p.56.

⁶²⁷ *Ibid.*, p. 56-57.

⁶²⁸ *Ibid.*, p. 58.

tenir compte de la « situation sociale du client ». Si la famille est aisée, le malade peut être « soigné à domicile » : « Vous lui aurez rendu le service de lui éviter la tare, toujours pénible, de l'internement. » La stigmatisation du lieu est forte. Si la famille est pauvre, « l'idéal » serait, selon lui, d'avoir un service spécial à l'hôpital même. Dans cette argumentation, le malade aigu n'a pas sa place dans l'asile mais dans un hôpital, et par là même dans un service ouvert. Il mentionne à ce sujet des pourparlers en cours avec le Dr Barot, maire d'Angers⁶²⁹. Si le malade est chronique, le malade ne pourra rester à son domicile. De même, s'il est indigent, le service de l'hôpital ne peut pas l'accueillir indéfiniment, risquant sinon l'encombrement et le glissement vers un asile d'aliénés. S'adressant aux médecins du Maine-et-Loire, il donne deux possibilités : si la famille est aisée, le malade peut aller dans une maison de santé, il cite celle de Guyard et Meignant, et pour « les pauvres », il y a l'asile de Sainte-Gemmes. Il revient sur la simplicité des modalités de l'internement pour ceux qui peuvent payer. Puis il aborde le cas des « malheureux » pour lesquels « rien n'est au contraire, ou plutôt, n'était plus difficile »⁶³⁰. Puis il informe ses confrères du changement opéré en 1912 et regrette que malgré les circulaires envoyées aux mairies par le préfet, cette mesure soit encore largement ignorée par les médecins⁶³¹.

Il termine son propos sur les innovations thérapeutiques qu'il a mises en place à l'asile depuis son arrivée : le « no-restraint » et la clinothérapie. Le non-restraint suppose la disparition de tous les moyens de contention. « L'emploi de la camisole de force et de tous les moyens de contrainte ont été proscrits. Les cellules ont été désaffectées. Elles servent uniquement la nuit pour les malades bruyants⁶³². » A cet effet, il constate que l'application a amené à « un résultat, en apparence paradoxal : la diminution considérable, la suppression presque complète de l'agitation chez nos malades⁶³³ ». L'autre moyen thérapeutique est la clinothérapie : « l'alitement systématique en dortoir commun de tous les entrants⁶³⁴. » En 1910, une salle d'alitement pour les agités et une salle d'observation dans les infirmeries pour les malades entrants ont été créées⁶³⁵. Selon le Dr Baruk, cette méthode, inspirée de son « maître » Valentin Magnan, a deux avantages. D'une part elle produit « une sédation chez les excités et d'autre part, elle fait naître dans l'esprit de l'aliéné qu'il est peut-être malade et le prépare, en quelque sorte à son insu, à se laisser examiner et soigner⁶³⁶ ». Le couchage devient primordial.

Voici ce qu'Hervé Bazin fait dire à ses personnages dans son roman *La tête contre les murs* :

« - Je me demande, bougonna-t-il, pourquoi on m'a couché. Je me porte à merveille.

⁶²⁹ Jacques Baruk, « Quelques considérations sur le traitement des maladies mentales », *op. cit.*, p. 59.

⁶³⁰ *Ibid.*, p. 60.

⁶³¹ *Ibid.*, p. 63.

⁶³² AC, L 36 bis, Rapport administratif et médical, année 1910, p. 6.

⁶³³ Jacques Baruk, « Quelques considérations sur le traitement des maladies mentales », *op. cit.*, p. 63.

⁶³⁴ *Ibid.*, p. 62.

⁶³⁵ AC, L 36 bis, Rapport administratif et médical, année 1910, p. 6.

⁶³⁶ Jacques Baruk, « Quelques considérations sur le traitement des maladies mentales », *op. cit.*, p. 62.

- Règle absolue, mon petit père ! Un arrivant est toujours couché, même s'il pète de santé⁶³⁷. »

Au travers de l'articulation des ces deux pratiques, c'est le passage de l'ancien au moderne qui s'effectue, de la séquestration à la médicalisation, aussi dérisoire soit-elle.

Alors que le placement volontaire gratuit est réhabilité pour les indigents non dangereux, de nouvelles polémiques s'amorcent autour de la révision du barème des communes effectuée en 1911 et le « scandale de Saumur ».

4. Polémique autour des finances de l'indigence

4.1. Une demande de modification du barème des communes d'Angers, Cholet et Saumur

En avril 1913, le rapporteur, Laurent Bougère communique au conseil général *via* le préfet que les communes d'Angers, Saumur et Cholet demandent une révision du barème appliqué pour les contingents de leurs aliénés indigents au motif que cela pèse trop lourd dans les finances municipales⁶³⁸. Le préfet prie le conseil général d'examiner la possibilité de diminuer le taux de 60 %⁶³⁹. En septembre, Bougère est chargé d'étudier la question avec Victor Bernier^{640/641}. Le conseiller général Guillaume Bodinier⁶⁴² se déclare favorable à la révision du barème⁶⁴³. Celui-ci interpelle Bougère : « Quand vous avez voté cette modification, vous êtes vous rendu compte de la répercussion totale de la dépense sur les budgets des villes en question⁶⁴⁴. » Laurent Bougère déclare que deux motifs avaient motivé cette mesure. D'abord l'intérêt général : les charges départementales de l'asile allaient toujours en augmentant et, d'autre part, le contingent de famille allait en diminuant [pensionnaires]⁶⁴⁵. » Bougère pense que les trois villes sont victimes du « Scandale de Saumur », « L'affaire R »⁶⁴⁶.

4.2. « Le scandale de Saumur »

L'Affaire commence en 1909, lorsque le président du conseil général, Ernest Grignon⁶⁴⁷ attire l'attention du préfet sur la situation d'une aliénée, « disposant d'une certaine aisance », qui est placée

⁶³⁷ Hervé Bazin, *La tête contre les murs*, Paris, Grasset, 1949, p. 193.

⁶³⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Aliénés – Contingents des communes – Barème », séance du 19 avril 1913, p. 558.

⁶³⁹ *Id.*

⁶⁴⁰ Victor Bernier est conseiller général du Canton Nord d'Angers entre 1910 et 1919, il le sera à nouveau entre 1922 et 1940.

⁶⁴¹ *Ibid.*, p. 559.

⁶⁴² Guillaume Bodinier est conseiller général du canton d'Angers Sud entre 1887 et 1922, il est aussi sénateur de Maine-et-Loire entre 1897 et 1922.

⁶⁴³ *Id.*

⁶⁴⁴ *Id.*

⁶⁴⁵ *Ibid.*, p. 560.

⁶⁴⁶ *Id.*

⁶⁴⁷ Ernest Grignon est président du conseil général entre 1903 et 1913, il renonce pour raison de santé.

dans la classe des indigentes depuis le 1^{er} janvier 1898⁶⁴⁸. En 1910, bien que la fortune de Madame R soit en indivision, il semble qu'elle puisse bénéficier du pensionnat de 3^e classe. Le conseil prie le préfet de la mettre dans cette classe dès le 1^{er} juin⁶⁴⁹ (elle le sera à partir du 1^{er} juillet)⁶⁵⁰. Le conseil général demande aussi la restitution des sommes avancées, à défaut il procédera par voie légale⁶⁵¹. Le préfet rétorque qu'il ne peut obliger la famille à la placer dans une catégorie spéciale⁶⁵². Le président s'indigne⁶⁵³. Le rapporteur explique que Madame R avait été placée comme indigente parce que la fortune immobilière était entièrement consacrée à l'entretien de la maison et de sa mère également « faible d'esprit⁶⁵⁴ ». A la mort de la mère, l'indivision a persisté et madame R est restée dans la classe des indigentes⁶⁵⁵. Le frère, tuteur de l'aliéné, imprimeur à Saumur, a proposé de mettre sa sœur dans une classe payante lorsqu'il aura soldé l'arriéré afin d'éviter la procédure mettant fin à l'indivision « toujours longue et coûteuse à l'égard d'un interdit »⁶⁵⁶. Le préfet fait remarquer que le tuteur aura à payer outre les 900 F par an, 4000 F d'arriéré, or « les 900 F représentent tout le revenu des biens afférents à Madame R⁶⁵⁷ ». En 1911, le préfet obtient du frère l'engagement de rembourser sa dette vis-à-vis du département dans un délai de 5 ans⁶⁵⁸. En 1912, alors qu'une somme minimale (1 451 F) a été remboursée par le tuteur, la deuxième commission souhaite la restitution des sommes avancées par le département et la ville de secours⁶⁵⁹. Elle prie le préfet de demander au procureur de la République de mettre fin à l'état d'indivision entre Madame et Monsieur R, son frère⁶⁶⁰. En ce qui concerne les avances faites par le département, la deuxième commission demande au conseil d'entreprendre des poursuites⁶⁶¹. Le rapporteur révèle qu'en comparant le nombre des aliénés des grandes villes et des communes rurales, il a remarqué que les maires des communes rurales n'admettent jamais quelqu'un dans un établissement hospitalier sans lui faire payer le contingent qu'il est à même de supporter ; dans les grandes villes, c'est le contraire : « on accorde très facilement une décharge⁶⁶². » Le climat de suspicion entre le conseil général et les grandes communes (Angers, Cholet et Saumur) est à son comble. En 1913, la demande de révision du barème prend une autre tournure.

⁶⁴⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget de 1913 », séance du 31 août 1912, p. 513.

⁶⁴⁹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Modification de traitement et de crédits », séance du 14 mai 1910, p. 651.

⁶⁵⁰ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget 1913 », séance du 31 août 1913, p. 513.

⁶⁵¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Modification de traitement et de crédits », séance du 14 mai 1910, p. 651.

⁶⁵² *Id.*

⁶⁵³ *Id.*

⁶⁵⁴ *Id.*

⁶⁵⁵ *Id.*

⁶⁵⁶ *Id.*

⁶⁵⁷ *Id.*

⁶⁵⁸ BUA, JP43, Conseil général, 1911, Rapport du préfet, « Affaire R », p. 119.

⁶⁵⁹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget 1913 », séance du 31 août 1912, p. 513.

⁶⁶⁰ *Id.*

⁶⁶¹ *Id.*

⁶⁶² BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Aliénés – Contingents des communes – Barème », séance du 19 avril 1913, p. 560.

4.3. Le conseil général demande la communication des listes des indigents du département

En septembre 1913, Laurent Bougère annonce que les communes d'Angers, Cholet et Saumur ont demandé à nouveau à la commission d'examiner la part qui leur était demandée⁶⁶³. Pour ce faire, il a demandé au préfet la communication de la liste des aliénés indigents au compte du département afin de vérifier si les personnes placées n'étaient pas susceptibles de payer⁶⁶⁴. Le préfet a refusé au motif « qu'il pouvait y avoir un secret de famille s'opposant à la communication »⁶⁶⁵. Puis il a télégraphié au ministère de l'Intérieur pour connaître son avis⁶⁶⁶. Celui-ci approuve l'attitude du préfet : « Suivant la jurisprudence constante, le secret des familles interdit toute communication de ce genre, autrement que dans les conditions fixées par l'article 4 de la loi du 30 juin 1838⁶⁶⁷. » Ce dernier fait référence aux contrôles exercés par le préfet lui-même et les personnes déléguées par lui ou le ministre de l'Intérieur comme le président du tribunal, le procureur du roi [de la république], le juge de paix, le maire de la commune du domicile de secours, qui peuvent recevoir des réclamations de personnes internées pour éviter toute forme d'internement arbitraire. Laurent Bougère s'interroge : « Comment voulez-vous que nous modifions utilement la quote-part de chaque commune si nous ne pouvons contrôler les abus possibles dans les admissions gratuites⁶⁶⁸ ? » Selon le préfet la détermination du barème de communes n'a rien à voir avec la question individuelle d'admission à l'asile qui est un acte administratif réservé au préfet⁶⁶⁹. Le préfet reconnaît que le décret du 25 mars 1852 et la loi du 10 août 1871, mentionnés par Bougère, ont donné le droit au conseil général de fixer le contingent des communes et aussi de faire, aux frais du département, remise aux familles qui ne pourraient plus payer⁶⁷⁰. Se faisant plus caustique, il déclare que ces textes « n'ont pas donné au conseil général l'administration du département⁶⁷¹ ». La constatation de l'indigence est de son ressort. Il concède tout de même que lorsqu'un aliéné n'est plus solvable, c'est au conseil général d'accorder la remise⁶⁷². L'opposition entre les communes et le conseil général se déplace vers le préfet.

⁶⁶³ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Dépenses d'entretien des aliénés indigents - Communication des dossiers au conseil général », séance du 19 septembre 1913, p. 132.

⁶⁶⁴ *Id.*

⁶⁶⁵ *Id.*

⁶⁶⁶ *Ibid.*, p. 133.

⁶⁶⁷ *Id.*

⁶⁶⁸ *Ibid.*, p. 134.

⁶⁶⁹ *Id.*

⁶⁷⁰ *Id.*

⁶⁷¹ *Id.*

⁶⁷² *Id.*

4.4. Une situation financière difficile (1913)

En septembre 1913, en raison de la situation financière de l'asile, le conseil général renonce à être remboursé du reliquat de la transformation des bâtiments dont le montant est de 20 464 F⁶⁷³. D'autre part, et afin de combler le déficit du budget primitif de 1914 qui s'élève à 38 549 F, il consent à faire une avance remboursable à l'asile de 38 891 F⁶⁷⁴. Seulement, il refuse à augmenter le prix de journée des indigents à la charge du département et les pensionnaires de 4^e classe comme le préconisaient le Dr Baruk et le préfet. La deuxième commission mise sur l'avenir : « Votre deuxième commission, estimant que nous nous trouvons actuellement dans une période où la vie est particulièrement dure, n'a pas cru devoir considérer que les frais de nourriture seraient aussi élevés l'année prochaine et les années suivantes. Nous espérons qu'après les années de vaches maigres, nous verrons revenir les années de vaches grasses⁶⁷⁵. » Le rapporteur Bougère exprime aussi la crainte que l'asile ne s'enrichisse au détriment du département : « Vous savez que, si nous augmentions le prix de journée de l'asile, et si son budget en tirait de gros bénéfice, il serait définitivement acquis à l'établissement, sans qu'en aucun cas le département puisse en profiter⁶⁷⁶. » Le préfet trouve que c'est « un acte de mauvaise administration de ne pas donner au directeur de l'asile le prix de journée qu'il demande⁶⁷⁷ ». Il renchérit : « A l'heure actuelle, d'après le compte qu'il [le directeur] a établi sur mes indications il existe un déficit de 27 centimes pour chaque journée d'hospitalisé [d'indigent]⁶⁷⁸. » Puis il sensibilise le conseil général sur sa responsabilité : « je dis hospitalisé parce qu'on a dans le public, et même dans l'assemblée départementale de considérer à tort que l'asile n'est pas un établissement hospitalier. La représentation de l'aliénation joue nécessairement dans l'attribution ou la non attribution des augmentations de prix de journée. Les bénéficiaires de cet asile ne vont pas dans les caisses départementales, et en revanche vous êtes tenus au déficit. Etant propriétaire de l'asile, vous êtes responsable de sa gestion. Si donc le directeur vous dit qu'il ne peut mettre son budget en équilibre, c'est qu'il dépense plus qu'il ne reçoit, autrement dit, que le prix de journée est insuffisant⁶⁷⁹. » Il conclut que « rien ne prouve, d'ailleurs, que l'année actuelle est une année exceptionnelle au point de vue de la cherté de la vie : c'est une simple supposition de la part de M. le rapporteur⁶⁸⁰ ». Ce à quoi le rapporteur répond paternellement : « l'asile est une filiale du département. C'est un peu comme son enfant. Quels que soient les besoins qu'aura cet établissement, le conseil général est obligé de les satisfaire. Il a donc le droit d'agir vis-à-vis de lui en

⁶⁷³ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget additionnel de 1913 », séance du 25 septembre 1913, p. 360.

⁶⁷⁴ *Ibid.*, p. 362.

⁶⁷⁵ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1914 », séance du 25 septembre 1913, p. 362.

⁶⁷⁶ *Id.*

⁶⁷⁷ *Id.*

⁶⁷⁸ *Id.*

⁶⁷⁹ *Ibid.*, p. 363.

⁶⁸⁰ *Id.*

père de famille prudent. Au lieu d'augmenter sa dotation définitivement, le département aidera l'asile à franchir une année critique au moyen d'avances ; et, l'année écoulée, s'il est démontré au conseil général que les différentes réformes que préconise la commission n'ont pu donner le résultat cherché, il sera toujours temps, à ce moment là, de sauter le pas en relevant le prix de journée »⁶⁸¹ ; il finit en disant qu'en prenant cette solution le conseil général se fait « le défenseur des deniers du département » mais aussi de ceux des communes⁶⁸². Certains conseillers expriment des avis divergents, tel Adrien Gioux⁶⁸³ : « Avec l'expédient proposé par M. Laurent Bougère, nous allons donner une satisfaction artificielle à M. le préfet au sujet de sa demande. Nous avons, à l'asile, un déficit de 27 centimes par journée d'hospitalisation qui se traduit par un déficit global de 38 399 F. Au moyen d'un artifice, on va donner provisoirement cette somme à Sainte-Gemmes : et, plus tard, quand tout le monde se sera rendu compte que la vie n'est pas devenue moins chère, alors il faudra faire face à ce remboursement d'avance qui, encore une fois ; n'est qu'un expédient ; ce qui ne nous empêchera pas d'avoir, en outre, à faire face aux dépenses parce que le prix de la vie n'aura pas baissé⁶⁸⁴. » Apparaissent ici les limites du mode de financement de l'asile.

Le montage financier de l'avance faite par le département pour recouvrir le déficit de 38 549 F consiste à additionner 17 891 F provenant de successions d'aliénés et à emprunter 21 000 F articulés avec le recouvrement de la contingence des villes d'Angers, Saumur et Cholet que le conseil général, en août 1911, a porté de 40 à 60 % en raison de l'application du congé hebdomadaire⁶⁸⁵. Le conseiller Gioux annonce : « L'année prochaine vous serez grevé de cette restitution et vous devrez, en outre, augmenter le prix de journée. Je ne vois pas l'avantage de l'opération⁶⁸⁶. » Ce à quoi Laurent Bougère répond : « tout est hypothèse sur le budget. Nous calculons sur 819 indigents. Qui nous prouve que nous n'en aurons pas 780 ou 900 ? On peut espérer voir baisser le chiffre des dépenses par la diminution du nombre des hospitalisés au compte du département des communes, en enlevant à la population de l'aile les faibles d'esprits qui, étant absolument inoffensifs, ne sont pas, au sens propre du mot, des aliénés⁶⁸⁷. » Le conseil général consent une augmentation de la 4^e classe en la faisant passer de 1,21 F à 1,31 F⁶⁸⁸.

⁶⁸¹ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1914 », séance du 25 septembre 1913, p. 363.

⁶⁸² *Id.*

⁶⁸³ Adrien Gioux est conseiller général du canton de Noyant entre 1909 et 1919.

⁶⁸⁴ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1914 », séance du 25 septembre 1913, p. 363.

⁶⁸⁵ *Ibid.*, p. 365.

⁶⁸⁶ *Ibid.*, p. 366.

⁶⁸⁷ *Id.*

⁶⁸⁸ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Prix de pension », séance du 25 septembre 1913, p. 368.

4.5. Une critique de l'augmentation du contingent des communes

En septembre 1913, Laurent Bougère, s'appuyant sur un rapport du Dr Baruk qui établit les prix de revient des indigents, démontre que les communes d'Angers, Saumur et Cholet, en payant 60 % de la dépense du prix de journée, s'acquittent par jour et par malade de 0,69 F⁶⁸⁹. En reprenant le pourcentage de 40 % il obtient 0,6552 F, soit une différence de trois centimes⁶⁹⁰. Il insiste sur le fait que cette augmentation, « pour être lourde », n'est pas exagérée⁶⁹¹. Il attire l'attention des communes et en particulier celle d'Angers qui, en 1912, a hospitalisé à l'asile 257 malades, dont dix seulement avec contribution des familles, et les encourage à rechercher l'avantage qu'elles pourraient tirer d'un concours possible des familles en premier lieu puis des hospices⁶⁹². Le concours de la commune pour les incurables au compte de l'assistance publique reste de 40 %⁶⁹³. Les 60 % restants sont payés par le département et l'Etat (1/4 pour le département et 3/4 pour l'Etat)⁶⁹⁴. Il montre l'intérêt que pourraient avoir les municipalités, la préfecture et la direction de l'asile à ne laisser à l'asile que les aliénés dangereux et à placer les autres, « les agités, les gâteux, les idiots, les malades affaiblis d'intelligence », dans des hospices au compte de l'assistance publique⁶⁹⁵. Les communes ne paieraient plus que 40 % et le département seulement 15 % (les 45 % restants seraient à la charge de l'Etat)⁶⁹⁶. Il s'agit explicitement d'encourager les communes à aller vers d'autres institutions que l'asile, afin de limiter leurs charges et surtout celles du département. La loi de 1838 pèse lourd. Pragmatique, il ponctue : « cette sélection d'internés à l'asile, conforme aux principes humanitaires, permettrait, en même temps, de remplacer les faibles d'esprit par un contingent d'aliénés des départements étrangers, à prix de pension supérieur⁶⁹⁷. » Bernier, maire d'Angers, revient sur l'augmentation de la contingence des communes organisée par le conseil général en août 1911⁶⁹⁸. Après avoir expliqué que la répercussion budgétaire des malades indigents fait passer la charge de la commune de 36 000 F à 54 000 F, il suggère une révision de cette décision, et évoque une contribution de 40 à 45 % voire 50 %⁶⁹⁹. Bernier prédit que l'année suivante verra augmenter les prix de journée, et passer à nouveau de 3 à 4000 F la contribution d'Angers dont le

⁶⁸⁹ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Barème des communes : réclamations contre leur contingent formées par Angers, Cholet, Saumur », séance du 27 septembre 1913, p. 553.

⁶⁹⁰ *Id*

⁶⁹¹ *Id*.

⁶⁹² *Ibid.*, p. 554.

⁶⁹³ *Id*.

⁶⁹⁴ *Id*.

⁶⁹⁵ *Id*.

⁶⁹⁶ *Id*.

⁶⁹⁷ *Id*.

⁶⁹⁸ *Ibid.*, p. 555.

⁶⁹⁹ *Ibid.*, p. 556.

budget se montera à 100 000 F : « Aucune commune ne pourrait supporter une charge aussi écrasante⁷⁰⁰. » Il termine en demandant le retour à la contribution de 40 %⁷⁰¹.

4.6. L'asile s'endette à nouveau (1914)

Le compte administratif de 1913 se conclut sur un excédent de recettes de 21 060 F, ou 18 325 F si on ôte les restes à recouvrer⁷⁰². Comme lors des années antérieures, la diminution des recettes fournies par les indigents a été compensée par l'augmentation des recettes des pensionnaires⁷⁰³. L'embarras des finances tient non pas à la diminution générale des recettes, mais à l'augmentation croissante des prix des denrées qui s'accroît encore en 1913⁷⁰⁴. En septembre 1914, alors que le Dr Baruk demande une augmentation du prix des pensions des indigents à la charge du département de 0,15 F⁷⁰⁵, le conseil général, à la demande du rapporteur Bougère, vote une nouvelle subvention de 14 250 F pour combler le déficit du budget additionnel⁷⁰⁶. Avec les 38 891 F votés antérieurement pour le budget primitif⁷⁰⁷, la dette de l'asile s'élève à 53 141 F. Le même jour, le conseil général, pour combler le déficit de budget primitif de 1915, accorde à l'asile une nouvelle subvention de 50 687 F⁷⁰⁸. Le Dr Baruk, soutenu par le nouveau préfet Fabre⁷⁰⁹, préconise plutôt, comme l'année antérieure, de porter le prix de journée des indigents à la charge du département de 1,15 F à 1,30 F, celui des malades de 4^e classe du département de Maine-et-Loire de 1,31 F à 1,50 F et des départements étrangers de 1,50 F à 1,75 F, et enfin ceux de la troisième classe de 2,50 F à 2,75 F⁷¹⁰. Cette augmentation permettait de dégager une recette supplémentaire de 55 224 F, soit 4 537 F de plus⁷¹¹. Laurent Bougère ne souhaite pas augmenter le prix de pension des indigents à la charge du département ni les 4^e classe afin de ne pas grever les budgets communaux et ceux des familles⁷¹². Son argumentation porte essentiellement sur la quatrième classe qui fait la différence entre ceux qui ont les moyens de payer et les autres déclarés incapables de le faire⁷¹³. L'augmenter serait, selon lui, donner « prise aux certificats bienveillants⁷¹⁴ ». En revanche, il consent à augmenter le prix de journée des 4^e classe des départements « étrangers » (suivant nos sources, il semble

⁷⁰⁰ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Barème des communes : réclamations contre leur contingent formées par Angers, Cholet, Saumur », séance du 27 septembre 1913, p. 556.

⁷⁰¹ *Id.*

⁷⁰² AD49, 1N, Conseil général, 1914, Compte moral et administratif, 1913, p. 258.

⁷⁰³ *Ibid.*, p. 259.

⁷⁰⁴ *Ibid.*

⁷⁰⁵ AD49, 1N, Conseil général, 1914, Rapport du directeur médecin en chef, 1913, p. 260.

⁷⁰⁶ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget additionnel de 1914 », séance du 25 septembre 1914, p. 296.

⁷⁰⁷ *Ibid.*, p. 362.

⁷⁰⁸ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1915 », séance du 25 septembre 1914, p. 300.

⁷⁰⁹ AD49, 1N, Conseil général, 1914, Rapport du préfet (deuxième session), « Augmentation du prix de journée », p. 129

⁷¹⁰ AD49, 1N, Conseil général, 1914, Rapport du directeur médecin en chef, 1913, p. 260.

⁷¹¹ *Ibid.*

⁷¹² AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1915 », séance du 25 septembre 1914, p. 300.

⁷¹³ *Ibid.*, p. 298.

⁷¹⁴ *Ibid.*, p. 297.

que cette augmentation n'a pas été effective) et des 3^e classe (Maine-et-Loire et autres départements). Lucien Frémy⁷¹⁵ mentionne que le déficit va être important. Laurent Bougère annonce 50 687 F⁷¹⁶. Le conseil général décide de suivre Bougère⁷¹⁷. Une subvention départementale de 50 687 F est à nouveau inscrite au budget de 1915⁷¹⁸. Laissons, pour le moment, ces affaires financières et observons quelques modernisations.

D / Modernisation et hygiène

En 1911, l'asile se modernise avec la création d'une usine électrique, une nouvelle buanderie et un service de désinfection. Qu'apportent ces réalisations ? Comment sont financés les travaux ? Un projet de chauffage n'est pas jugé opportun, pour quelles raisons ?

Dans le même temps, des travaux sont effectués pour améliorer la qualité de l'eau, des lits et des tinettes. Un appareil de désinfection est acheté. Quelles sont les conditions d'hygiène dans l'institution ?

1. Modernisations

1.1. Les projets et le financement

En 1910, des projets de modernisation sont évoqués et en premier lieu la création d'une usine électrique pour un dispositif d'éclairage constitué de 1000 lampes de 16 bougies⁷¹⁹. Déjà en 1906, le Dr Dubourdieu souhaitait substituer l'électricité à l'éclairage à l'huile : « [L'éclairage est] tout à fait défectueux, même dans les pensionnats où les malades voient à peine les aliments placés dans leur assiette. Les cours et les couloirs et les recoins [...] n'étant pas éclairés, la surveillance en est tout à fait difficile et des évasions sont à craindre. Je vous en ai signalé deux survenues dans ces conditions⁷²⁰. »

Outre l'éclairage, l'usine électrique servirait à la manœuvre des pompes élévatoires, au fonctionnement des pétrins de la boulangerie, à la désinfection de toute l'eau potable et non potable par ozone, mais aussi à tous les organes mécaniques de la nouvelle buanderie : machines à laver, essoreuses⁷²¹. Installée « depuis 50 ans, pour 400 à 500 malades, la buanderie ne peut plus suffire à sa tâche⁷²² ». C'est surtout le séchage qui pose problème : « Le personnel levé à 4 heures ou 4 heures et 1/2 est souvent obligé de travailler même le dimanche, sans souci de repos hebdomadaire, de veiller le soir jusqu'à 10 ou 11

⁷¹⁵ Lucien Frémy est conseiller général du canton de Chalonnes-sur-Loire entre 1889 et 1940.

⁷¹⁶ *Ibid.*, p. 298.

⁷¹⁷ *Ibid.*, p. 299.

⁷¹⁸ *Ibid.*, p. 300.

⁷¹⁹ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Proposition d'améliorations et de nouvelles installations », séance du 12 mai 1910, p. 530.

⁷²⁰ AC, L 36, Compte moral et administratif, année 1906, non paginé.

⁷²¹ AC, L 13, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Plans et devis de nouveaux bâtiments à construire et modifications de certains services », séance du 19 juillet 1910, p. 355.

⁷²² AC, L 13, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Encombrement de l'asile et insuffisance ou absence des organes essentiels à la buanderie », séance du 18 janvier 1910, p. 334.

heures, de faire sécher une partie du linge au dessus du four de la boulangerie dans des conditions pénibles (il faut monter des escaliers plusieurs fois par jour pour s'y rendre) ou dans les greniers de l'asile, où pour y accéder plusieurs fois par jour (ce qui n'est pas sans inconvénient pour la tranquillité et le bon ordre des quartiers) il faut monter chaque fois 88 marches, après avoir passé par une cour et ouvert et fermé 4 portes. Le séchoir à air chaud, lui-même édifié autrefois par des gens non spécialisés, ne donne pas le maximum de rendement voulu tout en exigeant pour son fonctionnement une quantité énorme de charbon. Le donnerait-il d'ailleurs que sa capacité serait absolument insuffisante pour sécher tout le linge. Celui-ci d'ailleurs n'est pas essoré car il manque à la buanderie desessoreuses dont l'utilité n'est plus à démontrer dans un asile comme Ste Gemmes. Au surplus, la quantité de ce linge, il est bon de le constater une fois, est considérable. En 1909, il a été lavé et séché 38 339 paires de bas, 3 378 blouses... soit un total de 505 016 pièces de linge avec un personnel composé d'une sœur, de 3 infirmiers et de 33 malades. [...] Aussi, à certains jours tout le personnel est sur les dents et malgré le zèle et le bon vouloir de tous, on n'arrive pas à faire toute la besogne et il en résulte parfois des pertes de linge par pourriture⁷²³. »

En 1910, le conseil général constate que la situation financière de l'asile est meilleure⁷²⁴. Sur les 100 000 F empruntés au département pour le bâtiment des agitées, 30 000 F ont déjà été remboursés⁷²⁵. Un crédit de 151 575 F est voté pour les travaux de réinstallation de la buanderie (c'est-à-dire la surélévation du 1^{er} étage), l'achat d'uneessoreuse supplémentaire ; la création de l'usine d'électricité, l'éclairage, le service des eaux avec la réinstallation des pompes⁷²⁶. Quant au crédit de 151 571 F ainsi que les 48 425 F restants du quartier des agitées, un emprunt de 200 000 F est contracté pour 10 ans⁷²⁷. A défaut d'augmenter les prix de journée, le conseil général accentue la dette de l'asile.

1.2. Matérialisation

En 1911, l'asile est branché au réseau électrique *via* la compagnie d'électricité d'Angers, qui fournit de l'énergie pour l'éclairage et la force motrice⁷²⁸⁷²⁹. Le Dr Baruk considère que « l'éclairage est parfait, et, s'il coûte beaucoup plus cher que les anciennes lampes à l'huile, il a réalisé un progrès considérable,

⁷²³ AC, L 13, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Encombrement de l'asile et insuffisance ou absence des organes essentiels à la buanderie », séance du 18 janvier 1910, p. 334.

⁷²⁴ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, séance du 29 août 1910, p. 205.

⁷²⁵ *Id.*

⁷²⁶ *Ibid.*, p. 208.

⁷²⁷ *Id.*

⁷²⁸ AD49, 1N, Conseil général, 1912, Rapports supplémentaires, « Distribution de l'énergie électrique, réinstallation de la buanderie, situation définitive des travaux », p. 5.

⁷²⁹ AC, O 28, Electricité 1911-1950, Avis de branchement de la Compagnie d'Electricité d'Angers à Monsieur le préfet, le 2 décembre 1911.

surtout dans les salles des malades, où l'on se voyait à peine et où tous les accidents étaient à redouter, de la part d'aliénés plongés dans cette demi obscurité⁷³⁰ ». Le confort des malades s'améliore.

A la boulangerie, un pétrin mécanique avec moteur électrique est installé, ce qui permet d'optimiser la fabrication du pain et l'hygiène, tout en diminuant la main d'œuvre⁷³¹. A cette date, seule la pompe centrifugeuse, devant se substituer aux pompes de la machine à vapeur, n'a pas été activée à cause de problèmes techniques⁷³².

Le bâtiment de la buanderie est agrandi la même année⁷³³. Il est modernisé grâce à l'usage de l'électricité. Au rez-de-chaussée on trouve les cuves à lessive, les machines à laver et lesessoreuses « mues par l'électricité ». Le travail est simplifié⁷³⁴. On trouve aussi un séchoir à air chaud qui permet un séchage rapide du linge qui, après pliage, est conduit au premier étage par un monte-charge actionné par « un moteur électrique⁷³⁵ ». Le premier étage est utilisé pour le raccommodage et le repassage : « Là, le personnel travaille à l'aise dans des salles spacieuses, bien éclairées et bien aérées⁷³⁶. » L'architecte départemental, insiste sur l'amélioration du rendement : « les conditions du cahier des charges qui prévoyaient le blanchissage journalier de 1000 à 1200 kg de linge sont plus que largement remplies puisque la moyenne qui a été donnée par l'établissement est de 1400 kg par jour atteignant au besoin 1600 kg⁷³⁷. » Avec l'installation de la lingerie et des ateliers de couture dans la buanderie, la salle de l'ouvrier, rendue libre, est transformée en vestiaire pour les malades. L'asile dispose maintenant d'un lieu pour recevoir les effets des malades pensionnaires et indigents qui, jusqu'alors « étaient dispersés un peu partout, les uns étaient conservés dans les quartiers, les autres disposés à la lingerie ou dans les greniers⁷³⁸ ».

1.3. L'idée du chauffage central jugée inopportune (1912)

En avril 1912, sur les 100 000 F consacrés aux pavillons des agitées, il reste un reliquat de 16 269 F⁷³⁹. L'architecte propose deux projets de chauffage pour les malades. Le premier comprend l'installation d'un calorifère à vapeur à basse pression dans les onze cellules, la galerie du rez-de-chaussée et le dortoir au premier étage du pavillon des agitées, et l'autre une extension du chauffage à un réfectoire et

⁷³⁰ AD49, 1N, Conseil général, 1913, Rapport du directeur-médecin en chef pour l'année 1912, p. 279.

⁷³¹ AD49, 1N, Rapport du préfet et procès-verbaux du conseil général, 1912, Rapport de M. le directeur médecin en chef pour l'année 1911, p. 337.

⁷³² AC49, 1N, Conseil général 1913, Rapport de M. le directeur-médecin en chef pour l'année 1912, p. 279.

⁷³³ AD49, Conseil général, 1913, Rapport du directeur-médecin, 1912, p. 279.

⁷³⁴ AD49, 1N, Conseil général, 1912, Rapport du directeur médecin, 1911, p. 337.

⁷³⁵ *Id.*

⁷³⁶ *Id.*

⁷³⁷ AD49, 1N, Rapport de l'architecte départemental, Monsieur Dussauze, le 2 avril 1912, p. 5.

⁷³⁸ AD49, 1N, Conseil général, 1911, Rapport du directeur médecin-chef, p. 238.

⁷³⁹ AD49, 1N, Rapport de l'architecte départemental, Dussauze, le 3 avril 1912, p. 279.

plusieurs dortoirs des femmes, voisins des agitées⁷⁴⁰. Ces derniers bâtiments, qualifiés « d'insuffisamment chauffés » par l'architecte, le sont par des poêles isolés utilisant du charbon de terre⁷⁴¹. Il s'agit d'obtenir, dans les deux cas, une température de 15° lorsque la température est de – 5° C à l'extérieur. Dans le premier cas 130 kg de charbon seront nécessaires par vingt-quatre heures, dans le second 300 kg⁷⁴². Ce projet est couplé à la mise en place d'un chauffage central dans le château. La deuxième commission considère que le projet d'extension du chauffage du pavillon des agitées n'est pas justifié, au motif que la différence de 20 °C entre les températures intérieures et extérieures n'est pas nécessaire dans nos régions⁷⁴³. Elle poursuit : « Il peut être nécessaire de chauffer davantage le pavillon où les malades ont à se dévêtir [agitées] ; mais cette température n'est pas nécessaire dans les [autres] dortoirs⁷⁴⁴. » L'idée du confort au début du siècle n'est pas la nôtre. D'autre part, alors qu'un remaniement des ailes est projeté, le chauffage est jugé inopportun⁷⁴⁵. Outre les travaux réalisés au sein de l'asile, une attention particulière est donnée à l'hygiène.

2. L'hygiène : l'eau, les couchages, les tinettes et un service de désinfection

En 1909, dans son rapport, l'inspecteur général des asiles critique vivement les conditions d'hygiène de l'asile, notamment la qualité de l'eau, l'usage des tinettes, le couchage des gâteaux et l'absence d'appareil de désinfection⁷⁴⁶. Dans une lettre au préfet, le ministre de l'Intérieur fait pression sur celui-ci pour intervenir « de la façon la plus pressante devant l'assemblée départementale dans l'intérêt des malades⁷⁴⁷ ». Les quelques éléments qui suivent donnent une idée de l'hygiène dans laquelle vivent les malades.

2.1. Le problème de l'eau potable

Depuis 1860, le problème de l'eau potable et ses conséquences sanitaires sont récurrents dans l'asile⁷⁴⁸. Entre août et décembre 1897⁷⁴⁹, une centaine de personnes sont touchées par « une épidémie grave de myélite infectieuse⁷⁵⁰ ». Les symptômes se caractérisent par des œdèmes, des troubles digestifs tels que des vomissements et diarrhées et parfois des hoquets, mais aussi des troubles du système nerveux avec

⁷⁴⁰ AD49, 1N, Rapport de l'architecte départemental, Dussauze, le 3 avril 1912, p. 280.

⁷⁴¹ *Id.*

⁷⁴² *Id.*

⁷⁴³ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Quartier des femmes, pavillons des agitées, installation du chauffage », séance du 18 avril 1912, p. 490.

⁷⁴⁴ *Id.*

⁷⁴⁵ *Ibid.*, p. 491.

⁷⁴⁶ AC, L 43, Commentaires du Dr Baruk sur le rapport de l'inspecteur général Bruno pour l'année 1910.

⁷⁴⁷ AC, J 3, Lettre du Ministre au préfet de Maine-et-Loire, le 22 juillet 1909.

⁷⁴⁸ AC, L 43, Commentaires du Dr Baruk sur le rapport de l'inspecteur général Bruno pour l'année 1910.

⁷⁴⁹ AD49, 1N, Conseil général, 1898, Rapport médical, 1897, p. 433.

⁷⁵⁰ *Id.*

notamment des faiblesses dans les membres inférieurs : « les jambes et les pieds étaient déformés, plus maintenus ; ils flottaient au hasard dans le vide comme des jambes de laine⁷⁵¹. » Les malades se plaignent de douleurs dans les reins, la ceinture, sur les côtés et de constrictions dans la poitrine⁷⁵². Voyant dans ces signes une maladie de la moelle épinière, le Dr Petrucci diagnostique une myélite infectieuse⁷⁵³. En octobre 1897, devant la commission de surveillance, il évoque 17 morts⁷⁵⁴. Après analyse auprès du laboratoire de bactériologie d'Angers, la mauvaise qualité de l'eau de l'Authion puisée par une machine élévatoire, ainsi que l'encombrement, sont incriminés⁷⁵⁵. Aussitôt, le Dr Petrucci ordonne que l'eau de la machine soit dévolue exclusivement à la buanderie, l'hydrothérapie et l'arrosage. Pour le reste, l'alimentaire, il demande d'utiliser la conduite d'eau des Ponts-de-Cé⁷⁵⁶ (Angers). En septembre 1898, une épidémie de dysenterie touche 101 malades (54 hommes et 47 femmes) : 18 décèdent. Un infirmier en meurt⁷⁵⁷. Une hypothèse est soulevée : l'Authion ne serait pas « le seul véhicule de matière infectieuse⁷⁵⁸ ». Les égouts de la buanderie, du dépotoir de la paille des gâteaux, des animaux et de la porcherie s'égoutteraient en amont de la galerie filtrante. Après une visite de la commission de surveillance sur le terrain, cette hypothèse est repoussée, mais elle donne une idée de l'hygiène et de l'état sanitaire de l'asile⁷⁵⁹.

En 1910, le problème persiste : 2 cas de dysenterie et 4 cas de typhoïde sont répertoriés. Le Dr Baruk opère deux mises au point. D'une part, si l'origine hydrique n'est pas douteuse, il disculpe l'incidence de l'encombrement qu'il considère comme une cause adjuvante, secondaire⁷⁶⁰. D'autre part, il fait une distinction entre la myélite éradiquée depuis 13 ans – sans doute avec l'abandon de l'utilisation de l'eau de l'Authion - et l'épidémie de dysenterie et fièvre typhoïde qui se manifestent chaque année, soit simultanément soit successivement⁷⁶¹.

A cette date, les deux approvisionnements en eau coexistent toujours : le service des eaux d'Angers achemine l'eau des Ponts-de-Cé par une canalisation spéciale, et par ailleurs une pompe à vapeur installée à l'asile prend l'eau dans la Loire après l'embouchure de l'Authion. Cette eau, souillée notamment par le rouissage du chanvre, est impropre à l'alimentation⁷⁶². Seulement, le Dr Baruk précise que ces eaux qui ne devraient servir qu'à l'arrosage et aux usages domestiques, pour des raisons

⁷⁵¹ AD49, 1N, Conseil général, 1898, Rapport médical, 1897, p. 438.

⁷⁵² *Id.*

⁷⁵³ *Id.*

⁷⁵⁴ AC, L 12, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Communication de M. le directeur sur une épidémie de myélite sévissant à l'asile », séance du 27 octobre 1897, non paginé.

⁷⁵⁵ *Id.*

⁷⁵⁶ *Id.*

⁷⁵⁷ AC, L 13, Procès-verbaux des délibérations de commission de surveillance, « Epidémie de dysenterie », séance du 10 octobre 1898, p. 3.

⁷⁵⁸ AC, L 13, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Service des eaux de l'asile », séance du 20 juin 1899, p. 21.

⁷⁵⁹ *Id.*

⁷⁶⁰ AC, L 43, Commentaires fait par Dr Baruk en 1911 sur le rapport de l'inspecteur général Brunot daté de 1910, non paginé.

⁷⁶¹ *Id.*

⁷⁶² *Id.*

économiques, ont été utilisées pour l'alimentation⁷⁶³. Si, comme le souligne le Dr Baruk, des efforts ont été faits par son prédécesseur, le Dr Dubourdiou : isolation des canalisations, fermeture à clef des robinets d'eau de l'Authion et augmentation du nombre des robinets d'eau de Loire, le problème demeure néanmoins⁷⁶⁴.

D'autre part, malgré l'utilisation d'un filtre Chamberland⁷⁶⁵, l'eau de Loire n'est pas non plus de bonne qualité pour la consommation⁷⁶⁶. Une analyse réalisée 1907 révélait : « L'eau de Loire filtrée est de qualité très médiocre, à peine améliorée après sa filtration ; les eaux de Loire (eau potable d'Angers) et du puits de la cour, de la cuisine sont souillées par des infiltrations d'eaux superficielles. Le problème est donc, comme nous le signalions déjà l'an dernier, très complexe et les bons résultats de cette année ne doivent pas nous donner une confiance exagérée dans l'avenir, tant qu'on n'aura pas remédié radicalement et efficacement à l'impureté des eaux d'alimentation de l'asile⁷⁶⁷. »

A son arrivée, le Dr Baruk favorise l'usage de l'eau de Loire à la cuisine pour le lavage des légumes⁷⁶⁸ ; mais préconise « la distribution systématique d'eau bouillie⁷⁶⁹ » pour la boisson.

En 1911, il est optimiste : la maladie semble « enrayée⁷⁷⁰ ». Cependant, il met en garde sur l'incidence financière de cette pratique : « Sans doute toutes ces transformations ont augmenté notablement la consommation d'eau de Loire et par conséquent la dépense afférente à ce crédit. Jusqu'ici la répercussion ne s'en est pas fait sentir sur le budget parce que l'ancien compteur installé sur la canalisation des Ponts-de-Cé était abîmé et ne permettait pas au service des eaux de se rendre compte de la quantité consommée. Mais depuis un mois qu'un nouveau compteur a été placé on s'aperçoit déjà de la différence⁷⁷¹. » Et afin de couper court à toute critique : « Cependant, je ne regrette rien et je ne crois pas qu'il puisse venir à l'esprit de personne de me reprocher d'avoir fait passer les considérations budgétaires après le souci de l'état sanitaire⁷⁷². »

La même année, malgré les différentes précautions, la dysenterie et les diarrhées frappent plus que les autres années. Alors qu'il y avait eu 2 cas de dysenterie, 12 de diarrhée et 4 de fièvre typhoïde en 1910, en 1911, il y a 34 cas de dysenterie, 36 de diarrhée et 12 de fièvre typhoïde. Et alors qu'aucun cas de mortalité n'était à déplorer en 1910, 11 malades meurent de dysenterie, 2 de typhoïde et 1 de diarrhée en 1911. Le Dr Baruk pense qu'il ne faut pas incriminer « les conditions hygiéniques auxquelles sont

⁷⁶³ AC, L 43, Commentaires fait par Dr Baruk en 1911 sur le rapport de l'inspecteur général Brunot daté de 1910, non paginé.

⁷⁶⁴ *Id.*

⁷⁶⁵ Charles Chamberlant, agrégé de physique, intègre le laboratoire de Pasteur rue de Ulm en 1875. Il est à l'origine de l'étuve, l'autoclave Chamberland, et un filtre (en porcelaine) pour assainir l'eau et protéger le buveur contre la typhoïde. Cf. Janice Trotureau, *Pasteur*, Paris, Gallimard, 2008, p. 204-2005.

⁷⁶⁶ AC, L 43, Commentaires fait par Dr Baruk en 1911 sur le rapport de l'inspecteur général Brunot daté de 1910, non paginé.

⁷⁶⁷ AC, L 36, Rapport médical, 1907, non paginé.

⁷⁶⁸ AC, L 43, Commentaires fait par Dr Baruk en 1911 sur le rapport de l'inspecteur général Brunot daté de 1910, non paginé.

⁷⁶⁹ AC, L 36 bis, Compte administratif et rapport médical, 1910, p. 5.

⁷⁷⁰ *Id.*

⁷⁷¹ AC, L 43, Commentaires fait par Dr Baruk en 1911 sur le rapport de l'inspecteur général Brunot daté de 1910, non paginé.

⁷⁷² *Id.*

soumis les malades » mais « la situation de l'asile »⁷⁷³. Une relation est faite entre la sécheresse et la recrudescence des affections intestinales comme « Chaque fois que, grâce à la sécheresse, le niveau de la Loire s'abaisse, laissant à découvert une grande étendue de son lit avec de place en place des flaques d'eau stagnante dont les émanations vicient l'atmosphère⁷⁷⁴ ». Il ajoute l'action de l'écoulement des égouts de l'asile sur le lit desséché « qui augmente la nocivité⁷⁷⁵ ». En 1912, les dysenteries et typhoïdes sont plus rares que les années antérieures⁷⁷⁶. Il y a eu 6 cas de dysenterie et 4 cas de typhoïde mais le taux de mortalité reste très fort avec 5 décès par dysenterie et 1 décès par la fièvre typhoïde⁷⁷⁷. Malgré les précautions utilisées : « les malades ne font usage que de l'eau soigneusement bouillie, et les robinets d'eau non potable sont munis de clés confiées à la garde des chefs de quartier⁷⁷⁸. » Le Dr Baruk avoue son impuissance : « Comment empêcher un malade d'ingurgiter quelques gorgées d'eau dans un bain et comment, surtout, au cours des chaleurs de l'été, empêcher les malades employés aux jardins, de boire une certaine quantité d'eau d'arrosage⁷⁷⁹ ? » En 1913, encore 2 décès par dysenterie et un par fièvre typhoïde sont recensés⁷⁸⁰. Le couchage des malades pose aussi problème.

2.2. Le couchage : le remplacement des paillasses et des « barcos »

Dans son rapport de 1910, l'inspecteur général parle de paillasses infectées de vermines⁷⁸¹. Le Dr Baruk se défend d'avoir vu des insectes mais reconnaît la nécessité de substituer aux paillasses des sommiers à lames d'acier⁷⁸². Déjà en 1906, le Dr Dubourdieu désirait, pour l'hygiène, augmenter le nombre de sommiers afin de remplacer les paillasses « remplies de punaises⁷⁸³ ». En 1910, si le travail de substitution a commencé, l'inspecteur ne constate que 300 sommiers, les crédits manquent⁷⁸⁴. En 1911, le nombre des sommiers pour les malades propres est porté à 499, mais le Dr Baruk estime le temps du remplacement des 688 paillasses restantes à plusieurs années⁷⁸⁵. Il suggère, pour hâter le remplacement, la fabrication sur place. Il prévoit ainsi, dans le budget additionnel, l'achat de 75 sommiers élastiques⁷⁸⁶. Tout autre est le problème des « barcos » pour les « gâteux ». Ce type de lit consiste en une caisse en bois contenant de la paille sur lequel un drap est appliqué⁷⁸⁷. Voici comme le Dr Baruk les décrit : « On

⁷⁷³ AD49, 1N, Conseil général, 1912, Rapport du directeur médecin-chef, 1911, p. 311.

⁷⁷⁴ *Id.*

⁷⁷⁵ *Id.*

⁷⁷⁶ *Id.*

⁷⁷⁷ *Id.*

⁷⁷⁸ AD49, 1N, Conseil général, 1913, Rapport du directeur médecin-chef, 1912, p. 341.

⁷⁷⁹ *Id.*

⁷⁸⁰ AD49, 1N, Conseil général, 1914, Rapport du directeur médecin-chef, 1913, p. 328.

⁷⁸¹ AC, L 43, Commentaires du Dr Baruk sur le rapport de l'inspecteur général Brunot pour l'année 1910.

⁷⁸² *Id.*

⁷⁸³ AC, L 36, Compte moral et administratif, 1906, non paginé.

⁷⁸⁴ AC, L 43, Commentaires du Dr Baruk sur le rapport de l'inspecteur général Brunot pour l'année 1910.

⁷⁸⁵ *Id.*

⁷⁸⁶ AC, L 36 bis, Compte administratif et rapport médical, 1910, non paginé.

⁷⁸⁷ AC, L 43, Commentaires du Dr Baruk sur le rapport de l'inspecteur général Brunot pour l'année 1910.

se rend compte des multiples inconvénients d'un tel mode de couchage, pour des malades désordonnés et malpropres. Au moindre mouvement, le drap est dérangé et le malade se trouve, en réalité, directement posé, pour ne pas dire plongé dans la paille, dont les brins, plus ou moins durs, pénètrent dans les orifices naturels, labourent les plaies des escarres si fréquentes chez ces malades et sont causes de toutes sortes d'infections. En outre, les parois de bois qui bordent, de chaque côté, la paille ne tardent pas à se trouver imprégnés des urines et des matières fécales et il est impossible, en raison même de la matière dont elles sont composées, de songer à les nettoyer sérieusement⁷⁸⁸. »

En 1910, le Dr Baruk demande l'autorisation à la commission de surveillance d'acheter à titre de spécimen deux lits de gâteaux⁷⁸⁹. En raison du prix, le remplacement des lits se fera progressivement. Le Dr Baruk, dans l'immédiat, prévoit au budget additionnel l'achat de 10 lits, soit une valeur de 1420 F⁷⁹⁰. « Ces lits entièrement métalliques sont pourvus de sommiers en acier. Sur le sommier se posent trois petits matelas qui se touchent par leurs extrémités. Les deux extrêmes, celui de la tête et celui des pieds, sont des matelas ordinaires. Celui du milieu, le seul susceptible d'être souillé, est bourré de paille. Le tout est recouvert de drap comme un lit ordinaire. Les déjections liquides traversant la paillasse du milieu passent entre les lames d'acier du sommier et sont dirigées par une cuvette en tôle galvanisée dans un vase en fer battu, coulissé au dessous du lit. Il suffit de changer, tous les jours, la paillasse du milieu et de désinfecter, de temps en temps, les parois métalliques du lit, pour éviter tous les inconvénients des barcos actuels. L'entretien de ces lits est même moins coûteux, puisqu'ils ne nécessitent que le renouvellement d'une quantité de paille trois fois moindre que celle qu'il nous faut actuellement⁷⁹¹. »

2.3. La vidange : « les tinettes »

En 1910, chaque matin, le contenu des tinettes est versé dans des fosses creusées dans le schiste ardoisier à l'extrémité ouest du champ dit de la Garenne. Après un séjour plus ou moins prolongé, durant lequel les matières fermentent, elles sont transportées sur les terrains de cultures où elles servent d'engrais⁷⁹². La fermentation, les odeurs qui se dégagent et le double transport sont déplorés⁷⁹³. Le tout-à-l'égout est repoussé pour des raisons techniques et financières, l'épandage et la fosse septique sont inapplicables en raison de la surface requise⁷⁹⁴. L'évacuation par la société des vidanges d'Angers, suggérée par l'inspecteur général, suppose la création de fosses étanches dans tous les bâtiments et leur

⁷⁸⁸ AC, L 36 bis, Compte administratif et rapport médical, 1910, p. 9.

⁷⁸⁹ AC, L 13, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Achats de lits », séance du 15 novembre 1910, p. 362.

⁷⁹⁰ AC, L 36 bis, Compte administratif et rapport médical, 1910, p. 9.

⁷⁹¹ *Id.*

⁷⁹² *Ibid.*, p. 11.

⁷⁹³ *Id.*

⁷⁹⁴ *Id.*

évacuation fréquente, est repoussée pour des raisons financières⁷⁹⁵. Le Dr Baruk suggère l'enfouissement⁷⁹⁶. En 1911, il est mis en application : « Tous les matins, une tranchée profonde est donc creusée dans la parcelle du terrain choisi. Le contenu des tinettes y est versé et immédiatement recouvert de terre. Le résultat que nous avons obtenu est des plus satisfaisants, nous avons pu faire disparaître les odeurs infectes qui se dégageaient des anciennes fosses et éloigner les mouches qui transportaient les maladies contagieuses tout en utilisant pour la culture un engrais éminemment précieux⁷⁹⁷. » Ce système, que le Dr Baruk avait appliqué à Alençon, nécessite des petits chariots en fonte pour transporter les tinettes⁷⁹⁸.

2.4. Un service de désinfection

En 1909, l'inspecteur général avait aussi relevé l'absence d'appareil de désinfection en cas de maladie contagieuse⁷⁹⁹. L'hôpital dispose seulement d'une lessiveuse pour faire bouillir le linge contaminé et d'un vieux pulvérisateur pour la désinfection des surfaces⁸⁰⁰. Le Dr Baruk reconnaît qu'il : « est incontestable que ce sont là des moyens insuffisants pour un grand établissement hospitalier⁸⁰¹. » Il suggère l'achat d'une petite étuve à formol pour la désinfection des surfaces⁸⁰². En 1911 un service de désinfection est organisé. Une petite étuve à formol et un appareil Hoton sont installés dans un local construit dans le jardin par la main d'œuvre de l'asile⁸⁰³. Des « sacs de toiles imperméables » sont réalisés afin de transporter les « objets de literie » et les vêtements « de façon à éviter la propagation des maladies infectieuses »⁸⁰⁴. C'est un petit pas effectué dans le sens d'une asepsie du lieu.

Conclusion

Au début du XX^e siècle l'asile de Sainte-Gemmes apparaît comme un lieu de relégation, d'exclusion pour une population « aliénée », indigente dont on ne sait que faire. Un lieu d'absorption sociale, encombré, dans lequel l'opération thérapeutique est difficile.

A l'exception des médecins et des internes, le personnel n'a qu'une fonction de gardiennage. Ils n'ont pas de formation, l'accent est mis sur sa moralité. « Internalisé », sous-payé et sans avantages sociaux, une partie du personnel est frustré et volatil.

⁷⁹⁵ AC, L 43, Commentaires du Dr Baruk sur le rapport de l'inspecteur général Brunot pour l'année 1910.

⁷⁹⁶ AC, L 36 bis, Rapport à l'appui du compte administratif et rapport médical, 1910, p. 11.

⁷⁹⁷ AD49, 1N, Conseil général, 1912, Rapport du directeur médecin-chef, 1911, p. 239.

⁷⁹⁸ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Service des vidanges », séance du 16 mai 1911, p. 23.

⁷⁹⁹ AC, L 36 bis, Compte administratif et rapport médical, 1910, p. 9

⁸⁰⁰ *Id.*

⁸⁰¹ *Id.*

⁸⁰² *Id.*

⁸⁰³ AD49, 1N, Conseil général, 1912, Rapport du directeur médecin-chef, 1911, p. 239.

⁸⁰⁴ *Id.*

Dans l'étroite dépendance financière du conseil général et des communes, *via* la fixation du prix de journées des indigents, c'est une institution en équilibre précaire. Le partage de la prise en charge de l'indigence donne lieu à des combats épiques entre le conseil général et les principales communes. En 1914, à défaut d'augmenter le prix de journée, le conseil général multiplie les subventions. Comment l'asile va-t-il rembourser ces avances ?

Dans ce contexte, la stratégie de survie de l'institution consiste à limiter ses entrées en refoulant les aliénés non dangereux ou accélérer les sorties des bien-portants. Sans moyens, les bâtiments sont inadaptés au nombre grandissant des aliénés et l'hygiène y est déplorable.

Dès son arrivée, le Dr Baruk apparaît comme un médecin-directeur innovant et animé d'une volonté d'infléchir les choses. Sa première démarche consiste à séparer les aliénées susceptibles d'être soignées des autres. Il s'agit de favoriser l'opération thérapeutique afin d'accentuer les sorties et ainsi limiter l'encombrement. Alors que les pensionnaires diminuent, dans une stratégie apparemment plus pragmatique que philanthropique et médicale, le Dr Baruk réamorce le placement volontaire gratuit.

Le Dr Baruk revalorise ensuite les conditions d'existence du personnel pour capter et retenir les plus fiables. Parallèlement, il amorce une modernisation du bâti en introduisant l'électricité et tente de régler les problèmes d'hygiène les plus criants.

Au début du siècle, il existe un hiatus entre une psychiatrie novatrice qui tente un rapprochement avec la médecine et la vision profane, médecin compris. Ainsi le Dr Baruk récuse le concept d'aliénation, à son avis trop englobant, pour une maladie diverse et évolutive. De même l'internement, la contention ne lui apparaissent pas toujours justifiés, loin sans faut. Il formule une prise en charge différenciée, hospitalière pour les aigus (service ouvert). La Première Guerre mondiale, comme contexte d'exception, va-lui donner l'occasion d'expérimenter cette idée. L'histoire de la transformation de l'asile est un combat pour le dépassement du paradigme premier de la psychiatrie orchestré autour de l'aliénation, l'asile comme orthopédie et l'internement.

Chapitre II. L'épreuve de la Première Guerre mondiale (Août 1914-1918)

Introduction

Entre 1914 et 1918, le maelström de la guerre met à l'épreuve l'institution asilaire. Ce contexte d'exception nous permet d'observer ce qu'elle met à nu : la capacité de survie de l'asile, ses forces, ses ressources mais aussi ses faiblesses.

En 1914, quelle est l'incidence immédiate de la guerre ? Quelles sont les stratégies développées par les différents acteurs pour remédier, au mieux de leurs intérêts, aux problèmes qui se posent ?

Pendant la durée du conflit, comment évoluent la population asilaire, la symptomatologie ? Qu'en est-il des finances ? En 1914 un service de neuropsychiatrie pour les militaires est ouvert à l'asile. Quel bilan peut-on tirer de cette psychiatrie de guerre ?

En 1918, comme partout, l'asile est victime de la grippe espagnole. Que nous apprend cet épisode sur l'institution ?

A / L'incidence immédiate (1914)

Le début de la guerre est marqué par la désorganisation des services avec le départ de nombreux infirmiers mais aussi par des problèmes d'approvisionnement. Comment la direction fait-elle face à ces problèmes ? Des réfugiés affluent. Comment-sont-ils accueilli ? Quelles sont les répercussions dans les services ? En 1914, afin de participer à l'effort de guerre, des malades sont mis à la disposition des fermiers de la région pour les moissons. Comment évolue cette mise à disposition ? Le Dr Baruk, mobilisé sur place, décide de créer un service ouvert distinct de l'asile pour accueillir les militaires. Comment fonctionne-t-il ? Quels enseignements en retire-t-il ? Comment la guerre se répercute-t-elle sur le budget ? Comment se comportent les financeurs ?

1. La désorganisation des services et de l'approvisionnement

1.1. Les services

En septembre 1914, une partie du personnel masculin est mobilisée⁸⁰⁵, les services sont désorganisés⁸⁰⁶. Le médecin adjoint, le Dr Raymond Rougean, les deux internes, le secrétaire de la direction, les deux surveillants – dont l'un, réformé, sera rapidement de retour -, les deux jardiniers, le commissionnaire, le veilleur, le dépensier, l'aide boulanger, le maçon et les 4/5 des infirmiers sont mobilisés⁸⁰⁷. Seuls le chef boulanger et le baigneur, sur la demande du directeur, bénéficient d'un sursis d'incorporation⁸⁰⁸. Des annonces sont publiées dans les journaux. Un nouveau personnel, composé d'ouvriers sans travail et de réfugiés encadrés par les infirmiers non mobilisables, est mis en place⁸⁰⁹ : « Les nouveaux arrivants, après avoir été mis au courant pendant quelques jours, purent assurer les services⁸¹⁰. » Cela ne se fait pas sans peine : « Ce personnel est peu stable, et de nombreux changements et départs se produisent, amenant quelques fois une désorganisation complète dans le service par suite du manque d'infirmiers⁸¹¹. Les jardiniers sont remplacés par des malades⁸¹² : « Habités à travailler dans les jardins [ils] étaient au courant des besoins. Leur état mental étant satisfaisant, ils bénéficièrent d'une sortie et purent être transformés en employés⁸¹³. » Par la suite un jardinier chef, réfugié du Nord, est embauché et chargé de la remise en état des serres, des plantes ornementales et du parc⁸¹⁴.

Le « service médical » est dans un premier temps assuré par le seul Dr Baruk. Puis deux jeunes gens, sans être étudiants en médecine, viennent l'aider dans la pratique courante : alimentation artificielle, injections hypodermiques, petits pansements⁸¹⁵. Après quatorze mois de quasi solitude, en novembre 1915, le Dr Baruk obtient du service de santé de l'armée l'aide d'un médecin assistant : le Dr Marcel Gachet⁸¹⁶. En juillet 1917, le Dr Rougean, ancien médecin-adjoint, démobilisé pour cause de maladie, fait son retour⁸¹⁷. Un interne de nationalité grecque, nommé Mandragos, est présent entre décembre

⁸⁰⁵ Entre 1914 et 1918, 93 649 Angevins des classes 1887 à 1919 seront mobilisés, soit 36 % des hommes. Cf. Jean-Luc Marais, *Le Maine-et-Loire aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Picard, p. 173.

⁸⁰⁶ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Situation de l'établissement depuis la mobilisation », séance du 3 septembre 1914, p. 165.

⁸⁰⁷ *Id.*

⁸⁰⁸ *Id.*

⁸⁰⁹ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1914, p. 9.

⁸¹⁰ AD49, 1N, Conseil général, 1915, Rapport médical, compte moral et administratif, 1914, p. 216.

⁸¹¹ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1914, p. 9.

⁸¹² AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Situation de l'établissement depuis la mobilisation », séance du 3 septembre 1914, p. 166.

⁸¹³ AD49, 1N, Conseil général, 1915, Rapport médical, compte moral et administratif, 1914, p. 216.

⁸¹⁴ *Id.*

⁸¹⁵ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Situation de l'établissement depuis la mobilisation », séance du 3 septembre 1914, p. 166-167.

⁸¹⁶ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Fonctionnement du service médical pendant la guerre », séance du 29 avril 1919, p. 404.

⁸¹⁷ *Id.*, p. 405.

1916 et août 1917⁸¹⁸. Jusqu'en 1919, en l'absence d'interne, il y a trois médecins à Sainte-Gemmes⁸¹⁹. A la fin de mai 1915, à la demande du Dr Baruk, le directeur du service de santé du 9^e corps d'armée de Tours met à la disposition de l'asile 15 auxiliaires. Ces militaires font fonction d'infirmier⁸²⁰.

Le secrétaire de direction, Coudert, mobilisé, est remplacé par sa femme⁸²¹. Au mois d'octobre 1914, Brihay, réfugié belge, prend la fonction. Coudert⁸²² ne reviendra pas du champ de bataille⁸²³. Le receveur, l'économiste et le commis d'économat n'ont pas été appelés⁸²⁴. Le Dr Baruk salue l'activité inlassable de Léon Pinard, l'économiste : « A toute heure du jour et de la nuit il était prêt à me seconder, se multipliant pour assurer toutes les parties du service même en dehors de ses fonctions propres⁸²⁵. »

1.2. L'approvisionnement

En ce qui concerne les approvisionnements, une partie des produits n'arrive plus à cause de la mobilisation des fournisseurs et des problèmes de transports. La plupart, évoquant le cas de force majeure, déclarent ne plus pouvoir exécuter les clauses de leurs marchés⁸²⁶. Aussi une partie des approvisionnements se fait sur place et à des prix supérieurs à ceux de l'adjudication⁸²⁷. Le paiement doit se faire au comptant⁸²⁸. Afin de se procurer de l'argent, et dans l'attente d'une subvention départementale, le Dr Baruk prend deux mesures financières : il demande, par anticipation, le montant des pensions trimestrielles des pensionnaires pour les mois de juillet et août et le règlement par le département des journées des malades indigents avant la fin du trimestre échu⁸²⁹. Alors que les services et l'approvisionnement sont désorganisés, l'asile fait face à un afflux de réfugiés.

⁸¹⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Relèvement de l'indemnité du Dr Gachet », séance du 29 août 1917, p. 1197.

⁸¹⁹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Fonctionnement du service médical pendant la guerre », séance du 29 avril 1919, p. 405.

⁸²⁰ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Hommes auxiliaires mis à la disposition des asiles d'aliénés, séance du 15 juin 1915, p. 204.

⁸²¹ AD49, 1N, Conseil général, 1915, Rapport médical, compte moral et administratif, 1914, p. 216.

⁸²² Il fait partie des 19 818 Angevins tués, soit 21 % des mobilisés et 3,8 % de la population de 1911. Cf. Jean-Luc Marais, *Le Maine-et-Loire aux XIX^e et XX^e siècles*, op. cit., p. 173.

⁸²³ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1915, p. 52.

⁸²⁴ AD49, 1N, Conseil général, 1915, Rapport médical, compte moral et administratif, 1914, p. 216.

⁸²⁵ *Id.*

⁸²⁶ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Situation de l'établissement depuis la mobilisation », séance du 3 septembre 1914, p. 167.

⁸²⁷ L'adjudication est un appel d'offre. Chaque année, l'hôpital propose des lots à la préfecture du Maine-et-Loire : œufs, viande, chaussures, etc. Des soumissions par lots sont rédigées et cachetées. L'adjudication est attribuée aux soumissionnaires qui font l'offre la plus avantageuse. La livraison est réalisée au frais des fournisseurs.

⁸²⁸ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Situation de l'établissement depuis la mobilisation », séance du 3 septembre 1914, p. 168.

⁸²⁹ *Id.*

2. Les réfugiés (ées) de la Seine et d'Armentières

Au moment de la retraite de la Marne et de l'avancée des Allemands sur Paris, le département de la Seine décide d'évacuer les asiles situés dans la banlieue parisienne qui pouvaient souffrir d'un bombardement⁸³⁰. Le 9 septembre 1914, l'asile, déjà encombré, reçoit 142 malades de la Seine - 74 hommes et 68 femmes - accompagnés par 6 infirmiers, 9 infirmières et 4 enfants de celles-ci⁸³¹. Le Dr Baruk attribue pour chaque sexe un quartier sous la surveillance du personnel accompagnant⁸³². Il se souvient : « Ce fut un moment pénible pour nous qui n'avions été prévenus que quelques heures avant l'arrivée du convoi et qui, déjà encombrés, manquions de tout pour assurer le bien-être d'un tel nombre de malades. Heureusement, le dévouement et l'abnégation de tous nous permirent d'avoir rapidement une situation telle à ces nouveaux arrivants que, lorsque, quelques temps après, une délégation du conseil général de la Seine vient les visiter, elle exprime publiquement sa satisfaction de la façon dont ils avaient été traités⁸³³. » Le 3 novembre, à nouveau, 50 malades en provenance d'Armentières sont hospitalisés⁸³⁴.

L'arrivée des 192 réfugiés est accentuée par une augmentation sensible des admissions locales : l'ensemble fait passer les admissions de 259 en 1913 à 501 en 1914⁸³⁵. En 1915, la commission de surveillance fait une « visite détaillée » de l'établissement afin de se rendre compte de la façon dont les malades sont logés : « Elle [la commission de surveillance] a visité tous les dortoirs improvisés, tant dans la salle de théâtre que dans les salles à manger, les parloirs et les salles de réunions. Sans doute, tous ces locaux sont détournés de leur destination et quelques peu encombrés. Néanmoins, la commission constate que malgré l'afflux considérable de nouveaux pensionnaires, les conditions d'hygiène restent toujours aussi satisfaisantes que possible⁸³⁶. » Avec l'augmentation des malades, l'asile dispose d'une main-d'œuvre plus importante. En 1914 le Dr Baruk décide de faire participer les malades à l'effort de guerre.

⁸³⁰ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1918, p. 8.

⁸³¹ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Malades de la Seine », séance du 22 septembre 1914, p. 173.

⁸³² *Id.*

⁸³³ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1918, p. 8.

⁸³⁴ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Malades d'Armentières », séance du 17 novembre 1914, p. 178.

⁸³⁵ Cf. Tableau n° 2 : Evolution de la population internée entre 1910 et 1918

⁸³⁶ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Visite de l'asile », séance du 18 mai 1915, p. 203.

3. De la mise à disposition de malades au colonat partiaire (1914-1917)

En 1914 une équipe agricole de malades est mise à la disposition des cultivateurs de la commune de Sainte-Gemmes, dont beaucoup ont été mobilisés⁸³⁷, pour faire les moissons et les fenaisons⁸³⁸. Cette équipe, constituée de malades encadrés par des gardiens, va chez les agriculteurs qui en font la demande et aide à « l'exécution des travaux les plus fatigants⁸³⁹ ». Mais c'est surtout à partir de 1916, suite au rappel des différentes classes, que les malades accentuent leurs travaux⁸⁴⁰. L'augmentation de la population de l'établissement et notamment des malades travailleurs, mais aussi l'exploitation trop restreinte de l'asile, autorise cette pratique⁸⁴¹. Les malades sont gracieusement mis au service des cultivateurs qui les rémunèrent par une petite gratification⁸⁴². Le versement d'une rémunération avait été repoussé afin d'éviter que l'asile ne donne l'impression d'exploiter les malades, mais aussi parce que le versement au compte du pécule présentait des difficultés : l'absence d'une récompense visible et tangible pour les malades, et la nécessité de changer le débiteur habituel, à savoir l'asile, pour un particulier⁸⁴³. Cette équipe fonctionne pendant trois ans, jusqu'en 1917. A partir de cette date, elle est concurrencée par le retour des classes anciennes et l'utilisation des prisonniers de guerre⁸⁴⁴. Le Dr Baruk, dans un contexte de difficultés budgétaires, constatant l'efficacité de cette équipe, qui, « bien dirigée » était « apte aux travaux les plus compliqués » imagine un prolongement⁸⁴⁵. Dans la commune de Sainte-Gemmes-sur-Loire, de nombreuses terres sont abandonnées en friche, notamment dans l'Île aux Chevaux située en face de l'asile, sur l'autre rive de la Loire. L'absence de fonds de l'asile écartant toute idée d'achat ou de location, reste celle du colonat partiaire⁸⁴⁶. Le colonat partiaire est un mode d'exploitation par lequel le possesseur d'un bien rural le remet pour un certain temps à un colon qui s'engage à le cultiver, sous condition d'en partager les produits avec le propriétaire. Le Dr Baruk propose que la main d'œuvre de l'asile défriche le sol, l'entretienne, l'ensemence et partage le produit par la moitié avec le propriétaire. Suite à cette proposition avantageuse pour les propriétaires, plusieurs

⁸³⁷ Entre août 1914 et janvier 1916, 50 705 paysans angevins furent mobilisés soit 53 % des actifs agricoles du recensement de 1911. Avec le rappel des classes de 1917 à 1919, ce pourcentage s'accroît à 58 % (55 500). Cf. Alain Jacobzone, *1914-1918 : en Anjou loin du front*, Vauchrétien, Ivan Davy, 1988, p. 196. Par absence de main-d'œuvre, les rendements baissent, des terres sont abandonnées. Cf. Jean-Luc Marais, *Le Maine-et-Loire aux XIX^e et XX^e siècles, op. cit.*, p. 174.

⁸³⁸ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Malade mis à la disposition des cultivateurs pour les travaux de la campagne », séance du 18 juillet 1916, p. 296-297.

⁸³⁹ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1918, p. 51.

⁸⁴⁰ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Malade mis à la disposition des cultivateurs pour les travaux de la campagne », séance du 18 juillet 1916, p. 297.

⁸⁴¹ *Ibid.*, p. 296.

⁸⁴² *Ibid.*, p. 297.

⁸⁴³ *Ibid.*, p. 297-298.

⁸⁴⁴ AC, L 36 bis, Rapport médical compte moral et administratif, 1917, p. 51.

⁸⁴⁵ *Id.*

⁸⁴⁶ *Id.*

contrats sont noués⁸⁴⁷. Le travail commence dès l'été 1917. Le Dr Baruk mentionne l'exemple d'une parcelle de 44 ares ensemencée de haricots en juin 1917, dont la récolte rapporte 970 kg à l'asile⁸⁴⁸. Une autre innovation est attachée à ce temps d'exception : la création d'un service ouvert pour les militaires.

4. Un service « ouvert » pour les militaires (1914-1919)

En 1914, au début de la mobilisation, le Dr Jacques Baruk, placé hors cadre pour assurer la marche de l'asile⁸⁴⁹, offre son concours au médecin-chef de la place d'Angers⁸⁵⁰. Celui-ci le prie de s'occuper des militaires qui, au cours de la mobilisation, ont présenté des troubles mentaux⁸⁵¹. Bientôt, en raison du manque de personnel, des troubles engendrés et de l'absence de traitements appropriés, l'assistance de ces malades devient impossible à l'hôpital d'Angers⁸⁵². Le médecin-chef demande alors au Dr Baruk de les accueillir à Sainte-Gemmes « sans formalité d'internement et à condition de ne pas les mélanger avec les autres aliénés⁸⁵³ ». Le 9 août 1914⁸⁵⁴, le Dr Baruk réalise, selon lui « ce que beaucoup de psychiatres réclamaient avant 1914 » : un « service ouvert destiné au traitement des maladies mentales aiguës, indépendant de l'asile, non soumis à la loi de 1838 et réservé aux militaires⁸⁵⁵ ». A la faveur de ce contexte exceptionnel, le souhait du Dr Baruk se réalise. Imprégné des idées du Pr Régis, de la Faculté de médecine de Bordeaux, médecin principal des armées, il est persuadé que les psychoses seraient nombreuses « aiguës, transitoires et curables⁸⁵⁶ ». Ce dernier, s'appuyant sur des travaux portant sur la guerre russo-japonaise (1904-1905), tentait, dans l'avant-guerre, de promouvoir, dans l'armée, en temps de paix, une assistance psychiatrique et réclamait, en temps de guerre, la création de « pavillons spéciaux » pour « les psychopathes », annexés aux hôpitaux de campagne, pour prendre en charge les troubles psychiques⁸⁵⁷. Seulement, le Dr Baruk précise que les rares médecins militaires sensibles à cette conception se heurtent aux préjugés « que le monde se divise en sains d'esprit et en aliénés, en fous et en non fous », auxquels on ajoute, en temps de guerre, le simulateur dont « la thérapeutique se résume par le conseil de guerre⁸⁵⁸ ». Dans cet état d'esprit, le Dr Baruk déplore que lors de la mobilisation rien n'avait été fait pour les troubles mentaux. Sarcastique, il mentionne que l'on n'avait pas prévu d'avoir

⁸⁴⁷ AC, L 36 bis, Rapport médical compte moral et administratif, 1917, p. 51.

⁸⁴⁸ *Id.*

⁸⁴⁹ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Régularisation de la situation du service de neuropsychiatrie militaire », séance du 19 février 1918 p. 375.

⁸⁵⁰ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Situation de l'établissement depuis la mobilisation », séance du 3 septembre 1914, p. 168.

⁸⁵¹ *Id.*

⁸⁵² *Id.*

⁸⁵³ *Id.*

⁸⁵⁴ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Régularisation de la situation du service de neuropsychiatrie militaire », séance du 19 février 1918, p. 375.

⁸⁵⁵ Jacques Baruk et René Bessière, *Quelques considérations sur la neuropsychiatrie de guerre* (Service de Sainte-Gemmes 1914-1919), Angers, Siraudeau, 1920, p. 3.

⁸⁵⁶ *Id.*

⁸⁵⁷ *Id.*

⁸⁵⁸ *Id.*

recours à des chirurgiens⁸⁵⁹. Revenant sur l'organisation administrative du service, il précise qu'elle « fut aussi simple que possible⁸⁶⁰ ». « Rompant avec les lenteurs habituelles en cette matière, la question fut traitée verbalement tant avec l'autorité militaire qu'avec le préfet du département⁸⁶¹. » Ce n'était pas une initiative isolée : dans le même temps le Dr Colin ouvre un service similaire à Villejuif et le Dr Rayneau à Fleury-les-Aubrais⁸⁶². Initialement, ce service est limité aux militaires de la place d'Angers, c'est-à-dire à des régiments d'infanterie, de cavalerie, du génie et d'artillerie⁸⁶³. Les militaires sont dans un premier temps installés dans la salle du théâtre de l'asile que l'on garnit d'une vingtaine de lits⁸⁶⁴. Puis, pour laisser place à 142 réfugiés de la Seine, ils sont transférés dans le service des enfants⁸⁶⁵. Ces derniers sont envoyés dans le service des femmes⁸⁶⁶ dans lequel un grand dortoir, un réfectoire et une salle d'école ont été aménagés⁸⁶⁷. Les militaires sont séparés des quartiers d'aliénés. Le service est constitué d'une salle d'observation et de traitement et d'un pavillon pour les convalescents. « Le service d'observation est composé d'une immense salle de 32 m de long sur 7 m de large et 5 m 10 de haut. Cette salle, ayant directement accès sur le jardin, renferme 30 lits. L'alitement de tous les malades entrants y est la règle. A la fin de la période aiguë de leur psychose, les malades passent dans le pavillon annexe. C'est un immense bâtiment ayant vue sur la Loire et comprenant de petits dortoirs, des chambres séparées, des réfectoires, des lavabos, des salles de jeux et de réunion et un salon de lecture⁸⁶⁸. » Le service d'observation et le pavillon donnent sur un jardin⁸⁶⁹. Les malades peuvent en outre se promener dans le parc qui fait face à la Loire⁸⁷⁰. Le personnel médical, au début, ne comprend que le Dr Baruk assisté « de deux internes pris parmi de jeunes étudiants non encore mobilisés ». Par la suite un médecin assistant sera désigné par la direction du Service de Santé⁸⁷¹. Le personnel infirmier est « presque entièrement » choisi parmi les « anciens » infirmiers de l'asile⁸⁷².

Indépendamment de ce « service spécial », dans la ville de Sainte-Gemmes-sur-Loire, à l'initiative du maire Michel Maurier, la grande salle du patronage Jeanne d'Arc est aménagée⁸⁷³ avec une quarantaine

⁸⁵⁹ Jacques Baruk et René Bessière, *Quelques considérations sur la neuropsychiatrie de guerre* (Service de Sainte-Gemmes 1914-1919), Angers, Siraudeau, 1920, p. 3.

⁸⁶⁰ *Ibid.*, p. 9.

⁸⁶¹ *Id.*

⁸⁶² E. Duboille, *De l'évolution des idées dans l'assistance aux psychopathes (Essai médico-social)*, Lille, Leblanc & Durant, 1922, p. 48.

⁸⁶³ Jacques Baruk et René Bessière, *Quelques considérations sur la neuropsychiatrie de guerre* (Service de Sainte-Gemmes 1914-1919), *op. cit.*, 1920, p. 11.

⁸⁶⁴ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Situation de l'établissement depuis la mobilisation » *op. cit.*, p. 168.

⁸⁶⁵ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Régularisation de la situation du service de neuropsychiatrie militaire », *op. cit.*, p. 377.

⁸⁶⁶ *Ibid.*

⁸⁶⁷ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1915, p. 52.

⁸⁶⁸ Jacques Baruk et René Bessière, *Quelques considérations sur la neuropsychiatrie de guerre* (Service de Sainte-Gemmes 1914-1919), *op. cit.*, p. 10.

⁸⁶⁹ *Id.*

⁸⁷⁰ *Id.*

⁸⁷¹ *Id.*

⁸⁷² *Id.*

⁸⁷³ Durant la guerre, 50 à 60 000 blessés sont soignés en Anjou dans les 26 hôpitaux publics et les 112 établissements créés. Cf. Jean-Luc Marais, *Le Maine-et-Loire aux XIX^e et XX^e siècles*, *op. cit.*, p. 174.

de lits⁸⁷⁴. Le Dr Baruk « accepte la responsabilité de cet hôpital⁸⁷⁵ » qui accueille « les convalescents et les blessés évacués des hôpitaux d'Angers⁸⁷⁶ ».

Dans le service ouvert, le traitement commence par « un triage » effectué par « un aliéniste rompu aux difficultés de la maladie mentale »⁸⁷⁷. A cet effet, le Dr Baruk incrimine « la défiance vis-à-vis de la psychiatrie » et ce qui en découle : l'« absence de notions chez les médecins », qui fait que « le moindre délire impressionne » et conduit à « un service spécial » des militaires atteints du tétanos, de la fièvre typhoïde, et même d'une pneumonie, qui seront ensuite renvoyés dans un service de médecine générale⁸⁷⁸. Il relève aussi des « malades dégénérés, francs débiles, imbéciles, voire idiots » qui selon lui auraient du être « reconnus » dès leur incorporation, qui, présentés à une commission de réforme pour être « éliminés de l'armée », regagneront leur famille⁸⁷⁹. Des aliénés véritables, déjà qualifiés de chroniques, déments précoces, paralytiques généraux, persécutés, hallucinés, etc. », ont été internés à l'asile⁸⁸⁰.

Ensuite est mise en œuvre la « thérapeutique moderne » : isolement, alitement, diète lactée ou régimes spéciaux, sérothérapie, toni-cardiaques, calmants, toniques, balnéation⁸⁸¹. Le Dr Baruk précise que cette dernière a une action très importante⁸⁸². « La psychothérapie sous toutes ses formes⁸⁸³ » est aussi mentionnée : « La psychothérapie affective, rassurante, sera d'un grand secours chez les mélancoliques et les anxieux, les confus au déclin de leur affections, et les aidera à rectifier leurs idées délirantes. La psychothérapie corrective et la rééducation psychique feront souvent merveille dans le traitement des manifestations hystériques qui se sont révélées si nombreuses pendant la guerre⁸⁸⁴. »

Officiellement, ce service n'existe pas, c'est une « fiction administrative⁸⁸⁵ », le passage du malade doit être ignoré⁸⁸⁶. « L'admission du malade était simplement subordonnée à l'établissement d'un billet d'hôpital. Mais afin que le nom même de l'asile ne soit pas prononcé, ce billet était établi au nom de l'hôpital mixte d'Angers. Le médecin-chef de cet hôpital conservait par-devers lui le billet et délivrait une simple note autorisant l'entrée du militaire à Sainte-Gemmes. De cette façon le passage à l'asile devait être ignoré non seulement des étrangers, mais de l'administration de la guerre elle-même, si bien que toute indiscretion pouvant porter préjudice au malade était impossible. A la sortie, le militaire

⁸⁷⁴ *Sainte-Gemmes-sur-Loire des origines à nos jours*, Sainte-Gemmes-sur-Loire, Maury, 2000, p. 58.

⁸⁷⁵ *Id.*

⁸⁷⁶ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Situation de l'établissement depuis la mobilisation », séance du 3 septembre 1914, p. 170.

⁸⁷⁷ Jacques Baruk et René Bessière, *Quelques considérations sur la neuropsychiatrie de guerre* (Service de Sainte-Gemmes 1914-1919), *op. cit.*, p. 5

⁸⁷⁸ *Id.*

⁸⁷⁹ *Id.*

⁸⁸⁰ *Id.*

⁸⁸¹ *Ibid.*, p. 7.

⁸⁸² En 1914, la chaudière du bain des hommes est achetée pour remplacer l'ancienne qui avait 34 ans. Cette chaudière, couplée à un réservoir de 3500 litres, permet de réaliser 15 bains à l'heure et les 80 à 100 journaliers. Cf. AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, année 1914, p. 12.

⁸⁸³ Jacques Baruk et René Bessière, *Quelques considérations sur la neuropsychiatrie de guerre* (Service de Sainte-Gemmes 1914-1919), *op. cit.*, p. 7

⁸⁸⁴ *Id.*

⁸⁸⁵ *Id.*

⁸⁸⁶ *Ibid.*, p. 9.

repassait par l'hôpital mixte où il recevait les papiers qu'il devait présenter à son retour au corps⁸⁸⁷. » Seul le malade chronique, interné, devient officiel⁸⁸⁸. Le Dr Baruk explique que le service ouvert est bénéfique pour l'armée et les individus. Pour l'armée, toute personne internée étant réformée, le service permet de sauvegarder l'effectif de la troupe dans un contexte de guerre. Par ailleurs, toujours selon le Dr Baruk, ce service favorise la guérison et permet d'éviter, par la suite, la simulation de la folie par le malade guéri auprès du médecin ou chef de corps⁸⁸⁹. Le service est également bénéfique pour les individus d'abord parce que « les psychoses aiguës de guerre cèdent rapidement à un traitement approprié », ensuite parce que « les trépanés et les commotionnés présentent des séquelles compatibles avec le service libre »⁸⁹⁰. Mais surtout, il permet d'éviter « le spectacle des grands malades mentaux » et « la tare de l'internement »⁸⁹¹. Selon le Dr Baruk : « L'internement de ces malades [les militaires] leur aurait [...] été très préjudiciable, étant donné que pour beaucoup de personnes, l'interné porte une tare dont il ne s'affranchira plus. L'ancien fou passera pour un homme dangereux ou inutilisable ; son avenir sera gravement compromis, il ne pourra trouver à s'employer, ses projets matrimoniaux seront souvent impossible à réaliser, sa famille même supportera le contrecoup de cet internement⁸⁹². » L'individu qui passe par l'asile se charge d'une tare qui l'accompagne, voire le précède dans la cité : disqualifié, l'individu est *désaffilié* économiquement et relationnellement.

Le 24 février 1915, le service ouvert est approuvé par le ministère de la Guerre après l'inspection du Pr. Régis qui exprime sa satisfaction sur l'idée et l'installation matérielle de celui-ci : « L'originalité de l'organisation de Ste-Gemmes, c'est d'avoir établi dans le milieu le plus approprié à l'observation et au traitement de ces malades, un service, qui peut-être considéré comme un véritable hôpital temporaire et permet d'éviter à ces militaires la tare toujours désagréable de l'internement⁸⁹³. » La même année, suite à la visite de deux inspecteurs de la IX^e région militaire (Maine-et-Loire, Indre-et-Loire, Indre, Deux-Sèvres, Vienne), le champ d'action du service, jusqu'ici limité à la place d'Angers, est étendue à la dite région et passe de 20 à 30, 60 et enfin 80 lits⁸⁹⁴. Depuis 1890, il existait une convention entre l'asile et le ministère de la Guerre, celui-ci s'engageant à prendre en charge les militaires de la IX^e région frappés d'aliénation mentale. Jusqu'alors cela ne représentait qu'un petit nombre de malades⁸⁹⁵. A partir de 1915, avec la reconnaissance officielle par le ministère de la Guerre, les militaires de la IX^e région

⁸⁸⁷ Jacques Baruk et René Bessière, *Quelques considérations sur la neuropsychiatrie de guerre* (Service de Sainte-Gemmes 1914-1919), *op. cit.*, p. 9.

⁸⁸⁸ *Id.*

⁸⁸⁹ *Ibid.*, p. 5-6

⁸⁹⁰ *Ibid.*, p. 5.

⁸⁹¹ *Id.*

⁸⁹² *Id.*

⁸⁹³ *Id.*

⁸⁹⁴ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Visite du Dr Régis », séance du 16 mars 1915, p. 195.

⁸⁹⁵ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Régularisation de la situation du service de neuropsychiatrie militaire », séance du 19 février 1918, p. 375

augmentent les entrées⁸⁹⁶. En octobre 1917, avec la création d'un autre centre à Tours, le service de Sainte-Gemmes devient une succursale pour « les plus difficiles⁸⁹⁷ ».

Tableau n° 1 : Entrées des militaires dans le service de neuropsychiatrie (1914-1919)

Années	1914	1915	1916	1917	1918	1919	Total
Entrants	219	212	249	252	163	36	941

Sources : Jacques Baruk et René Bessière, *Quelques considérations sur la neuropsychiatrie de guerre* (Service de Sainte-Gemmes 1914-1919), p. 13.

Le Dr Baruk, commentant l'évolution des effectifs, fait remarquer que l'année 1917 est marquée par le plus grand nombre d'entrées. L'explication tient au fait que l'année 1917 fut « la période la plus critique de la guerre⁸⁹⁸ ». « Après un hiver rigoureux, la lutte se prolongeait ; les énergies commençaient à fléchir, une certaine lassitude se faisait sentir. Puis des espérances exagérées survinrent. Au printemps, une exaltation indéniable mettait en effervescence les troupes des armées qui avaient suivi l'envahisseur dans sa retraite et entrevoyaient dans une offensive prochaine, paraissant devoir être décisive⁸⁹⁹. » En 1918, après quatre ans de fonctionnement, le service de neuro-psychiatrie n'a toujours pas d'existence officielle. En novembre 1918, un projet de convention, envoyé par la direction du service de santé, fait craindre au Dr Baruk un nouvel afflux de militaire, une accentuation de l'encombrement et « un danger pour l'hygiène général de l'établissement⁹⁰⁰ ». Après cette mise en garde, la commission de surveillance repousse le projet⁹⁰¹. En février 1919, avec la démobilisation, Sainte-Gemmes redevient centre unique. Après cinq ans et cinq mois d'existence, le service ferme ses portes en décembre⁹⁰². 941 patients sont passés dans le service, 440, soit près de la moitié, ont été rendus à l'armée : 113 ont pu rejoindre directement leurs dépôts guéris et 327, passés par une convalescence, ont repris la vie de combattant. Une proportion jugée appréciable par le Dr Baruk compte tenu « qu'il s'agit de psychopathies qui ont l'universelle réputation de ne pas guérir⁹⁰³ ». Sur la population restante, 258 ont été réformés. Incapables de rester dans l'armée, victimes d'une « récupération outrancière » selon le Dr Baruk, ils ont été rendus à la vie civile⁹⁰⁴. 135 ont été internés et 34 sont décédés⁹⁰⁵. Les militaires appartenaient à 94 % à l'armée française métropolitaine et à 77 % aux armes de l'infanterie et du génie⁹⁰⁶. Quelles sont les traductions financières de ces changements ?

⁸⁹⁶ Jacques Baruk et René Bessière, *Quelques considérations sur la neuropsychiatrie de guerre* (Service de Sainte-Gemmes 1914-1919), *op. cit.*, p. 13

⁸⁹⁷ *Ibid.*, p. 11.

⁸⁹⁸ *Ibid.*, p. 13.

⁸⁹⁹ *Ibid.*, p. 13-14.

⁹⁰⁰ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Régularisation de la situation du service de neuropsychiatrie militaire », séance du 19 février 1918, p. 379.

⁹⁰¹ *Id.*

⁹⁰² Jacques Baruk et René Bessière, *Quelques considérations sur la neuropsychiatrie de guerre* (Service de Sainte-Gemmes 1914-1919), *op. cit.*, p. 12.

⁹⁰³ *Ibid.*, p. 19.

⁹⁰⁴ *Id.*

⁹⁰⁵ *Ibid.*, p. 18.

⁹⁰⁶ *Ibid.*, p. 16.

5. Un équilibre précaire des finances et un début de polémique (1914)

5.1. Un boni faible, une nouvelle dette auprès du département

Le compte administratif de 1914 laisse apparaître un excédent de 23 152 F⁹⁰⁷. En tenant compte de l'excédent de 1913, l'exercice, clos au 31 mars 1915, présente un boni propre de 2 091 F⁹⁰⁸. Ce résultat a été obtenu au prix d'un endettement de l'asile auprès du département. Une avance remboursable de 38 891 F a été contractée auprès du département pour équilibrer le budget primitif⁹⁰⁹, à laquelle s'ajoute une subvention de 14 250 F au budget additionnel, soit au total une dette pour l'asile de 53 141 F⁹¹⁰. Le Dr Baruk est amer : « C'est dire dans quel état lamentable se trouvent les finances de l'établissement⁹¹¹. » Cette situation, sans surprise pour le Dr Baruk, est liée à l'augmentation des dépenses⁹¹². Afin d'éviter le déficit, le Dr Baruk a comprimé les dépenses : le montant des restes à annuler (dépenses non réalisées) s'élèvent à 22 748 F⁹¹³. D'autre part, dans « un plan méthodique » appliqué depuis 1910, il a diminué le nombre des indigents du Maine-et-Loire « en remettant aux familles les malades qui pouvaient [être] au dehors sans danger pour eux-mêmes ou la sécurité publique⁹¹⁴ », réalisant ainsi, par rapport à 1913, une économie de 4 180 F⁹¹⁵. Le Dr Baruk est conscient des limites de cette pratique. Il considère que si elle permet de favoriser le budget départemental en réduisant la charge de ses frais d'assistance, dans le même temps elle obère les recettes de l'asile⁹¹⁶. Malgré cela, le Dr Baruk se targue que cet usage lui a permis d'économiser 17 626 F depuis 1910⁹¹⁷. Seulement, cette fois, la diminution de la recette des indigents n'a pas été compensée par les recettes des pensionnaires dont la plus-value par rapport à 1913 n'a été que de 2 483 F⁹¹⁸. Bien que faible cette année, à cause, selon le Dr Baruk, des événements, cette recette des pensionnaires représente depuis 1910 une augmentation globale de 27 139 F⁹¹⁹. Les stratégies d'avant-guerre sont inopérantes. Si le compte « autres départements » augmente de 31 954 F par rapport à l'année antérieure avec l'arrivée des malades de la Seine et d'Armentières, cette recette est absorbée par les dépenses qu'il faut effectuer pour ces malades et notamment pour leur couchage⁹²⁰.

⁹⁰⁷ AD49, 1N, Conseil général, 1915, Compte moral et administratif, 1914, p. 209.

⁹⁰⁸ *Id.*

⁹⁰⁹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1914 », séance du 25 septembre 1913 », p. 362.

⁹¹⁰ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget additionnel de 1914 », séance du 25 septembre 1914, p. 296.

⁹¹¹ AD49, 1N, Conseil général, 1915, Rapport médical, compte moral et administratif, 1914, p. 209.

⁹¹² *Id.*

⁹¹³ *Id.*

⁹¹⁴ *Id.*

⁹¹⁵ *Ibid.*, p. 210.

⁹¹⁶ *Id.*

⁹¹⁷ AD49, 1N, Conseil général, 1915, Rapport médical, compte moral et administratif, 1914, p. 210.

⁹¹⁸ *Ibid.*, p. 209.

⁹¹⁹ *Id.*

⁹²⁰ *Id.*

Dans un autre registre, l'absence de personnel a des répercussions inattendues. Le Dr Baruk note ainsi que l'absence du médecin adjoint et du secrétaire de direction a permis de réaliser une économie de 1924 F en 1914 (l'économie sera plus considérable en 1915)⁹²¹. Depuis 1910, le compte administratif est affaibli à cause de « l'énorme augmentation » des prix des principales denrées⁹²². En novembre 1914, des lots n'ont pas été adjugés comme la farine, les volailles, les œufs, les toiles, les chaussures. L'approvisionnement se fait de gré à gré à des prix très élevés⁹²³. Pour les autres denrées, l'adjudication se fait à un prix nettement supérieur aux années antérieures : le charbon qui valait 45,30 F les 1000 kg en 1914, vaut 59,75 F, soit une augmentation de 32%⁹²⁴. Le budget lingerie et vêture a augmenté de 30 à 40% pour les produits adjugés⁹²⁵. Cette augmentation des prix est à combiner avec celle de la population, qui oblige l'asile à faire des dépenses qui n'ont pas été envisagées dans le budget primitif⁹²⁶. En juin 1915, les dépenses nouvelles à prévoir s'élèvent déjà à 88 902 F, soit un déficit de 64 951 F pour le budget additionnel de l'année 1915⁹²⁷. En l'absence de crédits suffisants et de la demande des fournisseurs d'être payés au comptant, deux mesures sont prises en 1914 afin de trouver de l'argent et ainsi pourvoir à l'alimentation des malades⁹²⁸. D'une part, la trésorerie générale autorise « exceptionnellement » l'asile à faire payer les pensions par anticipation et non à trimestre échu comme auparavant⁹²⁹. D'autre part, l'asile obtient, grâce à l'appui du préfet, une avance de 45 000 F sur le montant des journées écoulées des indigents du département⁹³⁰. Grâce à une subvention du département de 6 000 F, et les ressources supplémentaires réalisées par les malades évacués à la charge des autres départements qui versent 1,70 F par jour, le Dr Baruk a pu couvrir les besoins de l'asile jusqu'en janvier 1915⁹³¹. Afin d'équilibrer le budget primitif de 1916, qui fait craindre un déficit de 45 302 F, le Dr Baruk demande, à nouveau, l'augmentation de 0,15 F du prix de journée des indigents, ce qui le porterait à 1,30 F⁹³². Il constate amèrement : « L'assemblée départementale n'a pas encore voulu l'année dernière recouvrir à cette mesure et préféré consentir à nouveau une avance remboursable qui ne fait qu'augmenter les charges déjà si lourdes qui pèsent sur le budget de l'asile⁹³³. » Cette mesure permettrait de dégager 18 700 F⁹³⁴. Si ce prix de 1,50 F est inférieur au prix de revient qui était en 1914 de 1, 5650 F, la différence pourrait être compensée par une augmentation du prix de

⁹²¹ AD49, 1N, Conseil général, 1915, Rapport médical, compte moral et administratif, 1914, p. 209.

⁹²² *Ibid.*, p. 212.

⁹²³ *Ibid.*, p. 211.

⁹²⁴ *Ibid.*, p. 212.

⁹²⁵ *Id.*

⁹²⁶ *Id.*

⁹²⁷ *Ibid.*, p. 213.

⁹²⁸ *Id.*

⁹²⁹ *Id.*

⁹³⁰ *Ibid.*, p. 214.

⁹³¹ *Id.*

⁹³² *Ibid.*, p. 215.

⁹³³ *Id.*

⁹³⁴ *Id.*

journée des pensionnaires de quatrième classe dont le prix de journée serait porté de 1,31 F à 1,50 F⁹³⁵. Alors que d'autres dépenses apparaissent (remplacement des infirmiers et infirmières du Nord et de la Seine, les 15 auxiliaires, l'insuffisance du crédit primitif pour la pharmacie), au total, c'est à nouveau une avance remboursable de 72 902 F qui est consentie par le conseil général pour le budget additionnel de 1915⁹³⁶.

5.2. Un contrôle plus rigoureux des admissions gratuites et demi-gratuites (1914)

En 1914, Laurent Bougère, inquiet de l'augmentation du nombre d'indigents et de son coût pour le département, souhaite exercer « un contrôle plus rigoureux sur les admissions gratuites et demi-gratuites⁹³⁷ ». Selon lui, il y a dans l'asile des personnes qui ne sont pas démentes mais « des gens d'intelligence bornée, quelque peu atteintes d'idiotie ou des épileptiques qui pourrait être traités dans des établissements hospitaliers ». Il reproche aux municipalités de faire venir à l'asile ces personnes qui auraient leur place dans les hospices, comme malades ou incurables, pour un coût moins élevé⁹³⁸.

A cet effet, il relate une nouvelle affaire concernant une femme de Saumur qui avait été internée en août 1913⁹³⁹. Au bout de trois mois d'observation, le Dr Baruk avait constaté qu'elle n'était pas aliénée⁹⁴⁰. Laurent Bougère accuse la commune de Longué d'avoir préféré placer cette personne dans un asile plutôt que dans un hospice comme épileptique ou idiot afin de payer un contingent inférieur⁹⁴¹. Cette décision aurait favorisé finalement la commune de Saumur où avait été reconnu un domicile de secours à cette personne⁹⁴². D'autre part, il y a selon lui des faux indigents. Aussi en vertu de l'art. 52 de la loi de 1871, Laurent Bougère demande cette fois au préfet la liste des aliénés indigents et celle des aliénés qui ne payent pas la totalité de leur pension⁹⁴³. Le préfet lui rétorque qu'en vertu d'une dépêche du ministre de l'Intérieur datée du 19 septembre 1913, au motif du « secret des familles », il ne peut pas la communiquer. Laurent Bougère rappelle que jusqu'alors cette communication avait toujours été accordée, sauf deux ans auparavant⁹⁴⁴. Il ajoute : « s'il y a deux ans, la communication n'a pas été faite, c'est qu'il y avait quelque chose à dissimuler⁹⁴⁵. » Il cite l'affaire Gonnord. Alors que le conseil général avait opté pour un classement d'indigent, le conseil municipal de

⁹³⁵ AD49, 1N, Conseil général, 1915, Rapport médical, compte moral et administratif, 1914, p. 215.

⁹³⁶ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget supplémentaire de 1915, Augmentation de crédits », séance du 3 septembre 1915, p. 1299.

⁹³⁷ AD49, 1N, Conseil général, 1914, séance du 25 septembre 1914, p. 290.

⁹³⁸ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Sainte-Gemmes-sur-Loire », séance du 25 septembre 1914, p. 291.

⁹³⁹ *Ibid.*, p. 295.

⁹⁴⁰ *Id.*

⁹⁴¹ *Ibid.*, p. 291.

⁹⁴² *Id.*

⁹⁴³ *Id.*

⁹⁴⁴ *Id.*

⁹⁴⁵ *Id.*

Gonnord avait refusé d'inscrire comme indigent un aliéné propriétaire d'un petit bien⁹⁴⁶. Le préfet avait envoyé quelqu'un qui, selon Bougère, « n'avait rien de départemental », qui suite à une enquête a imposé d'office aux contribuables de la commune l'obligation de payer l'hospitalisation d'un homme avec des rentes⁹⁴⁷. « On a pris l'argent dans les poches des contribuables tant de la commune de Gonnord que du département ; et cela a été fait par l'administration préfectorale qui est gardienne des finances départementales comme elle est tutrice des finances communales⁹⁴⁸. » Le préfet maintient son refus⁹⁴⁹. Après avoir vu l'impact immédiat de cette guerre, observons maintenant son empreinte dans la durée.

B /L'impact multiforme de la guerre (1915-1918)

Après la surprise de la déclaration de guerre, s'installe le temps long du conflit. Quel est l'impact de la guerre sur les malades ? Observe-t-on des modifications quantitatives, qualitatives et notamment symptomatologiques ? Y a-t-il des innovations thérapeutiques ?

Alors que l'inflation s'accroît, comment résistent les finances ? Quelles sont les mesures mises en place ?

1. La population asilaire (1915-1918)

1.1. L'évolution de la population

Tableau n° 2 : Evolution de la population internée entre 1910 et 1918

Années	Admissions	Sorties	Décès	Pop au 31 décembre	Pop traitée	Taux de décès sur pop. Traitée	Taux d'admission sur pop. traitée	Taux de sortie sur pop. traitée	Différentiel de population entre les admissions et les sorties dont décès
1910	179	92	69	1030	1246	6%	14%	7%	1,44 %
1911	202	102	130	1000	1246	10%	16%	8%	-2,41 %
1912	270	124	126	1025	1275	10%	21%	10%	1,57 %
1913	259	145	133	1006	1255	11%	21%	12%	-1,51 %
1914	501	174	142	1191	1506	10%	33%	12%	12,28 %
1915	261	128	171	1153	1482	12%	18%	9%	-2,56 %
1916	355	159	164	1185	1490	11%	24%	11%	2,15 %
1917	325	162	174	1177	1486	12%	22%	11%	-0,74 %
1918	388	180	391	994	1538	25%	25%	12%	-11,90 %

Sources : AC, L 36 bis, Rapports médicaux.

En 1915, après le crochet ascensionnel de 1914, la population de l'asile reste relativement stable. Le Dr Baruk commentant rétroactivement l'augmentation des admissions en 1914, qui s'élevaient à 501, et qui étaient, malgré les 192 patients et patientes de la Seine et d'Armentières, avec 309, supérieures à la

⁹⁴⁶ AD49, 1N, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Sainte-Gemmes-sur-Loire », séance du 25 septembre 1914, p. 291.

⁹⁴⁷ *Ibid.*, p. 292.

⁹⁴⁸ *Ibid.*, p. 291.

⁹⁴⁹ *Ibid.*, p. 294.

moyenne des admissions habituelles (la moyenne entre 1910 et 1913 est de 227), évoque l'inquiétude provoquée par la mobilisation sur les familles⁹⁵⁰. Il considère qu'en 1915 la persistance de la guerre a réduit quelque peu l'impact de « l'événement catastrophique qu'elle apparaissait à son début⁹⁵¹ ». La diminution des admissions va de pair avec une diminution des sorties. Selon le Dr Baruk les deux flux sont corrélés⁹⁵². La surmortalité de l'année 1915 est attribuée d'une part au grand nombre de vieillards qui auraient été amenés et d'autre part à des malades admis « à la période ultime de leur affection⁹⁵³ ».

En 1915, comme en 1914, le nombre de femmes (101) admises en première admission l'emporte sur celui des hommes (96). Cette situation s'explique, selon le Dr Baruk, par la mobilisation des hommes et « les difficultés matérielles et morales auxquelles se trouvent en butte les femmes ainsi isolées⁹⁵⁴ ».

Malgré l'augmentation des placements d'office par rapport à l'année antérieure (il passe de 28 à 40, soit de 12 à 20 % dans les premières admissions), les placements volontaires restent largement prédominants (157). Cette augmentation des placements d'office s'explique par l'internement de « catégories exceptionnelles » liée au contexte de guerre⁹⁵⁵. Chez les hommes, l'augmentation est due à l'internement de 10 militaires (qui échappent de fait au service de neuropsychiatrie)⁹⁵⁶. Chez les femmes, 4 réfugiées et 3 transférées ont été internées⁹⁵⁷. Les autres placées d'office sont des malades dont les maris sont à la guerre, et qui ont été de ce fait placées « sur réquisition du maire de la commune⁹⁵⁸ ».

En 1916, a lieu une nouvelle poussée des admissions, de 261 (en 1915) à 355⁹⁵⁹. Leur part relative passe de 18 % à 24 %⁹⁶⁰. Le Dr Baruk parle d'un « nouveau paroxysme mental⁹⁶¹ ». Plusieurs facteurs y contribuent. En premier lieu l'impact de la guerre, qui du fait de sa durée fragilise les familles qui jusqu'alors gardaient leur malades. Il constate ainsi l'arrivée d'aliénés infirmes, paralysés, séniles, idiots, épileptiques, incapables de travailler : « la guerre avec ses économies, avec ses restrictions, a imposé d'une façon impérieuse à beaucoup de familles l'obligation de se débarrasser des bouches inutiles⁹⁶². »

Il évoque aussi « le surmenage physique chez les femmes et les vieillards », « les privations prolongées, les émotions de toutes sortes, provoquées par les départs de plus en plus nombreux sous les drapeaux qui ont pu avoir un rôle dans la recrudescence des psychoses⁹⁶³ ».

⁹⁵⁰ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1915, p. 8.

⁹⁵¹ *Id.*

⁹⁵² *Id.*

⁹⁵³ *Ibid.*, p. 37.

⁹⁵⁴ *Ibid.*, p. 8.

⁹⁵⁵ *Ibid.*, p. 10.

⁹⁵⁶ *Id.*

⁹⁵⁷ *Id.*

⁹⁵⁸ *Id.*

⁹⁵⁹ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1916, p. 7.

⁹⁶⁰ Cf. Tableau n° 2 : Evolution de la population internée entre 1910 et 1918.

⁹⁶¹ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1916, p. 7.

⁹⁶² *Ibid.*, p. 8.

⁹⁶³ *Id.*

Durant l'année, le nombre des femmes admises est quasi égal au nombre des hommes. Selon le Dr Baruk, cela tient aux « difficultés matérielles et morales » qui frappent les femmes et au « maintien des hommes à la guerre »⁹⁶⁴.

La présence de nombreux réfugiés dans le département⁹⁶⁵ contribue aussi à l'augmentation de la population asilaire⁹⁶⁶.

On observe une augmentation importante des placements d'office qui passent de 40 à 91 : on peut supposer qu'une partie de ceux-ci est liée à l'internement de militaires passés par le service de neuropsychiatrie dont l'activité prend sa pleine ampleur. Entre 1914 et 1919, 135 militaires seront internés *via* le service de neuropsychiatrie⁹⁶⁷.

Le taux de mortalité reste élevé. Le Dr Baruk déplore le « nombre insolite de vieillards » qu'il reçoit « trop facilement [des] hospices et qui vient grever indûment les chiffres de notre létalité »⁹⁶⁸. En 1916, sur les 164 décès 55 personnes sont âgées de plus de 60 ans, 23 ont dépassé 70 ans⁹⁶⁹.

En 1917, le Dr Baruk remarque que, « contrairement à la règle », le nombre de célibataires n'est pas supérieur à celui des gens mariés⁹⁷⁰. Il explique que le célibat n'est pas la cause de la psychopathie mais que « les gens trop tarés » restent célibataires, ne pouvant supporter les devoirs du mariage et des charges de familles⁹⁷¹. Il relativise en considérant que si le mariage constitue une charge, il apporte aussi un appui moral et un réconfort⁹⁷². Il poursuit en disant que ceux qui ont profité de cet avantage et s'en trouvent privés après le veuvage ou le divorce fournissent un contingent important de mentaux⁹⁷³. D'autre part, la guerre donne naissance à des « accidents psychiques » sur des individus (mariés) qui n'auraient pas présenté « de troubles mentaux » dans un autre contexte⁹⁷⁴. En 1918, le nombre des admissions augmente de façon notable à cause de l'internement de militaires qui étaient dans d'autres asiles, et qui, après réforme, reviennent dans le Maine-et-Loire, leur domicile de secours⁹⁷⁵. Ce retour augmente le nombre des placements d'office qui passe à 91⁹⁷⁶. A cela s'ajoute l'arrivée de 17 femmes évacuées de l'asile de Clermont de l'Oise⁹⁷⁷. L'autre élément notable est la surmortalité, essentiellement due à la grippe espagnole qui sévit entre septembre et octobre. Nous y reviendrons à la fin de ce

⁹⁶⁴ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1916, p. 10.

⁹⁶⁵ Les réfugiés arrivent fin 1914, en 1917 et en 1918. Ce sont des Français du Nord, des Alsaciens, des Lorrains mais aussi des Belges et des Allemands. En 1918, il a 32 000 réfugiés en Anjou. Cf. Jean-Luc Marais, *Le Maine-et-Loire aux XIX^e et XX^e siècles*, *op. cit.*, p. 175.

⁹⁶⁶ *Id.*

⁹⁶⁷ Jacques Baruk et René Bessière, *Quelques considérations sur la neuropsychiatrie de guerre* (Service de Sainte-Gemmes 1914-1919), *op. cit.*, p. 18.

⁹⁶⁸ *Ibid.*, p. 38.

⁹⁶⁹ *Id.*

⁹⁷⁰ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1917, p. 12.

⁹⁷¹ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1918, p. 9.

⁹⁷² *Id.*

⁹⁷³ *Id.*

⁹⁷⁴ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1917, p. 12.

⁹⁷⁵ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1918, p. 9.

⁹⁷⁶ Cf. Tableau n° 3 : Evolution des PO et des PV par sexe entre 1913 et 1918

⁹⁷⁷ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1918, p. 9.

chapitre. Après ces considérations, quelques éléments spécifiques sur l'évolution des formes mentales et l'étiologie.

1.2. « Formes mentales » et étiologie

Concernant les formes mentales, ou pathologies, en 1914 et 1915, le Dr Baruk note une augmentation de la proportion des mélancoliques notamment chez les femmes (45 en 1914, 32 en 1915)⁹⁷⁸. « Dans les premiers mois des hostilités, beaucoup de femmes se sont subitement trouvées désemparées par le départ de leur mari et de leur soutien. L'année suivante, une adaptation progressive s'étant manifestée, la proportion diminue et tend à se rapprocher de la moyenne normale⁹⁷⁹. »

En 1916, le nombre de mélancoliques repart à la hausse⁹⁸⁰ (44). Le Dr Baruk évoque les « événements de guerre⁹⁸¹ ». La durée des hostilités a terni les espérances et laissé place au découragement⁹⁸². Les « effets meurtriers des engins de guerre », « les appels de plus en plus nombreux sous les drapeaux », ont « multiplié les deuils et les émotions morales déprimantes »⁹⁸³. Il mentionne aussi que « beaucoup de femmes, préoccupées de leur sort à venir et de celui de leurs enfants, ont manifesté le désir d'en finir avec une existence douloureuse⁹⁸⁴ ». Ce nombre est amplifié par la présence des réfugiés et évacués « restés sous l'influence de visions d'horreur, après avoir fui l'incendie de leur village, ruinés, découragés, [qui] ont sombré dans la mélancolie⁹⁸⁵ ».

Les psychoses alcooliques sont en régression (32 en 1914, 21 en 1915, 13 en 1916)⁹⁸⁶. Le Dr Baruk pense que la prohibition de l'absinthe, dont l'usage était limité en Maine-et-Loire, n'y est pour rien⁹⁸⁷, et l'explique par le départ des hommes aux armées⁹⁸⁸. En 1916, il voit dans l'augmentation des épileptiques (22 cas) une « décision des familles de se débarrasser des sujets devenus trop coûteux à entretenir ou trop malfaisants pour être dirigés seulement par des femmes⁹⁸⁹ ». Les idiots et les imbéciles augmentent (22 cas contre 10 en 1915 et 5 en 1914). Ce sont principalement des enfants qui viennent des départements étrangers⁹⁹⁰. La même année, la paralysie générale fournit 22 cas au lieu de 14 en 1915. Il

⁹⁷⁸ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1915, p. 22.

⁹⁷⁹ *Id.*

⁹⁸⁰ Alain Jacobzone montre que le moral est au plus bas en 1914, en 1917 et durant l'année 1918. Cf. Alain Jacobzone, *1914-1918 : en Anjou loin du front*, Vauchrétien, Ivan Davy, 1988, p. 88.

⁹⁸¹ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1916, p. 23.

⁹⁸² *Id.*

⁹⁸³ *Id.*

⁹⁸⁴ *Id.*

⁹⁸⁵ *Id.*

⁹⁸⁶ *Id.*

⁹⁸⁷ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1915, p. 22.

⁹⁸⁸ *Id.*

⁹⁸⁹ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1916, p. 23.

⁹⁹⁰ *Id.*

associe cette plus grande fréquence à l'augmentation des étrangers en Anjou et à l'augmentation de la population de l'asile⁹⁹¹.

Pour ce qui est de l'étiologie, le Dr Baruk déclare son impuissance à connaître les causes complexes, physiques ou psychiques, qui provoquent les troubles délirants⁹⁹². Plusieurs facteurs principaux s'articulent : l'hérédité, comme substrat, sous la forme d'une prédisposition dégénérative auquel s'ajoutent des causes sociales toxiques comme l'alcoolisme et les chocs moraux⁹⁹³. « Il faudrait pénétrer dans l'individualité psychique des malades pour savoir quelle part revient à l'état dégénératif constitutionnel, et quel rôle ont joué les causes accidentelles mises en jeu. [...] La pratique journalière apprend que tel malade déjà en état de réceptivité par suite d'une tare constitutionnelle, a ajouté à cette prédisposition celle de l'intoxication alcoolique aigüe, et a achevé de compromettre son équilibre mental par une émotion plus ou moins intense et dépressive⁹⁹⁴. » L'hérédité neurobiologique, la plus représentée en 1916 avec 44 malades, est considérée comme « la cause des causes » : « Chez le dégénéré, le cerveau qui est l'organe de moindre résistance, est en équilibre toujours instable. L'un des mille prétextes qui se présentent, au cours d'une existence plus ou moins mouvementée, suffit pour provoquer un état délirant⁹⁹⁵. » Autrement, il y a l'alcoolisme, soit comme cause première et exclusive du développement de la psychopathie (29 cas en 1916), c'est la folie alcoolique, ou l'alcoolisme qui renforce d'autres causes. En 1916, 153 étiologies physiques restent inconnues⁹⁹⁶. Pour le Dr Baruk, la difficulté de connaître les antécédents familiaux est due à la désaffiliation qui est renforcée par la situation de guerre et « le fort contingent de réfugiés, isolés et des sujets délirants trouvés sur la voie publique et amenés par la police⁹⁹⁷ » renforce cette situation. L'étiologie morale, disqualifiée comme cause première, est établie pour respecter un usage ancien : « Si les causes morales occupent une place prépondérantes dans la genèse des maladies mentales, elles sont toutefois insuffisantes pour rompre l'équilibre mental. Leur action favorise le développement des troubles délirants, à conditions qu'il existe des éléments primordiaux, une prédisposition, ou une dégénérescence mentale⁹⁹⁸. » Maintenant qu'en est-il des finances ?

⁹⁹¹ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1916, p. 23.

⁹⁹² *Ibid.*, p. 21.

⁹⁹³ *Id.*

⁹⁹⁴ *Id.*

⁹⁹⁵ *Id.*

⁹⁹⁶ *Ibid.*, p. 22.

⁹⁹⁷ *Id.*

⁹⁹⁸ *Id.*

2. La problématique budgétaire (1915-1918)

Entre 1915 et 1918, du fait de l'inflation galopante, le système de l'adjudication ne fonctionne plus. Le système de calcul budgétaire est bouleversé, son équilibre menacé. Comment et avec quelles ressources les acteurs de l'institution tentent-ils de maintenir le budget ? Cette épreuve fait-elle apparaître des éléments nouveaux sur le financement de l'indigence ?

2.1. Variations financières

a. L'impact des réfugiés et du service de neuropsychiatrie

L'exercice de 1915 se solde par un excédent de 115 503 F⁹⁹⁹. Ce résultat positif, dans un climat marqué par la « cherté croissante » et de « l'énormité des dépenses engagées », tient à « deux recettes exceptionnelles¹⁰⁰⁰ » : celle des réfugiés de la Seine et d'Armentières et celle des militaires du service de neuropsychiatrie qui rapportent à elles deux 145 806 F, soit une augmentation de 104 084 F par rapport à 1914¹⁰⁰¹.

Tableau n° 3 : Evolution comparée des revenus en F des indigents à la charge du département, des pensionnaires et du service de neuropsychiatrie entre 1909 à 1919

Années	Revenu des indigents (département)	Revenu des pensionnaires	Service de neuropsychiatrie
1909	345 232	121 913	
1910	347 902	132 868	
1911	344 525	138 564	
1912	338 018	143 428	
1913	334 455	144 532	
1914	330 275	146 015	1 462
1915	321 081	146 376	31 799
1916	318 014	158 631	55 624
1917	384 672	180 318	88 364
1918	525 433	225 772	103 762
1919			32 000

Sources : AC, L 36, L 36 bis, Rapports administratifs.

Ces deux postes budgétaires ont bénéficié d'une augmentation du prix de journée. En effet, lors de l'arrivée des réfugiés de la Seine et d'Armentières le prix de journée étaient de 1,50 F. Suite à une négociation avec les départements de la Seine et du Nord, il est porté à 1,70 F¹⁰⁰². Au 1^{er} octobre 1915,

⁹⁹⁹ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1915, p. 41.

¹⁰⁰⁰ *Id.*

¹⁰⁰¹ *Ibid.*, p. 45.

¹⁰⁰² *Ibid.*, p. 41.

le prix de journée pour tous les départements étrangers est porté à 1,75 F par le conseil général¹⁰⁰³. Pour les autres recettes, on constate la diminution du produit des indigents à la charge du département et communes du Maine-et-Loire et une stabilité des pensions à la charge des familles¹⁰⁰⁴. Pour ce qui est des dépenses, le Dr Baruk tente de les comprimer « sans pour cela nuire au bien être des malades ». Ainsi, dans le résultat financier de 1915, 30 542 F de dépenses ont été annulés par rapport au budget primitif¹⁰⁰⁵. Une économie de 9 720 F a ainsi été réalisée par rapport à 1914 sur le vin¹⁰⁰⁶. L'équilibre financier tient aux recettes liées à la guerre, qui sont payées par les autres départements et l'Etat, ainsi qu'aux compressions des dépenses.

b. L'indétermination des prix (1916)

Au cours de l'année 1916, l'excédent budgétaire de 1915 se révèle insuffisant pour contenir les nouvelles dépenses¹⁰⁰⁷. Avant la guerre, avec le système d'adjudication, un prix unique était fixé pour l'année. Depuis 1915, la plupart des produits ne sont plus adjugés : farine, volailles, beurre, œufs, pommes de terre, chaussures, lingerie et vêtue, charbons, bois de chauffage, etc.¹⁰⁰⁸. Pour bon nombre de produits, le marché n'est établi que pour quelques mois. Le marché de gré à gré domine. Les fournisseurs ne veulent pas prendre d'engagement pour une longue durée¹⁰⁰⁹. Aussi le budget des dépenses reste en partie indéterminé. En 1916, la viande est adjugée 2,06 F le kg alors qu'elle a été calculée au prix de 1,80 F¹⁰¹⁰. Une telle différence, multipliée par les quantités nécessaires pour subvenir à une population de 1400 personnes, induit des variations budgétaires importantes¹⁰¹¹. En 1915 le budget additionnel se solde par un déficit de 42 189 F¹⁰¹². Le Dr Baruk demande l'aide du conseil général pour combler ce déficit¹⁰¹³.

Durant l'année 1916, l'approvisionnement se détériore¹⁰¹⁴. Lors de l'hiver 1916-1917, le Dr Baruk réussit à amener directement de Nantes 110 t de charbon par bateau¹⁰¹⁵. Pour l'hiver 1917-1918, le bois étant hors de prix, des arbres de la propriété sont abattus¹⁰¹⁶. Des stratégies de survie sont développées.

¹⁰⁰³ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1915, p. 45.

¹⁰⁰⁴ *Id.*

¹⁰⁰⁵ *Ibid.*, p. 46.

¹⁰⁰⁶ *Id.*

¹⁰⁰⁷ *Id.*

¹⁰⁰⁸ *Ibid.*, p. 47.

¹⁰⁰⁹ *Id.*

¹⁰¹⁰ *Id.*

¹⁰¹¹ *Id.*

¹⁰¹² *Id.*

¹⁰¹³ *Id.*

¹⁰¹⁴ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1916, p. 53.

¹⁰¹⁵ *Id.*

¹⁰¹⁶ *Ibid.*, p. 54.

2.2. Stratégies de survie

a. Une approche financière plus réaliste

En 1916, le Dr Baruk préconise une nouvelle approche comptable, plus apte à cerner la réalité financière de l'institution. Il profite de la guerre pour rompre avec une pratique financière qui a pour incidence de majorer les recettes et de diminuer les dépenses¹⁰¹⁷. Jusqu'alors la méthode consistait à prendre comme base de calcul la population moyenne à nourrir depuis les trois dernières années¹⁰¹⁸ : avec ce système les recettes effectives ne sont pas en lien avec celles qui ont été prévues¹⁰¹⁹. Il donne, pour exemple, le compte administratif de 1915, dans lequel la recette prévue pour les aliénés du département qui était de 339 997 F ne s'est révélé en fait que de 321 081 F¹⁰²⁰. La nouvelle méthode consiste à établir la recette du budget primitif en fonction de la population réelle au mois juin de l'année en cours, en tenant compte du prix des pensions¹⁰²¹. Avec ce calcul, le budget primitif de 1917 présente déjà un déficit de 26 395 F¹⁰²².

Le Dr Baruk s'inquiète : « Comment combler un déficit aussi formidable¹⁰²³ ? » Il suggère de combiner « une nouvelle ressource permanente » et une subvention départementale¹⁰²⁴. Il propose d'augmenter le prix de journée des aliénés indigents du département non plus de 0,15 F comme auparavant mais de 0,25 F, soit de 1,15 F à 1,40 F.

En 1917, la plus-value escomptée pour 268 640 journées de présence est évaluée à 67 160 F¹⁰²⁵. Il se justifie auprès du conseil général : « Sans doute, c'est encore là un sacrifice pour le département ; mais, outre que celui-ci ne sera pas seul à le supporter, puisqu'il sera également reparti sur les budgets communaux, il faut remarquer qu'il ne sera pas aussi considérable qu'il le paraît au premier abord, grâce à la diminution progressive du nombre des indigents de Maine-et-Loire¹⁰²⁶. » En d'autres termes, « si le département doit payer davantage pour chaque indigent, il paiera pour un moins grand nombre¹⁰²⁷. » Il propose aussi d'augmenter le prix de journée des pensionnaires de 4^e classe en portant le prix de 1,31 F à 1,50 F, ce qui donnerait pour 31 755 journées 6033 F¹⁰²⁸. Celui des malades indigents des départements étrangers de 1,75 F à 2 F, soit pour 60 590 journées 15 147 F¹⁰²⁹ ; celui des 4^e classe des

¹⁰¹⁷ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1916, p. 47.

¹⁰¹⁸ *Ibid.*

¹⁰¹⁹ *Ibid.*, p. 49.

¹⁰²⁰ *Id.*

¹⁰²¹ *Id.*

¹⁰²² *Id.*

¹⁰²³ *Id.*

¹⁰²⁴ *Id.*

¹⁰²⁵ *Ibid.*, p. 50.

¹⁰²⁶ *Ibid.*, p. 49.

¹⁰²⁷ *Id.*

¹⁰²⁸ *Id.*

¹⁰²⁹ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1915, p. 50.

départements étrangers, de 1,75 F à 2 F, ce qui donnerait pour 6205 journées encore 15 551 F¹⁰³⁰. Il propose aussi de relever de 2,75 F à 3 F le prix des 3^e classe, ce qui pour 116 80 journées donnerait 2 920 F¹⁰³¹.

Il préconise aussi d'augmenter le prix de journée des malades à la charge de l'Etat, de l'administration pénitentiaire et du ministère de la Guerre de 1,50 F à 2 F, ce qui permettrait d'obtenir 6 205 F supplémentaires pour 12 410 journées¹⁰³². Au total, les modifications de tarifs rapportent 99 017 F. Pour le déficit restant, soit 164 933 F, le Dr Baruk demande une subvention départementale¹⁰³³. Il s'en remet au préfet pour appuyer sa demande auprès du conseil général¹⁰³⁴.

b. Augmentation des prix de journée et subventions départementales (1916)

En août 1916, le conseil général, afin de combler le déficit du budget additionnel de 1916, vote une subvention de 41 689 F¹⁰³⁵. Une autre, de 70 000 F, à titre d'avance, est aussi votée pour le budget primitif de 1917¹⁰³⁶. Seulement, cette fois, l'augmentation des prix de journées préconisées par le Dr Baruk est entérinée.

Tableau n° 4 : Evolution des prix de journées des différentes catégories entre 1913 et 1918

Année	Indigents			4 ^e classe		3 ^e classe		2 ^e classe		1 ^{ère} classe	
	M&L	Autres	Etat, adm pénitentiaire (détenus) ministère de la guerre (militaires)	M&L	Autres	M&L	Autres	M&L	Autres	M&L	Autres
1913	1,15	1,50	1,50	1,31	1,50	2,50	2,50	4	4	5	5
1914	1,15	1,50	1,50	1,31	1,50	2,75	2,75	4	4	5	5
1915	1,15	1,75	1,50	1,31	1,75	2,75	2,75	4	4	5	5
1916	1,40	2,10	2,10	1,50	2,10	3	3	4	4	5	5
1917	2,10	2,50	2,50	1,75	2,10	3,50	3,50	5	5	7	7
1918	2,10	2,50	2,50	1,75	2,50	3,50	3,50	5	5	7	7

Sources : AC, L 36 bis, Rapports administratifs.

Les tarifs des indigents et pensionnaires de 4^e classe des départements étrangers passent de 1,75 F à 2,10 F (10 centimes de plus que ce que demandait le Dr Baruk) ; les pensionnaires à la charge de l'Etat et de l'administration pénitentiaire de 1,50 F à 2,10 F (10 centimes de plus ici aussi)¹⁰³⁷. Pour les

¹⁰³⁰ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1915, p. 51.

¹⁰³¹ *Id.*

¹⁰³² *Id.*

¹⁰³³ *Ibid.*, p. 49.

¹⁰³⁴ *Id.*

¹⁰³⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux, des délibérations du Conseil général, « Budget primitif de 1916 », séance du 29 août 1916, p. 1215.

¹⁰³⁶ *Ibid.*, p. 1218.

¹⁰³⁷ *Ibid.*, p. 1218-1219.

militaires, le conseil général demande au préfet de négocier l'augmentation de la pension avec le ministre de la Guerre¹⁰³⁸. Les négociations sont réalisées par le Dr Baruk qui obtient à partir du 1^{er} juillet les relèvements suivants : pour les officiers supérieurs de 4,78 F à 5,53 F, pour les officiers de 3,38 F à 3,75 F, pour les sous-officiers de 2,06 F à 2,60 F et pour les caporaux et soldats de 1,50 F à 2,35 F¹⁰³⁹. Les pensions de 4^e classe du département de Maine-et-Loire passent de 1,31 F à 1,50 F¹⁰⁴⁰. Ces augmentations doivent prendre effet au 1^{ère} octobre 1916¹⁰⁴¹. En conséquence, pour le budget primitif de 1917, le tarif des prix de journée des indigents à la charge du département passe de 1,15 à 1,40¹⁰⁴². Les 3^e classes passent de 2,75 à 3 F¹⁰⁴³. Une avance de 150 000 F sous la forme d'une subvention est aussi votée pour le budget primitif de 1917¹⁰⁴⁴.

Si le conseil général fait un effort en augmentant le prix de journée des indigents, en multipliant les subventions, il augmente l'endettement de l'asile.

c. Le versement des pensions des hôpitaux et hospices à l'asile

Lors de la même séance, Laurent Bougère propose un nouveau mode de financement : il suggère au conseil général de se prononcer sur les pensions des malades envoyés à l'asile par les hospices et les hôpitaux¹⁰⁴⁵. Il souhaite que les hospices et hôpitaux qui ont demandé le placement payent à l'asile la même pension que celle qu'ils touchent eux-mêmes¹⁰⁴⁶. Le motif avoué est de « mettre fin à un conflit insolutionné : savoir comment assurer le repos des tranquilles dans les hospices et donner à un malade agité un soin éclairé sans être déclaré aliéné¹⁰⁴⁷ ». Dans l'esprit de Bougère, il s'agit de procéder de la même manière que pour les militaires hospitalisés qui, même s'ils sont dans un pavillon spécial, n'en sont pas moins rattachés aux hospices d'Angers qui versent à l'asile le montant reçu¹⁰⁴⁸. Le maire d'Angers, Bernier, considère cette procédure comme illégale : « vous ne pouvez avoir la prétention de faire payer à un malade, parce qu'il vient de l'hospice d'Angers, une somme supérieure à celle qu'il paierait s'il venait directement de son domicile¹⁰⁴⁹. » Laurent Bougère rétorque qu'ils ne sont pas aliénés¹⁰⁵⁰. Le problème du soin des troubles mentaux légers est posé¹⁰⁵¹.

¹⁰³⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux, des délibérations du Conseil général, « Budget primitif de 1916 », séance du 29 août 1916, p. 1219.

¹⁰³⁹ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1916, p. 23.

¹⁰⁴⁰ BUA, JP43, Procès des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1916 », séance du 29 août 1916 p. 1219.

¹⁰⁴¹ *Ibid.*, p. 1218.

¹⁰⁴² *Ibid.*, p. 1232.

¹⁰⁴³ *Ibid.*, p. 1219.

¹⁰⁴⁴ BUA, JP43, Procès des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1917 », séance du 29 août 1916 p. 1234.

¹⁰⁴⁵ BUA, JP43, Procès des délibérations du conseil général, « Tarifs des aliénés militaires », séance du 29 août 1916, p. 1220.

¹⁰⁴⁶ *Id.*

¹⁰⁴⁷ *Id.*

¹⁰⁴⁸ *Ibid.*, p. 1221.

¹⁰⁴⁹ *Ibid.*, p. 1220.

¹⁰⁵⁰ *Id.*

¹⁰⁵¹ *Id.*

Laurent Bougère poursuit son argumentation : il avance que le prix de journée est établi sur le coût moyen de l'ensemble des malades¹⁰⁵². Quand un malade est capable de travailler, il contribue par ses travaux, en l'échange d'un pécule, et cela compense ceux qui, devenus âgés, puis expédiés à Sainte-Gemmes-sur-Loire, ne peuvent rien faire¹⁰⁵³. Poursuivant sa logique, un homme envoyé à l'hôpital parce qu'il est vieux ne peut contribuer à cet effort, et plus encore, il alourdit le prix de revient¹⁰⁵⁴. « Les agités spéciaux » ne peuvent pas rendre ce service à l'asile car ils ne contribuent pas à la richesse de l'établissement¹⁰⁵⁵. En d'autres termes, le versement de la pension d'un vieillard, plus élevé que le prix de journée asilaire, permettrait de compenser son absence de participation à la vie de l'institution par le travail.

La différence entre le tarif alloué entre un aliéné relevant de la loi de 1838 et celui alloué par la loi du 14 juillet 1915 relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et incurables privés de ressources fait problème. La proposition est refusée par le conseil général¹⁰⁵⁶. Laurent Bougère, visionnaire, termine en disant que l'hospitalisation de non aliénés dans un pavillon spécial s'imposera dans l'avenir. Conséquence : il faut augmenter le prix de journée¹⁰⁵⁷.

d. L'augmentation du barème des communes

En août 1916, Laurent Bougère demande l'augmentation de la contribution des communes dans le prix de journée des indigents¹⁰⁵⁸. Cette augmentation porte essentiellement sur les villes dont le revenu brut est égal ou supérieur à 100 000 F par an : Angers, Cholet et Saumur, dont la contribution passe de 60 à 73 %¹⁰⁵⁹. Par cette manœuvre le conseil général, qui vient d'augmenter le prix de journées des indigents, tente de réduire sa participation. Ici encore, le rapporteur fait apparaître le différent entre le département et les communes autour du financement de l'indigence, mais aussi l'absence de participation de l'Etat. Ainsi, Laurent Bougère la justifie par le fait que les communes ont un trop grand intérêt, en cas de doute, à envoyer leur malades à Sainte-Gemmes au lieu de l'hospice¹⁰⁶⁰. En fait, il s'agit, par cette augmentation de la participation des communes, pour le conseil général d'harmoniser les prix de journée asilaire à celui de l'hospice afin d'éviter des hospitalisations à bas prix pour les communes qui pèse sur le département. Il tempère : si la commune d'Angers contribue à la hauteur de

¹⁰⁵² BUA, JP43, Procès des délibérations du conseil général, « Tarifs des aliénés militaires », séance du 29 août 1916, p. 1220.

¹⁰⁵³ *Id.*

¹⁰⁵⁴ *Ibid.*, p. 1224.

¹⁰⁵⁵ *Ibid.*, p. 1223.

¹⁰⁵⁶ *Ibid.*, p. 1226.

¹⁰⁵⁷ *Ibid.*, p. 1228.

¹⁰⁵⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Barème des communes, Elévation », séance du 29 août 1916, p. 1235.

¹⁰⁵⁹ *Id.*

¹⁰⁶⁰ *Id.*

73 %, elle le fera sur un prix de journée inférieur à celui des autres établissements¹⁰⁶¹. La ville d'Angers semble particulièrement visée par cette mesure. En effet, il ajoute que si les communes rurales ont fait un effort pour faire payer les familles, « Angers semble s'être désintéressé de cette obligation¹⁰⁶² ».

Puis, dans une perspective plus globale, il va sur le terrain de l'alcoolisme, grand pourvoyeur de l'asile. Il évoque le revenu de l'alcool qui bénéficie à la ville d'Angers : « sans vouloir engager une discussion sur la question du ravage de l'alcool dans les campagnes, nous devons constater que quelques villes trouvent seules, dans la perception des droits d'octroi sur l'alcool, la compensation des charges de l'internement des alcooliques¹⁰⁶³. »

Au final, pour appuyer la décision du conseil général, Laurent Bougère souligne l'assistance de l'Etat qui fait défaut : « Il n'y a pas de raison pour qu'une institution [l'asile] de cette importance ne soit pas assimilée à celles pour lesquelles l'Etat vient en aide aux départements et communes¹⁰⁶⁴. » Bernier, maire d'Angers, tente de manœuvrer en proposant une contribution de 60 % ; l'amendement est refusé¹⁰⁶⁵.

2.3. Un défaut de trésorerie

L'exercice de 1916 se termine par un excédent de 117 418 F¹⁰⁶⁶. Seulement, la hausse des prix des produits absorbe cet excédent. Le Dr Baruk demande des crédits supplémentaires, notamment pour les comestibles, à cause de l'augmentation des prix, qui a conduit à l'instauration de deux jours sans viande¹⁰⁶⁷, et de l'hiver rigoureux qui a diminué le rendement des jardins¹⁰⁶⁸.

Le budget additionnel de 1917 apparaît déjà déficitaire de 36 758 F¹⁰⁶⁹. Le budget primitif de 1918, en prenant en compte la population réelle, présente un déficit de 230 009 F¹⁰⁷⁰. Ce résultat « effrayant » était, selon le Dr Baruk, prévisible¹⁰⁷¹. Si les augmentations des tarifs des pensionnaires et des indigents et la subvention de 150 000 F ont permis d'équilibrer le budget pour un temps, tout à est à refaire pour le budget de 1918¹⁰⁷².

Le financement asilaire, déjà précaire dans l'avant guerre, s'enraille. Considérant la population réelle et le prix des marchandises pratiquées, et en faisant la comparaison entre le taux de pension et le prix de

¹⁰⁶¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Barème des communes, Elévation », séance du 29 août 1916, p. 1235.

¹⁰⁶² *Id.*

¹⁰⁶³ *Ibid.*, p. 1237.

¹⁰⁶⁴ *Id.*

¹⁰⁶⁵ *Ibid.*, p. 1238.

¹⁰⁶⁶ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1916, p. 45.

¹⁰⁶⁷ Alors que les récoltes sont mauvaises et que la guerre sous-marine limite les importations, au printemps 1917, des sacrifices sont demandés aux consommateurs. « On procède alors par étapes : l'économie à l'insu du consommateur, puis avec son concours et enfin ... malgré lui », Cf. Alain Jacobzone, *1914-1918 : en Anjou loin du front, op. cit.*, p. 167.

¹⁰⁶⁸ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1916, p. 45.

¹⁰⁶⁹ *Ibid.*, p. 47.

¹⁰⁷⁰ *Ibid.*, p. 46.

¹⁰⁷¹ *Ibid.*, p. 47.

¹⁰⁷² *Ibid.*, p. 48.

revient, il apparaît que toutes les catégories sont déficitaires, à l'exception des pensionnaires de 1^e 2^e et 3^e classes et du service de neuropsychiatrie des militaires¹⁰⁷³. D'un côté il y a 20 000 F de bénéfice et de l'autre 300 000 F de déficit¹⁰⁷⁴. Les indigents à la charge du département représentent à eux seuls 262 094 F de déficit¹⁰⁷⁵.

Le Dr Baruk déplore que les ressources soient strictement calculées pour répondre « à peine » aux dépenses¹⁰⁷⁶. L'absence de fond de roulement en trésorerie, qui n'autorise aucune élasticité, apparaît est dénoncé¹⁰⁷⁷. Ce fonctionnement ne permet « aucun fond disponible pour les moments difficiles, mais nous empêche de constituer des stocks de denrées et des marchandises diverses, dont l'absence s'est fait cruellement sentir au moment de la mobilisation¹⁰⁷⁸. »

Le Dr Baruk, qui a mené l'enquête, constate que les institutions asilaires qui ne disposaient pas de réserves importantes avant les hostilités ont demandé aux assemblées départementales des ressources supplémentaires¹⁰⁷⁹. Une conclusion s'impose : il faut, à nouveau, de nouvelles disponibilités¹⁰⁸⁰.

2.4. Un équilibre précaire

a. Une nouvelle augmentation de la 4^e classe

En 1917, Laurent Bougère constate que dans son calcul du prix de revient du budget primitif de 1918, le Dr Baruk n'a pas pris en compte le remboursement des avances faites par le département¹⁰⁸¹. Depuis 1913, les avances successives cumulées se montent à près de 500 000 F¹⁰⁸². Laurent Bougère est conscient qu'avec un déficit annoncé pour 1918 de 230 009 F, le département devra renoncer, dans l'immédiat, à tout remboursement¹⁰⁸³.

Il constate que malgré les efforts réalisés par le Dr Baruk, les plus-values réalisées depuis son arrivée, favorisées par l'augmentation du nombre de pensionnaires et la diminution du nombre d'indigents, mais aussi par les revenus supplémentaires dus au service de neuropsychiatre, sont absorbées par l'augmentation des prix¹⁰⁸⁴. Il pense que dans la situation présente, alors que les tarifs sont notablement inférieurs au prix de revient, il faut donner à l'asile « ses propres ressources¹⁰⁸⁵ ».

¹⁰⁷³ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1916, p. 50.

¹⁰⁷⁴ *Ibid.*, p. 51.

¹⁰⁷⁵ *Ibid.*, p. 50.

¹⁰⁷⁶ *Ibid.*, p. 52.

¹⁰⁷⁷ *Id.*

¹⁰⁷⁸ *Id.*

¹⁰⁷⁹ *Id.*

¹⁰⁸⁰ *Id.*

¹⁰⁸¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1918 », séance du 30 août 1917, p. 1227.

¹⁰⁸² *Ibid.*, p.1231-1233.

¹⁰⁸³ *Ibid.*, p. 1228.

¹⁰⁸⁴ *Ibid.*, p. 1227.

¹⁰⁸⁵ *Ibid.*, p. 1234

Contrairement au docteur Baruk qui est favorable à l'augmentation du tarif de toutes les pensions, y compris celle de 4^e classe, Laurent Bougère reste septique pour cette dernière.

Selon lui « il y a lieu d'encourager les personnes qui ont le sentiment de leur dignité et tiennent à acquitter les charges qui leur incombent sans recourir aux budgets des communes et du département¹⁰⁸⁶.

» Il va plus loin : « Si pour quelconques, elles sont obligés d'y faire appel [partiellement], l'expérience démontre qu'une fois entré dans cette voie, *le quémendeur* augmente ses exigences et n'est satisfait que s'il obtient complète décharge¹⁰⁸⁷. » L'application de ce nouveau tarif fait apparaître un excédent de recettes de 16 097 F pour le budget primitif de 1918¹⁰⁸⁸.

Pourtant, Abel Boutin-Desvignes¹⁰⁸⁹, propose l'augmentation du tarif de la 4^e classe du département de 1,50 F à 1,75 F : « Nous n'avons aucune raison de faire à cette classe des avantages particuliers. Puisque le prix de revient de ces malades est de 1,90 F, pourquoi ne leur faire payer que 1,50 F¹⁰⁹⁰. » Un autre conseiller : « Je comprends les raisons qui poussent M. Boutin à demander cette légère élévation du prix de journée de la 4^e classe. Mais il faut redouter les demandes de passage de la 4^e classe dans la classe des aliénés indigents ; de sorte que finalement le département ne réaliserait aucune économie, au contraire¹⁰⁹¹. » Laurent Bougère justifie son point de vue en mentionnant « la difficulté des maires qui ont toutes les peines du monde à se défendre contre les sollicitations des familles qui demandent à faire traiter leurs malades comme indigents¹⁰⁹² ». Développant son propos : « Des interventions de personnes influentes s'exercent aussi dans ce sens. C'est que, de ce fait, on a vu admettre comme indigents des personnes possédant une certaine fortune mobilière ; car pour les immeubles, il est plus difficile de les dissimuler, et les propriétaires d'immeuble passent pour fortunés bien que souvent ils ne touchent rien ou bien peu de chose¹⁰⁹³. » Il ne fait pas opposition à la demande de M. Boutin. M. Grignon manifeste sa crainte de voir les personnes placées en 3^e classe passer en 4^e classe¹⁰⁹⁴. L'amendement, mis aux voix, est adopté¹⁰⁹⁵ : l'excédent passe à 24 940 F¹⁰⁹⁶.

¹⁰⁸⁶ I BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1918 », séance du 30 août 1917, p. 1235.

¹⁰⁸⁷ *Id.*

¹⁰⁸⁸ *Ibid.*, p. 1237.

¹⁰⁸⁹ Abel Boutin-Desvignes est conseiller général du canton des Ponts-de-Cé entre 1913 et 1937.

¹⁰⁹⁰ *Ibid.*, p. 1238.

¹⁰⁹¹ *Ibid.*, p. 1239.

¹⁰⁹² *Ibid.*, p. 1240.

¹⁰⁹³ *Id.*

¹⁰⁹⁴ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1918 », séance du 30 août 1917, p. 1241.

¹⁰⁹⁵ Cf. Tableau n° 4 : Evolution des prix de journées des différentes catégories entre 1913 et 1918.

¹⁰⁹⁶ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1918 », séance du 30 août 1917, p. 1241.

b. Un léger optimisme

En 1917, l'exercice présente un excédent de 130 342 F¹⁰⁹⁷. Comment expliquer ce résultat alors que le budget additionnel de 1917 présentait un déficit de 263 951 F ? Ceci est en partie dû à la subvention du conseil général de 150 000 F, mais aussi aux augmentations des prix de journées des indigents et des 4^e classe¹⁰⁹⁸. Les pensions des 1^e et 2^e classes, bien que non augmentées, ont aussi contribué à ce résultat¹⁰⁹⁹. On note une augmentation des recettes des militaires aliénés et l'augmentation de la recette du service de neuropsychiatrie qui s'élève à 82 364 F¹¹⁰⁰. Autre facteur : une annulation de dépenses de 122 833 F pour laquelle le Dr Baruk s'empresse de préciser qu'elle fut ici aussi faite « sans nuire au bien être des malades¹¹⁰¹ ». Comme les autres années, ces recettes sont absorbées par les besoins du budget additionnel de 1918, qui déjà se solde par un déficit de 52 958 F¹¹⁰². Comment réduire ce déficit sans demander d'aide au conseil général ? Pour la première fois, 60 000 F ont été inscrits au budget primitif de 1918 au compte du service de neuropsychiatrie, sur lequel, avec le recul, l'asile peut commencer à compter. Avec cet apport, le budget est excédentaire de 7 042 F¹¹⁰³. Toutefois, en raison de la volatilité des prix et de l'impossibilité de connaître les cours à venir, le directeur demande au préfet d'intervenir auprès du conseil général pour obtenir des virements de crédit à crédit¹¹⁰⁴ : si des budgets sont dépassés, d'autres « prudemment maniés », « moins indispensables » selon le Dr Baruk, restent excédentaires. Aussi, il préconise d'utiliser les excédents en les transférant sur les budgets déficitaires¹¹⁰⁵. Le budget primitif de l'année 1919, comme l'année antérieure, a été calculé sur la population au 1^{er} mai 1918 et non plus sur la moyenne des trois années antérieures. Le Dr Baruk escompte, en juin 1918, 1 071 075 F de recettes¹¹⁰⁶. En se basant sur le prix des marchandises du moment, le Dr Baruk obtient un déficit de recette de 250 000 F¹¹⁰⁷. Or les prix continuent d'augmenter¹¹⁰⁸. Malgré cela, le Dr Baruk est optimiste : selon lui les sacrifices consentis par le conseil général (déjà envisagées), les recettes du service psychiatrique militaire, de l'exploitation agricole et les plus-values attendues sur les recettes des pensionnaires lui font espérer un équilibre du budget primitif de 1919¹¹⁰⁹.

¹⁰⁹⁷ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1917, p. 44.

¹⁰⁹⁸ *Id.*

¹⁰⁹⁹ *Ibid.*, p. 45.

¹¹⁰⁰ *Id.*

¹¹⁰¹ *Id.*

¹¹⁰² *Id.*

¹¹⁰³ *Id.*

¹¹⁰⁴ *Ibid.*, p. 46.

¹¹⁰⁵ *Id.*

¹¹⁰⁶ *Id.*

¹¹⁰⁷ *Ibid.*, p. 47.

¹¹⁰⁸ *Id.*

¹¹⁰⁹ *Id.*

2.5. La fin de l'épreuve

En 1918, le compte administratif se solde par un excédent de 90 185 F¹¹¹⁰. Ce résultat est jugé satisfaisant par le Dr Baruk¹¹¹¹. Selon lui ce résultat a deux causes principales : d'une part le supplément de recette du service de psychiatrie militaire dont la recette s'élève à 103 762 F et d'autre part les économies qui se montent à 102 919 F¹¹¹². Dans une moindre mesure, on mentionnera aussi l'exploitation agricole, salué par le conseil général, dont les 22 hectares ont rapporté 20 655 F pour une dépense de 3 069 F¹¹¹³. Louis Cotte de Jumilly¹¹¹⁴ salue l'« heureuse initiative » du Dr Baruk, et souligne qu'elles permettent de majorer « les revenus normaux et habituels du département [...] sans bourse délier¹¹¹⁵ ». Pour le Dr Baruk, le résultat aurait été plus avantageux sans l'épidémie de grippe qui a fait baisser le chiffre de la population, affectant ainsi la recette du quatrième trimestre¹¹¹⁶. Il poursuit : « Sans doute peut-on penser que cette réduction de la population, en diminuant les revenus, réduirait les dépenses¹¹¹⁷. » Il n'en est rien : la réduction de l'effectif n'entraîne pas la réduction des charges fixes telles que le chauffage, l'éclairage, les frais de personnel qui ne sont pas influencés par la population¹¹¹⁸. Durant la guerre, malgré l'inflation et la suppression du système de l'adjudication, l'asile maintient l'équilibre de son budget. Celui-ci tient aux recettes exceptionnelles de la guerre, comme les revenus du service de neuropsychiatrie, des réfugiés et, dans une moindre mesure, à l'augmentation de la surface des terres cultivées. L'équilibre est aussi possible grâce à l'action du conseil général avec l'augmentation du prix de journée, et notamment de celui des indigents, qu'il répercute sur les communes. Si l'équilibre tient à l'augmentation des recettes, c'est aussi grâce à la maîtrise des dépenses réalisée par le Dr Baruk voire à leur diminution. L'équilibre est aussi atteint grâce à des subventions du conseil général qui conditionneront les finances de l'après-guerre.

Cette épreuve donne un éclairage complémentaire sur les tensions entre le département et les principales communes du Maine-et-Loire autour du financement de l'indigence. L'hospitalisation des malades à l'asile est plus avantageuse pour les communes que l'hospitalisation dans les hospices, aussi tentent-elles d'y placer leur malades. En tenant compte de ce fait, l'encombrement de l'asile est exacerbé par une stratégie communale. L'absence de participation financière de l'Etat est aussi dénoncée par le conseil général. En 1915 et 1916, de nouvelles polémiques resurgissent.

¹¹¹⁰ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1918, p. 49.

¹¹¹¹ *Ibid.*, p. 50.

¹¹¹² *Id.*

¹¹¹³ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Résultats de l'exploitation agricole », séance du 28 avril 1919, p. 391.

¹¹¹⁴ Louis Cotte de Jumilly est conseiller général du canton de Saint-Georges-sur-Loire entre 1911 et 1925.

¹¹¹⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Baux d'immeubles par le directeur », séance du 27 août 1918, p. 1207.

¹¹¹⁶ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1918, p. 50.

¹¹¹⁷ *Id.*

¹¹¹⁸ *Id.*

C / Polémiques

Entre 1915 et 1916, au cœur de la guerre, on assiste à de nouvelles polémiques entre d'une part le préfet et le conseil général sur la communication de la liste des indigents et d'autre part entre l'asile et la commune de Sainte-Gemmes-sur-Loire sur le cimetière. De quelle nature sont ces conflits ? Quelles sont les solutions trouvées ?

1. La liste des aliénés indigents (1915-1916)

1.1. La communication de la liste des aliénés indigents

Pendant la guerre, du fait des difficultés financières départementales, le hiatus entre le préfet et le conseil général autour de l'indigence s'exacerbe. Dans la séance du 18 août 1915, le rapporteur, Laurent Bougère, demande au préfet la communication de la liste des indigents et des domiciles de secours dont le département paye la totalité ou en partie la pension¹¹¹⁹. Le préfet Fabre refuse au motif de la confidentialité¹¹²⁰. Cette communication faite, pendant des années, a été refusée par deux fois et notamment l'année antérieure par le préfet Dautresme¹¹²¹. Laurent Bougère considère que le conseil général ne peut pas voter un budget aussi important [750 000 F] sans « éléments d'appréciation¹¹²² ». Ce qui était acceptable avant-guerre ne l'est plus. Evoquant l'affaire Gonnard, il se fait menaçant : il considère que si le conseil général « veut se mettre à l'abri de tout reproche, il devra se résoudre à ne pas voter les dépenses qu'il est dans l'impossibilité de contrôler¹¹²³ ». Le préfet, prit de cours, demande à remettre la discussion¹¹²⁴. Le rapporteur est conscient de la nature de ce document : « Sans doute il y a une question de secret professionnel en ce qui concerne la maladie qui a pu causer l'internement ; mais il n'y en a pas quand il s'agit du domicile de secours et de l'établissement de la liste des indigents¹¹²⁵. » Le président du conseil général précise que l'assemblée ne souhaite pas d'éléments confidentiels mais des éléments d'informations qui lui permettent de savoir si telles ou telles sommes sont réellement dues par le département : « Agir ainsi, c'est exercer son droit légitime de contrôle. C'est pour accomplir ce mandat que les électeurs nous ont envoyé ici¹¹²⁶. »

¹¹¹⁹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Demande de communication au conseil général de la liste des aliénés indigents », séance du 18 août 1915, p. 1070.

¹¹²⁰ *Ibid.*, p. 1071.

¹¹²¹ *Ibid.*, p. 1070.

¹¹²² *Id.*

¹¹²³ *Id.*

¹¹²⁴ *Id.*

¹¹²⁵ *Ibid.*, p. 1072.

¹¹²⁶ *Ibid.*, p. 1074.

Le 31 août, Laurent Bougère informe le conseil général que le ministère de l'Intérieur maintient le point de vue de 1913, à savoir le refus de communication de la liste nominative des indigents au motif du « secret des familles¹¹²⁷ ». La communication ne peut être faite que dans les conditions prévues par l'article 4 de la loi du 30 juin 1838¹¹²⁸. Laurent Bougère réplique que cet article, qui précise que les surveillances administratives exercées par le président du tribunal, le procureur de la république, le juge de paix et le maire de la commune afin d'empêcher toute forme d'internement arbitraire, ne répond pas à la question du conseil général. Il demande, conformément à la loi du 18 juillet 1866, à exercer son droit de contrôle sur les dépenses concernant les aliénés indigents¹¹²⁹. Bougère considère que cette décision contredit les circulaires, les lois et l'avis du conseil d'Etat qui serait en faveur du droit de contrôle du conseil général¹¹³⁰. Selon lui « le secret des familles n'existe pas en matière de personnes atteintes d'imbécillité, de démence ou de fureur¹¹³¹ ». Il mentionne les articles du Code civil qui préconisent au contraire la publicité à l'endroit de l'interdiction¹¹³²; puis un autre article qui déclare qu'il serait souhaitable de développer la publicité à l'égard des aliénés non interdits¹¹³³. Ironique, il proclame : « Voilà la doctrine de Napoléon III ! Elle serait aujourd'hui démentie par le ministère de l'Intérieur, qui refuserait le contrôle accordé par l'Empire ? C'est ridicule¹¹³⁴ ! »

Pour le préfet, cet avis n'est pas « une décision contentieuse » et surtout « ne couvre pas suffisamment sa responsabilité auprès des familles »¹¹³⁵. Il martèle : « Le nom des internés constitue un secret qui nous est confié, ne peuvent le connaître que les personnes mentionnées dans l'article 4 de la loi de 1838 et qui sont autorisées à visiter les asiles d'aliénés¹¹³⁶. »

Il ne reconnaît pas au conseil général le droit de contrôle qui lui permettrait de s'accorder la réduction ou le dégrèvement des frais d'entretien des aliénés indigents. Cette polémique permet de saisir le contentieux qui existe sur la loi de 1838 entre l'Etat et le département.

Pourtant, voulant dénouer le *statu quo*, il fait une proposition qui, selon lui, permettrait de concilier : « le désir du conseil général, l'avis du conseil d'Etat, le souci de [sa] responsabilité et le respect du secret des familles¹¹³⁷. » Il revient sur la procédure de dégrèvement des frais d'entretien des aliénés indigents qui permet de mettre les frais de pensions à la charge soit des collectivités (communes et le département), soit des familles. Elle comporte deux phases : la première est une enquête sur la situation de fortune de l'aliéné et de sa famille. Selon lui, c'est l'affaire de l'autorité préfectorale. La deuxième consiste à prendre

¹¹²⁷ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Question préjudicielle – Communication de la liste nominative des aliénés indigents », séance du 31 août 1915, p. 1110.

¹¹²⁸ *Id.*

¹¹²⁹ *Ibid.*, p. 1111.

¹¹³⁰ *Id.*

¹¹³¹ *Id.*

¹¹³² *Id.*

¹¹³³ *Id.*

¹¹³⁴ *Ibid.*, p. 1114.

¹¹³⁵ *Ibid.*, p. 1120.

¹¹³⁶ *Ibid.*, p. 1121.

¹¹³⁷ *Id.*

une décision pour l'imputation de la dépense¹¹³⁸. Il propose de donner au conseil général cette dernière décision en lui communiquant le dossier avec tous les renseignements, mais sans indiquer le nom ni le domicile de l'aliéné¹¹³⁹. Bougère refuse l'offre du préfet au motif que la commission ne souhaite pas connaître le secret des familles mais veut uniquement faire l'application de la loi¹¹⁴⁰. « Comment le conseil général pourrait-il décider que l'enquête est exacte et que l'intéressé est réellement indigent si le conseil ne connaît pas le nom de l'individu ni celui de la commune¹¹⁴¹. » Le nom de la commune est important pour le département car la quote-part de celui-ci varie selon la commune où est domicilié l'interné [le contingent des communes varie selon leur budget]¹¹⁴². Bougère pense que « le secret ne peut avoir qu'un but : permettre des actes de favoritisme au profit de malades qui pouvaient payer¹¹⁴³ ». Au sein du conseil général, les avis divergent. De Jumilly considère que la proposition du préfet est un recul ; Gioux que le système de la commission conduit à « une inquisition personnelle faite par une assemblée délibérante. C'est un piège moral dans lequel la proposition du préfet empêchera le conseil général de tomber »¹¹⁴⁴. Bernier s'inquiète que le compte administratif ne soit pas voté¹¹⁴⁵. Bougère répond : « il ne faut pas laisser accrédi-ter dans votre esprit cette idée qu'il est mal de faire connaître les noms des personnes internées dans un asile¹¹⁴⁶. » Il évoque la procédure de l'interdiction et la publicité qui est faite autour de celle-ci¹¹⁴⁷.

Le préfet propose de donner, à la demande, un renseignement sur un cas particulier¹¹⁴⁸. De Jumilly parle d'un « secret de polichinelle » : « Lorsqu'une personne est internée toute la commune le sait et même les communes avoisinantes¹¹⁴⁹. » L'enquête d'Albert Londres sur les asiles dans les années 1920 illustre parfaitement ce propos¹¹⁵⁰.

Bougère met en avant les erreurs dans les enquêtes, il rappelle à cet effet le cas de l'indigente de Gonnard dont l'enquête, réalisée par le commissaire spécial de police, révélait qu'elle avait des jeunes enfants. En fait, ils avaient 22, 19 et 13 ans. D'autre part cette même enquête affirmait que l'aliénée avait 340 F de revenus alors qu'elle avait 510 F grâce à des immeubles loués¹¹⁵¹. Pour Bougère, le conseil général doit apporter sa contribution à ce genre d'enquête « faite aussi légèrement¹¹⁵² ». Puis

¹¹³⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Question préjudicielle – Communication de la liste nominative des aliénés indigents », séance du 31 août 1915, p. 1110.

¹¹³⁹ *Id.*

¹¹⁴⁰ *Ibid.*, p. 1123.

¹¹⁴¹ *Ibid.*, p. 1122.

¹¹⁴² *Id.*

¹¹⁴³ *Ibid.*, p. 1123.

¹¹⁴⁴ *Id.*

¹¹⁴⁵ *Id.*

¹¹⁴⁶ *Ibid.*, p. 1125.

¹¹⁴⁷ *Id.*

¹¹⁴⁸ *Ibid.*, p. 1127.

¹¹⁴⁹ *Id.*

¹¹⁵⁰ Albert Londres, *Chez les fous*, Paris, Le Serpent à plumes, 1925, rééd. 1999.

¹¹⁵¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Question préjudicielle – Communication de la liste nominative des aliénés indigents », séance du 31 août 1915, p. 1127.

¹¹⁵² *Id.*

revenant sur l'interdiction, elle ne s'adresse, de fait, qu'à des gens riches : « Si dans les asiles d'aliénés il y a peu de gens interdits, c'est que eux ou leur famille n'ont pas la fortune suffisante pour faire les frais de cette procédure¹¹⁵³. »

Il précise qu'un juriconsulte, dans son commentaire du code civil, exprime l'opinion qu'il soit regrettable que la publicité ne soit pas étendue pour les non interdits¹¹⁵⁴. Il poursuit : « La législation actuelle, très humaniste, permet de laisser un malade en dehors de l'asile pendant ses intervalles lucides. Il peut donc, à de certains moments, n'étant pas interdit, commettre des actes les plus graves et compromettre son patrimoine¹¹⁵⁵. » Le préfet, s'adressant au conseil, contre-attaque : « ce qu'il [Bougère] réclame pour le conseil général, ce n'est pas le pouvoir de décider d'après les renseignements du préfet, c'est le pouvoir de contrôler les renseignements de préfet, c'est-à-dire de se substituer à l'autorité exécutoire¹¹⁵⁶. » Gaston de la Guillonnière¹¹⁵⁷ demande au préfet s'il consentirait à donner le nom de la commune¹¹⁵⁸. Le préfet répond que sur le nom il pourrait s'entendre¹¹⁵⁹. Bougère proteste : « Cela ne suffit pas¹¹⁶⁰ ». Il s'explique : « Dans les communes rurales tout le monde se connaît et on est bien renseigné. Dans les grandes villes, au contraire, il est impossible ou très difficile de l'être. J'en connais une dans laquelle, sur 257 malades, 10 seulement payaient un contingent¹¹⁶¹. » Le préfet, conciliant, réitère sa proposition : « Si un conseiller possède un renseignement particulier, je suis tout prêt à l'accueillir et à le consigner au dossier. Mais je ne peux pas lui permettre de contrôler mon enquête et de la refaire de son côté¹¹⁶². » La question à nouveau remise à plus tard.

En septembre 1915, Laurent Bougère révèle au conseil général une nouvelle affaire. Une lettre a été adressée au président de la deuxième commission mentionnant l'existence d'une personne internée comme indigente alors qu'elle disposerait de ressources suffisantes pour un traitement de pensionnaire¹¹⁶³. La deuxième commission a demandé au préfet le nom de cette personne, celui-ci a refusé¹¹⁶⁴. Laurent Bougère interpelle le préfet : « Vous avez le nom, vous n'avez que des recherches à faire. Si vous voulez bien nous demander les renseignements qui nous ont été fournis, nous vous les donnerons¹¹⁶⁵. »

¹¹⁵³ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Question préjudicielle – Communication de la liste nominative des aliénés indigents », séance du 31 août 1915, p. 1128.

¹¹⁵⁴ *Id.*

¹¹⁵⁵ *Id.*

¹¹⁵⁶ *Id.*

¹¹⁵⁷ Gaston de la Guillonnière est conseiller général du canton de Saurmur-Nord-Ouest entre 1895 et 1925.

¹¹⁵⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Question préjudicielle – Communication de la liste nominative des aliénés indigents », séance du 31 août 1915, p. 1128.

¹¹⁵⁹ *Id.*

¹¹⁶⁰ *Id.*

¹¹⁶¹ *Ibid.*, p. 1129.

¹¹⁶² *Id.*

¹¹⁶³ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Asile d'aliéné de Sainte-Gemmes-sur-Loire », séance du 3 septembre 1915, p. 1295.

¹¹⁶⁴ *Id.*

¹¹⁶⁵ *Id.*

1.2. La spirale de l'endettement

Suite au départ des infirmiers et infirmières de la Seine et du Nord, le Dr Baruk a dû augmenter le personnel pour les malades de ces départements. D'autre part, avant l'arrivée d'auxiliaires militaires, le Dr Baruk a eu recours à des infirmiers supplémentaires pour le service d'observation¹¹⁶⁶. Les gages de ce personnel supplémentaire se montent à 5000 F : 2000 F pour les 5 infirmiers qui ont remplacé ceux du Nord et de la Seine, 1400 F pour les 4 infirmières de la Seine et 1575 F pour les 15 auxiliaires qui auront travaillé sept mois¹¹⁶⁷. Par ailleurs, la hausse des prix des médicaments (entre 15 et 30 %) due à la raréfaction des produits et de la main d'œuvre mais aussi à l'augmentation de la population de l'asile, a épuisé le crédit pharmacie. 3000 F supplémentaires sont demandés¹¹⁶⁸. Au final, le déficit du budget additionnel se monte à 72 901 F¹¹⁶⁹. La deuxième commission, conformément au vœu du préfet, vote à nouveau une avance remboursable de cette somme à l'asile¹¹⁷⁰.

1.3. Le conseil général n'inscrit pas de somme au budget primitif de 1916

En septembre 1915, le conseil général prend une décision radicale, il n'inscrit pas la somme de 335 036 F demandée par le Dr Baruk dans le budget primitif de 1916¹¹⁷¹. Laurent Bougère argumente : « Comme il nous est impossible de savoir si les 796 aliénés inscrits à la charge du département comme indigents le sont réellement, nous vous demandons de ne pas inscrire en recette au budget de l'asile la somme que monsieur le Directeur nous demande d'inscrire¹¹⁷². » Afin de rester dans la légalité et de ne pas paralyser le fonctionnement de l'asile, il demande au conseil général de voter une subvention équivalente à l'asile sous la rubrique « avance remboursable », soit 300 000 F¹¹⁷³. Et, un peu plus loin : « Nous régulariserons ce chiffre quand le conseil d'Etat se sera prononcé¹¹⁷⁴. »

Lucien Frémy manifeste son inquiétude : « Je suis très préoccupé de la situation de l'asile. Il lui a été fait une avance de 20 000 F non remboursé (il s'agit sans doute du reliquat de 20 464 F dû par l'asile au département au titre des bâtiments et décidé le 25 septembre 1913), on va lui faire une avance de 72 901 F, ce qui fait un total de 92 000 F. Or ces avances remboursables proviennent non de

¹¹⁶⁶ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget supplémentaire 1915, augmentation des crédits », séance du 3 septembre 1915, p. 1297-1298.

¹¹⁶⁷ *Ibid.*, p. 1298.

¹¹⁶⁸ *Id.*

¹¹⁶⁹ *Ibid.*, p. 1299.

¹¹⁷⁰ *Id.*

¹¹⁷¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget 1916 - subvention à l'asile », séance du 3 septembre 1915, p. 1299.

¹¹⁷² *Ibid.*, p. 1299-1300.

¹¹⁷³ *Ibid.*, p. 1300.

¹¹⁷⁴ *Ibid.*, p. 1301.

circonstances exceptionnelles, mais des molécules, si j'ose dire, qui constituent les dépenses normales de l'asile ; par suite du renchérissement de toutes les denrées, le prix de revient d'un malade a augmenté dans des proportions considérables. La situation est donc préoccupante¹¹⁷⁵. » Il se demande s'il ne serait pas « sage » d'augmenter le prix de journée, afin d'« escompter une rentrée bien aléatoire de 92 000 F »¹¹⁷⁶. Plus loin il se fait plus explicite : « Ce n'est pas la question de subvention qui m'effraye, c'est la fragilité de la prévision de recettes¹¹⁷⁷. » De Jumilly et Bougère sont plus optimistes¹¹⁷⁸. De Jumilly considère que les hospitalisés des départements étrangers ainsi que le grand nombre des « nerveux » envoyés par l'hospice d'Angers (militaires) « formeront une ressources importante »¹¹⁷⁹. Laurent Bougère estime que les 200 malades du Nord et de la Seine, pour qui le prix de journée a été fixé à 1,70 F, les malades militaire qui payent 2,07 F et l'augmentation du tarif des aliénés à la charge des départements étrangers qu'il souhaite porter à 1,75 F (il est à 1,50 F) donneront de nouvelles recettes¹¹⁸⁰. Il considère même que si la commission des finances envisage d'augmenter le prix de journée des indigents à la charge du département du Maine-et-Loire, il n'y verra pas d'inconvénient¹¹⁸¹. Au final, selon Laurent Bougère le budget primitif de 1916 apparaît avec un *déficit apparent* de 78 139 F¹¹⁸². « Pour déterminer s'il y a déficit réel, il faut connaître le nombre de journées des malades à la pension dont le prix est supérieur à celui des aliénés indigents au compte du département de Maine-et-Loire. Nous ne connaissons le nombre de ces derniers que lorsque nous les auront vérifiés¹¹⁸³. » Il conclut : « L'amélioration de leur sort se traduira financièrement par une diminution du déficit¹¹⁸⁴. » Laurent Bougère demande ensuite de relever le prix de journée des indigents à la charge des départements étrangers à 1,75 F et ce à partir du 1^{er} octobre¹¹⁸⁵. Il attend sereinement le verdict du conseil d'Etat : « Il m'est indifférent [...] d'avoir tort ; et si on nous donne raison, il y aura un grand nombre de malades dont le traitement sera amélioré et de nombreuses communes dont les dépenses seront diminuées, l'important est d'être fixé¹¹⁸⁶. » De Jumilly, inquiet, formule qu'« il est possible que l'administration supérieure considère que nous laissons notre budget en déficit¹¹⁸⁷ ». Le préfet ajoute que dans ce cas de figure où le crédit de l'hospitalisation des indigents n'a pas été voté, il ne sera pas possible de percevoir le contingent des communes et celui des familles, « la charge entière reposera

¹¹⁷⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget 1916 - subvention à l'asile », séance du 3 septembre 1915, p. 1301.

¹¹⁷⁶ *Id.*

¹¹⁷⁷ *Id.*

¹¹⁷⁸ *Ibid.*, p. 1302.

¹¹⁷⁹ *Id.*

¹¹⁸⁰ *Id.*

¹¹⁸¹ *Ibid.*, p. 1302-1303.

¹¹⁸² *Ibid.*, p. 1303.

¹¹⁸³ *Id.*

¹¹⁸⁴ *Id.*

¹¹⁸⁵ *Id.*

¹¹⁸⁶ *Ibid.*, p. 1304.

¹¹⁸⁷ *Id.*

donc sur le département¹¹⁸⁸ ». Le conseil général adopte l'ensemble des conclusions de Laurent Bougère et de la commission des finances qu'il représente¹¹⁸⁹. Le bras de fer commence.

1.4. L'appel à l'arbitrage gouvernemental

En mai 1916, Laurent Bougère propose de porter la question qui divise le préfet et le conseil général devant le gouvernement. Une délégation est créée. Cette démarche n'est pas isolée, elle a déjà été effectuée dans d'autres départements comme la Gironde¹¹⁹⁰. Le lendemain Victor Bernier, absent lors de la séance qui avait vu le conseil général refuser le vote du budget de l'asile, manifeste sa désapprobation¹¹⁹¹. Laurent Bougère rappelle à Bernier que le vote n'a pas été effectué car le préfet Dautresme, par deux fois, puis le préfet Fabre, ont refusé de donner des justifications concernant la situation financière de certains pensionnaires¹¹⁹². Il cite la loi de 1838 : « le département n'est tenu [de payer] que si l'aliéné et sa famille sont absolument indigents, et il ne peut rien être demandé au département avant que celui-ci ne soit mis à même de constater l'indigence d'après les documents fournis par le préfet au conseil général¹¹⁹³. » Il rappelle l'origine du conflit : l'affaire Gonnord. « Le conseil municipal de Gonnord avait refusé de payer une contribution qui lui était réclamée par le préfet [Dautresme], en déclarant qu'un malade qui avait été admis à titre de pensionnaire avec engagement de la famille de payer la pension ; puis déclaré indigent par un second arrêté préfectoral, possédait des immeubles. M. Dautresme envoya alors un commissaire spécial de police et, sur son rapport, imposa d'office la commune¹¹⁹⁴. »

Bougère évoque l'art. 14 de la Déclaration des droits de l'Homme : « Tous les citoyens ont le droit de constater par eux-mêmes ou par leur représentant, la nécessité de la contribution publique, de la consentir librement, d'en suivre l'emploi et d'en déterminer la quotité, l'assiette, le recouvrement et la durée¹¹⁹⁵. » Puis, il porte le fer : « Hier, nous avons nommé une délégation chargée de se rendre auprès du gouvernement. Nous lui demanderons s'il est descendant des hommes de la Révolution ou s'il est partisan d'une théorie nouvelle, qui mettrait la France démocratique à un niveau un peu inférieur à celui de la Russie, avant que le Tzar ait accordé la liberté à ces peuples. J'ai confiance dans le résultat de cette démarche ; car je vous assure que les ministres croient encore à la possibilité d'appliquer les lois

¹¹⁸⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget 1916 - subvention à l'asile », séance du 3 septembre 1915, p. 1304-1305.

¹¹⁸⁹ *Id.*

¹¹⁹⁰ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Contrôle du Conseil général », séance du 4 mai 1916, p. 283.

¹¹⁹¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1916. Décisions modifications », séance du 5 mai 1916, p. 329.

¹¹⁹² *Ibid.*, p. 329-230.

¹¹⁹³ *Ibid.*, p. 332.

¹¹⁹⁴ *Ibid.*, p. 333.

¹¹⁹⁵ *Ibid.*, p. 334.

républicaines, même en république¹¹⁹⁶. » Entre Laurent Bougère (droites) et Victor Bernier (partis républicain, radical et radical socialiste), l'affaire prend une tonalité politique. Bernier, imperturbable, réitère sa remarque : la commission a-t-elle pris conscience de la gravité de sa décision de refuser le budget de l'asile ? Il argumente en envisageant le coût que représenterait le « transport » des aliénés du département vers d'autres asiles, et l'élévation du prix de journée qui en résulterait sur le département et les communes¹¹⁹⁷. Bougère lui rétorque que « le fantôme qu'il a devant les yeux n'existe pas¹¹⁹⁸ ». Une avance de 300 000 F, votée en connivence avec le directeur, donne à l'asile la possibilité de fonctionner¹¹⁹⁹. Le préfet est piqué au vif : « M. Laurent Bougère a porté à l'administration une attitude autocratique. Elle se complairait dans des goûts de pouvoir absolu et ces goûts, je le leur donnerais satisfaction en particulier par les coups de forces contre l'assemblée départementale. [...] je puis dire que si l'administration républicaine de Maine-et-Loire est autocratique, le conseil général du Maine-et-Loire est révolutionnaire¹²⁰⁰. » Le préfet revient à la question : « la communication de la liste nominative des aliénés indigents doit-elle ou non être faite au conseil général ? L'administration pense que non ; le conseil général pense que oui¹²⁰¹. » Pour lui le seul moyen facile et légal de trancher est d'avoir recours au conseil d'Etat¹²⁰².

Au lieu de cela, le préfet reproche au conseil général d'avoir tenté un moyen de pression en refusant de voter le budget de l'asile¹²⁰³. Il minimise la portée de cette action « Le compte administratif a été approuvé par décret du Président de la République. Comme il ne présentait aucune irrégularité, il a simplement été passé outre à l'avis du conseil général¹²⁰⁴ ». Dans le cas où le litige persisterait entre le conseil général et l'administration, le préfet envisage les conséquences d'un point de vue moral et budgétaire¹²⁰⁵. D'un point de vue moral, si le conseil général refuse le recours au conseil d'Etat et tente le coup de force, le coup portera non pas sur l'administration mais sur des innocents : « Et quels innocents ! Un établissement d'assistance, des malades, des aliénés. Si vous refusez d'assurer le fonctionnement de l'asile, ce n'est pas l'administration qui en souffrira directement : c'est l'établissement, c'est le personnel, ce sont les malades¹²⁰⁶. » « L'assistance publique est un terrain sur lequel on ne se bat pas¹²⁰⁷. » D'un point de vue financier, le préfet dit qu'il ne pourra pas recouvrer les contingents des communes, qui représentent 100 000 F, sur les 300 000 F votés par le conseil général.

¹¹⁹⁶ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1916. Décisions modifications », séance du 5 mai 1916, p. 335.

¹¹⁹⁷ *Ibid.*, p. 336.

¹¹⁹⁸ *Id.*

¹¹⁹⁹ *Id.*

¹²⁰⁰ *Ibid.*, p. 337.

¹²⁰¹ *Id.*

¹²⁰² *Id.*

¹²⁰³ *Id.*

¹²⁰⁴ *Id.*

¹²⁰⁵ *Ibid.*, p. 339.

¹²⁰⁶ *Id.*

¹²⁰⁷ *Id.*

« Voulez-vous laisser cette somme à la charge des finances départementales ». D'autre part il fait savoir que si le conseil général ne lui donne pas les moyens d'entretenir les aliénés indigents, il s'arrangera d'une autre façon¹²⁰⁸. Il menace de placer les aliénés indigents dans d'autres asiles au compte du département du Maine-et-Loire : non pas à 1,20 F par jour mais 1,80 F, 1,95 F voire 2,56 F¹²⁰⁹.

Alors que les avis sont partagés sur l'aboutissement de la procédure, l'inquiétude monte sur le fonctionnement de l'asile¹²¹⁰. La question se pose : les 300 000 F seront-ils suffisants jusqu'en septembre et le vote du budget additionnel ? Aussi, 340 000 F sont votés¹²¹¹. Le 26 août 1916 le préfet fait la lecture du courrier du ministre de l'Intérieur¹²¹². Celui-ci refuse d'autoriser la communication des dossiers des indigents au conseil général. Cependant, il engage le préfet à trouver un terrain d'entente¹²¹³. Celui-ci propose que le conseil général désigne trois de ces membres, à qui il donnera, à titre confidentiel, la communication des dossiers des aliénés indigents : « Ils pourraient ainsi vérifier si les décisions du préfet, prononçant des admissions à l'asile à titre gratuit, sont ou non justifiées. S'ils avaient des observations à présenter, ils en feraient part au conseil général, mais sans révéler aucun nom d'aliéné ou de commune¹²¹⁴. » La proposition est jugée acceptable. Le Président du conseil général, Guillaume-Jean-Victor Bodinier, considère les paroles du préfet « comme un témoignage de l'Union Sacrée qui doit aujourd'hui exister et qui, je l'espère, durera plus que la guerre, entre le pouvoir public et le conseil général de Maine-et-Loire¹²¹⁵ ». Laurent Bougère, lui aussi, est satisfait : « Je suis heureux de dire au conseil général que les propositions de M. le Préfet nous ont paru de nature à améliorer immédiatement le contrôle de l'emploi des ressources des malades en vue de leur assurer le traitement de la classe à laquelle celles-ci ou celles de leur famille leur donnent droit, ainsi que la défense des finances du département et des communes¹²¹⁶. »

Alors qu'une solution vient d'être trouvée pour l'indigence, un autre foyer de frictions naît autour du cimetière entre la direction de l'asile et le conseil municipal de Sainte-Gemmes-sur-Loire, puis entre le préfet et le conseil général.

¹²⁰⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1916. Décisions modifications », séance du 5 mai 1916, p. 340.

¹²⁰⁹ *Ibid.*

¹²¹⁰ *Ibid.*, p. 341-342.

¹²¹¹ *Ibid.*, p. 341-345.

¹²¹² BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Communication des dossiers des aliénés indigents », séance du 29 août 1916 p. 1200.

¹²¹³ *Ibid.*, p. 1201.

¹²¹⁴ *Ibid.*, p. 1202.

¹²¹⁵ *Ibid.*, p. 1202-1203.

¹²¹⁶ *Ibid.*, p. 1203.

2. L'agrandissement du cimetière de Sainte-Gemmes-sur-Loire

En 1916, le conseil municipal décide de procéder à l'agrandissement de son cimetière en raison de l'augmentation des décès de l'asile comme cela s'est déjà produit en 1852, 1864 et 1870¹²¹⁷. Celui-ci sollicite le concours financier du département et l'aide des travailleurs de l'asile pour les travaux de terrassement. L'emploi de la main d'œuvre asilaire avait déjà été autorisé, dans les mêmes circonstances, en 1864 et 1870¹²¹⁸. Elle permet de réaliser une économie de 6 700 F sur un devis global de 13 654 F¹²¹⁹. L'agrandissement est justifié par la moyenne de la mortalité annuelle depuis cinq ans qui s'élève à 18 pour les habitants de Sainte-Gemmes-sur-Loire et à 146 pour la population de l'asile¹²²⁰. Selon Bougère, cette mortalité qualifiée de « croissante » fait écho à l'abus signalé par le directeur, c'est-à-dire l'« envoi de moribonds ou de vieillards très affaiblis [en provenance des communes] »¹²²¹.

Le conseil général, à défaut d'une subvention, propose d'acheter un terrain propre à l'asile pouvant contenir un millier de tombes pour créer un cimetière. Un crédit de 6 000 F est décidé. Les travaux seront effectués par la main d'œuvre asilaire¹²²². En compensation l'asile, et donc le département, fera l'économie des frais d'ouverture de fosses payés à la commune et qui s'élèvent à 5 F à chaque inhumation (qui peut être collective)¹²²³.

Le préfet n'est pas cet avis, il considère que cette décision solutionne le problème pour l'avenir mais pas pour le passé : « La commune a dû recevoir, depuis plusieurs années, dans son cimetière, un nombre de corps considérable en provenance de l'asile¹²²⁴. » La polémique qui oppose la commune de Sainte-Gemmes au conseil général se déplace. Il précise qu'actuellement des inhumations ont lieu dans les allées, que des corps sont relevés avant l'expiration du délai légal de cinq ans¹²²⁵. Pour cela, le conseil général doit, selon lui, participer équitablement « aux dépenses qui ont été rendues nécessaires du fait même d'un service départemental¹²²⁶ ». Bougère tempère : si la commune a la charge de l'inhumation des corps de l'asile, elle ne mentionne pas les avantages qu'elle peut retirer de la présence d'un asile¹²²⁷. Bernier pense qu'en compensation, on pourrait donner l'autorisation à la commune d'enterrer pendant cinq ans 78 corps dans le cimetière de l'asile¹²²⁸.

¹²¹⁷ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Commune de Sainte-Gemmes-sur-Loire. Agrandissement du cimetière. Demande de subvention », séance du 30 août 1916, p. 1278.

¹²¹⁸ *Id.*

¹²¹⁹ *Id.*

¹²²⁰ *Ibid.*, p. 1278-1279.

¹²²¹ *Id.*

¹²²² *Ibid.*, p. 1279.

¹²²³ *Id.*

¹²²⁴ *Id.*

¹²²⁵ *Ibid.*, p. 1280.

¹²²⁶ *Id.*

¹²²⁷ *Id.*

¹²²⁸ *Id.*

Bougère développe le projet départemental : la commune possédant un terrain adjacent au cimetière, une partie de celui-ci pourrait être destinée à l'agrandissement du cimetière de la commune et le reste acheté par le département pour la réalisation du cimetière de l'asile. Seulement, ce terrain, insuffisant pour comprendre un millier de tombe et ainsi offrir un long délai pour relever les fosses, nécessite l'achat d'un terrain complémentaire¹²²⁹. Il finit par ces propos : « Nous souhaitons que les cimetières se rejoignent et que même il n'y ait pas de séparations visibles, mais de simples bornes. De la sorte *les habitants de l'asile seront presque en communauté avec ceux de la commune*¹²³⁰. » De Jumilly estimant que le délai de cinq ans est insuffisant, qu'on ne devrait exhumer qu'au bout de 10 ans, pense qu'il faudrait un terrain plus important pouvant recevoir 1500 tombes¹²³¹. Le président du conseil acquiesce : « Pour assurer le respect dû aux morts et aux pauvres qui n'ont pas de concessions à perpétuité, pour obéir aussi aux prescriptions de l'hygiène, il ne faudrait pas permettre d'exhumer avant 10 ans¹²³². » En conséquence, un crédit de 9 000 F est décidé afin de créer un cimetière spécial de 1500 tombes pour l'asile¹²³³.

En octobre 1916, le conseil municipal, hostile à cette volonté, demande au préfet de vérifier si le projet n'est pas contraire à la loi¹²³⁴. Indépendamment du travail des aliénés, la commune demande l'attribution des 6000 F votée initialement par le conseil général comme subvention départementale¹²³⁵. En février 1917, le ministre de l'Intérieur s'oppose à la création d'un cimetière spécial au motif que l'inhumation est un service communal et que de fait le cimetière doit être la propriété de la commune¹²³⁶. En avril, le préfet qualifie la situation d'urgente. De fait, rappelant que la moyenne des décès dans l'asile est annuellement de 146 depuis cinq ans, en janvier 1917, le maire de Sainte-Gemmes-sur-Loire annonçait au préfet que « 15 aliénés avaient été, à cette date, inhumés dans une allée et qu'il ne disposait plus que de 50 places environ¹²³⁷ ». Bougère note que si le ministre considère que la création d'un cimetière spécial est possible, celui-ci ne retient que le contentieux entre l'asile et la commune, et le refus de celle-ci de voir l'asile créer son propre cimetière¹²³⁸. Il considère que le ministre de l'Intérieur demande au conseil général de prendre tout à sa charge : acquisition du terrain, clôture, appropriation¹²³⁹. Le conseil général refuse cette solution qualifiée d'« extraordinaire¹²⁴⁰ » et propose,

¹²²⁹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Commune de Sainte-Gemmes-sur-Loire. Agrandissement du cimetière. Demande de subvention », séance du 30 août 1916, p. 1281-1282.

¹²³⁰ *Ibid.*, p. 1282.

¹²³¹ *Id.*

¹²³² *Id.*

¹²³³ *Ibid.*, p. 1283.

¹²³⁴ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Commune de Sainte-Gemmes-sur-Loire. Agrandissement du cimetière », séance du 19 avril 1917, p. 342.

¹²³⁵ *Id.*

¹²³⁶ *Ibid.*, p. 344.

¹²³⁷ *Id.*

¹²³⁸ *Ibid.*, p. 342.

¹²³⁹ *Ibid.*, p. 343.

¹²⁴⁰ *Id.*

comme en 1864 et 1870, l'aide des hospitalisés pour les terrassements qu'il évalue à 6 775 F¹²⁴¹. Dans ces conditions, le rapporteur demande de supprimer le crédit de 9000 F¹²⁴². Bernier souhaite le maintien de la somme de 9000 F pour donner à la municipalité les moyens d'avoir un cimetière suffisant pour enterrer les aliénés¹²⁴³. Selon lui, la commune de Sainte-Gemmes-sur-Loire a la charge d'un cimetière qui accueille des gens qui lui sont étrangers¹²⁴⁴. Bougère rappelle les 18 décès par an dans la commune contre 145 à l'asile¹²⁴⁵. Le conseil général propose de donner gratuitement à la commune la main d'œuvre nécessaire. Il semble que la municipalité de Sainte-Gemmes-sur-Loire souhaite garder l'usage du cimetière car elle en tire un profit avec le prix d'ouverture de fosses qui s'élève à 5 F par décès de malades¹²⁴⁶. De Jumilly conclut : si la commune veut avoir son cimetière, alors le département contribuera par l'aide de la main d'œuvre asilaire¹²⁴⁷. Bernier souhaite remettre la discussion à plus tard¹²⁴⁸. Bougère clôt la discussion : « on ne peut attendre plus longtemps, il y a des morts à enterrer¹²⁴⁹. » Les 9000 F ne sont pas mis au budget de 1917¹²⁵⁰.

Alors que le problème du cimetière est en suspens, en septembre 1918, l'institution déjà fragilisée par quatre ans de guerre, est frappée par une épidémie de grippe particulièrement létale.

D / La grippe espagnole (septembre-octobre 1918)

La pandémie grippale, sans doute originaire de Chine, fait son apparition en mars 1918 dans le camp militaire de Fort Riley au Kansas, parmi des recrues provenant du Middle West en partance pour l'Europe. A partir d'avril 1918, les foyers épidémiques se multiplient en Europe à partir des lieux de stationnement des soldats américains. Au même moment, les médecins espagnols, dont les travaux ne sont pas frappés par la confidentialité du fait de la neutralité de leur pays, publient les premiers travaux sur les caractéristiques de la maladie¹²⁵¹. La pandémie fait son apparition dans l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire à la fin septembre 1918¹²⁵². Quelle forme prend-t-elle dans les services ? Que nous révèle-t-elle sur l'institution asilaire ? Mi-novembre, lorsque l'épidémie prend fin, quel est le bilan sanitaire ?

¹²⁴¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Commune de Sainte-Gemmes-sur-Loire. Agrandissement du cimetière », séance du 19 avril 1917, p. 342.

¹²⁴² *Id.*

¹²⁴³ *Ibid.*, p. 343.

¹²⁴⁴ *Ibid.*, p. 344.

¹²⁴⁵ *Id.*

¹²⁴⁶ *Id.*

¹²⁴⁷ *Id.*

¹²⁴⁸ *Id.*

¹²⁴⁹ *Id.*

¹²⁵⁰ *Id.*

¹²⁵¹ Bruno Halioua, *Histoire de la médecine*, Paris, Masson, 2001, p. 208.

¹²⁵² AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Objet provenant des décédés », séance du 15 octobre 1918, p. 422.

1. Un instantané au 15 octobre 1918

Au 15 octobre 1918 la grippe a touché 427 malades, soit 37 % d'une population de 1132 personnes. Du côté des femmes, elle a atteint 199 patientes sur un effectif de 671, soit 29 % ; du côté des hommes, 228 patients sont atteints sur 461, soit 49 %¹²⁵³. 84 décès de malades ont déjà été recensés. Le Dr Baruk, précise : « Sans doute ces 84 décès ne sont pas tous dus à la grippe, mais si on les compare à la moyenne ordinaire qui ne dépasse guère 32 à 33 par mois, on est frappé de l'importance d'une telle létalité en 15 jours¹²⁵⁴. » Parmi le personnel, 41 infirmières sur 76 ont été malades ; sur 26 religieuses, 16 « étaient au lit en même temps¹²⁵⁵ ». Il y a 26 infirmiers malades sur 44, les 2 surveillants-chefs et 2 des 6 employés des services généraux¹²⁵⁶. Deux infirmiers sont morts ainsi qu'une religieuse qui travaillait à l'infirmierie depuis 37 ans¹²⁵⁷. Les médecins sont aussi frappés. Sur les trois médecins, seul le Dr Baruk est épargné : « Pendant quinze jours, il fut absolument seul pour assurer les soins à des centaines de malades, reconstituer des services désorganisés et maintenir la bonne marche de l'administration et de l'approvisionnement¹²⁵⁸. »

Le Dr Baruk relève trois manifestations de la grippe : thoracique, intestinale et nerveuse : « La forme thoracique est de beaucoup la plus fréquente s'accompagnant de broncho-pneumonie et de pneumonie à allure grave et à marche tellement rapide qu'on peut, sans exagération, la qualifier de foudroyante. Un grand nombre de sujets atteints sont morts dans les 48 heures et même dans les 24 heures du début des accidents avec des phénomènes de cyanose et d'asphyxie vraiment impressionnantes. La forme intestinale s'est accompagnée de vomissements et surtout de diarrhées rebelles et véritablement incoercibles. La forme nerveuse a donné lieu à du délire et à de l'agitation qui n'ont rien d'étonnant chez nos malades et ont rendu des plus difficiles l'application des moyens thérapeutiques. Une de nos infirmières, atteinte de cette forme nerveuse, a présenté de l'hypothermie avec phénomène ataxo-adiynamiques [troubles de la coordination des mouvements doublés d'une grande faiblesse musculaire] de la plus haute gravité¹²⁵⁹. »

¹²⁵³ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Objet provenant des décédés », séance du 15 octobre 1918, p. 423.

¹²⁵⁴ *Ibid.*, p. 426.

¹²⁵⁵ *Ibid.*, p. 423.

¹²⁵⁶ *Id.*

¹²⁵⁷ *Ibid.*, p. 426.

¹²⁵⁸ *Ibid.*, p. 423.

¹²⁵⁹ *Ibid.*, p. 422-423.

2. La désorganisation des services

L'extension rapide de la maladie, son action simultanée sur un grand nombre de malades et d'employés, mais aussi la durée de l'affection et de la convalescence contribuent à désorganiser les services de l'asile¹²⁶⁰. Ainsi tous les titulaires de la pharmacie sont malades. Les prescriptions sont réalisées grâce à l'aide des religieuses envoyées par la maison mère¹²⁶¹. Côté femmes, les ateliers de confection et de raccommodage sont fermés. Côté hommes, les travaux de cultures sont stoppés, ainsi que les autres ateliers, par défaut de main d'œuvre : la plupart des travailleurs sont malades¹²⁶². L'asile est désorganisé. Seul l'atelier menuiserie continue à fonctionner, et même d'une « façon intensive », pour répondre à la demande de cercueils¹²⁶³. Après l'arrêt de deux menuisiers, le directeur obtient du commandant du 3^e Génie l'envoi de deux militaires spécialisés dans le travail du bois¹²⁶⁴. La maison Bessonneau (filature, corderie et tissage d'Angers) fournit 25 cercueils¹²⁶⁵. Le nombre d'infirmiers, déjà réduit par la guerre, devient insuffisant¹²⁶⁶. Des infirmiers militaires sont demandés¹²⁶⁷, sans résultat. A défaut, le médecin-directeur emploie les malades « les plus lucides »¹²⁶⁸. Face à cette hécatombe et à la désorganisation induite, le Dr Baruk fait appel à la communauté de Sainte-Marie-la-Forêt¹²⁶⁹. La supérieure des sœurs, Sœur Saint-Blaise, obtient de la Sœur supérieure générale de la communauté de Sainte-Marie-la-Forêt le renfort de six religieuses dans le service des femmes et quatre dans le service des hommes¹²⁷⁰ et ce « malgré la répugnance qu'ont toujours eu les sœurs à diriger des services d'hommes, malgré les dangers réels qu'il peut y avoir pour les femmes à soigner des hommes aliénés¹²⁷¹ ». La stricte séparation des sexes pour les aliénés et symétriquement le personnel, imposé par l'article 34 de l'ordonnance du 18 décembre 1839 reprise dans l'article 184 du règlement de 1857, avait été supprimée par un décret du conseil d'Etat du 12 mai 1914¹²⁷². Indépendamment de la figure asexuée des sœurs, c'est la première expérience de mixité avérée dans l'institution.

¹²⁶⁰ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Objet provenant des décédés », séance du 15 octobre 1918, p. 423.

¹²⁶¹ *Ibid.*, p. 424.

¹²⁶² *Ibid.*, p. 424-425.

¹²⁶³ *Ibid.*, p. 425.

¹²⁶⁴ *Id.*

¹²⁶⁵ *Ibid.*, p. 424.

¹²⁶⁶ *Ibid.*, p. 425.

¹²⁶⁷ *Ibid.*, p. 422.

¹²⁶⁸ *Ibid.*, p. 425.

¹²⁶⁹ *Id.*

¹²⁷⁰ *Ibid.*, p. 424.

¹²⁷¹ *Ibid.*, p. 425.

¹²⁷² Georges Daumézon, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés*, Thèse pour le doctorat en médecine, Cahors, 1935, p. 21-22.

3. Un terrain favorable

Dès octobre 1918, le Dr Baruk, sans négliger la violence de la grippe, considère qu'elle a bénéficié « d'un terrain particulièrement favorable¹²⁷³ », et en premier lieu du fait de la nature même de la population que le médecin-directeur qualifie de « malades tarés physiquement et moralement [psychologiquement]¹²⁷⁴ ». Elle frappe aussi dans un lieu encombré (promiscuité), et, de surcroît, une population sous alimentée depuis 1917 : « Nous eûmes d'abord les jours sans viande, puis la diminution de la ration de pain, enfin la raréfaction et la disparition de certaines denrées telles que chocolat, riz, tapioca, pâtes, etc. éminemment utiles à des malades¹²⁷⁵. Sans doute, on essaya de parer à tous les inconvénients en incorporant notamment de la pomme de terre au pain, pour réduire au minimum le rationnement ; mais il n'en est pas moins vrai que l'alimentation restait à peine suffisante¹²⁷⁶. » En outre, le Dr Baruk reproche à ses malades d'être souvent négligents : « Ces malades sont comme des grands enfants indociles, ne prenant aucun soin de leur personne, se découvrant, s'exposant à toutes les intempéries, ingérant les substances les plus hétéroclites¹²⁷⁷. » Pour justifier son argumentation, il précise que, dans le même temps, parmi le personnel touché à 50 %, il n'y a eu que trois décès : deux infirmières et une religieuse, soit une létalité de 3,6 %¹²⁷⁸. Les malades sont dans un premier temps isolés dans l'infirmerie, puis, à cause du nombre, des bâtiments leur sont exclusivement consacrés¹²⁷⁹. A la mi-novembre, l'épidémie est terminée : « A l'heure qu'il est, l'épidémie peut être considérée comme entièrement terminée, car depuis une dizaine de jours aucun cas nouveau ne s'est manifesté. Presque tous les malades atteints sont actuellement guéris. Chez les hommes, des deux bâtiments affectés aux grippés, l'un est complètement vidé de ces malades et l'autre n'en renferme plus que cinq, en voie de guérison. Chez les femmes, qui ont été atteintes les premières, tous les dortoirs installés pour l'isolement sont actuellement vacants¹²⁸⁰ ».

Pour le Dr Baruk, l'heure est à la désinfection : « Afin de supprimer toute cause de repullulation nouvelle tous les bâtiments, ceux affectés aux grippés comme les autres, ont été désinfectés. J'aurais voulu pratiquer cette désinfection au formol ; mais en raison des quantités considérables qu'il aurait

¹²⁷³ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Objet provenant des décédés », séance du 15 octobre 1918, p. 426.

¹²⁷⁴ AC, L 36 bis, Rapport médical moral et administratif, 1918, p. 43.

¹²⁷⁵ Ces restrictions civiles sont liées à la demande militaire. Cf. Jean-Luc Marais, *Le Maine-et-Loire aux XIXe et XXe siècles, op. cit.*, p. 174.

¹²⁷⁶ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Objet provenant des décédés », séance du 15 octobre 1918, p. 426.

¹²⁷⁷ *Id.*

¹²⁷⁸ Jacques Baruk, « La grippe de 1918 à l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire », *Bulletin de la Société de Médecine d'Angers*, Angers, Grassier, 1919, p. 14.

¹²⁷⁹ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Objet provenant des décédés », séance du 15 octobre 1918, p. 426.

¹²⁸⁰ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Epidémie de grippe », séance du 19 novembre 1918, p. 429-430.

fallu employer et de l'impossibilité où je me suis trouvé de me les procurer, tant dans le commerce qu'après des services publics de désinfection, j'ai dû recourir à la vieille méthode de l'acide sulfureux. 200 kg de soufre ont été employés. Seul le bâtiment des hommes, où sont les derniers grippés, n'a pas encore été désinfecté¹²⁸¹. » La grippe espagnole bénéficie du terrain morbide que lui offre la maladie mentale mais aussi l'isolement, l'encombrement et la sous-alimentation.

4. Un bilan

4.1. Morbidité et mortalité par sexe

Le 19 novembre 1918, le Dr Baruk dresse un bilan¹²⁸². Sur une population de 1132 personnes, 569 ont été touchées, soit une morbidité de 50 %¹²⁸³. La mortalité a frappé quasi exclusivement au mois d'octobre. Dans une exigence statistique, le Dr Baruk part d'un postulat simple : en retranchant la mortalité habituelle à la même période de l'année, la différence peut être imputée à l'épidémie de grippe¹²⁸⁴. Il y a eu au mois d'octobre 165 décès, habituellement ils sont au nombre de 30, ce qui donne 135 décès supplémentaires. Sur une morbidité de 569, la mortalité est de 24 %¹²⁸⁵. Si on prend comme point de référence l'année 1917 et que l'on observe chez les patients décédés la durée de leur séjour et leur âge, on constate que la surmortalité de 1918 (imputable en partie à la grippe) frappe surtout les « vieux hospitalisés¹²⁸⁶ », c'est à dire les malades hospitalisés depuis plus de deux ans et particulièrement ceux hospitalisés depuis plus de cinq ans. De plus, elle semble avoir frappé essentiellement les personnes d'âge moyen entre 30 et 60 ans. Elle touche inégalement les hommes et les femmes.

Tableau n° 5 : Impact de la grippe espagnole sur les hommes et les femmes (morbidité, mortalité)

	Hommes	Femmes
Effectif total	461	671
Taux de morbidité (Contamination)	54 % (248 malades)	47 % (321 malades)
Taux de mortalité sur la morbidité	41 % (101 décès)	20 % (64 décès)

Sources : AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Epidémie de grippe », séance du 19 novembre 1918, p. 432.

¹²⁸¹ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Objet provenant des décédés », séance du 15 octobre 1918, p. 430.

¹²⁸² *Ibid.*, p. 431.

¹²⁸³ *Id.*

¹²⁸⁴ *Ibid.*, p. 432.

¹²⁸⁵ *Id.*

¹²⁸⁶ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1918, p. 43.

Comme exprimé dans ce tableau, le Dr Baruk fait le constat d'une morbidité et d'une mortalité plus importante chez les hommes¹²⁸⁷. Cette différence est, selon lui, organisationnelle : elle est due à l'« insuffisance notoire » du personnel infirmier masculin, non seulement en nombre mais aussi en qualité¹²⁸⁸ : « La mobilisation des diverses classes, les prises élevées des salaires dans l'industrie ne laissant plus pour le recrutement de nos établissements que des candidats très rares et d'une insuffisance désolante¹²⁸⁹. » Auxquels il faut ajouter les malades de la grippe¹²⁹⁰. A contrario, côté femmes, il y a une certaine stabilité, constituée par un « noyau » que sont les religieuses assistées par des jeunes filles recrutées en Bretagne¹²⁹¹. Pour cette raison, certaines religieuses ont soigné les « grippés hommes¹²⁹² ». Aux facteurs antérieurs, il faut ajouter le sous-effectif et la sous-médicalisation.

4.2. Le calcul de la mortalité : un point de comparaison

Pour calculer la surmortalité des malades pendant l'Occupation, l'historienne Isabelle von Bueltzingsloewen a utilisé deux méthodes¹²⁹³. La première consiste à additionner la population présente au 1^{er} janvier et la population admise dans l'année (entrées), puis à diviser le nombre des décès recensés par cette population totale et multiplier le tout par cent. Cette méthode sous-estime la mortalité réelle. La seconde méthode consiste à additionner la population du 1^{er} janvier à celle du 31 décembre, à la diviser par deux, et à diviser ensuite le nombre des décès annuels par cette population moyenne « traitée » dans l'établissement¹²⁹⁴. Cette méthode surestime la mortalité réelle¹²⁹⁵. Ces calculs donnent pour l'année 1910 une fourchette entre 6 et 7 % de décès. La mortalité est plus importante pendant la durée de la guerre par rapport à l'avant guerre, et explose littéralement en 1918 avec un pourcentage compris entre 25 et 36 %. Ces chiffres nous permettront de faire des comparaisons lorsque nous aborderons le temps de l'Occupation.

¹²⁸⁷ AC, L 14, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Epidémie de grippe », séance du 19 novembre 1918, p. 433.

¹²⁸⁸ *Id.*

¹²⁸⁹ *Id.*

¹²⁹⁰ *Id.*

¹²⁹¹ *Id.*

¹²⁹² *Ibid.*, p. 434.

¹²⁹³ Isabelle von Bueltzingsloewen, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier, 2007, p. 34.

¹²⁹⁴ *Id.*

¹²⁹⁵ *Id.*

Tableau n° 6 : Evolution de la mortalité entre 1909 et 1918

Années	Pop 1 ^{er} Jan	Pop 31 Déc	Admissions	Pop totale « traitée » ¹²⁹⁶	Pop moyenne ¹²⁹⁷	Décès	1 ^{ère} méthode ¹²⁹⁸	2 ^{ème} méthode ¹²⁹⁹
1909	1018	1012	187	1205	1015	87	7,21	8,57
1910	1012	1030	179	1246	1021	69	5,53	6,75
1911	1030	1000	202	1246	1015	130	10,43	12,80
1912	1000	1025	270	1275	1012, 5	126	9,88	12,44
1913	1025	1006	259	1255	1015, 5	133	10,59	13,09
1914	1006	1191	501	1506	1098, 5	142	9,42	12,92
1915	1191	1153	261	1482	1172	171	11,53	14,59
1916	1153	1185	355	1490	1169	164	11	14,02
1917	1185	1177	325	1486	1181	174	11,70	14,73
1918	1177	994	388	1538	1085, 5	391	25,42	36,02

Sources : AC, L 36, 36 bis, Rapports médicaux.

L'observation de cette épidémie met en relief la très grande fragilité des malades lorsque, aux facteurs structurels propres à l'asile (maladie, encombrement, promiscuité, internement, etc.), se superposent des facteurs conjoncturels (sous-alimentation, épidémie, sous-encadrement chez les hommes). Afin de clore cette partie, observons maintenant le bilan du service de neuropsychiatrie.

E / Clinique de guerre

En 1920, les Dr Baruk et Bessière font le bilan clinique du service de neuropsychiatrie. Au travers de leurs classifications, ils distinguent l'action indirecte de la guerre sur les malades et l'action directe. Cette distinction va-t-elle de soi ? Quelles sont les « formes » de l'action indirecte ? En quoi la guerre modifie-t-elle la symptomatologie ?

La psychose de guerre forme deux sous-ensembles : le syndrome mental résiduel et le pithiatisme. Quelles sont leurs spécificités ? Y a-t-il eu une évolution du diagnostic pendant la guerre et sous quelles influences ? De façon plus générale, quelles réflexions naissent de cette expérience ?

1. L'action directe et indirecte de la guerre

1.1. Une classification incertaine

En préambule de leurs considérations cliniques sur la guerre, les Dr Baruk et Bessière rappellent qu'au début de la guerre, deux points de vue coexistaient. Certains considéraient que le syndrome des psychoses de guerre n'était pas une catégorie distincte : les maladies mentales qui surviennent chez les

¹²⁹⁶ Population au 1^{er} janvier + population admise dans l'année.

¹²⁹⁷ La population moyenne = somme de la population au 1^{er} janvier et la population du 31 décembre/2.

¹²⁹⁸ Nombre de décès recensés dans l'année/ population totale « traitée » dans l'établissement.

¹²⁹⁹ Nombre de décès recensés dans l'année/population moyenne « traitée » dans l'établissement.

militaires « ressemblent dans leur grandes lignes » à celles diagnostiquées chez les civils en temps de paix. D'autres, au contraire, estimaient que si les symptômes sont familiers, ils diffèrent « par leur origine et leur évolution¹³⁰⁰ ». Avant d'envisager leur étude, ils précisent que la classification qu'ils utilisent n'est pas admise par tous : « Existe-t-il d'ailleurs une classification irréprochable dans les autres sciences ? Et ne voit-on pas, en zoologie par exemple, réunis dans une même classe, des êtres aussi disparates que la baleine et la chauve-souris¹³⁰¹ ? »

Le tableau ci-dessous, réalisé par les médecins, distingue trois classifications. Nous avons retranché les malades atteints d'affections nerveuses, au nombre de 24 qui selon le Dr Baruk ne diffèrent pas de ce que l'on rencontre en temps de paix¹³⁰², mais aussi ceux touchés par des affections diverses, au nombre de 15 (oreillons, tétanos, pneumonie et grippe, etc.), dont la présence dans l'institution n'est pas nécessaire et tient, toujours selon Baruk, à une mauvaise interprétation des manifestations délirantes¹³⁰³. Restent 902 cas sur les 941 répertoriés dans le service neuropsychiatrie.

Transversalement aux trois classifications, les Dr Baruk et Bessière distinguent deux catégories de malades selon que la guerre a eu sur eux une action indirecte (80 % des cas) ou une action directe (14 % des cas).

Tableau n° 7 : Action directe et indirecte de la guerre sur les affections mentales

Classification 1 (Influence indirecte)		Classification 2 (Influence indirecte)		Classification 3 (Influence directe)		Autres	
Dégénérescence mentale	173	Confusion mentale	93	Syndrome mental résiduel	43	Epilepsie	37
Imbécillité et idiotie congénitale	10	Simple	41	Commotionnés	34	Somnambulisme	2
Débilité mentale	90	Hallucinatoire	36	Trépanés	9	Pas de troubles mentaux (en observation)	13
Dégénérés	44	Stupide	16	Hystérie et pithiatisme	83	Simulation	1
Bouffés délirantes	14	Délire aigu	5	Hystérie	52		
Délires polymorphes	15	Alcoolisme aigu et subaigu	63	Pithiatisme	31		
Délire de persécutions chroniques	23						
Psychose périodique, Manie et mélancolie	170						
Démence précoce	39						
Neurasthénie (état dépressifs, psychasthénie)	52						
Neurasthénie	29						
Psychasthénie	23						
Alcoolisme chronique	46						
Paralysie générale	42						
Confusion mentale chroniques	3						
Etat dépressif de type organique	10						
Toxicomanie	4						
Total	562		161		126		53
Pourcentage	62 %		18 %		14 %		6 %

Sources : Jacques Baruk et René Bessière, *Quelques considérations sur la neuropsychiatrie de guerre* (Service de Sainte-Gemmes 1914-1919), *op. cit.*, p. 24-28.

¹³⁰⁰ Jacques Baruk et René Bessière, *Quelques considérations sur la neuropsychiatrie de guerre* (Service de Sainte-Gemmes 1914-1919), *op. cit.*, p. 29.

¹³⁰¹ *Ibid.*, p. 30.

¹³⁰² *Ibid.*, p. 115.

¹³⁰³ *Ibid.*, p. 117.

Regardons, en premier, lieu, l'action indirecte de la guerre.

1.2. Action indirecte de la guerre (classifications n ° 1 et 2)

a. « Les prédisposés »....

Dans le cadre de l'action indirecte, la maladie peut préexister : la guerre colore les thèmes délirants d'un malade qui aurait déliré sans la guerre et parfois délirait avant. Cette catégorie, qui représente 62 % des cas, est largement considérée comme héréditaire et déplace l'impact de la guerre sur le terrain personnel¹³⁰⁴. Dans cette classification, on trouve en premier lieu la *dégénérescence mentale* (173 cas) (majorité des cas) qui elle-même est subdivisée d'abord entre les imbéciles (10) et les débiles (90). La catégorie de pensée dominante se reflète dans le diagnostic. Le Dr Baruk s'étonne d'avoir eu à les hospitaliser : « Ces malades portaient en effet leur diagnostic écrit sur leur physionomie niaise, et il suffisait de les entendre parler pour constater leur absence de notions les plus élémentaires et leur incompréhension totale¹³⁰⁵. » Sur les débiles : « [...] si ces individus arrivent à végéter chez eux, sous la surveillance de leur famille, en menant une existence stéréotypée, les conditions de la vie militaire, surtout en temps de guerre, sont trop différentes de chez eux. Ils ne peuvent que difficilement s'adapter aux exigences de la discipline et à la nécessité des initiatives¹³⁰⁶. » Ce sont, pour le Dr Baruk, des « récupérés » des conseils de révisions¹³⁰⁷. Le recrutement, sous cet éclairage, apparaît comme large. Les dégénérés (au nombre de 44) auxquels s'ajoutent les paranoïaques (44), les malades atteints de bouffées délirantes (14) et de délires polymorphes (15) complètent le tableau de la dégénérescence mentale.

Le Dr Baruk rapporte le cas d'un patient de 38 ans atteint de *délire polymorphe*¹³⁰⁸. Fils d'une mère aliénée, cet homme a été à l'école jusqu'à l'âge de 13 ans « sans acquérir de notions bien précises » et a ensuite travaillé dans la culture¹³⁰⁹. A 17 ans il a fait une crise de rhumatisme articulaire aiguë. Au régiment, où il reste 3 ans, il fait de fréquents séjours à l'hôpital pour ce même problème¹³¹⁰. Mobilisé au début de la guerre, il reste dans un premier temps au dépôt. En juin 1915, alors qu'il est à nouveau atteint de rhumatismes, des troubles mentaux sont observés. En décembre de la même année il est envoyé au front : il est évacué au bout de 15 jours¹³¹¹. « Il raconte qu'étant en train de nettoyer sa gamelle, il vit subitement devant lui un éclair éblouissant en même temps que sa gamelle faisait un bruit de cloche. Deux têtes, celles de sa femme et de sa fille sont restées gravées sur sa gamelle et lui apparaissaient

¹³⁰⁴ Annette Becker, « Guerre totale et troubles mentaux », *Annale HSS*, janvier-février 2000, n° 1, p. 142.

¹³⁰⁵ Jacques Baruk et René Bessière, *Quelques considérations sur la neuropsychiatrie de guerre* (Service de Sainte-Gemmes 1914-1919), *op. cit.*, p. 32.

¹³⁰⁶ *Id.*

¹³⁰⁷ *Ibid.*, p. 31.

¹³⁰⁸ *Ibid.*, p. 52.

¹³⁰⁹ *Id.*

¹³¹⁰ *Id.*

¹³¹¹ *Id.*

miraculeusement. Il les a très bien vues et leur a parlé. Son ange gardien lui apparaissait et il a vu Jeanne d'Arc qui lui disait de sauver la France [Annette Becker note que les délires redonnent « une identité » aux individus. Ils apparaissent souvent sous forme « de prière inversée », dans laquelle la personne est la cause de tous les maux de la France, ou alors, comme ici, l'espoir de les faire cesser¹³¹²]. Les anges lui ont même amené le cheval rouge de Jeanne d'Arc. On l'évacue et il entre dans le service le 24 janvier 1916. Il est taciturne, anxieux, porte un chapelet autour du cou et demande ses vêtements pour partir. Il a des hallucinations de l'ouïe et de la vue. Il entend des sifflements, des cloches, des voix : celle de son ange gardien, de sa femme morte il y a une dizaine d'années. Cette dernière et sa fille lui apparaissent et lui parlent. Plusieurs fois sa femme lui apparaît sous l'aspect d'un cheval qui lui fait signe, répondant ainsi à ses pensées. D'ailleurs, les chevaux qu'il soignait semblaient comprendre ses pensées et lui répondaient par des gestes et des cris. Il raconte qu'il a accompli de grandes choses, comme s'il était le fils de Dieu et même Dieu. D'autres fois, il se croit Napoléon et capable d'accomplir de grandes actions. Il est capable de savoir l'avenir, car plusieurs de ses songes se sont réalisés. La situation étant devenue stationnaire six mois après, le malade est interné¹³¹³. »

Dans ce premier ensemble de « prédisposés », et après la dégénérescence mentale, on trouve les délires de persécutions chroniques, les psychoses périodiques (alternance ou juxtaposition d'états maniaques ou mélancoliques), la manie et la mélancolie, les démences précoces et la paralysie générale. Pour cette dernière, l'origine syphilitique ne fait pas de doute, et pourrait en plus être accentuée par les fatigues et émotions liées à la guerre¹³¹⁴. Il y a aussi les neurasthénies et psychasthénies. Si celles-ci sont la résultante d'une fatigue excessive, d'un surmenage physique et psychique, elles se développent sur « des constitutions¹³¹⁵ ». Il y a aussi l'alcoolisme chronique, la toxicomanie et l'hystérie. Le Dr Baruk distingue l'alcoolisme chronique (46) de l'alcoolisme « contextuel » avec les aigus et subaigus que la guerre a favorisé (63 cas), sur lequel nous reviendrons. Quatre toxicomanies sont aussi répertoriées (morphine, cocaïne, éther, opium)¹³¹⁶.

b. Et les autres...

Toujours de façon indirecte, la guerre provoque des excitations passagères, des dépressions, des mélancolies, des neurasthénies par les fatigues, les surmenages physiques et moraux et les changements de toutes natures qu'elle engendre (hygiène, habitude, milieu et préoccupation)¹³¹⁷. Ce nouvel ensemble

¹³¹² Annette Becker, « Guerre totale et troubles mentaux », *op. cit.*, p. 139.

¹³¹³ Jacques Baruk et René Bessière, *Quelques considérations sur la neuropsychiatrie de guerre* (Service de Sainte-Gemmes 1914-1919), *op. cit.*, p. 52.

¹³¹⁴ *Ibid.*, p. 68-70.

¹³¹⁵ *Ibid.*, p. 109-110.

¹³¹⁶ *Ibid.*, p. 84.

¹³¹⁷ *Ibid.*, p. 29.

représente 18 % des maladies mentales diagnostiquées. L'hérédité est ici secondaire¹³¹⁸. On y trouve la confusion mentale de guerre, le délire aigu et l'alcoolisme aigu et subaigu. Alors que l'alcoolisme était au début de la guerre « une intoxication de l'arrière¹³¹⁹ », avec l'augmentation de la ration officielle de « pinard », mais aussi la présence « d'industriels mercantis » dans les cantonnements de demi-repos, l'alcoolisme prend de l'extension¹³²⁰. « A chaque retour des tranchées on buvait forces rasades, et tout événement de la vie militaire : promotion, citation, décoration, était prétexte à beuverie. Les permissions étaient naturellement employées à de copieuses libations, si bien qu'on peut dire que presque tous les troubles mentaux de guerre ont dans leur origine un fort appoint alcoolique¹³²¹. » Le Dr Baruk évalue à 109 le nombre de cas liés directement à l'alcoolisme, soit 12 %¹³²². Il note que les circonstances de guerre impriment « un cachet spécial » à la symptomatologie¹³²³. Les hallucinations de la vue zoopsiques (chiens, vipères, tigres) sont remplacées par les « Boches¹³²⁴ ». De manière générale, le malade a peur d'être pris pour un espion, un Boche. Il craint le conseil de guerre, d'être fusillé¹³²⁵. A côté de l'action indirecte, il y a les cas directement imputables à la guerre.

1.3. Action directe de la guerre (Classification n° 3)

Cette dernière catégorie représente 14 % des maladies mentales diagnostiquées. Ici encore, le Dr Baruk distingue deux sous-classifications : le syndrome mental résiduel des commotionnés et blessés du crâne (*shell-shock*) et l'hystérie

a. Le syndrome mental résiduel des commotionnés et blessés du crâne

Le syndrome mental résiduel des commotionnés et blessés du crâne est, selon le Dr Baruk « la véritable psychose de guerre ». Elle agit directement sur le système nerveux par les visions d'horreur, mais aussi les émotions et commotions dues aux bombardements¹³²⁶.

En 1920, le Dr Baruk relate l'évolution de son diagnostic et celui de la perception des aliénistes. On constate l'impact de l'inconnu, la déformation du cadre mental et les tentatives de résolution par

¹³¹⁸ Jacques Baruk et René Bessière, *Quelques considérations sur la neuropsychiatrie de guerre* (Service de Sainte-Gemmes 1914-1919), *op. cit.*, p. 75.

¹³¹⁹ *Ibid.*, p. 81.

¹³²⁰ *Id.*

¹³²¹ *Id.*

¹³²² *Id.*

¹³²³ *Id.*

¹³²⁴ *Id.*

¹³²⁵ *Id.*

¹³²⁶ *Ibid.*, p. 29-30.

tâtonnements. Ceci rejoint les considérations de Sigmund Freud sur la guerre moderne, les situations extraordinaires qu'elle engendre et l'impréparation des analystes professionnels¹³²⁷.

Ainsi, au début de la guerre, le Dr Baruk rapporte que « les accidents nerveux et mentaux consécutifs aux traumatismes du crâne et aux explosions d'obus rapprochés sont nombreux¹³²⁸ ». Il voit arriver des soldats qui se plaignent de « troubles subjectifs » « difficiles à vérifier »¹³²⁹. « Sans la moindre trace de blessure extérieure », ils sont classés indifféremment comme hystériques¹³³⁰. Le Dr Baruk avoue rétrospectivement son scepticisme à leur rencontre : « les malades furent traités sans indulgence, ou tout au moins soupçonnés d'exagération¹³³¹. » C'est la suspicion qui domine.

A partir de 1915, sous l'influence de travaux neurologiques qui montrent que des commotionnés sans blessure apparente pouvaient avoir des lésions (hémiplégie, aphasie, etc.) voire des modifications organiques (sang dans le liquide encéphalo-rachidien, etc.), tout change : « on passa alors d'un excès à l'autre », « tout accident qui paraissait lié à un bombardement devint un commotionné par explosion d'obus »¹³³².

Des différences cliniques et étiologiques s'opèrent ensuite. Des auteurs décrivent deux syndromes consécutifs aux bombardements : le syndrome commotionnel et le syndrome émotionnel¹³³³. Certains renouvellent de nouveau la commotion dans l'étiologie des symptômes mentaux et reviennent à l'émotion¹³³⁴. Tout est remis en perspective en 1918, avec le livre du Dr André Léri, chef du service de psychiatrie de Rennes, intitulé *Commotions et émotions de guerre*¹³³⁵. Léri décrit et suit les commotionnés, les contusionnés et les émotionnés, du poste de secours à sa prise en charge hospitalière, en tentant de « maintenir séparées » les trois étiologies¹³³⁶. Le Dr Baruk caricature : « Un obus éclate dans une tranchée, un soldat tombe, perd connaissance ou reste inerte sur place, sans blessure extérieure : c'est un commotionné. Un autre est enfoui sous son abri, reçoit des gravats et des rondins sur la tête : c'est un contusionné. Un troisième assiste, sans être touché et s'enfuit de peur : c'est un émotionné¹³³⁷. » Selon Léri, dès le passage dans l'ambulance, les syndromes deviennent moins purs, les types se mélangent, la distinction devient difficile¹³³⁸. Baruk, après avoir passé plusieurs cas cliniques en revue, prend le contre-pied de Léri. Il considère qu'il est difficile d'assigner une étiologie contusionnelle, commotionnelle ou

¹³²⁷ Sigmund Freud cité par Annette Becker in « Guerre totale et troubles mentaux », *op. cit.*, p. 135.

¹³²⁸ Jacques Baruk et René Bessière, *Quelques considérations sur la neuropsychiatrie de guerre* (Service de Sainte-Gemmes 1914-1919), *op. cit.*, p. 85.

¹³²⁹ *Id.*

¹³³⁰ *Id.*

¹³³¹ *Id.*

¹³³² *Id.*

¹³³³ *Id.*

¹³³⁴ *Id.*

¹³³⁵ *Id.*

¹³³⁶ *Ibid.*, p. 86.

¹³³⁷ *Id.*

¹³³⁸ *Ibid.*, p. 86-87.

émotionnelle car elles se confondent le plus souvent¹³³⁹. Il faut selon lui en rester aux trois syndromes cliniques : le mental, l'organique et le pithiatique¹³⁴⁰.

b. Hystérie et pithiatisme

Le Dr Baruk diagnostique 83 cas d'hystérie, soit 8,8 %. Au sein de l'hystérie, il distingue la crise d'hystérie proprement dite, décrite par Charcot, et le pithiatisme défini par le neurologue Joseph Babinski (1857-1932). La première qui représente 52 malades, soit 5,5 %, évolue suivant la symptomatologie observée par Charcot. La seconde représente 31 cas, soit 3,2 %.

Cette dernière pathologie apparaît dès le début de la guerre. Selon l'historien Pierre Darmon, victimes de « l'obusite », de la « sinistrose », les « plicaturés vertébraux » arrivent du front « pliés en deux », « incapables de se redresser »¹³⁴¹. Alors que les radiographies ne révèlent aucune lésion, ils sont bientôt classés parmi les hystériques. Il s'agit non pas de la maladie organique définie par Jean Martin Charcot, mais d'un phénomène auto-suggestif décrit en 1901¹³⁴² par le médecin neurologue Joseph Babinski¹³⁴³. En 1885, lors de son séjour à la Salpêtrière, Sigmund Freud est frappé par la pratique de la suggestion hypnotique qui permet à Charcot de créer et supprimer des symptômes¹³⁴⁴. Il estime que l'état hypnotique est lié à l'hystérie et favorise la suggestibilité. Hippolyte Bernheim, de l'École de Nancy, accuse Charcot de fabriquer, par suggestion, des symptômes hystériques et d'atteindre à la dignité des patients par souci de classification¹³⁴⁵. Selon lui, l'hypnose n'est pas une spécificité de l'hystérie, elle résulte de la suggestion¹³⁴⁶. En retour, l'état d'hypnose renforce la suggestibilité. En 1901, l'élève « préféré » de Charcot, Joseph Babinski, révisé le concept d'hystérie défini par Charcot. Il considère que l'hystérie est un état psychique qui rend le sujet capable de s'autosuggestionner¹³⁴⁷ : ce dernier peut reproduire ses troubles par suggestion et les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion¹³⁴⁸. Ces troubles sont appelés pithiatiques : *peithos* pour persuasion et *iatos* pour guérison : un état psychique qui se manifeste par des troubles guérissables par la persuasion¹³⁴⁹. Il ne s'agit pas de prendre le parti de Bernheim mais plutôt de définir « une authentique neurologie », comme « science des nerfs », basée sur le repérage et la compréhension par le repérage et la localisation des signes organiques spécifiques. Ceci fait rupture avec la conception de Charcot qui voulait faire de l'hystérie

¹³³⁹ Jacques Baruk et René Bessière, *Quelques considérations sur la neuropsychiatrie de guerre*, *op. cit.*, p. 97.

¹³⁴⁰ *Ibid.*, p. 97-98.

¹³⁴¹ Pierre Darmon, « Des suppliciés oubliés de la Grande guerre : les pithiatiques », *Histoire, Economie et Société*, n° 1, 2001, p. 50.

¹³⁴² Elisabeth Roudinesco et Michel Plon, *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard, 2000, p. 91.

¹³⁴³ Pierre Darmon, « Des suppliciés oubliés de la Grande guerre : les pithiatiques », *op. cit.*, p. 51.

¹³⁴⁴ Sigmund Freud, *Ma vie et la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1975, p. 18.

¹³⁴⁵ Elisabeth Roudinesco et Michel Plon, *Dictionnaire de la psychanalyse*, *op. cit.*, p. 489.

¹³⁴⁶ Elisabeth Roudinesco, *Histoire de la psychanalyse en France – Jacques Lacan. Esquisse d'une vie*, Paris, Le Livre de Poche, 2009, p. 64-65.

¹³⁴⁷ *Ibid.*, p. 82.

¹³⁴⁸ *Id.*

¹³⁴⁹ *Ibid.*, p. 83.

une maladie mentale organique ancrée dans l'hérédité¹³⁵⁰. Selon Babinski, les pithiatiques se sont persuadés de leur maladie, ils sont curables par une contre-suggestion¹³⁵¹.

Cette pathologie, évaluée alors à 20 000 victimes pour 6 millions d'hommes confrontés au feu, est l'objet de toutes les suspicions : la simulation est supposée¹³⁵². La lecture morale fait obstacle. Afin de confondre les malades et les renvoyer le plus possible au front, certains aliénistes utilisent la sanction sous la forme de l'isolement, puis bientôt l'anesthésie pour faire céder la contracture, le plâtrage, l'hydrothérapie froide, l'injection d'alcool à 90°, le bain de paraffine en fusion, l'appareil redresseur, le « torpillage », c'est-à-dire un courant électrique à forte intensité¹³⁵³. Le pithiatisme a ses adversaires parmi les aliénistes, il est qualifié de « théorie infantine¹³⁵⁴ ». La presse n'est pas en reste, elle s'enflamme autour de certaines affaires¹³⁵⁵. Le Dr Baruk partage les thèses de Babinski : « si l'émotion joue un rôle suggestif, elle a été réduite à ses justes proportions par Babinski¹³⁵⁶. » Le pithiatisme est caractérisé, là encore, par une « prédisposition » : « une débilité intellectuelle, tendance au mensonge, à l'exagération des faits (mythomanie) qui fait que le malade accepte avec docilité et sans contrôle toutes les suggestions¹³⁵⁷. » Le cadre mental dominant continue d'exercer son influence. Un « accident bénin est souvent le point de départ de la suggestion et l'agent de fixation des accidents névropathiques ». La persuasion peut venir du sujet lui-même (auto-suggestion) ou de l'extérieur (héréto-suggestion) par l'action du médecin lui-même, voire de blessé à blessé¹³⁵⁸.

Citons le cas clinique de Monsieur X : « Un obus de gros calibre explose près de lui, il est enterré jusqu'aux aisselles et perd connaissance, puis au réveil se trouve confus, désorienté, éprouve des difficultés dans l'exercice de toutes ses fonctions, il est abasourdi et entend mal, il a la plus grande peine à retrouver et à associer ses idées et à les exprimer : il ne fait point d'effort nécessaire pour vaincre cette gêne et il est bientôt persuadé qu'il est sourd et muet – et de fait il l'est. On l'évacue, de formation en formation, et il arrive à Sainte-Gemmes. En cours de route, il a retrouvé l'ouïe, mais la parole et même la phonation sont impossibles. Quand on lui dit d'émettre un son, il dispose ses lèvres dans l'attitude convenable, mais il ne produit aucun bruit, les muscles moteurs du larynx sont agités de mouvements spasmodiques et désordonnés. Il suffit de le persuader *énergiquement* qu'il peut parler, qu'il n'a aucune lésion, et il parle.¹³⁵⁹ » Il est difficile de savoir ce que recouvre l'adverbe énergiquement, mais il semble que le Dr Baruk utilisait la persuasion psychothérapique. Pourtant, il fait l'éloge de l'action du Dr

¹³⁵⁰ Elisabeth Roudinesco, *Histoire de la psychanalyse en France – Jacques Lacan. Esquisse d'une vie*, *op. cit.*, p. 83.

¹³⁵¹ Pierre Darmon, « Des suppliciés oubliés de la Grande guerre : les pithiatiques », *op. cit.*, p. 51.

¹³⁵² *Ibid.*, p. 55.

¹³⁵³ *Ibid.*, p. 55-61.

¹³⁵⁴ *Ibid.*, p. 53.

¹³⁵⁵ *Ibid.*, p. 60.

¹³⁵⁶ Jacques Baruk et René Bessière, *Quelques considérations sur la neuropsychiatrie de guerre* (Service de Sainte-Gemmes 1914-1919), *op. cit.*, p. 103.

¹³⁵⁷ *Id.*

¹³⁵⁸ *Id.*

¹³⁵⁹ *Ibid.*, p. 103-104.

Gustave Roussy et son centre spécial de Salin près de Besançon qui utilise manifestement l'électricité¹³⁶⁰ : « [...] de beaux succès sont encore possibles et ont été obtenus par Roussy, Boisseau et d'Olesnitz avaient pu installer une mise en scène propre à frapper l'imagination des malades et à faire une contre-suggestion active et efficace [...], [il] devint, pendant la guerre, un véritable hôpital de miracles, d'où l'on vit sortir guéris des contracturés et des paralysés invétérés, des muets tenaces, des sourds rebelles et des aveugles qui avaient désespéré¹³⁶¹. »

En 1920, sur les 83 malades hystériques, 10 ont été réformés, 44 envoyés en convalescence et 15 renvoyés au dépôt. Si on se limite au 31 pithiatiques : 2 ont été réformés, 16 sont en convalescence, 8 ont été transférés et 5 ont été renvoyés au dépôt.

Reste 6 % dans lesquels on trouve des épileptiques, des somnambules et des malades qui n'ont pas de troubles mentaux. Un seul simulateur est décelé. Selon Baruk, la difficulté de simuler la folie et la volonté de liberté du simulateur, le préjugé attaché à l'asile, font obstacle à ce genre de tentative¹³⁶². La stigmatisation de l'asile entrevue ailleurs agit comme un répulsif.

2. Des enseignements pour l'avenir

Dans leur rapport, les Dr Baruk et Bessière dénoncent le préjugé profane et médical qui consiste à croire que « toute manifestation délirante est synonyme de folie ou d'aliénation mentale chronique », mais aussi l'ignorance de « la psychose aiguë curable¹³⁶³ ». Ils regrettent que les médecins de ville considèrent les études psychiatriques comme un « luxe », « une métaphysique », inutiles¹³⁶⁴, car en l'absence de connaissances, le médecin diagnostique un « mental », « un maniaque aigu » et « signe sans arrière pensée un billet d'internement »¹³⁶⁵ ; les états confusionnels bruyants faisant négliger les autres symptômes¹³⁶⁶. Les effets extérieurs de la maladie influencent le diagnostic profane et favorisent l'internement. Selon eux, la guerre, qui a multiplié les psychoses aiguës, n'a pas changé les façons d'agir¹³⁶⁷. De cela ils préconisent : *primo*, la nécessité, pour les médecins, d'avoir des notions de psychiatrie¹³⁶⁸ ; et *secondo*, l'utilité des services ouverts qui permettent aux malades frappés de psychose aiguë d'éviter la tare de l'internement¹³⁶⁹. Afin de tordre le cou aux critiques, ils précisent que 66 % des sorties ont été effectuées dans les trois premiers mois¹³⁷⁰. Ces chiffres justifient à eux seuls « la nécessité

¹³⁶⁰ Pierre Darmon, « Des suppliciés oubliés de la Grande guerre : les pithiatiques », *op. cit.*, p. 60.

¹³⁶¹ Jacques Baruk et René Bessière, *Quelques considérations sur la neuropsychiatrie de guerre* (Service de Sainte-Gemmes 1914-1919), *op. cit.*, p. 108.

¹³⁶² *Ibid.*, p. 113.

¹³⁶³ *Ibid.*, p. 117.

¹³⁶⁴ *Id.*

¹³⁶⁵ *Id.*

¹³⁶⁶ *Ibid.*, p. 118.

¹³⁶⁷ *Ibid.*, p. 117.

¹³⁶⁸ *Ibid.*, p. 119.

¹³⁶⁹ *Id.*

¹³⁷⁰ *Ibid.*, p. 21.

et l'utilité » de ce service ouvert¹³⁷¹. Revenant sur la nature même du service, ils précisent que les évasions furent seulement au nombre de trois¹³⁷². Comment les blessés psychiques vont-ils être pris en charge dans l'après-guerre ? Pour l'heure, c'est le temps des réjouissances. En 1918, le préfet et le conseil général, en raison de l'action du Dr Baruk pendant la guerre, souhaitent l'élever à la classe exceptionnelle.

Epilogue : élévation à la classe exceptionnelle du Dr Baruk (1918)

Lors de la confection du budget primitif de 1919, une augmentation de 1 000 F est attribuée à l'article 1^{er} des dépenses « traitement du directeur ». Cette somme correspond au souhait du préfet de solliciter auprès du ministre de l'Intérieur pour le docteur Baruk la promotion à la « classe exceptionnelle »¹³⁷³. Comme le rappelle le rapporteur, de Jumilly¹³⁷⁴, le décret du 2 février 1910 permet au médecin aliéniste de changer de classe tout les cinq ans¹³⁷⁵. En 1913, le Dr Baruk avait été promu 1^{ère} classe¹³⁷⁶. Au delà, il existe une classe qualifiée d' « exceptionnelle » qui n'est pas accessible automatiquement mais doit être demandée par le préfet et le conseil général au ministre de l'Intérieur, pour les médecins de 1^{ère} classe qui peuvent justifier de services exceptionnels¹³⁷⁷. Lors de la séance, le rapporteur fait un éloge appuyé du Dr. Baruk : « Son passé son présent, comme le démontrent les comptes de ces exercices scabreux et difficiles, depuis le début des hostilités, son initiative heureuse, tout concourt à le signaler et à attirer sur lui tout l'intérêt exceptionnel dont il est absolument digne¹³⁷⁸. » Suit une déclaration du président du conseil général : « le conseil général s'associant aux conclusion de M. de Jumilly, rapporteur de la 2^e commission, qui vient de mettre heureusement en lumière l'excellente administration de M. le Dr Baruk à l'asile départemental de Sainte-Gemmes-sur-Loire [...]. Et émet le vœu que M. Le préfet intervienne énergiquement auprès du gouvernement pour solliciter l'intervention à la classe exceptionnelle et à titre purement personnel de M. le Dr Baruk avec son maintien à la direction de l'asile départemental de Sainte-Gemmes¹³⁷⁹. » Inquiet, le rapporteur notifie : « nous tenons particulièrement au docteur Baruk et nous insistons avec énergie pour que, malgré son élévation de classe, il soit maintenu à la direction de notre asile¹³⁸⁰. » Le préfet conclut : « Les titres scientifiques du Dr Baruk sont assez connus pour que, malgré le caractère exceptionnel du grade nouveau qu'il s'agit de lui conférer, il n'y ait pas l'ombre d'une hésitation dans l'esprit du ministre de l'Intérieur. S'il en

¹³⁷¹ Jacques Baruk et René Bessière, *Quelques considérations sur la neuropsychiatrie de guerre* (Service de Sainte-Gemmes 1914-1919), *op. cit.*, p. 19.

¹³⁷² *Id.*

¹³⁷³ BUA, JP43, Conseil général, 1918, Rapport du préfet, p. 119.

¹³⁷⁴ Il semble que de Jumilly ait remplacé Laurent Bougère, rapporteur du budget de l'asile depuis 19 ans.

¹³⁷⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1919 », séance du 27 août 1918, p. 1201.

¹³⁷⁶ *Id.*

¹³⁷⁷ *Id.*

¹³⁷⁸ *Id.*

¹³⁷⁹ *Ibid.*, p. 1203.

¹³⁸⁰ *Id.*

subsistait une, néanmoins, la lecture du rapport et du vœu qui vient d'être adopté le fera immédiatement disparaître. En attendant la décision du ministre, le docteur trouvera dans ces documents la plus douce récompense de la manière dont il a rempli ses lourds devoirs¹³⁸¹. » Applaudissements¹³⁸².

Conclusion

La guerre, en exacerbant les tensions, met au jour les faiblesses de l'asile. Temps paradoxal, elle permet aussi de réaliser un certain nombre d'innovations. Pour le Dr Baruk c'est l'opportunité d'opérer une réflexion sur sa pratique et d'estimer sa perception.

L'inflation due à la guerre accentue la vulnérabilité financière de l'institution. Dans un premier temps, les finances se nourrissent de la substance même de la guerre. Le service de neuropsychiatrie et l'arrivée de réfugiés augmentent les recettes, parallèlement les dépenses diminuent du fait de l'absence de personnel. Dans cette institution, de manière générale, l'encombrement et le sous-effectif du personnel sont salutaires aux finances.

Grâce à l'intelligence pratique du Dr Baruk et un certain nombre d'innovations, d'ajustements, d'initiatives, l'institution résiste plutôt bien. Aux moments cruciaux, le conseil général, à défaut d'une augmentation du prix de journée de l'indigence, octroie des subventions : quelle sera la conséquence de cet endettement dans l'après-guerre ?

Ensuite, la guerre joue un rôle de révélateur dans les relations entre les communes et le conseil général, entre le conseil général et le préfet, et donc l'Etat, autour de l'indigence. Par comparaison avec les autres lois sociales, l'absence d'intervention de l'Etat apparaît comme criante. De plus, le conflit révèle aussi les stratégies financières des communes.

D'un point de vue thérapeutiques, le conflit a permis au Dr Baruk de réaliser une prise en charge distincte de l'internement grâce à un service ouvert. Par cette institution, il dépasse l'internement comme mode de prise en charge exclusif, démontre la diversité de l'aliénation et la nécessité du soin précoce. De manière concomitante, il constate la stigmatisation de l'asile et la tare de l'internement. Cette expérience sera-t-elle être renouvelée dans l'après-guerre ?

Conceptuellement, les syndromes de la guerre bousculent une psychiatrie dominée par l'hérédité et la dégénérescence. Ainsi, le pithiatique, en l'absence d'une lecture organique, passe d'un diagnostic moral (simulateur) à une psychologisation (autosuggestion). La clinique de guerre révèle aussi l'ignorance de la médecine à l'endroit de la psychiatrie.

¹³⁸¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1919 », séance du 27 août 1918, p. 1201.

¹³⁸² *Id.*

Enfin, la grippe espagnole a montrée que dans une conjoncture exceptionnelle, l'asile comme lieu de relégation pouvait se révéler létal.

DEUXIEME PARTIE
ESQUISSE DU CHANGEMENT (1919-1945)

Chapitre I. « Sortie de guerre » (1919-1927)

Introduction

Entre 1919 et 1927, l'asile est dans le temps long de la sortie de guerre¹³⁸³. Des questions récurrentes refont surface, comme celle du financement de l'indigence, qui se trouve cette fois mêlée au règlement de la dette contractée par l'asile durant la guerre auprès du conseil général. Quelles solutions trouver à cet imbroglio ? Sur cette même période, l'asile doit faire face à une double menace : l'inflation et la nécessité d'augmenter le niveau de vie des infirmière/infirmière au risque de les perdre.

En 1927 arrive un nouvel interlocuteur : le syndicat du personnel dit « des deux sexes ». Comment est perçu ce nouvel acteur ? Quel est son mode d'action, ses premières revendications ?

Dans le même temps, on assiste au retour des fléaux sociaux, avec notamment l'alcoolisme, qui favorisent un discours hygiéniste.

Au début des années 1920, on assiste à des glissements conceptuels avec la disparition des causes morales et l'émergence des « constitutions ». Comment cette volonté de changement se matérialise-t-elle dans le discours ? Du point de vue politique, l'hygiénisme mental devient concret : dans le département de la Seine naît un service libre. Qu'en est-il à l'asile de Sainte-Gemmes, précurseur en la matière avec le service de neuropsychiatrie ?

A / Thématiques emblématiques au conseil général

Dans l'immédiat après-guerre, sur fond de crise monétaire et d'inflation, un certain nombre de litiges restés en suspens pendant la guerre ré-émergent. Victor Bernier demande au conseil général une diminution de la participation de la ville d'Angers au financement de l'indigence. Que révèle cette confrontation sur les pratiques et stratégies des différents acteurs ? Un autre point de friction porte sur le remboursement de la dette contractée par l'asile. Quel arrangement est trouvé ?

¹³⁸³ Cf. Bruno Cabanes, *La victoire endeuillée. La sortie de guerre des soldats Français (1918-1920)*, Paris, Seuil, 2004.

1. Une contribution angevine jugée excessive

En août 1919, dans un contexte économique et social difficile¹³⁸⁴, Victor Bernier, maire par intérim de la ville d'Angers, revient sur la contribution de sa ville¹³⁸⁵. Il considère que cette quote-part fixée à 73 % qui s'élève à 120 000 F est excessive et est de surcroît imposée en violation de la loi de 1838¹³⁸⁶. Le rapporteur Louis Cotte de Jumilly¹³⁸⁷, tout en reconnaissant que la charge qui incombe à la ville d'Angers est importante, précise qu'Angers fournit le tiers des 300 aliénés internés chaque année¹³⁸⁸. Il poursuit en considérant que le « législateur ne pouvait prévoir que l'alcoolisme se développerait de façon si formidable et entraînerait une augmentation correspondante des maladies mentales », auquel cas il aurait « chargé les communes importantes »¹³⁸⁹. Le problème de l'alcool est sous-jacent. Malgré tout, si la commission départementale estime juste de maintenir la quote-part d'Angers, elle est cependant disposée à discuter la question¹³⁹⁰.

Bernier réplique en dénonçant une stratégie pratiquée par certaines communes pour se débarrasser de la charge de leurs fous. Il explique que si Angers envoie un tiers des aliénés, c'est parce que les villes voisines acheminent leurs malades à Angers « en leur donnant au besoin un secours pour déménager¹³⁹¹ ». Au bout d'un an ils obtiennent leur domicile de secours à Angers et sont à la charge de la ville¹³⁹². Il souhaite que cette mesure qu'il qualifie d'« abominable » soit modifiée par le législateur¹³⁹³. On entrevoit ici les raisons qui sous-tendent les polémiques entre les grandes et petites communes au sujet du financement de l'indigence. Il en profite pour régler son compte à l'Etat en ajoutant qu'il trouve injuste de faire payer aux communes l'internement de militaires « ayant contracté leur maladie au front » alors qu'ils devraient être, selon lui, à la charge de l'Etat¹³⁹⁴. Aussi demande-t-il au conseil général de modifier le barème des communes et, à titre préalable, d'en baisser légèrement le taux immédiatement¹³⁹⁵. Le rapporteur, invoquant l'équilibre du budget, le fait renoncer¹³⁹⁶. Pourtant, un an plus tard, en août 1920, le conseil général accepte de diminuer le contingent des villes d'Angers, Saumur et Cholet de 3 %, en le faisant passer de 73 à 70 %¹³⁹⁷. Nous ne connaissons pas les raisons de ce

¹³⁸⁴ Cf. Vincent Guérin, *La vie municipale à Angers (novembre 1919-1^{er} mai 1920)*, Mémoire de maîtrise, Université d'Angers, 1997.

¹³⁸⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, séance du 26 août 1919, p. 1396.

¹³⁸⁶ *Id.*

¹³⁸⁷ Louis Cotte de Jumilly est conseiller général du canton de Saint-Georges-sur-Loire entre 1911 et 1925.

¹³⁸⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, séance du 26 août 1919, p. 1396.

¹³⁸⁹ *Id.*

¹³⁹⁰ *Id.*

¹³⁹¹ *Ibid.*, p. 1397.

¹³⁹² *Id.*

¹³⁹³ *Id.*

¹³⁹⁴ *Id.*

¹³⁹⁵ *Id.*

¹³⁹⁶ *Id.*

¹³⁹⁷ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Barème des communes », séance du 24 août 1920, p. 1419.

changement. Cette économie pour les trois communes se traduit par une somme de 11 817 F en plus à la charge du département¹³⁹⁸.

Tableau n° 1 : Evolution des catégories et barèmes des communes (dates des décisions)

Revenu brut des villes	Avant 1911	1911	1916	1918	1920	1923
100 000 F et au dessus	40 %	60 %	73 %	73 %	70 %	60 %
50 000 F et au dessus	30 %	40 %	50 %	50 %	50 %	50 %
30 000 F et au dessus	25 %	30 %	40 %	40 %	40 %	40 %
20 000 F et au dessus	20 %	25 %	38 %	38 %	38 %	38 %
Entre 12 000 F et 20 000 F	XX	XX	XX	35 %	35 %	35 %
Entre 8000 F et 12 000 F	XX	XX	XX	30 %	30 %	30 %
Entre 5000 F et 8000 F	15 %	20 %	25 %	25 %	25 %	25 %
Entre 2000 F et 5000 F	XX	15 %	XX	20 %	20 %	20 %
Entre 1000 F et 2000 F	12 %	12 %	15 %	15 %	15 %	15 %
Egal ou inférieur à 1000 F	5 %	5 %	6 %	6 %	6 %	6 %

Sources : AD49, 1N Procès-verbaux des délibérations du conseil général.

En septembre 1922, Victor Bernier « dans un souci d'équité » reprend son offensive auprès du conseil général¹³⁹⁹. Il évoque d'abord le cadre juridique. Il rappelle au conseil général qu'aux termes de la loi de 1838, et afin d'empêcher que les départements ne soient tentés de mettre une trop grande partie de la dépense à la charge des communes, ces dernières devaient seulement « une subvention subsidiaire¹⁴⁰⁰. » Lorsque l'aliéné n'a ni famille ni ressources suffisantes, les frais sont à la charge du département d'origine de l'aliéné. C'est seulement ensuite que la commune du domicile de secours de l'aliéné est appelée à concourir aux dépenses¹⁴⁰¹. Puis, il revient sur l'évolution de la contribution. Jusqu'en 1910, le conseil général ne demandait que 40 % aux grandes villes du département (Angers, Cholet, Saumur)¹⁴⁰². Puis, prenant comme motif le coût du repos hebdomadaire du personnel secondaire, le conseil général l'augmenta de 20 % alors qu'il aurait pu augmenter le prix de journée (moyen) de 1,10 F à 1,15 F¹⁴⁰³. En d'autres termes, Bernier reproche au conseil général de se reposer sur les communes pour financer l'indigence et ainsi alléger sa charge. A Angers la contribution qui s'élevait à 36 832 F en 1910 passe à

¹³⁹⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Barème des communes », séance du 24 août 1920, p. 1419.

¹³⁹⁹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Barèmes des communes », séance du 27 septembre 1922, p. 1467.

¹⁴⁰⁰ *Ibid.*, p. 1468.

¹⁴⁰¹ *Id.*

¹⁴⁰² *Id.*

¹⁴⁰³ *Id.*

52 220 F en 1912¹⁴⁰⁴. En 1921, avec un pourcentage de 70 % elle s'élève à 224 487 F pour un budget total de 8 millions et demi. Bernier qualifie cela d' « exorbitant¹⁴⁰⁵ ». Faisant le bilan d'une recherche sur la contribution des grandes villes dans les départements voisins, il met en lumière que localement les quotes-parts sont toutes inférieures ou égales à 50 % : Rennes 33 %, Orléans 50 %, Nantes 50 %¹⁴⁰⁶. On découvre ici que l'appréciation de la loi est variable selon les départements. Il poursuit sa démonstration en insistant sur le fait que dans le cadre de la loi sur l'assistance aux vieillards, le domicile de secours s'obtient au bout de cinq ans alors qu'il faut seulement un an pour les aliénés¹⁴⁰⁷. Il donne un exemple : « Dernièrement, dans mon cabinet, une femme me demandait de faire entrer son mari à Sainte-Gemmes ; celui-ci n'était à Angers que depuis neuf mois. Le maire de sa commune l'avait envoyé à Angers et avait dit à sa femme : « si on vous refuse l'hospitalisation ; attendez trois mois et vous ferez un nouvelle demande : c'est la ville d'Angers qui paiera¹⁴⁰⁸. » Il conclut en disant que le régime actuel est non seulement illégal mais aussi non équitable. Pour revenir à la légalité il demande un taux de 50 %, et que la différence soit mise à la charge du département et donc sans répercussions sur les autres communes¹⁴⁰⁹.

De Jumilly, le rapporteur, contre-attaque avec un autre raisonnement. Selon lui, dans l'esprit de la loi de 1838, le département doit supporter une part supérieure à la totalité des parts communales. Examinant de plus près la répartition des dépenses depuis trois ans entre le département et les communes, il constate que la part du département s'est élevé à 2 558 199 F contre, pour les 381 communes du département, 1 438 918 F, soit plus de la moitié¹⁴¹⁰. Par ce contre-pied, de Jumilly offre une autre interprétation de loi. Autre point de litige : le barème de 1920 est-il mal calculé ? Observant la part du département, de Jumilly constate que le principe d'assistance est respecté car celle-ci augmente lorsque la commune est pauvre et diminue lorsqu'elle est riche¹⁴¹¹. Pour ce qui est de la ville d'Angers, il considère que l'augmentation n'est qu'apparente : elle est due à l'augmentation du prix de journée. Alors qu'en 1921 Angers fournissait 31 % de l'effectif, il payait 22 % de la dépense ; en 1920, alors qu'il fournissait 36 % des aliénés, il payait 21 %¹⁴¹². Il précise que d'autres barèmes avaient été envisagés par le conseil général. Une simulation avait ainsi soumis le système à celui de l'assistance aux vieillards et de l'assistance médicale gratuite, laquelle montrait que si Angers était taxée à 60 %, 135 communes, soit plus du tiers du département, auraient une participation plus élevée de 5 % à 20 %¹⁴¹³. De Jumilly termine en disant que la ville d'Angers, qui fournit un peu plus du tiers des aliénés, est « un véritable

¹⁴⁰⁴ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Barèmes des communes », séance du 27 septembre 1922, p. 1469.

¹⁴⁰⁵ *Id.*

¹⁴⁰⁶ *Id.*

¹⁴⁰⁷ *Ibid.*, p. 1470.

¹⁴⁰⁸ *Id.*

¹⁴⁰⁹ *Ibid.*

¹⁴¹⁰ *Ibid.*, p. 1472.

¹⁴¹¹ *Id.*

¹⁴¹² *Ibid.*, p. 1474.

¹⁴¹³ *Ibid.*, p. 1473.

bouillon de culture¹⁴¹⁴ ». Victor Bernier proteste : « C'est inexact. Actuellement, on n'y boit plus d'alcool, parce qu'il est trop cher. On devient fou non plus par l'alcool, mais par l'abus du vin blanc ». Cette contre-affirmation nous permet de relativiser notre représentation de l'« alcool¹⁴¹⁵ ». Si la folie est en partie liée à l'alcool, dans la représentation profane, elle s'y dilue. Abel Boutin-Desvignes refuse la diminution de 20 % de la participation de la ville d'Angers, qui conduirait, par contre coup, à augmenter celui des autres communes¹⁴¹⁶. La participation de la ville d'Angers reste inchangée. Dans le même temps un autre conflit apparaît autour de la dette de l'asile.

2. L'usage de la dette de l'asile

Lors de cette même séance, Victor Bernier, dans une phrase à première vue sibylline, soulève un autre problème : « Il est anormal que le département équilibre son budget au moyen des finances communales¹⁴¹⁷. » Pour comprendre cette nouvelle polémique, il faut revenir sur le budget additionnel de l'asile de 1922, qui apparaît avec un boni de 240 607 F¹⁴¹⁸. En 1922, pour mettre son budget de 1923 en balance, le département doit trouver une somme importante. Après que différentes compressions soient effectuées, il manque 100 000 F. Il faut imposer la population du département de deux centimes supplémentaires (le centime départemental vaut 53 000 F)¹⁴¹⁹. De Jumilly, constatant un boni important au budget de l'asile en 1921, propose à la deuxième commission du conseil général, la somme de 100 000 F (111 000 F)¹⁴²⁰. Victor Bernier porte le fer : il trouve anormal que l'asile, qui a gagné 111 000 F au détriment des communes, enrichisse le département en l'absence de compte d'avance¹⁴²¹. De Jumilly fait remarquer qu'avant ce résultat l'établissement « fonctionnait au jour le jour et s'endettait de plus en plus¹⁴²² ». Il dévoile même le fait qu'« il a même été question de le fermer¹⁴²³. » Pour éviter cela, le département avait fait des avances à l'asile qui constituaient une créance : « Nous espérons que, plus tard, une meilleure administration de l'asile permettrait le remboursement de ces avances¹⁴²⁴. » Le temps est arrivé, selon lui, où le boni doit permettre à l'asile de régler ses dettes et d'effectuer des travaux (aménagement décidés en 1909)¹⁴²⁵. Il conclut que, grâce à cette mesure, le prix de journée (moyen) de 5 F restera inchangé¹⁴²⁶. Ce prix, « un des moins élevés [...] pratiqués en France », fait venir les malades

¹⁴¹⁴ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Barèmes des communes », séance du 27 septembre 1922, p. 1475.

¹⁴¹⁵ *Id.*

¹⁴¹⁶ *Id.*

¹⁴¹⁷ *Ibid.*, p. 1470.

¹⁴¹⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget additionnel de 1922 », séance du 27 septembre 1922, p. 1483.

¹⁴¹⁹ *Id.*

¹⁴²⁰ *Id.*

¹⁴²¹ *Ibid.*, p. 1484. (73, 20, 08)

¹⁴²² *Ibid.*, p. 1485.

¹⁴²³ *Id.*

¹⁴²⁴ *Id.*

¹⁴²⁵ *Id.*

¹⁴²⁶ *Id.*

de Paris et d'ailleurs¹⁴²⁷. Revenant sur les propos de Bernier, le préfet précise que l'établissement n'est pas autonome, et que l'asile est, de fait, incorporé dans le budget du département. Il était selon lui entendu que les avances faites par le département devaient être récupérées lorsque la situation de l'asile s'améliorait¹⁴²⁸. Il précise aussi que si le département n'avait pas réalisé « ce recouvrement » il n'aurait, pour autant, pas songé à demander à l'asile de baisser le prix de journée et aurait invité celui-ci à réaliser le programme d'amélioration, à savoir le pavillon spécial pour petit mentaux¹⁴²⁹.

En septembre 1922, les conseillers généraux des cantons d'Angers Nord-Est (Progressistes) et Nord-Ouest (Progressistes et radicaux - section de Victor Bernier-) contestent les dispositions adoptées par le conseil général concernant le remboursement de l'avance par le département sur le budget de l'asile¹⁴³⁰. Il est difficile de savoir si la couleur politique influe. En premier lieu, et afin de restituer le problème, ils reviennent sur l'existence d'un compte d'avance par le département sur l'asile dont la créance s'élève entre 350 000 F et 400 000 F¹⁴³¹. Si des remboursements ont été effectués (dont ils ne connaissent pas le montant) il n'en a pas été réalisés depuis plusieurs années¹⁴³². Le premier, de 111 000 F, a été réalisé sur l'excédent de recette du budget de l'asile de l'exercice de 1921¹⁴³³. Revenant sur le fond, ils précisent que s'il a été constaté, pendant un laps de temps, un déficit dans la gestion de l'asile qui a nécessité des avances du département, cela aurait pu être évité en relevant le prix de journée. Toujours selon eux, cette mesure aurait évité le déficit mais aussi mis « légalement » au compte du département une partie de la charge¹⁴³⁴. Puis ils en viennent au mobile de leur action : ce remboursement oblige « à maintenir le prix de journée à un taux supérieur au prix de revient effectif », qui pèse sur le contingent des communes¹⁴³⁵. Rétroactivement, la gestion de l'asile par le conseil général pendant la guerre est incriminée au motif qu'elle grève maintenant le budget des communes. Ils protestent aussi contre le contingent de 70 % payé par la ville d'Angers pour la dépenses de ses aliénés qui fait, selon eux, fi de la loi du 10 août 1871 qui rappelait que les principes de la loi de 1838 restaient intacts et que la commune devait seulement une subvention¹⁴³⁶. L'interprétation de la loi apparaît ici flottante. Ils menacent d'intenter une action contre une mesure qui « lèse les intérêts des concitoyens » et peut être considérée comme excédant la légalité, et en tout cas l'équité¹⁴³⁷. Une motion est déposée, qui signifie que le montant payé par les communes pour leurs indigents n'est « plus « conforme à la réalité » et ne tient plus compte de « la situation nouvelle [financière] des communes résultant de la guerre ». Une révision

¹⁴²⁷ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget additionnel de 1922 », séance du 27 septembre 1922, p. 1483.

¹⁴²⁸ *Ibid.*, p. 1486.

¹⁴²⁹ *Id.*

¹⁴³⁰ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, séance du 28 septembre 1922, p. 1546.

¹⁴³¹ *Id.*

¹⁴³² *Id.*

¹⁴³³ *Id.*

¹⁴³⁴ *Ibid.*, p. 1547.

¹⁴³⁵ *Ibid.*, p. 1546.

¹⁴³⁶ *Ibid.*, p. 1547.

¹⁴³⁷ *Ibid.*, p. 1548.

est demandée¹⁴³⁸. La question du dégrèvement des communes est posée à nouveau à l'assemblée départementale.

3. Diminution du contingent et indexation du manque à gagner sur la dette de l'asile

En avril 1923, de Jumilly, le rapporteur, concède que s'il est équitable, le contingent est excessif pour les trois villes. Conscient que la plupart des grandes villes de France sont imposées à 50 %¹⁴³⁹, il a stratégiquement rendu visite à Bernier, et l'a convaincu d'accepter non pas une baisse de 20 % mais de 10 %¹⁴⁴⁰. Cette solution doit, selon lui, dénouer « une situation de difficultés sans cesse reproduites et de nature à troubler profondément ce pays si elles persistaient¹⁴⁴¹ ». Renouant avec son argumentation, il n'oublie pas de rappeler que le département paye 55 % de la dépense totale et les communes 45 %¹⁴⁴². Reste maintenant à savoir qui va payer les 41 397 F manquants¹⁴⁴³ ? Trois solutions : soit le département prend cette somme totalement à sa charge (dans ce cas le barème des communes reste le même), soit le département et les 378 communes se la partagent (le barème des communes augmenterait de 3 %), soit les communes la prennent intégralement à leur charge (le barème augmenterait alors de 7 %)¹⁴⁴⁴. Une autre solution, combinatoire, consiste à faire payer les 41 397 F sur le budget de l'asile en remboursement de sa dette envers le département (il reste 150 000 F à payer)¹⁴⁴⁵. Cette solution défendue par la deuxième commission permet au département de prendre en charge le manque à gagner pour l'asile sans modifier le barème des communes et sans augmenter le centime additionnel pour le département¹⁴⁴⁶. Le président du conseil général annonce qu'au regard de la dette contractée, cette solution n'est envisageable que durant trois ans¹⁴⁴⁷. De Jumilly répond qu'il envisage, au bout des trois ans, de réduire le prix de journée pour résoudre ce problème (et éviter par la même que la charge ne pèse sur le département)¹⁴⁴⁸. Le préfet considère que cette solution permet d'éviter que la différence résultant de la réduction accordée aux villes d'Angers, Saumur et Cholet ne pèse sur le barème des communes et le centime du département. A l'issue des trois années, il espère que le prix de la vie baissera, ce qui permettra de réduire le prix de journée (et donc, pour l'asile, le manque à gagner pour les aliénés à la charge du département et des communes)¹⁴⁴⁹. Il compte aussi sur la création d'un service

¹⁴³⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Révision du barème des communes. Motion », séance du 28 septembre 1923, p. 1548.

¹⁴³⁹ *Id.*

¹⁴⁴⁰ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Barème des communes », séance du 27 avril 1923, p. 581.

¹⁴⁴¹ *Ibid.*, p. 579.

¹⁴⁴² *Id.*

¹⁴⁴³ *Id.*

¹⁴⁴⁴ *Id.*

¹⁴⁴⁵ *Ibid.*, p. 580.

¹⁴⁴⁶ *Id.*

¹⁴⁴⁷ *Ibid.*, p. 581.

¹⁴⁴⁸ *Id.*

¹⁴⁴⁹ *Ibid.*, p. 582.

ouvert, lié non pas à la loi de 1838 mais à celle du 14 juillet 1893, et donc en partie à la charge de l'Etat, qui permettrait de réduire la contribution des communes et du département. Au final, cette somme initiale de 41 000 F se réduira à une somme infime qu'il évalue à 15 000, 20 000 F¹⁴⁵⁰. De même, la réforme du délai d'obtention du domicile de secours suggérée par Bernier fait son chemin.

4. La modification du domicile de secours

En avril 1923, de Jumilly demande que le domicile de secours, pour toutes les assistances, soit uniformément accordé au bout de cinq ans comme le stipule la loi de 1905¹⁴⁵¹. La loi de 1838 qui accorde le domicile de secours au bout d'un an tranche avec les autres dispositifs sociaux. Le préfet n'est pas d'accord. Selon lui, alors que l'on assiste à un exode vers les villes et que les communes rurales perdent une population qui a une valeur économique, comment faire peser l'assistance aux communes pendant cinq ans¹⁴⁵² ? « Il n'est pas équitable d'imposer ainsi aux communes, que les gens auront abandonnées depuis trois ou quatre ans, la charge de les assister sans avoir la compensation du travail que leurs bras fournissaient dans la commune¹⁴⁵³. » Charles Cesbron-Lavau¹⁴⁵⁴, un conseil général, contrebalance l'argument du préfet en considérant la contrepartie qui incombe aux grandes villes où affluent les malheureux et qui ont, au bout d'un an, les frais d'assistance à leur charge¹⁴⁵⁵. Il considère que si le délai d'un an est trop court et cinq ans excessifs, un délai intermédiaire de deux ans pourrait être proposé¹⁴⁵⁶. Le préfet, considérant la question soulevée comme importante, demande une étude préalable et son renvoi au mois de septembre¹⁴⁵⁷

5. Un état des comptes

En septembre 1923, après que l'asile ait versé 220 000 F au département pour l'apurement de sa dette, Bernier revient sur les 150 000 F que l'asile doit encore verser¹⁴⁵⁸. S'il comprend l'argumentation du préfet sur la compensation de l'abaissement de 70 % à 60 % du contingent et le souci d'équilibrer le budget départemental en prenant 50 000 F par an sur une somme restante de 150 000 F¹⁴⁵⁹, il reproche l'absence de mention, dans la comptabilité départementale, des avances faites à l'asile par le

¹⁴⁵⁰ BUA, JP43, Procès verbaux des délibérations du conseil général, « Barème des communes », séance du 27 avril 1923, p. 579.

¹⁴⁵¹ BUA, JP43, Procès verbaux des délibérations du conseil général, « Domicile de secours, durée du séjour nécessaire, vœu ajournement », séance du 27 avril 1923, p. 583.

¹⁴⁵² *Ibid.*, p. 584.

¹⁴⁵³ *Id.*

¹⁴⁵⁴ Charles Cesbron-Lavau est conseiller général du canton de Cholet (I) entre 1913 et 1937.

¹⁴⁵⁵ *Id.*

¹⁴⁵⁶ *Id.*

¹⁴⁵⁷ *Id.*

¹⁴⁵⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget rectificatif de 1923 », séance du 27 septembre 1923, p. 1481.

¹⁴⁵⁹ *Ibid.*, p. 1482.

département¹⁴⁶⁰. Le rapporteur en convient : « Le compte absolument régulier, terminal, courant entre le département et l'asile n'est pas fait d'une façon précise ; et cela en raison des avances que le département a faites à l'asile pendant de longues années, alors que son budget était déficitaire. Ce compte n'est pas fait à un centime près¹⁴⁶¹. » Bernier demande à connaître exactement les sommes dues par l'établissement au département¹⁴⁶². En mai 1924, le préfet présente le relevé des sommes avancées et des remboursements effectués entre 1904 et 1924¹⁴⁶³. Dans ce relevé les avances faites par le département se montent à 569 233 F, les remboursements effectués par l'asile à 368 130 F et le reste à rembourser à 201 102 F¹⁴⁶⁴. Ce chiffre est supérieur de 100 000 F (après remboursement de 50 000 F au début de l'année 1924) à l'évaluation faite en septembre 1923 qui se montait à 150 000 F¹⁴⁶⁵. Selon le préfet, la situation financière de l'asile permet le recouvrement de cette somme soit par le moyen de l'annuité de 50 000 F soit par d'autres moyens de remboursement à définir¹⁴⁶⁶.

Le 26 mai 1924, de Jumilly fait état de la dette de l'asile¹⁴⁶⁷. Après un commentaire sur la satisfaction du département qui bénéficie dans cette ressource d'une disponibilité précieuse pour sa trésorerie, et à qui les premiers acomptes ont permis de faire économiser l'imposition de 4 centimes additionnels, il pose une question cruciale au conseil général : « y a-t-il lieu de récupérer cette somme ou d'en laisser tout ou partie à l'asile afin d'en faire un établissement modèle¹⁴⁶⁸ ? » Bernier y est favorable. Il rappelle que le département était assez riche pour supporter cette majoration et qu'il ne fallait pas augmenter le prix de journée¹⁴⁶⁹. Il précise que lorsque le département a accordé cette somme, il n'envisageait certainement pas de la réclamer¹⁴⁷⁰. Il termine en disant que, compte tenu des efforts réalisés par le médecin directeur pour faire de l'asile « un modèle du genre », cette somme permettrait de réaliser « les améliorations désirables¹⁴⁷¹ ». De Jumilly trouve les propos de Bernier généreux, seulement le budget du département, lourdement grevé, aura peut-être besoin de centime supplémentaire à la session budgétaire de septembre¹⁴⁷². Le préfet réserve l'affectation de la somme à la prochaine session¹⁴⁷³. Si nous n'avons rien trouvé d'explicite dans les délibérations de septembre, nous avons constaté le maintien du remboursement¹⁴⁷⁴. Au travers de ces quelques polémiques, on découvre les tensions qui existent autour

¹⁴⁶⁰ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget rectificatif de 1923 », séance du 27 septembre 1923, p. 1483.

¹⁴⁶¹ *Ibid.*, p. 1482.

¹⁴⁶² *Ibid.*, p. 1485.

¹⁴⁶³ BUA, JP43, Conseil général 1924, Rapports du préfet, « Compte des avances versées par le département », p. 166.

¹⁴⁶⁴ *Id.*

¹⁴⁶⁵ *Id.*

¹⁴⁶⁶ *Id.*

¹⁴⁶⁷ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Compte des avances versées par le département », séance du 26 mai 1924, p. 353.

¹⁴⁶⁸ *Id.*

¹⁴⁶⁹ *Id.*

¹⁴⁷⁰ *Id.*

¹⁴⁷¹ *Id.*

¹⁴⁷² *Id.*

¹⁴⁷³ *Id.*

¹⁴⁷⁴ Nous avons pour preuve que lors de la confection du budget additionnel de 1926 il reste à payer 101 102 Frs. Cf. BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget additionnel de 1926 », séance du 24 septembre 1926, p. 240.

de la loi de 1838 et de son application entre les communes, le département et l'Etat. L'argumentation utilisée lève un voile sur un certain nombre de pratiques et stratégies développées pour payer le moins possible. La loi de 1838, dans ses spécificités, son usage très disparate, semble donner libre cours aux interprétations de toute sorte. Observons maintenant « en détails » l'évolution budgétaire de l'asile entre 1919 et 1926 et plus particulièrement le rapport entre l'inflation, les problèmes budgétaires et le recrutement du personnel.

B / Inflation, problèmes budgétaires et recrutement (1919-1927)

Entre 1918 et 1926, la France est marquée par une crise monétaire qui provoque des épisodes inflationnistes¹⁴⁷⁵. Avec l'inflation, le budget est en difficulté, le traitement du personnel s'affaiblit et avec lui le recrutement. Quelles actions sont tentées par les différents acteurs pour équilibrer les finances et assurer au personnel un traitement qui reste attractif ?

1. Un équilibre budgétaire improbable (1919-1920)

Le compte administratif de 1919 se clôture par un excédent de 112 000 F¹⁴⁷⁶. Le Dr Baruk explique que ce résultat a été possible grâce à l'annulation de certains crédits pour une somme de 58 000 F, au bénéfice du fonctionnement du service de neuropsychiatrie (32 000 F), mais aussi grâce à l'économie qu'autorise l'exploitation agricole (18 000 F)¹⁴⁷⁷. Les ressorts de l'économie de guerre persistent. Comme les autres années, le budget de 1920 s'annonce périlleux. L'inflation accentue les charges pour le charbon, le fourrage mais aussi la farine. Celle-ci a augmenté de 100 % par rapport à l'année antérieure : 100 200 F supplémentaires sont nécessaires. Il en est de même pour la viande dont la majoration est de 102 000 F¹⁴⁷⁸. Au même moment, le Dr Baruk demande une nouvelle augmentation du traitement des personnels subalternes.

En 1919, les traitements des fonctionnaires et employés du service administratif avait été augmentés à titre de supplément pour la vie chère¹⁴⁷⁹. Cette augmentation, qui avait fait passer le traitement de 350 à 600/700 F pour les hommes et de 200 à 500/600 F pour les femmes, se révèle déjà comme « trop faible », ne se distinguant pas « des salaires des domestiques et gens de service dans nos pays »¹⁴⁸⁰. Le Dr Baruk évoque une absence de recrutement et des difficultés à assurer la surveillance et les soins des malades. L'inflation rend l'augmentation caduque ce qui, en retour, nuit au recrutement et génère un

¹⁴⁷⁵ Jean-Charles Asselain, *Histoire économique de la France du XVIII^e siècle à nos jours. De 1919 à la fin des années 1970*, Paris, Seuil, 1984, p. 19.

¹⁴⁷⁶ BUA, JP43, Conseil général, 1920, Rapport moral et administratif, 1919, p. 225-226.

¹⁴⁷⁷ *Ibid.*, p. 226.

¹⁴⁷⁸ *Ibid.*, p. 227.

¹⁴⁷⁹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Compte additionnel de 1919 », séance du 26 août 1919, p. 1392.

¹⁴⁸⁰ BUA, JP43, Conseil général, 1920, Rapport moral et administratif, 1919, p. 227.

sous-effectif qui fragilise l'institution. La nouvelle augmentation est évaluée à 51 400 F¹⁴⁸¹. Au final, le déficit à prévoir pour 1920 s'élève à 450 000 F¹⁴⁸². Afin de le combler, le Dr Baruk demande une augmentation du prix de journée des pensionnaires et des indigents¹⁴⁸³. Pour les pensionnaires de première classe, il préconise de passer de 10 F à 15 F, pour la deuxième classe de 7 F à 9 F et pour la troisième classe de 5 F à 7 F. Quant à la 4^e classe, il demande 5,25 F aux familles des départements étrangers et 5 F pour celles du Maine-et-Loire. Il souhaite que l'application de ce nouveau tarif prenne effet au 1^{er} octobre 1920¹⁴⁸⁴. En ce qui concerne le prix de journée des indigents, qui se monte à 3,10 F, il considère que pour atteindre un équilibre budgétaire il ne faudra pas qu'il soit inférieurs à 5 F pour le département du Maine-et-Loire et à 5,50 F pour les départements étrangers et l'Etat¹⁴⁸⁵. Afin d'augmenter la recette, il souhaite une application rétroactive de ce tarif à partir du 1^{er} janvier 1920¹⁴⁸⁶. Pour convaincre le conseil général, il donne quelques éléments de comparaisons. Après enquête, il constate que dans les asiles des autres départements, le prix de journée des indigents est plus élevé : il cite Le Mans avec un prix de 6,20 F, Nantes avec 7 F. Puis il évoque le système de l'Assistance Médicale Gratuite à Angers, où les frais d'hospitalisation des indigents à l'Hôtel-Dieu s'élèvent à 7,40 F¹⁴⁸⁷. Ces éléments montrent les disparités de coûts de prise en charge entre les différentes institutions. Plus incisif, il révèle que le prix de revient pour l'année 1919 est déficitaire et s'élève à 4,67 F¹⁴⁸⁸. Démontrant qu'il ne ménage pas ses efforts, il insiste sur le fait qu'il n'a pas hésité à s'« imposer un travail supplémentaire » en acceptant la venue de 80 malades de Loire-Inférieure qui, selon lui, remplaceront les revenus du service de neuropsychiatrie¹⁴⁸⁹. Le vieil usage qui consiste à accepter des malades d'un autre département pour obtenir un meilleur prix de journée, quitte à accentuer l'encombrement et ruiner l'opération thérapeutique, reste d'actualité. Cette fois, le conseil général suit les recommandations du Dr Baruk en augmentant les prix de journée des pensionnaires ainsi que ceux des indigents du Maine-et-Loire et des autres départements¹⁴⁹⁰.

¹⁴⁸¹ BUA, JP43, Conseil général, 1920, Rapport moral et administratif, 1919, p. 228.

¹⁴⁸² *Id.*

¹⁴⁸³ *Id.*

¹⁴⁸⁴ *Ibid.*, p. 227.

¹⁴⁸⁵ *Id.*

¹⁴⁸⁶ *Id.*

¹⁴⁸⁷ *Ibid.*, p. 229.

¹⁴⁸⁸ *Id.*

¹⁴⁸⁹ *Id.*

¹⁴⁹⁰ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget additionnel de 1920 », séance du 24 août 1920, p. 1413.

Tableau n° 2 : Prix de journées des différentes catégories d'indigents et de pensionnaires entre 1919 et 1927

Année	Indigents			4 ^{ème} classe		3 ^{ème} classe		2 ^{ème} classe		1 ^{ère} classe	
	Maine-et-Loire	Autres départements	Etat, adm pénitentiaire (détenus) ministère de la guerre (militaires)	M&L	Autres dép	M&L	Autres dép	M&L	Autres dép	M&L	Autres dép
1919	3,10	3,75	3,75	3,10	3,75	5	5	7	7	10	10
1920	5	5,5	5,5	5	5,25	7	7	9	9	15	15
1921	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1922	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1923	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1924	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1925a	-	-	-	5,5	5,5	8	8	12	12	18	18
1925b	6	7	7	6	7	10	10	15	15	20	20
1926	-	-	-	7	7	11	11	16,50	16,5	22	22
1927	-	8,5	8,5	-	8,5	15	15	20	20	25	25

Sources : AC, L 36 bis, L 37, Rapports médicaux et administratif.

Sensibilisé aux problèmes du recrutement, il accepte d'augmenter de 33 % le traitement du personnel subalterne¹⁴⁹¹.

Tableau n° 3 : Evolution des traitements annuels des infirmiers et infirmières entre 1909 et 1927 (en F)

	1909	?	20/08/1918	24/08/1920	27/09/1923	20/05/1925	30/09/1927
Infirmiers chefs	500 à 600		800 à 1000	1500	3000 à 3500	4000 à 4500	
Infirmiers	350		600 à 700	900	1500 à 2000	1 800 à 2400	2400
Infirmières	200		500 à 600	550 à 800	1000 à 1500	1500 à 2000	2100

Sources : AC, L 36 bis, L 37, Rapport médicaux et administratif.

Le compte administratif de 1920 se clôture sur un excédent de 160 005 F¹⁴⁹². Le rapporteur, de Jumilly, est satisfait de « cet équilibre » qui apparaît « après tant d'années de budgets troublés par la guerre et la crise économique »¹⁴⁹³. Fort de ce résultat, le Dr Baruk propose pour le budget primitif de 1922 d'inscrire une augmentation du traitement des internes pour pallier un recrutement difficile¹⁴⁹⁴. Le Dr Baruk suggère 1500 F pour la première année, 2000 F pour la seconde, 2400 F pour la troisième et de porter à 3000 F le traitement des internes docteurs¹⁴⁹⁵. En raison des ressources de l'établissement et de sa stabilité financière, cette suggestion est adoptée par le conseil général¹⁴⁹⁶. Par ailleurs, le Dr Baruk envisage de construire un véritable quartier d'enfants et un pavillon spécial pour les « petits mentaux » non internés. A défaut d'un pavillon neuf, le Dr Baruk conçoit que l'on pourrait affecter, dans un

¹⁴⁹¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget additionnel de 1920 », séance du 24 août 1920, p. 1413.

¹⁴⁹² AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1920, p. 72.

¹⁴⁹³ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire », séance du 28 septembre 1921, p. 1346.

¹⁴⁹⁴ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1920, p. 75.

¹⁴⁹⁵ *Id.*

¹⁴⁹⁶ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Relèvement du traitement des internes », séance du 28 septembre 1921, p. 1349.

premier temps, un bâtiment existant à cet usage¹⁴⁹⁷. A partir de 1921, la situation financière de l'établissement s'améliore.

2. La « bonne santé » financière de l'établissement (1921-1923)

a. Un excédent important

En 1921, le compte administratif laisse apparaître un excédent de 538 064 F¹⁴⁹⁸. Ce changement budgétaire notable tient à l'augmentation des recettes et la diminution des dépenses. Pour les recettes, l'augmentation du prix de journée réalisée en 1920 a portée sur la totalité de l'année¹⁴⁹⁹. Le Dr Baruk insiste tout particulièrement sur la plus-value des recettes concernant les pensionnaires qui s'élèvent, par rapport à l'année antérieure, à 118 834 F¹⁵⁰⁰. Les pensionnaires, comme les indigents des autres départements, permettent à l'asile une autonomie financière par rapport au département en offrant une plus-value sur le coût de revient journalier. Quant aux dépenses, leur diminution, tient d'une part au fléchissement de l'inflation et d'autre part à la compression des dépenses, dont les restes à annuler se montent à 374 694 F¹⁵⁰¹. Avec ce résultat, le Dr Baruk envisage des travaux comme l'agrandissement du service d'hydrothérapie ; il revient sur l'aménagement du service des enfants ajourné pour des raisons financières ainsi que sur la création d'un service ouvert pour les « petits mentaux¹⁵⁰² ». En 1922, l'excédent de recette est de 543 734 F, 721 789 F si on y ajoute les recettes à recouvrer¹⁵⁰³. Alors que le prix de journée n'a pas été augmenté, l'excédent budgétaire provient à nouveau de l'évolution des recettes des trois premières classes de pensionnaires¹⁵⁰⁴. De Jumilly avance deux autres points : les bons soins qui sont donnés à l'asile et l'aisance généralisée liée à la situation économique française¹⁵⁰⁵. Enfin, la dernière raison, et non la moindre, tient à l'annulation d'une dépense de 554 108 F¹⁵⁰⁶. Le budget est stabilisé.

b. Une augmentation du traitement des « civils » et des religieuses (1923)

En 1922, le recrutement du personnel subalterne (infirmiers, infirmières, ouvriers) pose toujours problème¹⁵⁰⁷. Alors que la situation financière est meilleure, le Dr Baruk demande un nouveau

¹⁴⁹⁷ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1920, p. 76.

¹⁴⁹⁸ AC, L 37, Rapport médical, compte moral et administratif, 1921, p. 4.

¹⁴⁹⁹ *Id.*

¹⁵⁰⁰ *Id.*

¹⁵⁰¹ *Ibid.*, p. 5.

¹⁵⁰² *Ibid.*, p. 6.

¹⁵⁰³ BUA, JP43, Conseil général 1923, Compte moral et administratif de 1922, p. 125.

¹⁵⁰⁴ *Id.*

¹⁵⁰⁵ *Id.*

¹⁵⁰⁶ *Ibid.*, p. 126.

¹⁵⁰⁷ *Ibid.*, p. 128.

relèvement des traitements¹⁵⁰⁸. Le nouveau barème porte de 900 à 1500 F le traitement des infirmières et de 1500 à 2000 F celui des infirmiers et chefs d'ateliers¹⁵⁰⁹. Lors de l'élaboration du budget primitif de 1924, l'attention est aussi portée sur le personnel religieux : les sœurs de Sainte-Marie-La-Forêt et l'aumônier¹⁵¹⁰. Il est rappelé, à cette occasion, que les 26 religieuses qui servent dans l'asile ne touchent pas de salaire mais une allocation de vêture qui s'élève à 250 F par an, à l'exception de la supérieure qui reçoit 400 F¹⁵¹¹. En raison de la vie chère, il est proposé de porter à 400 F l'allocation des sœurs et à 600 F celle de la supérieure¹⁵¹². A trois religieuses « reposantes » de plus de 70 ans, qui ne touchent rien, on propose 200 F pour les vêtements et les chaussures¹⁵¹³. A cette occasion, un hommage est rendu par le conseil général « au dévouement inlassable de Mesdames les religieuses dont les soins vigilants, attentifs, de jour et de nuit, contribuent à adoucir, un peu, la détresse dont elles ont la garde¹⁵¹⁴ ». Le rapporteur termine en ces termes : « Seules la Foi et la charité sont capables d'élever les âmes à la hauteur sublime de ces vies de sacrifices¹⁵¹⁵. » Une foi qui rend un service non négligeable au département et aux communes. Aux 3000 F annuels attribués à l'aumônier, on substitue la somme de 3600 F¹⁵¹⁶. A partir de l'année 1923, on assiste à un retour de l'inflation.

3. Un retour des difficultés (1923-1927)

3.1. Une inflation importante

Cette reprise de l'inflation se manifeste notamment dans le prix des denrées alimentaires, et spécifiquement la farine et de la viande¹⁵¹⁷ : entre 1922 et 1923, la viande adjudgée 5,41 F passe à 6,20 F le kilo¹⁵¹⁸. La dépense globale consacrée à la nourriture évolue de 416 349 F à 491 830 F¹⁵¹⁹. Le Dr Baruk, comme à son habitude, procède à des économies qui s'élèvent à 343 853 F¹⁵²⁰. Aussi importante soient-elles, elles ne permettent pas d'équilibrer le budget. L'augmentation du nombre des pensionnaires sert de variable d'ajustement. Les trois classes donnent à nouveau un boni de 81 625 F par rapport à l'année antérieure¹⁵²¹. Durant l'année 1924, la situation économique s'aggrave¹⁵²². A la moitié de l'année, une partie de l'excédent a déjà été absorbée par les travaux en cours (450 000 F), ainsi

¹⁵⁰⁸ BUA, JP43, Conseil général 1923, Compte moral et administratif de 1922, p. 125.

¹⁵⁰⁹ *Ibid.*, p. 129.

¹⁵¹⁰ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1924 », séance du 27 septembre 1923, p. 1486.

¹⁵¹¹ *Id.*

¹⁵¹² *Id.*

¹⁵¹³ *Id.*

¹⁵¹⁴ *Id.*

¹⁵¹⁵ *Id.*

¹⁵¹⁶ *Id.*

¹⁵¹⁷ BUA, JP43, Conseil général 1924, Compte moral et administratif de 1923, p. 110.

¹⁵¹⁸ *Id.*

¹⁵¹⁹ *Ibid.*, p. 111.

¹⁵²⁰ *Ibid.*, p. 110.

¹⁵²¹ *Id.*

¹⁵²² *Id.*

que par le remboursement de la somme due au département (50 000 F) et par la somme mise en réserve pour l'achat du terrain des Grillers pour la création d'un service ouvert¹⁵²³. Ce projet, malgré l'accord du conseil général et du conseil municipal de Sainte-Gemmes, est pour le moment compromis par un obstacle administratif¹⁵²⁴. Comme l'année antérieure, ce phénomène tient à l'inflation sur les principales denrées : farine et viande. La viande qui avait coûté 491 830 F en 1923 coûte maintenant 606 879 F¹⁵²⁵. Avec l'inflation, les difficultés financières s'accroissent pour l'Etat, les départements et les familles. Les restes à recouvrer s'élèvent à 203 156 F¹⁵²⁶.

Tableau n° 4 : Restes à recouvrer pour l'année 1924 (en F)

Département du Maine-et-Loire	131 349
Autres départements	9 361
Aliénés au compte de l'Etat	19 997
Aliénés au compte des familles	42 452

Source : BUA, JP43, Conseil général 1925, Rapports du préfet (Août), « Restes à recouvrer », p. 180.

Face à cette difficulté, en mai 1925 le Dr Baruk prévoit une modification du budget primitif¹⁵²⁷. Appuyée par le préfet, sa demande consiste à relever le prix de journée des pensionnaires des quatre classes à partir du 1^{er} juillet¹⁵²⁸. Le préfet évalue que l'action de ce levier permettrait d'obtenir 68 000 F¹⁵²⁹. Le conseil général y consent¹⁵³⁰. Toutefois, le Dr Baruk estime que ces crédits supplémentaires ne sont déjà plus suffisants¹⁵³¹, d'abord à cause de l'inflation. Le prix de la farine dont le quintal coûtait 120 F est « bouleversé », aucun fournisseur ne veut s'engager pour l'adjudication annuelle. Alors que le quintal atteint 180 F, les marchés se font de mois en mois¹⁵³². Autre phénomène, le Dr Baruk est inquiet de l'augmentation des traitements et salaires des fonctionnaires, employés et ouvriers de l'asile et sa répercussion directe et indirecte sur l'institution¹⁵³³. Directe car les fonctionnaires de l'asile, qui ont été assimilés aux catégories d'employés de la préfecture, vont nécessairement être augmentés¹⁵³⁴. Dans l'attente, une allocation de 500 F doit leur être versée¹⁵³⁵. Les médecins-chefs, qui vont faire l'objet d'un nouveau décret concernant leurs barèmes et traitements, doivent aussi la percevoir¹⁵³⁶. Indirecte, car face à ses augmentations, le personnel de l'asile, qui est difficile à recruter, ne doit « pas rester en arrière,

¹⁵²³ BUA, JP43, Conseil général 1924, Compte moral et administratif de 1923, p. 111-112.

¹⁵²⁴ *Ibid.*, p. 112.

¹⁵²⁵ *Id.*

¹⁵²⁶ BUA, JP43, Conseil général 1925, Compte moral et administratif de 1924, p. 138.

¹⁵²⁷ *Ibid.*, p. 139.

¹⁵²⁸ BUA, JP43, Conseil général 1925, Rapports du préfet (Avril), « Budget primitif de 1925 – décision modificative », p. 143.

¹⁵²⁹ *Id.*

¹⁵³⁰ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1925 – décision modificative », séance du 20 mai 1925, p. 113-114.

¹⁵³¹ BUA, JP43, Conseil général 1925, Compte moral et administratif de 1924, p. 139.

¹⁵³² *Id.*

¹⁵³³ *Id.*

¹⁵³⁴ *Ibid.*, p. 140.

¹⁵³⁵ *Id.*

¹⁵³⁶ *Ibid.*, p. 139.

sous peine de désorganisation des services¹⁵³⁷ ». La spirale inflationniste fragilise l'asile de différentes manières. Tout d'abord, elle augmente le volume des dépenses tout en diminuant les recettes par l'amplification des recouvrements ; mais aussi, en réduisant la pouvoir d'achat du personnel, elle tarit un recrutement déjà difficile. Enfin, le rattachement au fonctionnariat de certains membres du personnel oblige l'asile à augmenter le volume budgétaire des traitements et à ajuster celui des autres membres du personnel, afin d'éviter une désaffection. En 1925, le Dr Baruk se plaint à nouveau des difficultés qu'il éprouve à recruter du personnel, et notamment des surveillants du côté des hommes¹⁵³⁸.

3.2. Une augmentation du personnel et des internes (1925)

Cette raréfaction du personnel commence à créer dans certains services « un véritable danger¹⁵³⁹ ». Il rapporte un accident qui s'est déroulé quelques mois auparavant dans le quartier des hommes et qui illustre l'âpreté des relations entre les malades et les infirmiers : « [...] un infirmier X, employé à l'asile depuis un certain temps, a reçu de la part d'un malade X des coups de poings qui lui ont été assénés avec une violence telle qu'il en a perdu connaissance. Il porte depuis, au visage, les marques de ces coups¹⁵⁴⁰. » Si cet accident n'est certainement pas un acte isolé, il est, semble-t-il, assez rare par sa violence. Le sous-effectif pose un problème de surveillance. Le manque de personnel soulève aussi le problème de la formation des équipes pour les travaux des champs¹⁵⁴¹. Le phénomène est tel que le Dr Baruk remet en cause l'exploitation des terrains qui appartiennent à l'asile et ceux du colonat partiaire de l'île aux Chevaux¹⁵⁴². Il envisage même d'abandonner le métayage, « qui donne une ressource appréciable¹⁵⁴³ ». En conséquence le Dr Baruk souhaite que « les surveillants et infirmiers, dont l'effectif est aujourd'hui extrêmement réduit, doivent recevoir un salaire plus élevé si on veut être sûr d'en trouver encore quelques-uns »¹⁵⁴⁴. Les internes ne sont pas oubliés : « [leur] recrutement est tellement difficile que, durant certaines périodes, l'établissement n'en a possédé qu'un, parfois même pas du tout, une augmentation de traitement est également dispensable¹⁵⁴⁵. »

En juin 1925, sur les deux postes d'interne, chiffre que le Dr Baruk qualifie de « notoirement insuffisant », un seul est pourvu¹⁵⁴⁶. Depuis des mois, les annonces affichées dans les facultés et écoles

¹⁵³⁷ BUA, JP43, Conseil général 1925, Compte moral et administratif de 1924, p. 140.

¹⁵³⁸ AC, L15, Procès-verbaux délibérations de la commission de surveillance, « Gratification de l'interne », séance du 16 juin 1925, non paginé.

¹⁵³⁹ *Id.*

¹⁵⁴⁰ *Id.*

¹⁵⁴¹ *Id.*

¹⁵⁴² *Id.*

¹⁵⁴³ *Id.*

¹⁵⁴⁴ BUA, JP43, Conseil général 1925, Compte moral et administratif de 1924, p. 140.

¹⁵⁴⁵ *Id.*

¹⁵⁴⁶ AC, L15, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Gratification de l'interne », séance du 16 juin 1925, non paginé.

de médecine, et les articles dans les revues médicales « n'ont pas réussi à lui donner un collègue¹⁵⁴⁷ ». A la demande du Dr Baruk, l'interne, qui assure la double fonction, et afin de ne pas le voir disparaître, a été gratifié du traitement inemployé¹⁵⁴⁸. Sur proposition du préfet, et afin de pallier aux difficultés de recrutement¹⁵⁴⁹, le Dr Baruk propose un nouveau relèvement des traitements du personnel de surveillance et des internes qu'il qualifie de « minimum indispensable¹⁵⁵⁰ ».

Tableau n° 5 : Barème des traitements du personnel de l'asile en F

	Traitements actuels	Fixations proposées	Observations
2 internes à 3 000	6 000	12 000	2 internes à 6 000
1 surveillant Chef	3 500	4 500	
1 surveillant de l'intérieur	3 000	4 000	
10 infirmiers à 2 000	20 000	24 000	10 à 2 400
20 infirmiers à 1 700	34 000	42 000	20 à 2 100
24 infirmiers à 1 500	36 000	43 200	24 à 1 800
18 infirmières à 1 500	27 000	36 000	18 à 2 000
13 infirmières à 1 200	15 000	22 100	13 à 1 700
13 infirmières à 1 000	13 000	19 500	13 à 1 500
8 chefs d'ateliers à 2 400	19 200	24 000	8 à 3 000
service généraux Hommes 9 à 2 000 6 à 2 400 1 à 1 700	32 000 1 700	40 200 2 000	8 à 2 400 7 à 3 000
services généraux Femmes 1 à 2 400 38 à 1 500	59 400	79 000	1 à 3 000 38 à 2 000
5 domestiques particulières à 2 000 5 domestiques à 1 500	17 500	22 000	5 à 2 400 5 à 2 000
Totaux	288 300	374 500	

Sources : BUA, JP43, Conseil général 1925, Compte moral et administratif de 1924, p. 143.

Le conseil général accepte l'augmentation des traitements et le relèvement du prix de journée des indigents et pensionnaires¹⁵⁵¹.

3.3. Des recouvrements qui font problème

Le résultat financier de l'année 1925, avec un excédent de recettes de 603 394 F, ressemble sensiblement à l'année antérieure. A la clôture de l'exercice, les restes à recouvrer, en nette diminution par rapport à l'année antérieure, s'élèvent à 90 275 F. Abel Boutin-Desvignes, le rapporteur, a fait un relevé des

¹⁵⁴⁷ AC, L15, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Gratification de l'interne », séance du 16 juin 1925, non paginé.

¹⁵⁴⁸ *Id.*

¹⁵⁴⁹ AC, L15, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Relèvement du traitement du personnel de surveillance et des internes », séance du 21 juillet 1925, non paginé.

¹⁵⁵⁰ BUA, JP43, Conseil général 1925, Compte moral et administratif de 1924, p. 140.

¹⁵⁵¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1925 – décision modificative », séance du 20 mai 1925, p. 113-114.

sommes dues¹⁵⁵². Il précise que chaque année on répète que ces recouvrements datent de la guerre, sans doute pour mieux les justifier¹⁵⁵³. Pour les années 1917 et 1918, il reste dû à l'asile 4 790 F par l'Etat et 125 F par les familles. Pour les années 1919 et 1920, il est dû à l'asile 4 404 F par l'Etat et 2 900 F par les familles¹⁵⁵⁴. Enfin pour les années 1921, 1922, 1923 et 1924 l'Etat doit 8 294 F, le département du Maine-et-Loire 2 090 F, les autres départements 2 651 F et les familles 17 744 F¹⁵⁵⁵. Le préfet, qui estime faire le nécessaire, donne pour preuve la diminution des sommes à recouvrer depuis deux ans¹⁵⁵⁶. Le rapporteur insiste sur la dette de l'Etat. Bernier indique que l'hospice d'Angers a les mêmes difficultés pour se faire payer les années de guerre¹⁵⁵⁷. Pour la seule année 1925, le rapporteur indique que les sommes à recouvrer se montent à 47 741 F, soit la moitié de la somme totale : 12 575 F pour l'Etat, 11 817 F pour le département du Maine-et-Loire, 6 682 F pour les autres départements, 1463 F pour les maisons centrales (médico-légaux) et 15 204 F pour les familles¹⁵⁵⁸. Le rapporteur, au nom de la deuxième commission, insiste auprès du préfet pour que « ses services s'emploient activement à faire rentrer, à bref délai dans la caisse de l'asile les restes à recouvrer, qui lui sont dus notamment par les collectivités¹⁵⁵⁹ ». Il précise que le receveur de l'asile a été invité à adresser des réclamations et délivrer des contraintes aux familles¹⁵⁶⁰. Quels leviers utiliser pour améliorer les finances de l'asile ?

3.4. Des solutions pour améliorer les finances

a. Une augmentation du prix de journée et une indexation au coût de la vie

En 1926, le préfet, jugeant la situation financière de l'asile difficile, demande une nouvelle augmentation des pensions¹⁵⁶¹. A cette date, le budget additionnel fait apparaître un excédent de recette de 10 087 F. Ce résultat a été obtenu en supprimant momentanément les 50 000 F en vue de l'acquisition du terrain des Grillers¹⁵⁶². Le projet est à nouveau reconduit. L'insuffisance des revenus conduit, dans l'immédiat, à reporter le remboursement de la dette au département qui est encore de 101 102 F¹⁵⁶³. L'inflation persiste. Pour l'illustrer, le rapporteur prend l'exemple de la farine¹⁵⁶⁴. Dans le budget primitif de 1926, elle avait été prévue à 170 F le quintal et elle est approvisionnée jusqu'au 1^{er} novembre. Il précise que

¹⁵⁵² BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Compte administratif de 1925 », séance du 24 septembre 1926, p. 235.

¹⁵⁵³ *Id.*

¹⁵⁵⁴ *Id.*

¹⁵⁵⁵ *Id.*

¹⁵⁵⁶ *Ibid.*, p. 236.

¹⁵⁵⁷ *Ibid.*, p. 237.

¹⁵⁵⁸ *Id.*

¹⁵⁵⁹ *Id.*

¹⁵⁶⁰ *Ibid.*, p. 238.

¹⁵⁶¹ BUA, JP43, Conseil général 1926, Rapports du préfet (Août), p. 189.

¹⁵⁶² BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget additionnel de 1926 », séance du 24 septembre 1926, p. 240.

¹⁵⁶³ *Id.*

¹⁵⁶⁴ *Ibid.*, p. 241.

l'asile consomme 200 quintaux par mois¹⁵⁶⁵. Or, en septembre, la farine est cotée à 320 F le quintal¹⁵⁶⁶ : pour finir l'année, l'asile qui a besoin de 400 quintaux devra déboursier 320 F au lieu des 170 F prévus¹⁵⁶⁷. Les crédits inscrits au budget primitif et au budget additionnel sont de 509 000 F, la dépense s'est élevée jusqu'alors à 480 586 F. Il reste donc 28 414 F. L'achat des 400 quintaux de farine nécessaires pour terminer l'année produira une dépense de 128 000 F et donc un déficit de 100 000 F¹⁵⁶⁸. Le déficit sera de 31 794 F pour la viande et 45 247 F pour le charbon¹⁵⁶⁹. Pour ces trois postes budgétaires, le déficit se monte à 200 000 F¹⁵⁷⁰. Le rapporteur, en accord avec la deuxième commission, somme le conseil général de prendre immédiatement les mesures nécessaires¹⁵⁷¹. Il met en garde : « si vous hésitez à prendre immédiatement les mesures nécessaires, l'asile ne tardera pas à revivre les heures critiques qu'il a traversées avant et pendant la guerre et dont il n'a pu sortir qu'avec le secours du département, qui a du de 1914 à 1918 lui consentir des avances atteignant au total 569 232 F¹⁵⁷². » Il rappelle à propos de ce « chiffre considérable » que l'asile doit encore 101 102 F¹⁵⁷³ (L'asile qui devait 201 102 F en 1924 a remboursé 50 000 F en 1925 et 50 000 F en 1926). En conséquence, il demande une augmentation du taux des pensions. Il rappelle que le directeur a demandé une augmentation du taux des pensions mais aussi le relèvement des prix de journées des aliénés indigents¹⁵⁷⁴. Le conseil général décide d'augmenter, à partir du 1^{er} janvier 1927, les prix de journée des pensionnaires et des indigents de l'Etat et des départements étrangers¹⁵⁷⁵. Chose nouvelle, il donne délégation à la deuxième commission de réviser par trimestre, en fonction du coût de la vie, le taux des pensions et le prix de journée des aliénés indigents de l'Etat et des autres départements¹⁵⁷⁶.

En novembre 1926, afin d'opérer cet ajustement, la commission départementale demande au Dr Baruk d'établir le prix de revient du mois¹⁵⁷⁷. Estimant que le mois de nombre ne reflétait pas la réalité du fait de « grand bouleversement de prix¹⁵⁷⁸ » il entreprend de réaliser les mêmes calculs sur l'année 1925¹⁵⁷⁹.

¹⁵⁶⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget additionnel de 1926 », séance du 24 septembre 1926, p. 240.

¹⁵⁶⁶ *Id.*

¹⁵⁶⁷ *Id.*

¹⁵⁶⁸ *Id.*

¹⁵⁶⁹ *Id.*

¹⁵⁷⁰ *Id.*

¹⁵⁷¹ *Id.*

¹⁵⁷² *Ibid.*, p. 242-243.

¹⁵⁷³ *Ibid.*, p. 241.

¹⁵⁷⁴ *Ibid.*, p. 243.

¹⁵⁷⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1927 », séance du 24 septembre 1926, p. 248.

¹⁵⁷⁶ *Ibid.*, p. 248-249.

¹⁵⁷⁷ BUA, JP43, Conseil général, 1927, Compte moral et administratif de 1926, p. 150.

¹⁵⁷⁸ *Id.*

¹⁵⁷⁹ *Id.*

Tableau n° 6 : Prix de revient pour novembre 1926, 1925 et 1926 en F

Classes et indigents	Novembre 1926	1925	1926
Première	11,140	9,483	14,18
Deuxième	10,583	8,437	12,40
Troisième	8,853	8,280	10,63
Quatrième	8,246	6,093	7,09
Indigents	8,769	6,515	

Sources : AC, L 37, Compte moral et administratif.

Avec ce calcul le Dr Baruk montre que les indigents du département du Maine-et-Loire « coûtent » 7,09 F à l'asile alors qu'ils ne « rapportent » que 6 F¹⁵⁸⁰. De plus, il mentionne que la commission départementale n'a pas eu à user de la délégation que lui avait autorisée le conseil général pour augmenter le prix de journée¹⁵⁸¹. Elle a simplement maintenu à 7 F le prix des pensions des 4^e classes envisagé à la baisse à 6 F¹⁵⁸². Afin de combler le déficit qui se dessine dans le budget primitif de 1928 et « conjurer la crise » de trésorerie, le Dr Baruk demande une augmentation du prix de journée des aliénés du département¹⁵⁸³ à 7,10 F, ce qui équivaut au prix de revient de l'année écoulée. Il propose de faire le rappel de l'année écoulée pour équilibrer, non seulement le budget primitif de 1928, mais aussi donner « une élasticité » à la trésorerie¹⁵⁸⁴.

b. La dette de l'asile et le recouvrement du département

Dans le budget primitif de 1927, 50 000 F ont été inscrits par le préfet pour rembourser la dette de l'asile qui se monte à 101 102 F¹⁵⁸⁵. Le rapporteur met cette somme en relation avec les 13 907 F que doit le département à l'asile comme reste à recouvrer pour les exercices 1923, 1924 et 1925 pour les frais de traitement des indigents¹⁵⁸⁶. Faisant la soustraction, l'asile doit 101 102 F - 13 907 F, soit 87 195 F¹⁵⁸⁷. « Afin de liquider cette somme et libérer l'asile », la deuxième commission, par la voix de son rapporteur, propose d'inscrire dans le budget primitif de 1927 cette somme au lieu des 50 000 F prévus¹⁵⁸⁸. Bernier craint que cette somme soit trop élevée¹⁵⁸⁹. Le rapporteur rétorque que « c'est un boulet que je traîne. Je voudrais me débarrasser de cette dette¹⁵⁹⁰ ». Puis il précise : « Nous traversons une période difficile qui sera peut-être plus difficile encore après-demain. Je puis me libérer en ce moment : je me libère. Si après-demain cela n'est plus possible, je vous demanderai de frapper à la caisse

¹⁵⁸⁰ BUA, JP43, Conseil général, 1927, Compte moral et administratif de 1926, p. 154.

¹⁵⁸¹ *Id.*

¹⁵⁸² *Id.*

¹⁵⁸³ *Id.*

¹⁵⁸⁴ *Id.*

¹⁵⁸⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1927 », séance du 24 septembre 1926, p. 249-250.

¹⁵⁸⁶ *Ibid.*, p. 250.

¹⁵⁸⁷ *Id.*

¹⁵⁸⁸ *Id.*

¹⁵⁸⁹ *Ibid.*, p. 251.

¹⁵⁹⁰ *Id.*

départementale ou d'augmenter le prix de journée pour tout le monde : aucune de ces deux solutions n'est souhaitable¹⁵⁹¹. » Le projet est adopté¹⁵⁹².

c. L'augmentation des pensions et du prix de journée des indigents

En 1927, le Dr Baruk, malgré les difficultés financières, propose une nouvelle majoration des traitements du personnel infirmiers/infirmières de 300 F par an¹⁵⁹³. Suite à une requête du personnel secondaire, celle-ci est portée à 600 F¹⁵⁹⁴. Afin d'encourager et de retenir le personnel en place, il octroie deux augmentations de 300 F : l'une après trois ans et l'autre après 6 ans de présence consécutive¹⁵⁹⁵. En septembre, le budget additionnel de 1927 apparaît avec un petit excédent de 9 298 F¹⁵⁹⁶. Abel Boutin-Desvignes, qualifie ce résultat de « médiocre et d'incertain » car il ne donne pas d'« élasticité » au budget additionnel dans une période qui le nécessiterait¹⁵⁹⁷. Il met l'accent sur les 12 090 F dus par l'Etat au département, qui, s'ils ne sont pas remboursés donneront, non pas un excédent de 9 298 F dans le budget additionnel mais un déficit de 2 792 F¹⁵⁹⁸. Le risque : c'est la rupture de l'équilibre budgétaire, mais aussi, une majoration des prix par les fournisseurs qui accentuera d'autant le déficit¹⁵⁹⁹. Devant cette situation financière critique, la deuxième commission préconise une augmentation des prix de journée à partir du 1^{er} juillet 1927¹⁶⁰⁰. Elle constate, à son tour, qu'alors que le prix de revient était de 7,09 F en 1926, l'asile ne touchait que 6 F, soit un préjudice journalier de 1,10 F¹⁶⁰¹. Le calcul du Dr Baruk permet à la commission d'être plus sensible à cette constante. En aparté, le préfet concède qu'antérieurement, à la faveur de disponibilités élevées en 1923, le prix de journée des aliénés indigents du département avait été stabilisé pendant une longue période à un taux inférieur au prix de revient, (il était de 5 F en 1923, 1924 et 1925) et ce malgré l'augmentation du coût de la vie.¹⁶⁰² Le rapporteur demande une augmentation du prix de journée des pensionnaires de la 4^e classe et des indigents à partir du 1^{er} juillet 1927¹⁶⁰³. La deuxième commission propose de majorer les pensions des trois premières classes de 10 %, mais, prenant exemple sur le Loiret, seulement pour les malades étrangers au

¹⁵⁹¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1927 », séance du 24 septembre 1926, p. 249-251.

¹⁵⁹² *Ibid.*, p. 252.

¹⁵⁹³ BUA, JP43, Conseil général, 1927, Rapport du préfet (deuxième session), p. 240.

¹⁵⁹⁴ *Ibid.*, p. 243.

¹⁵⁹⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Personnel secondaire », séance du 30 septembre 1927, p. 306.

¹⁵⁹⁶ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget additionnel de 1927 », séance du 30 septembre 1927, p. 307-308.

¹⁵⁹⁷ *Ibid.*, p. 308.

¹⁵⁹⁸ *Ibid.*, p. 310.

¹⁵⁹⁹ *Ibid.*, p. 309.

¹⁶⁰⁰ *Id.*

¹⁶⁰¹ *Ibid.*, p. 310.

¹⁶⁰² BUA, Conseil général 1927, Rapport du préfet (deuxième session), p. 232.

¹⁶⁰³ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du Conseil général, « Budget additionnel de 1927 », séance du 30 septembre 1927, p. 310.

département du Maine-et-Loire¹⁶⁰⁴. Elle propose également d'augmenter le prix de journée des pensionnaires de la 4^e classe. Pour les habitants du Maine-et-Loire, le prix de journée serait de 8 F au lieu de 7 F et pour les étrangers au département de 10,50 F au lieu de 8,50 F¹⁶⁰⁵. Enfin, elle propose d'augmenter le prix de journées des indigents du département du Maine-et-Loire (8 F au lieu de 6 F), mais aussi de l'Etat et des autres départements (10,50 F au lieu de 8,50 F)¹⁶⁰⁶. On notera ici que le préfet avait reçu du ministre du Travail, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale, une circulaire attirant son attention sur la différence, dans les asiles départementaux, entre prix de journées des aliénés à la charge de l'Etat, sans domicile de secours, et ceux à la charge des départements¹⁶⁰⁷. La deuxième commission souhaite fixer le relèvement à partir du 1^{er} juillet 1927¹⁶⁰⁸ ». Le Duc Guy de Blancas¹⁶⁰⁹ réagit, sur l'augmentation des tarifs des aliénés indigents et son impact sur les finances des communes : « Que l'on majore ceux qui peuvent payer, je l'admets, mais que l'on ne majore pas ceux qui ne le peuvent pas¹⁶¹⁰. » L'augmentation du prix de journée des indigents ne fait pas l'unanimité. Bernier répond que l' « on ne peut pas augmenter indéfiniment les pensionnaires, car on finirait par ne plus avoir personne à hospitaliser¹⁶¹¹. » Le préfet rappelle qu'il s'agit d'étrangers au département¹⁶¹². Bernier rétorque : « c'est un maximum et il ne faut pas tuer la poule aux œufs d'or¹⁶¹³. » Puis le préfet fait connaître l'impact de l'augmentation sur les charges départementales (elle passe de 800 000 F à 1 065 000 F), la quote-part des communes (elle passe de 540 000 F à 745 000 F) et sur le budget de la ville d'Angers (100 000 F en plus)¹⁶¹⁴. Il finit en demandant 7,50 F au lieu de 8 F¹⁶¹⁵. Bernier demande si le Dr Baruk considère le prix de 8 F comme indispensable¹⁶¹⁶ puis il s'interroge sur la différence entre les 7,10 F initiaux demandés par le Dr Baruk et les 8 F de maintenant¹⁶¹⁷. Le Dr Baruk demande à ce moment une rétroactivité au 1^{er} janvier 1926¹⁶¹⁸. Le préfet refuse¹⁶¹⁹. Cette rétroactivité, jugée trop longue, aurait mis en difficulté financière les communes et le département en réclamant, après coup, des sommes importantes se référant à des exercices clos¹⁶²⁰. Le Dr Baruk demande alors rétroactivité au 1^{er} janvier

¹⁶⁰⁴ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du Conseil général, « Budget additionnel de 1927 », séance du 30 septembre 1927, p. 311.

¹⁶⁰⁵ *Id.*

¹⁶⁰⁶ *Id.*

¹⁶⁰⁷ BUA, JP43, Conseil général, 1927, Rapport du préfet (deuxième session), « Prix de journée des aliénés sans domicile de secours », p. 241.

¹⁶⁰⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget additionnel de 1927 », séance du 30 septembre 1927, p. 311.

¹⁶⁰⁹ Le Duc Guy de Blancas est conseil général du canton de Beaupréau entre 1888 et 1937.

¹⁶¹⁰ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget additionnel de 1927 », séance du 30 septembre 1927, p. 312.

¹⁶¹¹ *Id.*

¹⁶¹² *Id.*

¹⁶¹³ *Id.*

¹⁶¹⁴ *Id.*

¹⁶¹⁵ *Id.*

¹⁶¹⁶ *Ibid.*, p. 313.

¹⁶¹⁷ *Id.*

¹⁶¹⁸ *Ibid.*, p. 314.

¹⁶¹⁹ *Id.*

¹⁶²⁰ *Ibid.*, p. 314-315.

1927¹⁶²¹. Le préfet propose au conseil général deux solutions : une rétroactivité au 1^{er} janvier 1927 ou au 1^{er} juillet 1927¹⁶²². Suite à l'adoption de la seconde (1^{er} juillet), le prix de journée est porté à 8 F¹⁶²³. Le rapporteur rappelle au conseil général que ce choix est déterminé par le refus de voir se reproduire la situation durant la guerre où, à défaut d'augmenter le prix de journée, il fut fait des avances à l'asile en comblant le déficit de l'établissement par une subvention¹⁶²⁴. Prenant à parti le conseil général : « Voulez-vous recourir encore à ce système¹⁶²⁵ ? » Il précise que pour réaliser le plan d'ensemble des travaux de l'asile, il faut de l'argent¹⁶²⁶ : l'excédent n'est pas suffisant¹⁶²⁷. Dans l'immédiat, il est donc impossible de réaliser des réparations¹⁶²⁸. Or, si rien n'est fait, les bâtiments vont s'abîmer et le conseil général devra avoir recours à l'emprunt pour de nouvelles constructions¹⁶²⁹. Le prix de journée à 8 F va permettre d'entretenir et d'agrandir les bâtiments¹⁶³⁰. Faisant une comparaison avec d'autres départements : le prix de journée des aliénés atteints 9 F, 10 F, 11 F et même 25 F dans le département de la Seine¹⁶³¹. Sarcastique, il précise que le département de la Seine a un moyen d'éviter ce chiffre très élevé en envoyant ses indigents dans l'asile de Sainte-Gemmes¹⁶³². Il avoue que c'est en pensant à cette hypothèse qu'il a fixé le prix de journée¹⁶³³. Le conseil général convaincu entérine l'augmentation¹⁶³⁴. Robert de Grandmaison demande si les malades qui travaillent dans l'exploitation agricole sont payés. Le préfet lui répond par l'affirmative et Bernier complète : « très modique¹⁶³⁵. » De Grandmaison est suspicieux : « Il pourrait se faire qu'un établissement soit tenté de conserver le plus longtemps possible les aliénés qui travaillent, de manière à garder une main d'œuvre fort peu coûteuse¹⁶³⁶. » En d'autres termes : l'asile aurait-il intérêt à garder des indigents guéris pour lui servir de main-d'œuvre à bas prix ? Le préfet répond : « Des commissions surveillent les aliénés et examinent si on ne les conserve pas trop longtemps dans l'asile. Je ne dis pas que des internements prolongés soient impossibles ; il peut y avoir des erreurs en cette matière comme dans toute autre, mais l'abus que redoute M. de Grandmaison ne se produit pas à Sainte-Gemmes, du moins dans les limites où il peut-être évité¹⁶³⁷. » Il ajoute que des dossiers sont régulièrement constitués par le directeur sur chaque interné et un bulletin spécial constate

¹⁶²¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget additionnel de 1927 », séance du 30 septembre 1927, p. 315.

¹⁶²² *Id.*

¹⁶²³ *Id.*

¹⁶²⁴ *Ibid.*, p. 316.

¹⁶²⁵ *Id.*

¹⁶²⁶ *Id.*

¹⁶²⁷ *Id.*

¹⁶²⁸ *Id.*

¹⁶²⁹ *Id.*

¹⁶³⁰ *Ibid.*, p. 317.

¹⁶³¹ *Id.*

¹⁶³² *Id.*

¹⁶³³ *Id.*

¹⁶³⁴ *Id.*

¹⁶³⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Contrôle des internements » séance du 4 mai 1927, p. 99.

¹⁶³⁶ *Id.*

¹⁶³⁷ *Id.*

son état¹⁶³⁸. C'est au regard de ce bulletin que l'on maintient ou non l'internement¹⁶³⁹. Le rapporteur ajoute que la loi de 1838 interdit le maintien sans motif d'un aliéné dans un asile et qu'en outre l'aliéné peut s'adresser au procureur de la République, qui doit faire une visite annuelle de l'asile et s'assurer, lorsque quelqu'un lui écrit à propos d'un aliéné, s'il est interné à juste titre¹⁶⁴⁰. Dans les années 1920, marquées par une augmentation des prix et des recouvrements, il faut toute la force de persuasion et l'intelligence du Dr Baruk pour assurer la pérennité financière de l'institution tout en augmentant le traitement du personnel. Outre les augmentations successives des traitements pour améliorer le sort du personnel, deux innovations marquent la fin des années 1920 : un syndicat du personnel et une caisse de retraite.

C / Le « syndicat des deux sexes » et une caisse de retraite

A partir de 1927, avec la création du syndicat dit « des deux sexes », le personnel s'exprime. Quelles sont leurs premières revendications ? Que traduisent-elles ? Comment est accueillie cette nouvelle entité ? Suite aux requêtes, la première réalisation concrète porte sur les retraites. Pourquoi la retraite ? Quelles était le système antérieur ? Où est l'amélioration ?

1. Le « syndicat des deux sexes » (1927)

1.1. La naissance d'un nouvel interlocuteur

Au début de l'année 1927, un nouvel interlocuteur apparaît : le syndicat du personnel secondaire dit aussi « syndicat des deux sexes ». 30 infirmiers y adhèrent spontanément¹⁶⁴¹.

Dans l'article 2 des statuts, il est stipulé que « le syndicat a pour but : de relever le niveau moral et économique des travailleurs ; de resserrer les liens de solidarité et d'unir en un seul bloc les travailleurs, afin qu'ils puissent lutter pour l'amélioration de leur sort ; d'accomplir son devoir de solidarité ouvrière en adhérant à l'union départementale des syndicats de la CGT et à la Fédération des Services de Santé de France et des Colonies ; de rechercher les moyens les plus prompts pour arriver à l'amélioration générale de la situation des travailleurs au point de vue économique et social ». En conclusion : « Le syndicat s'interdit toutes discussions politiques ou religieuses dans ses assemblées : en conséquence, il n'adhère à aucune organisation politique, chacun de ses membres restant, à cet égard, libre d'agir individuellement comme il lui convient¹⁶⁴². »

¹⁶³⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Contrôle des internements » séance du 4 mai 1927, p. 99.

¹⁶³⁹ *Id.*

¹⁶⁴⁰ *Id.*

¹⁶⁴¹ AC, K9, Syndicats 1927-1966, Syndicat, Journaux et cahiers de revendications, Infirmiers faisant parti du syndicat.

¹⁶⁴² AC, K9, Syndicat de personnel des services de santé de d'assistance de l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire, Statuts, art. 2.

1.2. Requêtes du syndicat des deux sexes

En février 1927, la Fédération des Services de Santé France et Colonies et le syndicat des deux sexes formulent leurs premières requêtes¹⁶⁴³. Ils s'appuient sur une circulaire du 15 juin 1921 du ministre de l'Hygiène, adressée aux préfets, qui préconise, des améliorations portant sur la situation des infirmiers et infirmières des asiles d'aliénés¹⁶⁴⁴. Constatant le hiatus entre les souhaits du ministère et les réalisations sur le terrain, la fédération et le syndicat reprennent point par point la circulaire pour formuler leurs revendications¹⁶⁴⁵.

En premier lieu, il demande la création d'une école professionnelle et d'un diplôme d'enseignement théorique et pratique afin de favoriser l'instruction des infirmiers et infirmières de l'asile. Il souhaite une amélioration des conditions de recrutement en tenant compte de critères physiques et moraux et la mise en place d'un stage obligatoire et d'épreuves. Il demande aussi l'instauration d'un règlement assurant hygiène, confort, salaire et prévoyance obligatoire pour l'assurance accidents et maladies afin d'améliorer les conditions d'existence matérielle du « petit personnel ». L'« extériorisation est aussi préconisée. Ils veulent être loger « en dehors des quartiers », dans des « bâtiments distincts de l'asile ». Il souhaite aussi bénéficier de l'affiliation à une caisse de retraite. Enfin, un avancement hiérarchique réservé pour les infirmiers et infirmières diplômés des écoles spéciales est demandé. Ces revendications traduisent une volonté légitime d'améliorer les conditions de vie et de travail du personnel.

1.3. Première réunion du syndicat

La première réunion « plénière » du syndicat se déroule le dimanche 6 mars 1927. Le lundi, le Dr Baruk, fait demander le secrétaire, Léon Labal, pour lui faire part « de sa satisfaction sur la rentrée convenable et silencieuse de tout le personnel ayant assisté à la réunion de la veille au soir¹⁶⁴⁶ ». Le 24 mars, lors de la séance de l'assemblée générale du syndicat, 43 adhérents masculins sont présents¹⁶⁴⁷. Où sont les infirmières ? Elles n'ont peut-être pas eu le droit de se réunir dans l'asile avec les infirmiers.

Petite anicroche, suite à une plainte, le 26 mars, le ministre du Travail de l'Hygiène de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, dans une lettre adressée au préfet du Maine-et-Loire, se fait le relais de la demande du personnel de l'asile qui souhaite, tout en assurant le service de garde, avoir « la permission

¹⁶⁴³ AC, K9, Cahier de revendications, Fédération des services de Santé et syndicats du personnel des deux sexes de l'asile de Ste Gemmes à Monsieur le préfet, Monsieur le directeur de l'asile, Messieurs les membres de la commission de surveillance.

¹⁶⁴⁴ *Id.*

¹⁶⁴⁵ *Id.*

¹⁶⁴⁶ AC, K 9, Assemblée Générale du syndicat du personnel des deux sexes de l'asile départementale de Sainte-Gemmes-sur-Loire, séance du 24 mars 1927

¹⁶⁴⁷ *Id.*

d'assister une fois par mois aux réunions syndicales. Le ministre demande de bien vouloir « transmettre cette demande à M. le Directeur de l'Établissement en l'invitant à faciliter, dans la mesure du possible, l'exercice de la liberté syndicale de ses subordonnés¹⁶⁴⁸ ». Le Dr Baruk se défend de toute entrave à l'exercice du droit syndical¹⁶⁴⁹.

Le 1^{er} mai 1927, le secrétaire, Léon Labal, adresse un premier cahier de revendications au Dr Baruk¹⁶⁵⁰ et au président du conseil général¹⁶⁵¹. Les demandes, qui reprennent en partie la requête antérieure, portent sur une augmentation des traitements, l'amélioration des conditions de travail et du mode de recrutement du personnel. Il est en outre demandé la création d'un conseil de discipline, une échelle de traitements et une caisse de retraite¹⁶⁵².

Abel Boutin-Devignes, le rapporteur, prend le parti du syndical nouvellement créé, il rappelle que « le bon fonctionnement de l'asile de Sainte-Gemmes ne pourra être obtenu qu'avec un personnel secondaire stable et bien recruté¹⁶⁵³ ». Or, il précise que le personnel de l'asile, dès qu'il trouve un nouvel emploi « s'empresse de partir¹⁶⁵⁴ ». Il reconnaît la modicité du salaire, l'absence d'un conseil de discipline garantissant le personnel contre les licenciements arbitraires et l'inexistence d'un régime de retraite¹⁶⁵⁵. Toutes ces raisons, selon lui, « éloignent » de l'asile un personnel « susceptible de nous donner satisfaction¹⁶⁵⁶ ». Il conclut en disant qu'il paraît nécessaire de faire « une étude complète » et « de manifester [...] à ce personnel digne d'intérêt la sollicitude du conseil général¹⁶⁵⁷ ». La volonté de stabiliser le personnel donne un écho favorable à la demande. Seulement, compte tenu des modifications impliquées par les requêtes et la nécessité de réaliser une étude approfondie, le préfet propose de reporter la décision à la session de septembre¹⁶⁵⁸. La deuxième commission propose d'étudier un projet de règlement fixant le recrutement, l'avancement, l'échelle des salaires d'après le nombre d'années de service, la constitution d'un conseil de discipline et un projet de création de caisse de retraite¹⁶⁵⁹. La première réalisation concrète ne se fait pas attendre. En 1927, une caisse de retraite pour le personnel secondaire est organisée.

¹⁶⁴⁸ AC, K 9, Lettre du ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la prévoyance sociales, à Monsieur le préfet de Maine-et-Loire, Paris, le 26 mars 1927.

¹⁶⁴⁹ AC, K 9, Lettre manuscrite du Dr Baruk au préfet datée du 14 avril 1927.

¹⁶⁵⁰ AC, K 9, Lettre de Monsieur Labal, secrétaire du syndicat du personnel des deux sexes de l'asile départemental de Sainte-Gemmes-sur-Loire à Monsieur le directeur, Sainte-Gemmes-sur-Loire, le 1^{er} mai 1927.

¹⁶⁵¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Requête du personnel secondaire » séance du 6 mai 1927, p. 242.

¹⁶⁵² AC, K 9, Lettre de Monsieur Labal, secrétaire du syndicat du personnel des deux sexes de l'asile départemental de Sainte-Gemmes-sur-Loire à Monsieur le directeur, Sainte-Gemmes-sur-Loire, le 1^{er} mai 1927.

¹⁶⁵³ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Requête du personnel secondaire », séance du 6 mai 1927, p. 242.

¹⁶⁵⁴ *Id.*

¹⁶⁵⁵ *Ibid.*, p. 243.

¹⁶⁵⁶ *Id.*

¹⁶⁵⁷ *Id.*

¹⁶⁵⁸ *Id.*

¹⁶⁵⁹ *Id.*

2. L'adhésion du personnel secondaire à la caisse de retraite (1927)

A la fin des années 1920, pour ce qui est des ressources après le temps d'activité, il faut distinguer les fonctionnaires de l'asile du reste du personnel. Pour les fonctionnaires, depuis 1925, afin d'harmoniser les statuts des différents membres du personnel, le conseil général a créé une caisse *autonome* de retraite sur demande de la commission de surveillance¹⁶⁶⁰¹⁶⁶¹.

Le personnel secondaire, quant à lui, bénéficie du système de la « reposance : « Après un certain nombre d'années de service, l'employé âgé et inapte au travail [est] admis à terminer ses jours dans l'asile où il est assuré de trouver logement, nourriture et soins médicaux¹⁶⁶². » Le Dr Baruk précise qu'« étant donné les difficultés actuelles de l'existence », [...] ce n'est pas une mauvaise situation¹⁶⁶³ ». Néanmoins, il reconnaît que ceux qui ont de la famille préfèrent vivre au milieu d'eux et que « la mentalité actuelle répugne à l'idée d'une sorte d'existence de pensionnat¹⁶⁶⁴ ». Il admet aussi qu'avec l'encombrement ambiant, les reposants prennent la place des malades¹⁶⁶⁵. Aussi, emboitant le vœu du syndicat, le Dr Baruk suggère de créer un système de pension de retraite en argent¹⁶⁶⁶. Il envisage deux possibilités. La première consiste à ouvrir, pour chaque employé, un livret à la caisse nationale des retraites pour la vieillesse¹⁶⁶⁷. Dans ce cas, la caisse est alimentée par une retenue sur le traitement de l'intéressé et le versement, par l'établissement, d'une bonification¹⁶⁶⁸. Si la retenue d'usage sur traitement est de 6 %, il reste à déterminer la bonification de l'établissement¹⁶⁶⁹. Le Dr Baruk précise que dans les cahiers de revendications formulées par les agents des asiles, un versement de 9 % est préconisé¹⁶⁷⁰. Le Dr Baruk évalue à 38 925 F la somme nécessaire¹⁶⁷¹. Il attire l'attention du préfet sur le fait que la constitution de livrets exigera un travail matériel considérable du receveur qu'il ne pourra assumer sans l'aide d'un employé supplémentaire¹⁶⁷². Le second procédé, « plus simple, plus économique et plus avantageux » selon le Dr Baruk consisterait à admettre ce « petit personnel » à la caisse de retraite des fonctionnaires¹⁶⁷³. Cette solution, jugée « éminemment démocratique » par le Dr Baruk, permettrait de

¹⁶⁶⁰ AC, L15, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Constitution d'une caisse de retraite pour les fonctionnaires de l'asile », séance du 21 juillet 1925, non paginé.

¹⁶⁶¹ *Id.*

¹⁶⁶² AC, L15, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Budget primitif 1928 », séance du 21 juin 1927, non paginé.

¹⁶⁶³ BUA, JP43, Conseil général, 1927, Compte moral et administratif, 1926, p. 157.

¹⁶⁶⁴ *Id.*

¹⁶⁶⁵ *Id.*

¹⁶⁶⁶ *Id.*

¹⁶⁶⁷ *Id.*

¹⁶⁶⁸ *Id.*

¹⁶⁶⁹ *Id.*

¹⁶⁶⁹ *Id.*

¹⁶⁷⁰ *Id.*

¹⁶⁷¹ *Id.*

¹⁶⁷² *Id.*

¹⁶⁷³ *Id.*

mettre « tout le monde sur le même pied, depuis le directeur jusqu'au dernier des préposés¹⁶⁷⁴ ». Les employés, comme les fonctionnaires, verseraient à la caisse de retraite une retenue de 6 % sur leur traitement et sur leurs avantages en nature (évalués à 25 % du traitement)¹⁶⁷⁵. Dans ce cas de figure, l'asile n'aura « aucun sacrifice à faire » : la caisse réalise le service de la pension sur ses propres revenus¹⁶⁷⁶, le budget de l'établissement sera seulement sollicité en cas d'insuffisance¹⁶⁷⁷. Le Dr Baruk termine son exposé en disant que cette solution a l'entier agrément des intéressés et qu'elle ne nécessite pas d'étude préalable¹⁶⁷⁸. Le 30 septembre 1927, le conseil général accepte d'admettre le personnel secondaire à bénéficier du régime de retraite : surveillants, ouvriers, aides ouvriers, chefs de quartiers, infirmiers, ouvrières, infirmières¹⁶⁷⁹. C'est un premier changement notable dans la condition du personnel et une première victoire pour le syndicat.

D / Nouvelles perspectives

Dans l'après-guerre, un certain nombre de changements notables affectent l'asile, la maladie mentale et le malade lui-même et ouvrent de nouvelles perspectives. En premier lieu, la population augmente. Pour quelles raisons ? D'un autre point de vue, le rapprochement entre psychiatrie et médecine se poursuit. De quelle manière ? Avec le retour de l'alcoolisme, l'hygiène mentale se développe. Alors que dans certains départements des mesures de prophylaxies mentales se matérialisent, qu'en est-il du projet du Dr Baruk et de son service ouvert ?

1. Un accroissement de la population

La population présente dans l'établissement était, à la fin de l'année 1913, de 1006 malades. Elle est en 1927 de 1220 malades, soit une variation de 21 %. Dans le même temps, la population traitée dans l'année passe de 1255 malades à 1637, soit une augmentation de 30 %.

¹⁶⁷⁴ BUA, JP43, Conseil général, 1927, Compte moral et administratif, 1926, p. 157.

¹⁶⁷⁵ *Id.*

¹⁶⁷⁶ *Id.*

¹⁶⁷⁷ *Id.*

¹⁶⁷⁸ *Id.*

¹⁶⁷⁹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Personnel secondaire », séance du 30 septembre 1927, p. 306.

Tableau n° 7 : Evolution de la population entre 1910 et 1927

Années	Décès	Admissions	Sorties	Pop au 31 décembre	Pop annuelle traitée	Taux de décès	Taux d'admissions	Taux de sorties	Différentiel
1910	69	179	92	1030	1246	6%	14%	7%	1,44%
1911	130	202	102	1000	1246	10%	16%	8%	-2,41%
1912	126	270	124	1025	1275	10%	21%	10%	1,57%
1913	133	259	145	1006	1255	11%	21%	12%	-1,51%
1914	142	501	174	1191	1506	9%	33%	12%	12,28%
1915	171	261	128	1153	1482	12%	18%	9%	-2,56%
1916	164	355	159	1185	1490	11%	24%	11%	2,15%
1917	174	325	162	1177	1486	12%	22%	11%	-0,74%
1918	391	388	180	994	1538	25%	25%	12%	-11,90%
1919	136	357	234	963	1538	9%	23%	15%	0,84%
1920	110	429	236	1069	1363	8%	31%	17%	6,09%
1921	140	361	232	1058	1377	10%	26%	17%	-0,80%
1922	128	380	237	1073	1404	9%	27%	17%	1,07%
1923	141	440	258	1114	1480	10%	30%	17%	2,77%
1924	100	438	290	1123	1513	7%	29%	19%	3,17%
1925	147	499	336	1139	1623	9%	31%	21%	0,99%
1926	128	492	313	1190	1631	8%	30%	19%	3,13%
1927	117	447	300	1220	1637	7%	27%	18%	1,83%

Sources : AC, L 36, 36 bis et L 37, Comptes moraux et administratifs et Rapports de fonctionnement.

Dès 1920, le Dr Baruk, notait une reprise de l'augmentation régulière de la population asilaire, et même le dépassement de celle d'avant guerre¹⁶⁸⁰. Ce phénomène résulte mécaniquement d'un grand nombre d'admissions associées à des sorties et décès moindres¹⁶⁸¹. Dans les années 1920, le différentiel s'accroît. Alors que le taux de décès reste *relativement* stable, celui des admissions croît plus vite que celui des sorties. Pourquoi ? Le Dr Baruk avoue qu'il est malaisé d'en préciser la cause¹⁶⁸². A l'incrimination des « fléaux sociaux » tels que l'alcoolisme, la syphilis et la tuberculose, auxquels il ajoute le taudis¹⁶⁸³, il adjoint leur interaction avec les causes morales que sont le surmenage, les émotions, les chagrins qui, bien que secondaires, ont constitué des facteurs importants pendant la guerre en offrant un terrain d'éclosion à la folie¹⁶⁸⁴. L'extension spécifique des « fléaux sociaux » précités serait due à la détérioration des conditions de vie et aux bouleversements sociaux issus de la guerre : l'abandon de la terre par l'ouvrier agricole et l'encombrement des villes¹⁶⁸⁵. Néanmoins, cet accroissement du nombre d'hospitalisés ne serait pas lié à une augmentation du nombre des maladies mentales. Abel Boutin-Desvignes évoque plutôt la lente mais indéniable disparition des *préjugés* contre les asiles, « qui apparaissent de plus en plus comme des hôpitaux dans lesquels on n'hésite pas à faire admettre des malades, au début même de leur affection¹⁶⁸⁶ ».

¹⁶⁸⁰ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1920, p. 9.

¹⁶⁸¹ *Ibid.*, p. 11.

¹⁶⁸² *Ibid.*, p. 9.

¹⁶⁸³ *Ibid.*, p. 10.

¹⁶⁸⁴ *Ibid.*, p. 9.

¹⁶⁸⁵ *Ibid.*, p. 10.

¹⁶⁸⁶ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Aliénés », séance du 24 septembre 1926, p. 232.

Tableau n° 8 : Taux d'hospitalisation dans le département du Maine-et-Loire et en France entre 1891 et 1926 (Pour 1000 habitants)

Années	Population recensée dans le Maine-et-Loire	Population hospitalisée au 31 décembre	Taux pour 100 000 habitants en Maine-et-Loire	Taux pour 100 000 habitants en France
1891	518 589	838	161	151
1896	514 870	904	175	163
1901	514 658	904	175	172
1906	513 490	981	191	182
1911	508 149	1000	196	190
1921	474 786	1058	223	186
1926	477 741	1190	249	199

Sources : France Mesle et Jacques Vallin, « La population des établissements psychiatriques : évolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale ? », *Population*, 1981, Vol. 36, n° 6, p. 1039 ; AC, L 36, AD49, 1N, Rapports administratifs et médicaux ; « Les recensements du Maine-et-Loire (49) », 7

URL : http://serf.free.fr/tableaux/departements/recensements_49.html. (Consulté le 3 janvier 2009).

Ce tableau montre l'évolution du taux d'hospitalisation de la population asilaire dans l'après-guerre. Nous avons rapproché ces chiffres du taux d'hospitalisation en Maine-et-Loire. Les résultats mettent en évidence un accroissement plus rapide du taux d'hospitalisation dans le Maine et Loire. Ce phénomène traduirait une meilleure notoriété de l'asile ? Il faut préciser ici que ce taux d'hospitalisation recouvre aussi les malades qui viennent aussi des départements extérieurs. Sur cette période, comment évoluent les concepts psychiatriques ?

2. L'affirmation de nouveaux concepts psychiatriques

2.1. Une nouvelle perception de la psychose

Au début des années 1920, les causes morales, comme étiologie des psychoses, sont définitivement disqualifiées par le Dr Baruk au profit des causes physiques¹⁶⁸⁷. Il mentionne à cet effet l'influence des doctrines de la *pathologie générale*, l'application des théories de l'infection aiguë (fièvres éruptives, septicémie, fièvre typhoïde, grippe, etc.), l'infection chronique (syphilis, paludisme, tuberculose), de l'intoxication (alcool, cocaïne, opium, plomb) et l'auto intoxication (urémie, mycoderme, etc.). Les passions n'apparaissent plus comme des causes mais comme des effets de la maladie¹⁶⁸⁸.

Selon le Dr Baruk la psychiatrie se rapproche de la pathologie générale dont « elle n'est plus une branche isolée en quelque sorte métaphysique¹⁶⁸⁹ ». La psychiatrie dépasse le sens commun : « Si dans le public, on dit encore d'un individu que la jalousie ou la colère l'ont rendu fou, le psychiatre n'ignore plus que la jalousie ou la colère étaient déjà chez lui des phénomènes pathologiques. Et l'on pourrait

¹⁶⁸⁷ AC, L 36 bis, Rapport médical, 1919, p. 25.

¹⁶⁸⁸ *Ibid.*, p. 25-26.

¹⁶⁸⁹ *Ibid.*, p. 25.

appliquer à toutes passions ce que Féré¹⁶⁹⁰ disait de l'amour : « on ne devient fou d'amour que quand on avait un amour de fou¹⁶⁹¹. »

Il précise qu' « à son début l'observation psychiatrique n'a pu se dégager de l'emprise philosophique du cartésianisme. Mais il est désormais d'évidence que le temps de la médecine de l'esprit, complètement indépendante de la médecine du corps, sera prochainement révolu et que la pensée prendra sa place définitive et logique, au même titre que les autres grandes fonctions de l'organisme, dans la physiologie et la pathologie générale »¹⁶⁹².

La coupure initiale avec la médecine qui avait pour objet de fonder la psychiatrie se réduit. Cette volonté, perceptible à la fin du XIX^e siècle, se confirme. Bien que le Dr Baruk avoue qu'il ne soit pas possible, dans l'état actuel de la science, de relier les psychoses aux causes physiques précitées, c'est sur l'hérédité, comme prédisposition héréditaire ou acquise dans l'enfance, que repose maintenant l'étiologie des psychoses¹⁶⁹³. L'hérédité et son nouvel avatar que sont « les constitutions », même obscures, apparaissent comme la matrice de ce retour dans le giron de la médecine. Il avance que le champ « vaste et touffu de l'hérédité » fait apparaître « des clairières »¹⁶⁹⁴. Il mentionne les travaux prometteurs qui ont permis des « délimitations cliniques », des « constitutions » contenant « en germe l'affection mentale [la microbiologie influence les sciences médicales] et « qui se développera ou ne se développera pas plus tard suivant les circonstances »¹⁶⁹⁵. Il en dénombre quatre : la paranoïaque, l'émotive, la cyclothymique et la mythomaniacque¹⁶⁹⁶. Paradoxalement, le Dr Baruk précise que, pour se « conformer à la tradition », il continue à séparer les causes présumées des maladies en physiques et morales : « C'est là, avouons le, une méthode qui est plus métaphysique que de science objective et expérimentale¹⁶⁹⁷. » Observons, avec le retour de la consommation d'alcool, le discours tenu par le Dr Baruk ?

¹⁶⁹⁰ Charles Féré (1852-1807) est un aliéniste. Elève de Charcot, il a été médecin à Bicêtre.

¹⁶⁹¹ AC, L 36 bis, Rapport médical, 1919, p. 26.

¹⁶⁹² *Id.*

¹⁶⁹³ *Ibid.*, p. 25.

¹⁶⁹⁴ *Ibid.*, p. 26.

¹⁶⁹⁵ *Id.*

¹⁶⁹⁶ *Ibid.*, p. 29.

¹⁶⁹⁷ AC, L 37, Rapport médical, 1925, p. 11.

2.2. L'alcool et la « prophylaxie préservatrice »

Dans le contexte spécifique d'après-guerre marqué le passage d'une économie de guerre à une économie de paix, la crainte de l'éminence d'un mouvement révolutionnaire, l'exacerbation du nationalisme et la volonté de préserver de la race. L'alcoolisme donne une nouvelle jeunesse au discours d'hygiène mentale. En 1919, l'alcoolisme, comme fléau social, fait son retour dans le Maine-et-Loire, comme première cause physique de la folie : « Par ses essences toxiques qui lui communiquent son bouquet si spécial et avouons le agréable, par la quantité souvent immodérée qu'en absorbent paysans et citadins, le vin d'Anjou est un grand coupable et suffit à expliquer presque à lui seul le chiffre important de 357 entrées, que ne connaissent pas beaucoup d'établissements dont le chiffre de la population est analogue à celui de Sainte-Gemmes¹⁶⁹⁸. » Indépendamment de la qualité du produit, on peut se demander jusqu'à quel point les séquelles de la guerre sous-tendent se retour en force de l'alcoolisme.

Ce fléau donne au Dr Baruk un discours d'hygiène sociale teinté de patriotisme qui vise à réaliser, selon l'expression d'Edouard Toulouse, « une prophylaxie préservatrice » : « A l'heure actuelle où l'avenir de la race, tant au point de vue quantité qu'au point de vue qualité est une question de vie ou de mort pour notre pays, la lutte anti-alcoolique doit être menée avec vigueur ; plus que des lois et des décrets, la persuasion individuelle sera efficace. Chacun doit s'y employer dans sa sphère et suivant ses moyens. Sans vouloir trop et exiger l'abstinence complète, qui serait vouée à un échec complet, il faut prêcher la modération. Suppression des apéritifs, suppression de l'eau de vie, 1/2 litre de vin étendu d'eau par jour et par personne. Voilà un programme minimum qu'il ne semble pas impossible à réaliser. Il nous a semblé que c'est le devoir de ceux qui constatent les effets de dénommer une fois de plus le péril¹⁶⁹⁹. » Dans le contexte spécifique de l'après guerre, l'hygiène mentale et la prophylaxie croisent et alimentent le questionnement de la réinscription sociale et de la sauvegarde de la race, qui en retour les légitime en les rendant applicables¹⁷⁰⁰. Dans ce climat ambiant de développement de l'hygiène mentale, qu'en est-il du projet de service ouvert inauguré par le Dr Baruk pendant la Première Guerre mondiale ?

3. Les tentatives d'extension du service ouvert aux civils (1920-1927)

3.1. La ligue de prophylaxie et d'hygiène mentales et le service ouvert de Sainte-Anne

Prenons un peu de champ pour observer la problématique de l'hygiène mentale au niveau national mais aussi dans le département de la Seine. Le 20 janvier 1920, Alexandre Millerand, président du Conseil,

¹⁶⁹⁸ AC, L 36 bis, Rapport médical, 1919, p. 29.

¹⁶⁹⁹ *Ibid.*, p. 29-30.

¹⁷⁰⁰ Anne-Laure Simonnot, *Hygiénisme et engénisme au XIXe siècle à travers la psychiatrie française*, Paris, Seli Arslan, 1999, p. 83.

crée le ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance. Le 12 avril 1920, le nouveau ministre Jules-Louis Breton fonde le comité d'Hygiène mentale¹⁷⁰¹. En 1918, la société médicale des Asiles de la Seine avait demandé au Dr Toulouse d'étudier les réformes qui s'imposaient dans les asiles après la guerre¹⁷⁰². Dans ce rapport, il dépeint la guerre comme « une sélection à rebours » avec les pertes humaines et le déficit de natalité induit¹⁷⁰³. Face à ce déficit de « capital humain », il faut, selon lui, « récupérer » le plus rapidement possible les infirmes mais aussi les individus atteints de troubles psychiques¹⁷⁰⁴ : « Un aliéné guéri est plus valide qu'un tuberculeux amélioré et surtout qu'un mutilé ou un aveugle¹⁷⁰⁵. » Pour ce faire, il préconise d'employer des méthodes d'assistance et de traitement plus rationnelles et d'appliquer des procédés nouveaux de prophylaxie¹⁷⁰⁶. Selon lui « la guerre a causé et va causer des troubles mentaux » : alcoolisme, syphilis, enfants conçus pendant les privations, etc¹⁷⁰⁷. La société médicale des asiles de la Seine donne une légitimité aux idées réformatrices qu'Edouard Toulouse défend depuis plus de 20 ans¹⁷⁰⁸. Elle décide de réformer progressivement l'hospitalisation des aliénés de la Seine en les répartissant dans des lieux différenciés : un hôpital d'aigus spécifique à Sainte-Anne, des hôpitaux mixtes (pour aigus et chroniques) et des asiles proprement dits pour les infirmes et invalides mentaux qui, « en dehors des épisodes aigus, ne nécessitent pas une direction médicale ». Elle préconise aussi la création d'un comité d'hygiène mentale pour accompagner les différentes réformes, et d'un office de prophylaxie mentale, c'est-à-dire un service ouvert¹⁷⁰⁹. L'arrêté du 12 avril 1920, qui fonde le Comité d'hygiène mentale, reprend les conclusions du Dr Toulouse¹⁷¹⁰. La Ligue de prophylaxie et d'hygiène mentales est créée en décembre 1920¹⁷¹¹. Lors de la première séance, le conseil d'administration constate que l'assistance des « psychopathes » lucides et inoffensifs n'est pas assurée dans le département de la Seine par les services fermés régis par la loi de 1838¹⁷¹². Pis, elle est qualifiée d'injuste pour les anciens militaires blessés du crâne¹⁷¹³. Revenant sur l'expérience de la guerre et le succès des services ouverts, le conseil d'administration souhaite que cette nouvelle forme

¹⁷⁰¹ Jean-Bernard Wojciechowski, *Hygiène mentale et hygiène sociale : contribution à l'histoire de l'hygiénisme, t. 2, 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, p. 34.

¹⁷⁰² *Ibid.*

¹⁷⁰³ Edouard Toulouse, *Réorganisation de l'hospitalisation des aliénés dans les asiles de la Seine, Rapport présenté à la Société Médicale des asiles de la Seine*, Paris, Imprimerie nouvelle, 1920, p. 1.

¹⁷⁰⁴ Jean-Bernard Wojciechowski, *Hygiène mentale et hygiène sociale : contribution à l'histoire de l'hygiénisme, t. 2, La ligue d'hygiène et de prophylaxie mentales et l'action du docteur Edouard Toulouse (1865-1947) au cours de l'entre-deux-guerres, op. cit.*, p. 41.

¹⁷⁰⁵ Edouard Toulouse, *Réorganisation de l'hospitalisation des aliénés dans les asiles de la Seine, Rapport présenté à la Société Médicale des asiles de la Seine*, Paris, Imprimerie nouvelle (Association ouvrière), 1920, p. 1.

¹⁷⁰⁶ *Ibid.*

¹⁷⁰⁷ Maurice Agulhon, *La république (1880-1932). L'élan fondateur et la grande blessure*, t. 1, Paris, Hachette, 1990, p. 323.

¹⁷⁰⁸ Michel Huteau, *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République. La biocratie d'Edouard Toulouse (1865-1947)*, Paris, L'Harmattan, 2002, p. 196.

¹⁷⁰⁹ Edouard Toulouse, *Réorganisation de l'hospitalisation des aliénés dans les asiles de la Seine, Rapport présenté à la Société Médicale des asiles de la Seine, op. cit.*, 1920, p. 22-31.

¹⁷¹⁰ Jean-Bernard Wojciechowski, *Hygiène mentale et hygiène sociale : contribution à l'histoire de l'hygiénisme, t. 2, La ligue d'hygiène et de prophylaxie mentales et l'action du docteur Edouard Toulouse (1865-1947) au cours de l'entre-deux-guerres, op. cit.*, p. 43.

¹⁷¹¹ *Ibid.*

¹⁷¹² *Ibid.*, p. 46.

¹⁷¹³ *Ibid.*, p. 46-47

d'assistance, déjà pratiquée dans de nombreux pays, se développe¹⁷¹⁴. Il argue qu'elle va dans le sens des intérêts du malades et de la volonté de prophylaxie du département de la Seine, en évitant d'une part le passage à la chronicité et d'autre part en procurant aux malades un soin spécialisé dans une institution qui se rapproche de l'hôpital ordinaire¹⁷¹⁵. Le 16 juillet 1920, lors d'une séance à la Société médico-psychologique, les Dr Toulouse et Génil-Perrin s'opposaient déjà à la présence de psychopathes dans les asiles à cause du préjugé d'incurabilité. Selon eux, la prophylaxie doit non seulement lutter contre la dégénérescence (facteur héréditaire ou congénital) et favoriser l'eugénisme (améliorer les générations futures) mais aussi lutter contre leurs causes occasionnelles comme les fatigues, les privations, les émotions¹⁷¹⁶. En juillet 1921, Edouard Toulouse présente le programme de la Ligue¹⁷¹⁷. Il part du principe que « l'intégrité psychique » est primordiale pour le rendement des individus et la prospérité nationale¹⁷¹⁸. Or la guerre, en contribuant à l'émergence de névropathies autant chez les civils que chez les militaires, pose un problème social¹⁷¹⁹. Nous sommes dans la temporalité longue de la réinsertion sociale qui fait suite à la démobilisation¹⁷²⁰. Le 1^{er} juin 1920, Justin Godart (1871-1956), président d'honneur de la Ligue, déclarait : « Les blessures de la guerre n'ont pas toutes été sanglantes. Il y en a eu d'innombrables, invisibles et profondes, qui ont affaibli, mutilé des volontés, privé des hommes de la maîtrise de leurs corps et de leurs pensées, annihilé des consciences, mis la peur où était le courage, et fait de vaillants soldats des déchets d'hôpitaux. De même il est des blessures de la vie qui amoindrissent ou tarissent les sources de l'énergie, qui amènent une défiguration de l'individu, soit à la manière d'une caricature ou d'une usure de son caractère, soit en le rendant méconnaissable par l'irritabilité ou la veulerie¹⁷²¹. » Selon Edouard Toulouse, l'augmentation de la criminalité et notamment de la délinquance juvénile, la débauche grandissante qui diffuse la syphilis - facteur de tare nerveuse - l'alcoolisme, le fléchissement au travail, sont les signes d'un « désarroi psychique profond »¹⁷²². Dans ce contexte, il faut, non plus attendre que la maladie se développe, mais prévenir dans le cadre d'une prophylaxie¹⁷²³. La Ligue d'hygiène mentale a pour objet d'organiser cette lutte sociale contre la folie, d'« intéresser l'opinion à ces problèmes et de gagner la sympathie du public au psychopathe »¹⁷²⁴. Il s'agit pour lui de

¹⁷¹⁴ Jean-Bernard Wojciechowski, *Hygiène mentale et hygiène sociale : contribution à l'histoire de l'hygiénisme, t. 2, La ligue d'hygiène et de prophylaxie mentales et l'action du docteur Edouard Toulouse (1865-1947) au cours de l'entre-deux-guerres, op. cit.*, p. 43.

¹⁷¹⁵ *Id.*

¹⁷¹⁶ *Ibid.*, p. 53-54.

¹⁷¹⁷ Edouard Toulouse, « Le programme de la Ligue d'Hygiène mentale », *Bulletin de la Ligue d'Hygiène mentale*, n° 1-2, Juillet-octobre 1921, Paris, A. Maloine et fils Editeurs, 1921, p. 1-5.

¹⁷¹⁸ *Ibid.*, p. 1.

¹⁷¹⁹ *Id.*

¹⁷²⁰ Bruno Cabanes, *La victoire endeuillée. La sortie de guerre des soldats français (1918-1920)*, Paris, Seuil, 2004.

¹⁷²¹ Jules Godart, « Appel en faveur de l'hygiène mentale », *Bulletin de la Ligue d'Hygiène mentale*, n° 1-2, Juillet-octobre 1921, Paris, A. Maloine et fils Editeurs, 1921, p. 6.

¹⁷²² Edouard Toulouse, « Le programme de la Ligue d'Hygiène mentale », *Bulletin de la Ligue d'Hygiène mentale*, n° 1-2, Juillet-octobre 1921, *op. cit.*, p. 2.

¹⁷²³ *Id.*

¹⁷²⁴ *Ibid.*, p. 5.

« l'avenir de la race française¹⁷²⁵ ». En juillet 1921, le conseil général de la Seine décide la création, dans l'enceinte de Sainte Anne, à titre d'essai, d'un service libre de prophylaxie mentale¹⁷²⁶. Qu'en est-il dans le Maine-et-Loire ?

3.2. Un serpent de mer (1921-1927)

En 1921, le Dr Baruk attire l'attention du préfet du Maine-et-Loire et du conseil général sur la fermeture du service ouvert qui laisse « les psychopathes de guerre » sans secours¹⁷²⁷. Il estime que la loi du 31 mars 1919, qui reconnaît l'assistance aux démobilisés, est pratiquement inopérante car les hôpitaux ne les considèrent pas comme des malades, et l'asile est réservé aux malades relevant de la loi de 1838¹⁷²⁸. Faute de soins, le Dr Baruk craint que ces mêmes démobilisés ne puissent pas « se réadapter à une vie normale », ou se laissent « entraîner à des réactions antisociales », ce qui aurait pour conséquence de « diminuer la main d'œuvre pour le pays »¹⁷²⁹. Revenant sur la loi de 1838, il précise que le législateur, pour la défense de la société et des libertés individuelles, avait fait une distinction entre les formes inoffensives et les formes antisociales, avec l'internement¹⁷³⁰. Il considère que la première est actuellement lésée : le préjugé assimilant l'aliénation à une déchéance retarde l'entrée du malade, ce qui compromet sa guérison¹⁷³¹. Il finit sur « une vérité » qu'il qualifie de mathématique : « absence de soins précoces = chronicité¹⁷³². » « Afin que les leçons du progrès [...] ne soient pas perdues », il préconise de revenir à la pratique du service ouvert dans la vie civile¹⁷³³. Conscient de l'effort budgétaire que représente la construction d'un pavillon distinct, voire extérieur à l'enceinte, Jacques Baruk souhaite, afin de ne pas risquer l'ajournement d'une réalisation qui lui semble « particulièrement urgente¹⁷³⁴ », obtenir que l'un des pavillons existants soit « transformé et aménagé » pour l'« hospitalisation » et « le traitement libre » des « petits mentaux »¹⁷³⁵. Précisant que la Ligue d'hygiène mentale a prévu la création de comités régionaux, il suggère au département d'en créer un¹⁷³⁶. Le 28 septembre 1921, le préfet se déclare favorable à la création d'un comité régional d'hygiène mentale en liaison avec la Ligue de

¹⁷²⁵ Edouard Toulouse, « Le programme de la Ligue d'Hygiène mentale », *Bulletin de la Ligue d'Hygiène mentale*, n° 1-2, Juillet-octobre 1921, *op. cit.*, p. 5.

¹⁷²⁶ Jean-Bernard Wojciechowski, *Hygiène mentale et hygiène sociale : contribution à l'histoire de l'hygiénisme*, t. 2, *La Ligue d'hygiène et de prophylaxie mentales et l'action du docteur Edouard Toulouse (1865-1947) au cours de l'entre-deux-guerres*, *op. cit.*, p. 116.

¹⁷²⁷ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1920, p. 15.

¹⁷²⁸ *Ibid.*, p. 15-16.

¹⁷²⁹ *Ibid.*, p. 16.

¹⁷³⁰ *Id.*

¹⁷³¹ AC, L 36 bis, Rapport médical, compte moral et administratif, 1920, p. 16.

¹⁷³² *Id.*

¹⁷³³ *Ibid.*, p. 18.

¹⁷³⁴ *Ibid.*, p. 17.

¹⁷³⁵ *Id.*

¹⁷³⁶ *Ibid.*, p. 16.

prophylaxie mentale et invite le conseil général à approuver cette suggestion¹⁷³⁷. En 1922, le projet est adopté¹⁷³⁸. Peut-être afin d'infléchir la décision du conseil général, le rapporteur de Jumilly stipule que le service libre permet de faire intervenir l'Etat dans la dépense, les malades n'étant pas soumis à la loi de 1838 mais à celle du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite¹⁷³⁹. En 1923, c'est l'autorisation ministérielle indispensable pour réaliser le service ouvert fait toujours défaut¹⁷⁴⁰. L'obstacle réside dans la localisation du bâtiment proposé. La présence de celui-ci dans l'enceinte de l'établissement et la trop grande proximité « des psychopathes libres » avec le bâtiment des « aliénés internés » posent problème¹⁷⁴¹. Le Dr Baruk précise que le service ouvert à Sainte-Anne est situé dans l'enceinte de l'hôpital et que son bâtiment est contigu à ceux des aliénés de la clinique¹⁷⁴². Il rappelle aussi que ce projet est provisoire. Si l'expérience est jugée concluante « une construction neuve » dans « la périphérie de l'asile », avec « une entrée spéciale distincte de l'établissement » devra être envisagée¹⁷⁴³. Pour réaliser cette construction, le Dr Baruk envisage, d'ores et déjà, l'achat d'un terrain communal¹⁷⁴⁴. En septembre 1923, des pourparlers commencent avec la commune de Sainte-Gemmes-sur-Loire à propos d'un terrain contigu « au domaine départemental »¹⁷⁴⁵. Afin de convaincre les derniers septiques au conseil général, le rapporteur rappelle que cette dépense sera à la charge du budget de l'asile¹⁷⁴⁶. Il précise, en outre, que les malades traités dans ce service seront en partie à la charge de l'Etat¹⁷⁴⁷. Après cet argumentaire convaincant, le conseil général décide d'autoriser l'asile à acheter la parcelle¹⁷⁴⁸. Il semble que le service ouvert soit pour bientôt. Plus immédiate, une nouvelle organisation des services apparaît avec la disparition de l'adjuvat.

4. Une nouvelle organisation des services (1922)

En janvier 1922, par décret, le grade de médecin-adjoint est supprimé. Celui-ci devient médecin-chef et donc chef de service. Il y a maintenant réellement deux médecins dans l'institution. Cette réforme jugée salubre par le Dr Baruk pour les malades et le recrutement des médecins induit une modification dans l'organisation du service médical¹⁷⁴⁹. La parenthèse d'une division hôpital/hospice inaugurée en 1910 se referme. L'hôpital, sous la responsabilité du Dr Baruk, accueillait les entrants, les aigus, les

¹⁷³⁷ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Projet de création d'un comité régional d'hygiène mentale », séance du 28 septembre 1921, p. 1353.

¹⁷³⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Visite à l'asile de Sainte-Gemmes », séance du 28 septembre 1922, p. 1559.

¹⁷³⁹ *Ibid.*, p. 1558.

¹⁷⁴⁰ BUA, JP43, Conseil général 1923, Compte moral et administratif de 1922, p. 130.

¹⁷⁴¹ *Id.*

¹⁷⁴² *Id.*

¹⁷⁴³ *Ibid.*, p. 131.

¹⁷⁴⁴ *Id.*

¹⁷⁴⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Aliénation de terrain au profit de la maison de santé départementale », séance du 26 septembre 1923, p. 1431.

¹⁷⁴⁶ *Id.*

¹⁷⁴⁷ *Id.*

¹⁷⁴⁸ *Id.*

¹⁷⁴⁹ AC, L 37, Rapport médical, compte moral et administratif, 1921, p. 7.

pensionnaires, les infirmeries et les enfants, alors que l'hospice, sous la responsabilité du médecin-adjoint, prenait en charge les « chroniques »¹⁷⁵⁰. Suite au changement de statut du médecin-adjoint promu médecin-chef, deux services autonomes sont créés dans lesquels les médecins-chefs suivront les malades de l'entrée jusqu'à la sortie. Le Dr Baruk prend le service des hommes, celui des enfants ainsi que les pensionnaires hommes et femmes : « Etant donné l'importance particulière des pensionnaires, des relations continues qu'ils exigent, avec les familles, des répercussions sérieuses qu'ils peuvent avoir sur les conditions financières de l'établissement, je me chargerai de tous les pensionnaires quel que soit leur sexe¹⁷⁵¹. » Le Dr Renaux prend en charge uniquement les femmes du régime commun¹⁷⁵². En 1923, après un an d'activité, le Dr Baruk est satisfait de cette nouvelle organisation : « les malades sont mieux suivis et les résultats thérapeutiques ne peuvent qu'en être favorablement influencés¹⁷⁵³. »

Conclusion

Dans l'immédiat après-guerre, les polémiques autour du financement de l'indigence, de la gestion de l'asile pendant la guerre et de son endettement font rage. Au travers des argumentations, on découvre que la loi de 1838 est librement interprétée pour justifier des pratiques douteuses. Au final, afin d'apaiser les choses, c'est la dette de l'asile, contractée auprès du conseil général, qui sert à financer la diminution de la charge des communes d'Angers, Cholet et Saumur.

Néanmoins, la décision d'indexer le prix des pensions et le prix de journées des indigents à la charge de l'Etat et des autres départements est un progrès notable.

Au début des années 1920, dans un climat inflationniste, le Dr Baruk est obligé d'augmenter les traitements de son personnel régulièrement pour pouvoir recruter et éviter les désaffections. Déjà, l'absence d'encadrement exacerbe la violence dans les services et entame l'organisation économique de l'institution. Nouveauté importante : l'émergence du syndicat donne une voix au personnel. Ce nouvel acteur, loin de s'opposer à la direction, forme une synergie avec le Dr Baruk dans sa volonté d'améliorer les conditions de vie du personnel et de faciliter son recrutement. L'adhésion du personnel secondaire à la caisse de retraite laisse présager de nouvelles améliorations.

Sur le terrain spécifique de l'après-guerre, la nécessité de réinscrire les psychopathes dans la société semble faire écho au conseil général. Un service ouvert est en projet.

¹⁷⁵⁰ *Ibid.*, p. 8.

¹⁷⁵¹ *Id.*

¹⁷⁵² *Id.*

¹⁷⁵³ BUA, JP43, Conseil général 1923, Compte moral et administratif de 1922, p. 129.

Chapitre II. L'amorce du changement (1928-1931)

En France, à l'articulation des années 1920 et 1930, la guerre s'éloigne, l'espoir renaît, de nouveaux horizons se dessinent¹⁷⁵⁴. L'asile de Sainte-Gemmes n'est pas en reste. A la faveur d'une éclaircie financière, mais aussi d'une intervention de l'Etat, de nouvelles perspectives financières semblent se profiler. A quoi tiennent ses changements ? Qu'autorisent-ils ?

Sous l'influence conjuguée du Dr Baruk et du syndicat, les conditions de vie des infirmiers/infirmières notamment évoluent. De quelle manière ?

Alors que la population asilaire augmente à nouveau, l'usage des assurances sociales pour les malades mentaux augurent une nouvelle forme de prise en charge. Quels sont les changements induits ?

Avec l'arrivée de la malariathérapie, les thérapeutiques biologiques font leur apparition dans l'institution. Qu'apportent-elles ? Que laissent-elles espérer ?

A / De nouvelles perspectives financières

A partir de 1927, les budgets de l'asile sont excédentaires. Pourquoi ? Une nouvelle problématique émerge pour l'asile : que faire de cet argent ? Pourtant, dès 1929, le Dr Baruk pointe un déficit d'exploitation. Pour quelles raisons ?

Avec la loi du 31 mars 1931, l'Etat accroît sa participation dans la prise en charge de l'indigence départementale. Quelle incidence a cette loi sur la répartition du financement de l'indigence entre l'Etat, les communes et le département ? Quel est son impact sur le budget de l'asile ?

1. Une transition budgétaire de 1927 et 1929

1.1. Le retour de la prospérité

Le compte administratif de 1927 est excédentaire de 824 490 F¹⁷⁵⁵. Ce résultat, le double de l'exercice antérieur, est proche du meilleur excédent, enregistré en 1923. Le Dr Baruk, très satisfait, y voit l'impact du relèvement des prix de journée, bien que cette augmentation n'ait été applicable qu'à partir du 1^{er} juillet 1927¹⁷⁵⁶. Ce résultat ne doit pas masquer une augmentation considérable des restes à recouvrer. Ceux-ci s'élèvent à 240 274 F, soit 136 082 F de plus par rapport à l'année antérieure¹⁷⁵⁷. En mai, le

¹⁷⁵⁴ René Rémond, Notre siècle de 1918 à 1991, Paris, Le Livre de Poche, p. 110.

¹⁷⁵⁵ BUA, JP43, Conseil général, 1928, Compte moral et administratif, 1927, p. 148.

¹⁷⁵⁶ *Ibid.*, p. 149.

¹⁷⁵⁷ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Compte administratif de 1927, séance du 29 octobre 1928, p. 280.

département du Maine-et-Loire doit régler, au titre des dépenses d'entretien et de traitement des aliénés indigents, la somme de 141 351 F (4000 F pour l'année 1926 et 140 951 F pour 1927)¹⁷⁵⁸. Le préfet évoque deux raisons à ce retard : d'une part l'insuffisance des crédits alloués et d'autre part la production tardive des mémoires des départements de la Seine et de la Loire inférieure (le département du Maine-et-Loire doit se faire rembourser des sommes sur l'entretien d'indigents qui lui ont été, dans un premier temps, adressées au titre du domicile de secours)¹⁷⁵⁹. En octobre, il reste dû à l'asile 71 613 F par les familles, 14 306 F par l'Etat et 18 407 F par les départements extérieurs, soit 103 327 F en tout¹⁷⁶⁰. La deuxième commission demande au préfet et au directeur de « prendre toutes les dispositions utiles pour obtenir le règlement des restes à recouvrer dans les meilleurs délais » : quitte, si besoin, à recourir envers les familles, à « la procédure de la contrainte »¹⁷⁶¹.

1.2. Que faire de l'argent ? (1928-1929)

Avec un résultat excédentaire de 1 603 300 F en 1928, le Dr Baruk est très satisfait, d'autant que le personnel a été augmenté à partir du 1^{er} janvier 1928 et que les prix, s'ils n'évoluent pas de la même manière que les autres années, n'ont pas baissé¹⁷⁶². Selon lui, l'origine de ce renversement vient de l'augmentation des prix de journée décidée en 1927, qui porte pleinement ses fruits en 1928, mais aussi la prudence avec laquelle les crédits ont été maniés (les restes annulés s'élèvent à 586 565 F)¹⁷⁶³. Dans le compte administratif de 1929, sur les 175 878 F qui restaient à recouvrer à la clôture de l'exercice, la somme de 79 587 F a déjà été recouvrée¹⁷⁶⁴. En 1929, le Dr Baruk s'interroge : comment employer cette somme¹⁷⁶⁵ ? C'est la première fois depuis le début de l'étude qu'un tel questionnement se présente. Il évoque des projets : l'acquisition (récurrente) du terrain des Grillers pour la création d'un service ouvert et -la création d'un nouvel hôpital et un service pour les enfants « anormaux ». Dans le premier cas, l'achat du terrain n'a pas encore été réalisé, la configuration reste à déterminer ; dans le second cas, les plans précis du nouvel hôpital et du service des enfants anormaux n'ont pas encore été établis¹⁷⁶⁶. Afin de clarifier le mode de financement, le Dr Baruk refuse une construction parcellaire fondée sur les excédents annuels, il souhaite, pour « l'harmonie de l'organisme nouveau » que la construction se fasse en un bloc sur des fonds d'emprunts dont l'amortissement serait financé par l'excédent budgétaire¹⁷⁶⁷. Il ajoute que ce « véritable hôpital » qui recevrait des assistés des lois de 1893 et 1905 pourrait bénéficier

¹⁷⁵⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Dettes-budget départemental », séance du 10 mai 1928, p. 241.

¹⁷⁵⁹ *Id.*

¹⁷⁶⁰ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du Conseil général, « Compte administratif de 1927, séance du 29 octobre 1928, p. 281.

¹⁷⁶¹ *Ibid.*

¹⁷⁶² BUA, JP43, Conseil général, 1929, Rapport moral et administratif, 1928, p. 164.

¹⁷⁶³ *Id.*

¹⁷⁶⁴ *Id.*

¹⁷⁶⁵ *Id.*

¹⁷⁶⁶ *Id.*

¹⁷⁶⁷ *Id.*

des subventions du pari mutuel¹⁷⁶⁸. A défaut de réaliser l'hôpital, il indique des affectations alternatives pour la disponibilité : restauration du service des femmes, amélioration du chauffage central, établissement d'un service de défense contre l'incendie, réorganisation du réseau de distribution de l'électricité, installation de filtres pour l'eau potable et achèvement de la maison du jardinier¹⁷⁶⁹.

En 1929, alors que l'excédent budgétaire est de 1 316 707 F¹⁷⁷⁰, le Dr Baruk relance le projet d'acquisition du terrain des Grillers et l'aménagement du pensionnat libre exempt des formalités de l'internement¹⁷⁷¹. Le préfet explique que le retard est dû aux protestations soulevées par le nouveau tracé du chemin et « le travail de rectification de la départementale qui le traverse¹⁷⁷² ». Il se veut optimiste : « Vous avez attendu dix années : l'an prochain vous serez heureux de voir que cette attente aura été couronnée de succès¹⁷⁷³. »

Tableau n° 1 : Evolution des prix de journée entre 1928 et 1934 (en F)

Année	Indigents			Assurés sociaux		4 ^e classe		3 ^e classe		2 ^e classe		1 ^e classe	
	Maine-et-Loire	Autres départements	Etat, ad pénitentiaire (détenus) ministère de la guerre (militaires)	M&L	Autres dép	M&L	Autres dép	M&L	Autres dép	M&L	Autres dép	M&L	Autres dép
1928	8	10,5	10,5			8	10,5	15	17	20	22	25	27,5
1929	-	13	13			9	13	17	19	22	25	27	30
1930													
1931			8										
1932				13	13								
1933	8,50		8,50					18	20	24	27	30	33
1934													

Sources : AC, L 36 bis, L 37, Rapports médicaux et administratifs.

1.3. Une prospérité apparente (1930)

Avec un excédent disponible de 1 771 369 F, le préfet qualifie de « prospère » le résultat du compte administratif de 1930¹⁷⁷⁴, surtout si l'on considère que 632 353 F ont été dépensés pour des travaux et que la somme de 505 448 F reste à payer pour la même raison¹⁷⁷⁵. Le rapporteur, Abel Boutin-Desvignes partage cette vision¹⁷⁷⁶. Tout autre est celle du Dr Baruk qui met l'accent sur le fait que bien que l'excédent réel soit de 2 135 049 F, le boni propre de l'exercice se monte seulement à 551 304 F¹⁷⁷⁷.

¹⁷⁶⁸ BUA, JP43, Conseil général, 1929, Rapport moral et administratif, 1928, p. 164.

¹⁷⁶⁹ *Ibid.*, p. 165-166.

¹⁷⁷⁰ BUA, JP43, Conseil général, 1930, Rapport moral et administratif, 1929, p. 167.

¹⁷⁷¹ *Ibid.*, p. 168.

¹⁷⁷² BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget additionnel », séance du 26 septembre 1930, p. 345.

¹⁷⁷³ *Id.*

¹⁷⁷⁴ [2 135 707 F (excédent réel) + 141 130 F (restes à recouvrer) – 505 449 F (restes à payer)] Cf. BUA, JP43, Conseil général 1931, Rapport du préfet (deuxième session), p. 195.

¹⁷⁷⁵ *Id.*

¹⁷⁷⁶ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Compte administratif de 1930 », séance du 3 novembre 1931, p. 287.

¹⁷⁷⁷ (Excédent-héritage des exercices antérieurs+ restes à recouvrer) Cf. BUA, JP43, Conseil général, 1931, Rapport moral et administratif, 1930, p. 164-165.

Ce maigre résultat tient au prix de revient des indigents de Maine-et-Loire qui se monte en 1930 à 8,42 F alors que le prix de journée du département reste à 8 F¹⁷⁷⁸. C'est grâce au prix de journée des indigents payé par les autres départements et les pensionnaires que le déficit est comblé¹⁷⁷⁹.

1.4. « Un déficit d'exploitation » (1931)

En 1931, l'excédent disponible des recettes est de 2 067 479 F¹⁷⁸⁰. L'année antérieure, il s'élevait à 1 771 369 F, soit une augmentation de 296 368 F¹⁷⁸¹. Le Dr Baruk précise que cela ne résulte pas uniquement de l'exercice de 1931 mais aussi du précédent dont l'excédent réel était de 2 135 708 F¹⁷⁸². Alors que le boni propre atteignait 551 304 l'année passée, il est de 486 816 F¹⁷⁸³. Cette légère dépréciation tient à l'augmentation du prix de revient global qui est passé de 8,942 F en 1930 à 9,019 F en 1931 alors que le prix payé par le département pour les indigents est toujours de 8 F¹⁷⁸⁴. Le Dr Baruk parle d'« un véritable déficit d'exploitation¹⁷⁸⁵ ». C'est toujours grâce aux journées des indigents des autres départements et des pensionnaires que le déficit est comblé et même qu'un bénéfice est dégagé¹⁷⁸⁶. Depuis le 1^{er} septembre 1931, la convention passée avec les caisses d'assurances sociales est en vigueur¹⁷⁸⁷. Les assurés sociaux sont assimilés à la 4^e classe¹⁷⁸⁸. Les familles qui désirent que leurs malades soient dans une classe supérieure payent la différence¹⁷⁸⁹. Le Dr Baruk espère que, dans les années à venir, le nombre des assurés sociaux, dont le prix de journée a été fixé à 13 F, apportera une recette supplémentaire¹⁷⁹⁰. Ce phénomène est aggravé par la réduction du prix de journée des indigents à la charge de l'Etat, qui passe de 13 F à 8 F¹⁷⁹¹.

2. La loi de finance du 31 mars 1931

2.1. Un redéploiement des finances asilaires

La loi de finances du 31 mars 1931 (art. 68 et 69) et l'instruction ministérielle du 21 avril de la même année préconisent la participation de l'Etat dans les dépenses des aliénés indigents à la charge des

¹⁷⁷⁸ BUA, JP43, Conseil général, 1931, Rapport moral et administratif, 1930, p. 165.

¹⁷⁷⁹ *Id.*

¹⁷⁸⁰ [2 552 745 F (excédent réel = recettes effectuées - dépenses effectuées) + 69 779 F (restes à recouvrer) - 555 045 F (restes à payer)].

¹⁷⁸¹ BUA, JP43, Conseil général, 1932, Rapports du préfet (deuxième session), « Compte administratif de 1931 », p. 208. (=Bénéfice net + restes à recouvrer, soit 417 037,04 F + 69 779,42 F)

¹⁷⁸² BUA, JP43, Conseil général, 1932, Compte moral et administratif, 1931, p. 109

¹⁷⁸³ *Ibid.*, p. 110.

¹⁷⁸⁴ *Id.*

¹⁷⁸⁵ *Id.*

¹⁷⁸⁶ *Id.*

¹⁷⁸⁷ AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Malades assurés sociaux », séance du 19 avril 1932, non paginé.

¹⁷⁸⁸ *Id.*

¹⁷⁸⁹ *Id.*

¹⁷⁹⁰ BUA, JP43, Conseil général, 1932, Compte moral et administratif, 1931, p. 110.

¹⁷⁹¹ *Id.*

départements et des communes¹⁷⁹². C'est une coupure. Cette participation annuelle doit osciller entre 200 000 et 250 000 F¹⁷⁹³. Le crédit attendu pour l'année 1931 (entre le 1^{er} avril et le 31 décembre) est de 150 000 F¹⁷⁹⁴. Suivant cette loi (art. 64, § 4) le département peut, sur cette participation, attribuer « aux communes particulièrement chargées du fait de l'entretien des aliénés », une allocation dont le montant ne peut excéder 20 % de cette subvention d'Etat¹⁷⁹⁵. En contre partie le prix de journée des aliénés sans domicile de secours, et donc à la charge de l'Etat, devra être ramené de 13 F à 8 F soit une perte de recette pour l'asile de 50 000 F par an¹⁷⁹⁶. Boutin-Desvignes, le rapporteur, manifeste son contentement en constatant que le département sera l'heureux bénéficiaire de cette participation de l'Etat, puisqu'il ne devra concéder que 20 % aux communes (soit 30 000 F par an)¹⁷⁹⁷. Le Dr Baruk fait le parallèle avec la loi de 1893 « pour les malades des hôpitaux¹⁷⁹⁸ », et les assurances sociales. Il prévoit, dans les années à venir, « un allègement notable du fardeau des budgets locaux¹⁷⁹⁹ ». Après étude du préfet et de la commission départementale, la répartition est réalisée comme suit : 50 % du montant total de l'allocation sera réparti proportionnellement aux dépenses imposées à chaque commune pour ses aliénés indigents, l'autre moitié sera accordée aux communes ayant des aliénés en surnombre, proportionnellement aux dépenses applicables à ces aliénés¹⁸⁰⁰. « Les communes ayant des aliénés en surnombre sont celles par lesquelles la proportion entre le nombre d'aliénés et la population excède la proportion moyenne pour le département¹⁸⁰¹. »

¹⁷⁹² BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Participation de l'Etat – Prix de journée », séance du 30 avril 1931, p. 256.

¹⁷⁹³ *Ibid.*

¹⁷⁹⁴ *Ibid.*

¹⁷⁹⁵ *Ibid.*, p. 256-257.

¹⁷⁹⁶ *Ibid.*, p. 257.

¹⁷⁹⁷ BUA, JP43, Conseil général, 1931, Rapport du préfet (deuxième session), « Aliénés – Loi du 31 mars 1931 – Allocations aux communes », p. 204.

¹⁷⁹⁸ BUA, JP43, Conseil général, 1931, Rapport moral et administratif, 1930, p. 165.

¹⁷⁹⁹ *Ibid.*

¹⁸⁰⁰ *Ibid.*

¹⁸⁰¹ *Ibid.*

Tableau n° 2 : Evolution de la participation des communes, du département et de l'Etat (en F)

Années	Participation de l'Etat	Contingent des communes	Quote-part du département	Attribution aux communes d'allocations pour leurs dépenses d'entretien des aliénés (Loi du 31 mars 1931, Art. 69)	Recouvrements	Subvention de l'Etat pour les aliénés ayant le secours départemental, en exécution du décret-loi du 30 octobre 1935 et du 29 décembre 1936	Subvention de l'Etat pour les aliénés à la charge du département et des communes (Loi du 31 mars 1931)	Part de caisses d'assurances sociales
1928	120 432	803 605	1 236 808	0	121 218		0	0
1929	117 691	782 654	1 242 164	0	246 245		0	0
1930	139 519	822 083	1 316 311	0	255 760		0	0
1931	221 097	789 583	1 182 036	0	404 017		115 254	0
1932	245 212	800 793	1 194 473	30 000	304 673		150 000	53 092
1933	247 043	793 124	1 160 964	35 000	363 307		150 000	79 250
1934	276 560	833 240	1 306 570		384 782		170 000	99 505

Sources : AC, L 36 bis, L 37, Rapports médicaux et administratifs.

2.2. L'impact immédiat : la diminution des charges départementales et communales

Entre 1930 et 1931, on assiste à une diminution de la charge du département et des communes : le contingent des communes diminue de 32 500 F et la quote-part du département de 134 276 F, alors que la charge de l'Etat croît (+ 81 578 F). Le préfet met en relief l'accroissement de la participation de l'Etat avec la subvention aux départements et communes pour la prise en charge des aliénés, qui s'élève à 115 254 F pour l'année 1931¹⁸⁰². Il note aussi la progression des recouvrements effectués par les services d'assistance et par l'asile passant de 255 760 F en 1930 à 404 017 F en 1931¹⁸⁰³. Le recouvrement et la loi du 31 mars 1931 avantagent les départements.

Tableau n° 3 : Répartitions des charges respectives de l'Etat, du département et des communes entre 1930 et 1932 (en %)

Années	Etat	Département	Communes
1930	6 %	58%	36 %
1931	10%	54 %	36 %

Sources : BUA, JP43, Conseil général, 1932, Rapports du préfet.

Le préfet annonce que la diminution des charges départementales et communales s'accroîtra avec la participation des caisses d'assurances sociales¹⁸⁰⁴. Alors que l'accentuation de la participation de l'Etat semble amorcer un changement dans les finances, qu'en est-il pour le personnel ?

¹⁸⁰² BUA, JP 43, Conseil général, 1932, Rapport du préfet (deuxième session), « Dépenses », p. 218.

¹⁸⁰³ *Ibid.*, p. 218.

¹⁸⁰⁴ *Ibid.*, p. 220.

B / Des évolutions pour le personnel

A partir de 1928, sous l'influence conjointe du Dr Baruk et du syndicat, les conditions de travail du personnel s'améliorent. Quelles sont leurs réalisations ? Dans quelles circonstances naissent-elles ? Que changent-elles pour le personnel et pour l'asile ?

1. Un statut pour le personnel secondaire (1928-1929)

1.1. Première mouture (1928)

En 1928, le rapporteur, Abel Boutin-Desvignes, présente devant le conseil général un projet de statut du personnel secondaire¹⁸⁰⁵. Ce projet, motivé par un souci de recrutement, a été rédigé par le directeur en tenant compte des *desiderata* du personnel, puis soumis à la commission de surveillance¹⁸⁰⁶. Son élaboration a été guidée par trois principes : d'abord le souci de « donner toute garantie au personnel, sans affaiblir l'autorité du directeur » ; ensuite « assurer à tous l'avancement à l'ancienneté sans rendre impossible tout avancement au choix de ceux qui s'en montrent dignes » ; enfin « éviter de faire entrer dans la constitution du conseil de discipline des personnalités étrangères à l'administration de l'asile, comme semblait le désirer une lettre du secrétaire du syndicat »¹⁸⁰⁷. Le projet a été ensuite remanié par le préfet¹⁸⁰⁸. Le rapporteur précise que la deuxième commission a modifié l'article 5, qui contenait une échelle des traitements¹⁸⁰⁹. De cette façon, lorsqu'il faudra modifier les traitements, il ne sera pas nécessaire de changer le statut¹⁸¹⁰. Le statut, qui comprend 16 articles, est adopté avec cette réserve¹⁸¹¹. Les premiers articles présentent des éléments généraux.

a. Eléments généraux

Le personnel secondaire est composé des infirmiers et infirmières, des ouvriers et ouvrières, du dépendier, de la concierge, du mécanicien, des chauffeurs, des cochers, des fermiers et de tous les agents préposés au service de la culture (art. 1)¹⁸¹². Pour être candidat, il faut avoir entre 21 ans et 45 ans et être en bonne santé (art. 3). Les agents autres que les infirmiers et infirmières pourront être admis à partir de

¹⁸⁰⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Statut du personnel secondaire », séance du 29 octobre 1928, p. 293.

¹⁸⁰⁶ AC, L 15, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Statut du personnel subalterne », séance du 18 septembre 1928, p. non paginé.

¹⁸⁰⁷ *Id.*

¹⁸⁰⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Statut du personnel secondaire », séance du 29 octobre 1928, p. 293.

¹⁸⁰⁹ *Ibid.*, p. 298.

¹⁸¹⁰ *Id.*

¹⁸¹¹ *Id.*

¹⁸¹² *Ibid.*, p. 293-294.

18 ans (art. 4). Une maturité est jugée nécessaire dans les services. Les candidats doivent fournir les pièces suivantes : bulletin de naissance, une pièce attestant que le candidat a rempli ses obligations militaires, un extrait du casier judiciaire récent, des certificats de travail (art. 2). Les candidats étrangers seront admis à défaut de candidats de nationalité française (art. 2). Le personnel est titularisable au bout d'un stage de 6 mois, à titre d'essai (art 3). Les agents titulaires, à partir de 21 ans, sont affiliés à la caisse de retraites (art. 4). L'avancement à l'ancienneté, pour les titulaires et par classe, se fera tous les cinq ans sauf mesure disciplinaire (art. 5). L'avancement au choix, fait par le directeur, ne pourra se faire qu'après un an (art. 5). Les chefs de quartier et les surveillants sont recrutés en priorité parmi les infirmiers et ouvriers de l'asile (art. 5). L'« administration » précise qu'elle réduira progressivement la journée de travail dès que les conditions de recrutement et d'habitation du personnel le permettront (art. 5). L'amélioration des conditions de vie du personnel, son extériorisation sont les leviers préalables au recrutement qui autorisera, dans un second temps, la réduction du temps de travail. Le statut aborde ensuite le problème crucial de la discipline.

b. La discipline

Les agents ne peuvent pas être frappés d'une peine disciplinaire sans avoir été entendus (art. 7). Toute forme d'arbitraire est bannie. « L'échelle des peines » comprend quatre degrés : le blâme, le retard dans l'avancement, la rétrogradation de classe et la révocation. « Les deux premières peines peuvent être infligées par le directeur seul ». Les deux dernières le sont par le directeur sur avis du conseil de discipline. Celui-ci est constitué du directeur, du président de la commission de surveillance, d'un médecin chef de service, d'un fonctionnaire de « l'administration supérieure » (Econome, receveur, secrétaire de la direction), d'un surveillant chef et de deux délégués désignés par le personnel dans la même catégorie que « l'agent incriminé » (art. 9). L'agent déféré au conseil de discipline peut se faire assister d'un défenseur pris soit dans le personnel soit en dehors de l'administration. L'agent peut prendre connaissance de son dossier 48 heures avant son passage en conseil de discipline. Il s'agit d'instituer un jugement en bonne et due forme. En cas d'égalité des voix dans le conseil de discipline, le préfet ou son représentant statuera en dernier ressort. En cas de crime ou délit de droit commun, d'ivresse manifeste, de brutalité à l'égard des malades, le directeur, sans avis du conseil de discipline, peut prononcer la suspension immédiate, son « externement » et la suppression de tous les avantages liés à son emploi. Dans les trois cas le conseil de discipline sera réuni dans la huitaine après la décision de suspension. Toute personne qui aura abandonné son service sans permission ou sera rentrée en retard est considérée comme démissionnaire. Sans doute pour dissuader les départs inopinés, l'agent qui part brusquement sera redevable de huit jours de traitement (art. 8). Ensuite sont détaillés les différents types de congés, les modalités autour des accidents du travail et de l'externalisation.

c. Les congés, accidents du travail, et « externement »

Un congé de 15 jours avec traitement est donné aux agents qui ont effectué un an de présence dans l'établissement (art. 10) Ceux qui ont entre 6 mois et un an de présence bénéficient d'un congé de 8 jours. En dehors des congés annuels, une permission peut-être accordée pour un mariage, un enterrement, une naissance, etc. Le personnel est assuré contre les accidents du travail. Lorsqu'un agent est malade il reçoit son traitement pendant trois mois et un demi-traitement pour les trois mois suivants (art. 11). L'agent malade peut être traité gratuitement à l'asile, sauf s'il s'agit d'une opération chirurgicale. Dans ce cas, il ira à l'hôpital. En cas de grossesse, le traitement est maintenu avant et après l'accouchement et indépendamment du congé annuel (art. 12). La durée sera variable en fonction de l'état de la personne pendant la grossesse, de l'accouchement et de ses suites. Les agents titulaires appelés sous les drapeaux pour y accomplir une instruction militaire, sauf pour le service actif, reçoivent le montant de leur traitement en argent (art. 13). Les titulaires appelés pour faire leur service actif seront réintégrés à la classe d'ancienneté qu'ils auraient acquise sans cette absence obligatoire. Enfin l'article 15 anticipe une situation qui n'existe pas encore à Sainte-Gemme : l'externalisation. Lorsque « l'externement » sera réalisé, les indemnités en nature perdues seront remboursées.

1.2. Une refonte du statut (1929)

En 1929, le statut du personnel, qui n'a pas encore reçu l'approbation ministérielle, fait l'objet d'une demande de révision par le syndicat¹⁸¹³. Un nouveau statut est établi conjointement par le directeur et les dirigeants du syndicat¹⁸¹⁴. Le Dr Baruk espère que la nouvelle mouture soumise au conseil général donnera satisfaction aux intéressés et « contribuera aux relèvements des effectifs actuellement restreints¹⁸¹⁵ ». Le problème du recrutement fait du syndicat un interlocuteur, un partenaire incontournable. Le nouveau statut complète les thématiques de 1928 et en développe de nouvelles.

a. Composition, recrutement, titularisation et barème des traitements

Dans cette nouvelle mouture, l'expression de « personnel hospitalier » se substitue à celui, jugé péjoratif, de personnel secondaire (art. 1). Il est maintenant constitué d'une part du personnel infirmier soignant des deux sexes diplômés d'Etat, et d'autre part, du personnel de service des salles de malades, du personnel des services généraux et des chefs d'ateliers. Outre le fait qu'il n'y a plus de distinction entre

¹⁸¹³ BUA, JP43, Conseil général, 1929, Rapport moral et administratif, 1928, p. 166.

¹⁸¹⁴ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Statut du personnel secondaire de l'asile », séance du 27 septembre 1929, p. 317.

¹⁸¹⁵ BUA, JP43, Conseil général, 1929, Rapport moral et administratif, 1928, p. 166.

les infirmiers et les infirmières, dans cette nouvelle version apparaît un souci de *professionnalisation* avec la nécessité d'avoir un diplôme d'Etat. Autre nouveauté, les exigences de recrutement sont plus importantes. Parmi celles-ci, outre la présentation des pièces administratives vues dans le statut de 1928, les candidats doivent « savoir lire, écrire et compter correctement » (art. 2), avoir entre 21 et 35 ans (et non plus 45 ans comme précédemment) et avoir été examinés par un médecin. La titularisation est faite par le directeur après un stage, non plus de six mois seulement, mais de six mois minimum et un an maximum (art. 3). L'agent qui n'est pas titularisé au bout d'un an est congédié.

Les infirmières et infirmiers diplômés d'Etat sont recrutés parmi les filles et garçons de services pourvus du diplôme d'Etat (art. 5). Aucun candidat, même diplômé, ne pourra être recruté à l'extérieur s'il y a dans l'établissement des agents remplissant ces conditions. Les candidats extérieurs, munis d'un diplôme d'Etat, seront soumis au stage probatoire pour devenir titulaires. Dans cette nouvelle version, le personnel est réparti en huit classes.

b. Enseignement professionnel, durée du travail et discipline

Les stagiaires et les titulaires « des deux sexes » auront la possibilité de suivre des cours professionnels théoriques et pratiques dans l'établissement, conformément au programme adopté par le conseil de perfectionnement des Ecoles d'infirmières, décret du 27 juin 1922 (art. 6)¹⁸¹⁶. A défaut d'une école, comme c'est le cas à Sainte-Gemmes, « des cours pratiques de perfectionnement d'infirmiers non diplômés seront réalisés¹⁸¹⁷ ». La journée de travail est fixée à 8 heures « conformément aux articles 7 et 8 du Code du Travail livre II¹⁸¹⁸ » (art. 7)¹⁸¹⁹. Toutefois, en attendant l'application intégrale de la loi, les conditions matérielles et le recrutement nécessaires, la journée de douze heures est maintenue.

Concernant les sanctions, contrairement au statut antérieur, sont distinguées les peines d'une part pour les auxiliaires temporaires et les stagiaires et d'autre part pour les titulaires (art. 8)¹⁸²⁰. Dans les deux échelles, la première sanction est un avertissement, puis un blâme avec inscription au dossier¹⁸²¹. Ensuite, pour les auxiliaires temporaires et les stagiaires : c'est l'ajournement de la titularisation et l'exclusion ; pour les titulaires : c'est le retard à l'avancement, la mise en disponibilité et enfin la révocation. Les deux premières peines sont prononcées par le directeur, les quatre dernières sont infligées après avis du conseil de discipline. Celui-ci comprend un membre de la commission de surveillance et son président (art. 10)¹⁸²², deux membres du personnel élus par leurs collègues, un

¹⁸¹⁶ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Statut du personnel secondaire de l'asile », séance du 27 septembre 1929, p. 320.

¹⁸¹⁷ *Id.*

¹⁸¹⁸ *Ibid.*, p. 317.

¹⁸¹⁹ *Id.*

¹⁸²⁰ *Ibid.*, p. 320-321.

¹⁸²¹ *Id.*

¹⁸²² *Id.*

médecin autre que celui dans le service duquel se trouve l'agent incriminé. Le président de la commission de surveillance ou son délégué est de droit président du conseil de discipline. Le directeur ou son délégué fait fonction de rapporteur. La durée du mandat des membres est d'un an, ils sont rééligibles.

c. Congé annuel et spéciaux

Le congé annuel avec traitement est porté de 15 à 21 jours pour les employés titulaires (art. 11)¹⁸²³. Un tableau de roulement est prévu par le surveillant avec entente entre le personnel et le corps médical. Les agents qui ont effectué plus de six mois dans l'établissement peuvent bénéficier des « congés spéciaux » (art. 12)¹⁸²⁴. Contrairement au statut antérieur, leur durée est cette fois précisées : trois jours pour le mariage de l'agent, un jour pour une naissance, trois jours pour le décès d'un conjoint, ascendant ou descendant au premier degré, deux jours pour le décès d'un ascendant, descendant au deuxième degré. Si les funérailles ont lieu à une grande distance, des journées supplémentaires seront accordées par décision spéciale du directeur. Ces congés ne se cumulent pas avec les 21 jours de congé annuel et les diminuent d'une durée égale.

d. Blessures et maladies, assurance contre les accidents, maladie et grossesse

Le nouveau statut garantit au personnel reçoit des assurances en cas de blessures et maladies dans le cadre de leur travail. Le nouveau statut distingue les blessures reçues et maladies contractées en service (art. 14)¹⁸²⁵ des blessures reçues et maladies non contractées en service (art. 15)¹⁸²⁶. Les agents qui, dans l'exercice de leur fonction auront reçu une blessure ou contracté une maladie conservent leur traitement jusqu'à leur guérison complète, y compris durant leur convalescence (art. 14). Dans le cas d'une blessure ou d'une affection qui n'a pas été contractée en service, l'agent reçoit pendant trois mois la totalité de son traitement, puis pendant trois autres mois une demi-solde (art. 15)¹⁸²⁷. Dans le nouveau statut, la longueur du congé pour les infirmières et les servantes « en état de grossesse » est donnée explicitement (art. 17)¹⁸²⁸. Elles conservent leur traitement six semaines avant l'accouchement et six semaines après. Cette interruption n'est pas imputée comme journées maladie. Le nouveau statut réintroduit dans l'article 5 un nouveau barème des traitements¹⁸²⁹.

¹⁸²³ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Statut du personnel secondaire de l'asile », séance du 27 septembre 1929, p. 322.

¹⁸²⁴ *Id.*

¹⁸²⁵ *Id.*

¹⁸²⁶ *Id.*

¹⁸²⁷ *Ibid.*, p. 323.

¹⁸²⁸ *Id.*

¹⁸²⁹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1929 », séance du 27 septembre 1929, p. 310.

1.3. Un nouveau barème des traitements

a. Les changements

Ce nouveau barème envisage huit classes :

Tableau n° 4 : Barème des traitements annuels des huit classes (1929)

Catégorie de personnel	8 ^e Classe Stage	7 ^e Classe début 1 an	6 ^e classe 2 ^e année	5 ^e classe 4 ^e année	4 ^e classe 6 ^e année	3 ^e Classe 9 ^e année	2 ^e Classe 12 ^e année	1 ^e Classe 15 ^e année
Chefs de quartiers diplômés	-	8 560	8 790	9 020	9 250	9 480	9 710	9 940
Chefs de quartiers non diplômés	-	8 080	8 310	8 540	8 770	9 000	9 230	9 460
Infirmiers et infirmières diplômés	7 540	7 840	8 070	8 300	8 530	8 760	8 990	9 220
Servants et servantes	7 220	7 520	7 690	7 860	8 030	8 200	8 370	8 540
Chefs d'atelier	8 480	8 880	9 190	9 500	9 810	10 120	10 430	10 740
Ouvriers	7 640	8 040	8 350	8 660	8 970	9 280	9 590	9 900
Ouvrières	7 620	7 920	8 150	8 380	8 610	8 840	9 070	9 300
Manœuvres spécialisés	7 320	7 520	7 690	7 860	8 030	8 200	8 370	8 540

Sources : BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1929 », séance du 27 septembre 1929, p. 315.

Dans ce barème, l'avancement se fait automatiquement avec une augmentation de 300 F à chaque élévation de classe¹⁸³⁰. Les sommes reproduites ci-dessus comprennent le traitement en argent et la valeur des avantages en nature : logement, nourriture, éclairage, habillement, qui sont estimés à 50 % du traitement de base et retenu par l'asile¹⁸³¹. Ce barème contient une innovation importante : il n'existe plus de différence de traitement entre les hommes et les femmes de la même classe¹⁸³². Le rapporteur commente : « Ainsi infirmiers et infirmières, servantes et servants, ouvrières et ouvriers, sont placés sur une base identique, suivant cette formule logique contenue dans les revendications des femmes : à travail égal salaire égal¹⁸³³. » Dans le barème du 30 septembre 1927, le traitement a considérablement augmenté. Auparavant, un infirmier commençait avec 2 400 F, une infirmière avec 2100 F et ils atteignent après six ans respectivement 3 000 et 2 700 F au maximum (traitement en argent)¹⁸³⁴. Dans le nouveau barème, un infirmier ou une infirmière commence à 4 300 F (traitement en argent) pour atteindre à la quinzième année 5 250 F soit un traitement mensuel de 355 F au début et 440 F à la fin¹⁸³⁵. Le rapporteur prend pour exemple les servants et servantes. Alors qu'avec le barème ancien une servante gagne 2600 F et atteint après 6 ans un maximum de 3200 F, dans le nouveau barème les servantes et servants débutent à 4000 F soit un salaire mensuel variant sur une période de 15 ans de

¹⁸³⁰ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1929 », séance du 27 septembre 1929, p. 310.

¹⁸³¹ *Id.*

¹⁸³² *Ibid.*, p. 310-311.

¹⁸³³ *Ibid.*, p. 311.

¹⁸³⁴ *Id.*

¹⁸³⁵ *Id.*

333,33 F à 395 F (traitement en argent)¹⁸³⁶. Il conclut que le traitement demandé, comparé à celui des domestiques, n'est pas exagéré¹⁸³⁷.

Malgré cela la commission n'accepte pas entièrement les revendications, si légitimes soient-elles¹⁸³⁸. La dépense supplémentaire liée au nouveau barème est évalué par le Dr Baruk à 500 000 F¹⁸³⁹. Il faut pour cela augmenter le prix de journée¹⁸⁴⁰. Or la deuxième commission ne souhaite pas augmenter le prix de journée des aliénés du département en raison de la répercussion sur les communes et le département¹⁸⁴¹. Un Franc de plus se traduit annuellement par 159 827 F pour le département et 104 140 F pour les communes¹⁸⁴². Elle propose d'augmenter le prix de journée des pensionnaires en faisant une différence entre ceux du département et les étrangers et d'autre part le prix de journée des indigents des autres départements et ceux sans domicile de secours à la charge de l'Etat¹⁸⁴³.

Le même jour, le rapporteur fait part au conseil général d'une remarque faite par l'inspecteur général des services administratifs au préfet qui a constaté l'écart entre le prix de journée de l'aliéné indigent à charge du département (8 F) et celui des sans domicile de secours à la charge de l'Etat (10,50 F)¹⁸⁴⁴. Celui-ci demande de fixer le prix de journée de l'aliéné à la charge de l'Etat à 8 F¹⁸⁴⁵. Le préfet s'y déclare favorable. Le fait que l'aliéné sans domicile de secours est placé obligatoirement dans l'asile du département où il séjourne justifie selon lui un prix unique avec celui de l'indigent à la charge du département¹⁸⁴⁶. Selon le préfet, cet argument ne peut être évoqué pour les aliénés des départements étrangers que l'asile n'est pas tenu de garder, du fait de l'obligation pour les départements de pourvoir à leur internement¹⁸⁴⁷. La deuxième commission, considérant que l'Etat ne vient pas en aide aux asiles d'aliénés, refuse de prendre en compte la demande de l'inspecteur : « Il n'y a aucun motif pour lui assurer un régime de faveur et pour ne pas le traiter comme les départements étrangers¹⁸⁴⁸. » Cette augmentation des prix de journée permet de satisfaire les trois cinquième de la demande du personnel¹⁸⁴⁹. Les modalités de l'augmentation ne font pas l'unanimité.

¹⁸³⁶ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1929 », séance du 27 septembre 1929, p. 311.

¹⁸³⁷ *Id.*

¹⁸³⁸ *Id.*

¹⁸³⁹ *Ibid.*, p. 312.

¹⁸⁴⁰ *Id.*

¹⁸⁴¹ *Id.*

¹⁸⁴² *Id.*

¹⁸⁴³ *Id.*

¹⁸⁴⁴ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Aliénés sans domicile de secours – prix de journée », séance du 27 septembre 1929, p. 325.

¹⁸⁴⁵ *Id.*

¹⁸⁴⁶ *Ibid.*, p. 326.

¹⁸⁴⁷ *Id.*

¹⁸⁴⁸ *Id.*

¹⁸⁴⁹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du Conseil général, « Budget primitif de 1929 », séance du 27 septembre 1929, p. 312.

b. Le mécontentement des infirmières (1930)

En février 1930, une cinquantaine d'infirmières, suite à l'application du nouveau barème des traitements au 1^{er} janvier 1930, adressent une lettre de mécontentement au Dr Baruk¹⁸⁵⁰. Elles n'acceptent pas que les ouvrières, qui font huit heures par jour, soient mieux rémunérées qu'elles¹⁸⁵¹. Les infirmières demandent « au moins l'égalité dans la rétribution des salaires¹⁸⁵² ». En s'appuyant sur leurs conditions de travail mais aussi leur abnégation, elles tentent de démontrer l'injustice qui leur est faite : « De cinq heures du matin à huit heures du soir, nous vivons péniblement au milieu des malades, les surveillant, raccommodant leurs linges et vêtements et faisant tout le nettoyage du pavillon¹⁸⁵³. » « Dans la plupart des asiles, les infirmières ont des chambres, ici nous couchons au milieu des malades, nous passons souvent les nuits sans dormir et sommes exposées à recevoir des mauvais coups la nuit et le jour¹⁸⁵⁴. » Faisant la comparaison avec l'atelier de couture : « La vie est bien différente et avantageuse, ceci le prouve bien ; rarement de places vacantes car toutes les femmes arrivant à la maison réclament une place à l'atelier, le poste est agréable et quelques notions de couture suffisent pour les difficultés ou l'application de l'uniforme de l'asile¹⁸⁵⁵. » « Nous serions en droit de réclamer la journée de huit heures, nous ne nous sommes jamais plaintes car nous savons la chose impossible¹⁸⁵⁶. » Puis insistant sur les difficultés de recrutement : « Lorsqu'une infirmière quitte la maison, il n'est pas rare que des mois s'écoulent sans qu'elle soit remplacée¹⁸⁵⁷. » La commission de surveillance, après avoir pris connaissance de cette requête, décide d'en faire part au conseil général¹⁸⁵⁸. La deuxième commission, consciente des conditions de vie des infirmières, décide de ne pas « remettre en discussion » le statut du personnel et le barème des traitements adopté le 27 septembre 1929 réalisé conjointement avec l'organisation syndicale représentant l'ensemble du personnel¹⁸⁵⁹. En 1931, le statut doit être harmonisé avec les assurances sociales.

1.4. Statut du personnel, caisse de retraite et assurances sociales (1931)

Le décret du 30 juin 1931, en vertu de la loi du 30 avril 1930, prescrit pour les personnels salariés des départements, communes et établissements publics d'assistance¹⁸⁶⁰ l'attribution d'assurances sociales qui

¹⁸⁵⁰ AC, L16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Requête des infirmières », séance du 25 février 1930, non paginé.

¹⁸⁵¹ *Id.*

¹⁸⁵² *Id.*

¹⁸⁵³ *Id.*

¹⁸⁵⁴ *Id.*

¹⁸⁵⁵ *Id.*

¹⁸⁵⁶ *Id.*

¹⁸⁵⁷ *Id.*

¹⁸⁵⁸ *Id.*

¹⁸⁵⁹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Infirmières », séance du 2 mai 1930, p. 230.

¹⁸⁶⁰ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Modification aux statuts du personnel et au règlement de la caisse de retraite », séance du 3 novembre 1931, p. 291.

couvrent les risques de maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès¹⁸⁶¹. Le décret doit être harmonisé avec l'existant¹⁸⁶². L'esprit consiste à répondre aux points précis du décret, dans les six mois à la date de publication de celui-ci, en maintenant les avantages supplémentaires dont bénéficie le personnel¹⁸⁶³. En octobre 1931, le Dr Baruk propose devant la commission de surveillance des aménagements dans le statut du personnel et règlement de la caisse de retraite, qui sont approuvés¹⁸⁶⁴. Ils sont adoptés par le conseil général en avril 1934¹⁸⁶⁵. L'article 23 du statut du personnel donne naissance à une caisse de compensation¹⁸⁶⁶, dont l'objet est de faire bénéficier au personnel de l'asile des prestations prévues par la loi du 5 avril 1928¹⁸⁶⁷. Elle garantit ses bénéficiaires contre les risques maladie, maternité, invalidité et décès¹⁸⁶⁸. Elle est alimentée par des cotisations égales de l'établissement et du personnel¹⁸⁶⁹. La caisse est administrée par un conseil de gérance de cinq membres : un membre de la commission de surveillance qui en est le président, le directeur de l'hôpital, l'économiste et deux membres élus pour deux ans par le personnel bénéficiaire¹⁸⁷⁰. Le receveur, qui tient un compte hors budget, fait office de trésorier¹⁸⁷¹.

2. L'externalisation du personnel : la cité-jardin (1928-1934)

En mai 1928, le conseil général envisage d'utiliser les excédents du compte administratif de 1927 pour l'entretien des bâtiments¹⁸⁷². Le Dr Baruk préconise des aménagements pour le personnel et un agrandissement de l'hôpital. Il s'agit en premier lieu de réaliser des *chambres particulières* à l'usage du personnel infirmier et ouvrier afin de permettre au personnel de se reposer la nuit sans être troublé par les malades¹⁸⁷³. En octobre 1928, le rapporteur, Abel Boutin-Desvignes, va plus loin : il souhaite construire et aménager *des pavillons* et des chambres pour le logement du personnel infirmier et ouvrier¹⁸⁷⁴. Décrivant la situation du personnel secondaire, il fait la corrélation entre les difficultés du

¹⁸⁶¹ AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Coordination des règlements particuliers du personnel avec le régime des assurances sociales », séance du 20 octobre 1931, non paginé.

¹⁸⁶² BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Modification aux statuts du personnel et au règlement de la caisse de retraite », séance du 3 novembre 1931, p. 291.

¹⁸⁶³ *Id.*

¹⁸⁶⁴ AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Coordination des règlements particuliers du personnel avec le régime des assurances sociales », séance du 20 octobre 1931, non paginé.

¹⁸⁶⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Modifications du statut du personnel et de la caisse de retraite », séance du 19 avril 1934, p. 206-212.

¹⁸⁶⁶ *Ibid.*, p. 211.

¹⁸⁶⁷ *Id.*

¹⁸⁶⁸ *Id.*

¹⁸⁶⁹ *Id.*

¹⁸⁷⁰ *Id.*

¹⁸⁷¹ *Id.*

¹⁸⁷² BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget additionnel de l'asile », séance du 10 mai 1928, p. 238.

¹⁸⁷³ BUA, JP43, Conseil général, 1928, Rapport du préfet (deuxième session), p. 200.

¹⁸⁷⁴ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Travaux d'agrandissement et d'amélioration », séance du 29 octobre 1928, p. 300.

recrutement, l'instabilité de ce personnel et ses conditions de logement pénibles¹⁸⁷⁵. L'amélioration des conditions de vie du personnel se poursuit afin d'améliorer le recrutement. Si l'année passée les traitements ont été augmentés et une caisse de retraite instituée, il faut maintenant offrir « un logement convenable » pour « permettre le recrutement de gens sérieux et honnêtes d'un niveau moral plus élevé, désireux de fonder une famille »¹⁸⁷⁶. Il envisage, « à proximité mais hors de l'asile, la construction de pavillons de six à huit chambres particulières avec lavabos pour les célibataires et des pavillons composés de deux pièces et une cuisine pour les ménages¹⁸⁷⁷ ». Une exécution par paliers en fonction des ressources disponibles est suggérée¹⁸⁷⁸. La deuxième commission demande au préfet de lui soumettre un projet complet¹⁸⁷⁹. En 1929, le Dr Baruk reprend le projet à son compte et préconise de continuer à améliorer le sort des « petits employés » en réalisant des logements pour « externer les ménages » mais aussi « soustraire le plus possible les célibataires à la promiscuité des salles de malades »¹⁸⁸⁰. Pour ce faire, il s'est déjà mis en recherche d'un terrain à bâtir dans le bourg de Sainte-Gemmes sur lequel pourraient être édifiées des maisons familiales¹⁸⁸¹. Selon le Dr Baruk, lorsque les employés mariés seront logés à l'extérieur avec leurs familles, un grand nombre de chambres seront disponibles dans l'asile, ce qui permettra d'installer les infirmiers qui couchent dans les salles de malades et ont du mal à se reposer la nuit¹⁸⁸². L'externalisation permet le désencombrement. Jointe au relèvement des traitements, cette amélioration doit aussi favoriser un meilleur recrutement et donc un meilleur soin apporté aux malades¹⁸⁸³. A ce sujet, il déplore que l'augmentation des traitements de l'année passée et la modification du statut n'aient pas eu l'effet escompté : « Le recrutement ne s'en est guère ressenti et le nombre des agents va même toujours en diminuant, au point qu'on se demande avec anxiété comment on pourra assurer certains services importants¹⁸⁸⁴. » Dans le budget additionnel de 1929, la deuxième commission inscrit 300 000 F : 100 000 F pour l'acquisition du terrain et 200 000 F pour les travaux de viabilité et la construction de trois premières maisons jumelées¹⁸⁸⁵. En juin 1931, les deux logements construits sur le terrain du « Champ de la Croix » sont achevés¹⁸⁸⁶. Ils comprennent quatre pièces, trois au rez-de-chaussée et une à l'étage, une cave et un grenier pour une superficie de 132,72 m²¹⁸⁸⁷. Ils concernent quatre ménages comprenant 6 employés. En avril 1931,

¹⁸⁷⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Travaux d'agrandissement et d'amélioration », séance du 29 octobre 1928, p. 299.

¹⁸⁷⁶ *Id.*

¹⁸⁷⁷ *Ibid.*, p. 300.

¹⁸⁷⁸ *Id.*

¹⁸⁷⁹ *Id.*

¹⁸⁸⁰ BUA, JP43, Conseil général, 1929, Rapport moral et administratif, 1928, p. 166.

¹⁸⁸¹ *Id.*

¹⁸⁸² *Id.*

¹⁸⁸³ *Id.*

¹⁸⁸⁴ *Id.*

¹⁸⁸⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget additionnel de 1929 », séance du 27 septembre 1929, p. 307.

¹⁸⁸⁶ AC, L 16, Procès-verbaux de la commission de surveillance, « Budget additionnel 1931 », séance du 15 juin 1931, non paginé.

¹⁸⁸⁷ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Construction de maisons familiales », séance du 30 avril 1931, p. 261.

Boutin-Desvignes présente devant le conseil général les plans et devis de la construction d'un troisième immeuble¹⁸⁸⁸. De nouvelles améliorations sont encore réalisées.

3. Trois nouvelles améliorations

En septembre 1929, le Dr Baruk demande la possibilité d'accorder à certains agents chargés de services difficiles ou pénibles et comptant au moins six ans d'ancienneté une indemnité de 300 F¹⁸⁸⁹. Il s'agit de récompenser les infirmiers et infirmières des services des gâteaux, des agités, des infirmeries et le chef du quartier du pensionnat¹⁸⁹⁰. Les cuisinières, les buandières, la concierge ainsi que la première veilleuse chez les femmes sont aussi concernées¹⁸⁹¹. Pour réaliser cette indemnité, 16 000 F sont accordés par le conseil général¹⁸⁹².

La nuit, l'asile n'est veillé que par 6 personnes : quatre veilleuses et deux veilleurs¹⁸⁹³. Le Dr Baruk considère que ce personnel est « à peine suffisant pour assurer la surveillance des salles d'observations et effectuer les tournées dans les quartiers, le jardin, les services généraux, les bureaux, les magasins etc. » Cette veille de nuit n'est, en outre, « l'objet d'aucun contrôle¹⁸⁹⁴ ». Le surveillant en chef et le surveillant en second ne peuvent assurer une mission de contrôle de jour et de nuit¹⁸⁹⁵. Aussi demande-t-il la création d'un poste de surveillant de nuit qui serait assimilé au poste de surveillant en second de jour pour le traitement et l'avancement¹⁸⁹⁶. Le conseil général accorde cette requête¹⁸⁹⁷.

En juillet 1931, les infirmières demandent l'autorisation de sortir le soir¹⁸⁹⁸. Les infirmiers avaient formulé la même requête et avaient obtenu gain de cause¹⁸⁹⁹. Ils pouvaient sortir par roulement entre 8 heures et 10 heures l'été et de 7 heures à 9 heures en hiver, assurant ainsi la continuité du service¹⁹⁰⁰. Dans le cas des infirmières, la sœur supérieure y est hostile au motif qu'« elle craint que ces jeunes filles, livrées à elles-mêmes, le soir, ne soient entraînées à des fréquentations fâcheuses¹⁹⁰¹ ». Le Dr Baruk qui juge ce sentiment « respectueux », demande l'avis de la commission de surveillance¹⁹⁰². Celle-ci tranche en distinguant d'une part les infirmières majeures, et notamment celle qui sont mariées, et les

¹⁸⁸⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Construction de maisons familiales », séance du 30 avril 1931, p. 260.

¹⁸⁸⁹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1929 », séance du 27 septembre 1929, p. 309.

¹⁸⁹⁰ AC, L15, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Budget primitif », séance du 18 juin 1929, non paginé.

¹⁸⁹¹ *Id.*

¹⁸⁹² BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1929 », séance du 27 septembre 1929, p. 309.

¹⁸⁹³ AC, L15, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Budget primitif 1930 », séance du 18 juin 1929, non paginé.

¹⁸⁹⁴ *Id.*

¹⁸⁹⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1929 », séance du 27 septembre 1929, p. 309.

¹⁸⁹⁶ *Id.*

¹⁸⁹⁷ *Id.*

¹⁸⁹⁸ AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Sortie des infirmières le soir », séance du 21 juillet 1931, non paginé.

¹⁸⁹⁹ *Id.*

¹⁹⁰⁰ *Id.*

¹⁹⁰¹ *Id.*

¹⁹⁰² *Id.*

infirmières mineures¹⁹⁰³. Elle émet l'avis d'organiser pour les infirmières majeures le même roulement que pour les hommes¹⁹⁰⁴. Elle attire cependant l'attention sur le fait que les infirmières majeures et mineures disposent d'un repos hebdomadaire de 24 heures qui les expose « aux mêmes risques¹⁹⁰⁵ ».

En 1930, le Dr Baruk note que malgré « les améliorations très notables » de la rétribution et de la constitution d'une pension de retraite, le personnel est toujours « déficitaire » et le recrutement toujours difficile : « C'est une situation très préoccupante pour ceux qui cherchent à donner aux malades de l'esprit, une assistance éclairée et des soins vigilants¹⁹⁰⁶. » En conséquence : en 1930, du fait de l'insuffisance numérique du personnel, la culture est abandonnée dans la partie haute de l'île aux Chevaux et l'exploitation perd ainsi 14 hectares¹⁹⁰⁷.

4. Requête du syndicat (1931)

En 1931, le syndicat du personnel formule des *desiderata* « pour attirer des candidats supérieurs en nombre et en qualité¹⁹⁰⁸ ». Le syndicat s'impose dans le processus décisionnel. Dans une lettre adressée au préfet, il formule trois revendications : un nouveau relèvement des traitements, l'organisation d'un service de nuit couplé avec la mise en place des 12 heures et l'allocation d'une indemnité pour charge de famille¹⁹⁰⁹. La commission de surveillance se prononce favorablement sur ces demandes¹⁹¹⁰. En avril 1931, lors de la présentation du projet devant le conseil général, Boutin-Desvignes fait une première évaluation qu'il chiffre à 370 000 F¹⁹¹¹.

Pour ce qui est de l'évolution des traitements, le personnel demande l'application intégrale du barème précédemment réclamé¹⁹¹². Le 27 septembre 1930, le conseil général avait accepté seulement les 3/5^e des demandes du personnel : celui-ci demande les 2/5^e restants¹⁹¹³. La deuxième commission, en la personne du rapporteur, consciente « du dévouement et du bon esprit du personnel », mais aussi lasse des demandes d'augmentations qui reviennent comme « un leitmotiv » y est favorable. Le personnel demande en outre la création d'une classe exceptionnelle accessible au bout de vingt ans de service¹⁹¹⁴. L'impact budgétaire des deux mesures est évalué à 152 490 F¹⁹¹⁵. La deuxième commission accepte, sur le principe, d'augmenter les traitements du personnel subalterne à compter du 1^{er} janvier 1932¹⁹¹⁶. Elle

¹⁹⁰³ AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Sortie des infirmières le soir », séance du 21 juillet 1931, non paginé.

¹⁹⁰⁴ *Id.*

¹⁹⁰⁵ *Id.*

¹⁹⁰⁶ BUA, JP43, Conseil général, 1931, Rapport moral et administratif, 1930, p. 167.

¹⁹⁰⁷ BUA, JP43, Conseil général, 1931, Rapports du préfet (Première session), « Résultats de l'exploitation agricole », p.147.

¹⁹⁰⁸ BUA, JP43, Conseil général, 1931, Rapport moral et administratif, 1930, p. 167.

¹⁹⁰⁹ AC, L16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Améliorations demandées par le syndicat du personnel », séance du 21 avril 1931, non paginé.

¹⁹¹⁰ *Id.*

¹⁹¹¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Personnel secondaire », séance du 30 avril 1931, p. 265.

¹⁹¹² *Ibid.*, p. 266.

¹⁹¹³ *Id.*

¹⁹¹⁴ *Id.*

¹⁹¹⁵ *Id.*

¹⁹¹⁶ *Ibid.*, p. 267.

charge le directeur et le préfet de proposer « les voies et moyens » sans augmenter le prix de journée des indigents et de la 4^e classe¹⁹¹⁷. L'attribution du bénéfice des allocations familiales au personnel secondaire, alors qu'elle avait été admise au personnel administratif l'année antérieure, ne pose pas de difficultés¹⁹¹⁸. Elle est effective au 1^{er} janvier 1932 ; la dépense s'élève à 9 410 F¹⁹¹⁹.

La journée de 12 heures est plus onéreuse car elle nécessite un recrutement de 38 personnes (18 hommes et 20 femmes) pour assurer le service de veille (nuit), mais aussi l'emploi de nouvelles religieuses : la « répercussion » financière est évaluée à 206 000 F¹⁹²⁰. Boutin-Desvignes pense que le réajustement des traitements ainsi que le recrutement lié à la journée de 12 heures nécessitera une augmentation journalière de 3 F pour les trois premières classes de pensionnaires¹⁹²¹. En avril 1931, le conseil général, sur avis de la deuxième commission, accepte le principe de la journée de 12 heures et son application à partir du 1^{er} janvier 1932, ainsi que la création de 38 nouveaux postes d'infirmiers et d'infirmières¹⁹²². C'est un changement très important. La somme nécessaire pour financer la hausse des traitements du personnel secondaire, ainsi que de la journée de 12 heures et les embauches qu'elle suppose, se monte à 358 490 F¹⁹²³. La commission de surveillance préconise d'augmenter la 1^e classe de 3 F, la 2^e de 2 F, la 3^e de 1 F, la 4^e et les indigents de Maine-et-Loire de 1 F, ce qui garantirait une recette de 393 000 F¹⁹²⁴. Elle précise que le prix de 9 F pour les indigents n'est pas excessif, eu égard au prix de revient¹⁹²⁵. D'autre part, elle considère que le budget départemental bénéficiera bientôt de la contribution de l'Etat (Loi du 31 mars 1931) ainsi que de l'application des lois sur les assurances sociales¹⁹²⁶. Le préfet manifeste son hostilité à l'augmentation du prix de journée des indigents du département¹⁹²⁷. Il considère que la charge du département et des communes est déjà suffisante¹⁹²⁸. En novembre, le conseil général accepte d'augmenter les traitements du personnel secondaire, non pas de 2/5^e, mais de 1/5^e, soit une dépense de 76 245 F¹⁹²⁹. Le dernier 5^e est remis à plus tard, « lorsque les circonstances le permettront¹⁹³⁰ ». La journée de 12 heures, acceptée sur le principe, n'a pas de financement. Pour réaliser cette dépense, le conseil général consent à augmenter, sur avis de la commission de surveillance, le prix de journée des pensionnaires de 1^{ère} classe de 3 F, de 2^e classe de 2

¹⁹¹⁷ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Personnel secondaire », séance du 30 avril 1931, p. 267.

¹⁹¹⁸ *Ibid.*, p. 268.

¹⁹¹⁹ *Id.*

¹⁹²⁰ *Id.*

¹⁹²¹ *Id.*

¹⁹²² *Id.*

¹⁹²³ AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Budget primitif de 1932 », séance du 15 juin 1931, non paginé.

¹⁹²⁴ *Id.*

¹⁹²⁵ *Id.*

¹⁹²⁶ *Id.*

¹⁹²⁷ BUA, JP43, Conseil général, 1931, Rapport du préfet, (deuxième session), « Budget primitif de 1932 », p. x.

¹⁹²⁸ *Id.*

¹⁹²⁹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1932 », séance du 3 novembre 1931, p. 295.

¹⁹³⁰ *Id.*

F et des 3^e classe de 1 F, soit une recette supplémentaire pour l'asile de 64 000 F¹⁹³¹. Il se refuse à augmenter trop la troisième classe, car cela aurait pour conséquence d'empêcher les réformés de guerre de pouvoir la payer avec leur pension, ce qui les ferait tomber dans la 4^e classe¹⁹³².

En novembre 1931, le personnel demande aussi la modification des articles 5 et 7 de son statut¹⁹³³. Il souhaite la disparition du dernier aliéna de l'article 2 ainsi rédigé : « Jusqu'au moment où les effectifs ainsi constitués seront au complet, les conditions d'âge et d'instruction pourront ne pas être exigées, à titre transitoire¹⁹³⁴. » Considérant le problème du recrutement, le Dr Baruk est hostile à la révision de cet alinéa¹⁹³⁵. La commission de surveillance partage cet avis et décide « qu'il y a lieu de surseoir à la suppression de ce paragraphe jusqu'au jour où les effectif seront au complet¹⁹³⁶ ». Le conseil général suit cet avis¹⁹³⁷. L'article 7, qui concerne la journée de 12 heures, et qui n'a pas de financement, n'est pas traité par le conseil général. Si le principe est entériné, il n'y a pas d'application immédiate. La création de l'école d'infirmiers et infirmières constitue une autre innovation.

5. L'école des infirmiers et infirmières (1931)

Les premières créations d'écoles dans les asiles datent du début du XX^e siècle¹⁹³⁸. La circulaire du ministre de l'Hygiène datée du 15 juin 1921, vue ci-dessus, préconise, afin d'améliorer l'instruction des infirmiers et infirmières des asiles d'aliénés, la création d'écoles professionnelles et d'un diplôme d'enseignement théorique et pratique¹⁹³⁹. En juin 1922, un décret organise la création d'un diplôme d'Etat d'infirmière, avec parmi les spécialités celle d'Hygiène mentale¹⁹⁴⁰. En février 1927, la Fédération des Services de Santé France et Colonies et le syndicat des deux sexes de l'asile de Sainte-Gemmes reprennent le vœu de la circulaire¹⁹⁴¹. Un arrêté du 26 mai 1930 envisage de manière précise la situation des infirmières d'asile et régleme l'obtention d'un diplôme d'Etat¹⁹⁴². En 1931, le Dr Baruk annonce la création d'une école d'infirmiers et d'infirmières afin de « perfectionner l'instruction professionnelle

¹⁹³¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1932 », séance du 3 novembre 1931, p. 295.

¹⁹³² AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Budget primitif de 1932 », séance du 15 juin 1931, non paginé.

¹⁹³³ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Modification aux statuts du personnel secondaire », séance du 3 novembre 1931, p. 292.

¹⁹³⁴ AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Modification au statut du personnel secondaire », séance du 21 juillet 1931, non paginé.

¹⁹³⁵ *Id.*

¹⁹³⁶ *Id.*

¹⁹³⁷ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Modification aux statuts du personnel secondaire », séance du 3 novembre 1931, p. 292.

¹⁹³⁸ Georges Daumezon, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés*, Thèse pour le doctorat en médecine, Cahors, 1935, p. 38.

¹⁹³⁹ AC, K 9, Syndicat, Journaux et cahiers de revendications, Cahier de revendications, Fédération des services de Santé et syndicats du personnel des deux sexes de l'asile de Ste Gemmes à monsieur le préfet, monsieur le directeur de l'asile, messieurs les membres de la commission de surveillance

¹⁹⁴⁰ Georges Daumezon, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés*, *op. cit.*, p. 39.

¹⁹⁴¹ AC, K 9, Syndicat, Journaux et cahiers de revendications, Cahier de revendications, Fédération des services de Santé et syndicats du personnel des deux sexes de l'asile de Ste Gemmes à monsieur le préfet, monsieur le directeur de l'asile, messieurs les membres de la commission de surveillance

¹⁹⁴² Georges Daumezon, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés*, *op. cit.*, p. 40.

du personnel soignant¹⁹⁴³ ». Il s'agit de procurer aux malades des « conditions techniques et morales » propres à « un traitement rationnel »¹⁹⁴⁴. Mais aussi, comme le remarque le psychiatre Georges Daumézon, de faire du personnel infirmier et infirmière et des religieuses des collaborateurs médicaux alors que leurs origines et leurs cultures ne les y préparent pas¹⁹⁴⁵.

Dans la première formation qui se déroule sur deux ans entre 1931 et 1933, 14 religieuses, infirmiers et infirmières sont inscrits¹⁹⁴⁶. Le programme comprend des aspects théoriques portant sur l'anatomie et la physiologie et des cours pratiques¹⁹⁴⁷.

Les 12 et 13 juin 1933 a lieu le premier examen final¹⁹⁴⁸. Commencée en 1931, cette formation avait été marquée par un examen intermédiaire en 1932¹⁹⁴⁹. L'examen final comprend des épreuves orales et des épreuves écrites¹⁹⁵⁰. L'épreuve orale comporte deux questions : la première porte sur l'anatomie et la physiologie et la seconde sur l'hygiène et la petite chirurgie¹⁹⁵¹. Grâce à Georges Daumézon, nous avons les trois sujets de l'épreuve écrite de 1933¹⁹⁵². On remarque que c'est le rapport qui est à l'honneur : il s'agit de rendre compte le plus précisément possible d'une situation donnée afin de la transmettre.

« Question A. – Peu de temps après l'heure du coucher des malades de votre division, vous avez découvert un (ou une) malade qui venait de faire une tentative de suicide par pendaison à la tête de son lit en utilisant un mouchoir. Vous avez aussitôt coupé le mouchoir, donné vos soins, fait appeler l'interne de garde, et le (ou la) malade a pu être rappelé à la vie. Faites un rapport détaillé et précis sur cet événement, en y mentionnant notamment les circonstances de la tentative de suicide et les soins qui ont été donnés à la victime de cette tentative¹⁹⁵³. »

« Question B. – Vers 16 heures, avant-hier samedi, vous supposerez qu'un (ou qu'une) malade a été admis à l'asile et que vous avez été chargé, à l'infirmierie, de le recevoir. Rédigez un rapport très complet dans lequel vous décrierez le comportement du malade – un grand agité – toutes les remarques faites à son sujet depuis son arrivée jusqu'à l'heure de la visite médicale du lendemain, et les diverses missions qui vous incombaient et dont vous vous êtes acquitté¹⁹⁵⁴. »

« Question C. – Le personnel de surveillance a trouvé un matin après le passage de la dernière ronde de nuit, un (ou une) malade âgé, tombé auprès de son lit et dans l'impossibilité de se relever. L'interne de

¹⁹⁴³ AC, L 37, Rapport médical, 1932, non paginé.

¹⁹⁴⁴ *Id.*

¹⁹⁴⁵ Georges Daumézon, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés*, *op. cit.*, p. 37.

¹⁹⁴⁶ AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Cours d'infirmiers », séance du 20 juin 1933, non paginé.

¹⁹⁴⁷ AC, L 37, Rapport médical, 1932, non paginé.

¹⁹⁴⁸ AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Cours d'infirmiers », séance du 20 juin 1933, non paginé.

¹⁹⁴⁹ *Id.*

¹⁹⁵⁰ *Id.*

¹⁹⁵¹ *Id.*

¹⁹⁵² Dans son enquête, Georges Daumézon a établi un questionnaire qu'il a envoyé aux asiles. Ce questionnaire, qui lui a permis de réaliser son mémoire, a été envoyé en septembre 1934 et la date limite de retour était le 1^{er} novembre de la même année. A cette date, à Sainte-Gemmes, une seule épreuve écrite, celle de juin 1933, avait été réalisée.

¹⁹⁵³ Georges Daumézon, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés*, *op. cit.*, p. 37.

¹⁹⁵⁴ *Id.*

garde appelé a constaté l'existence d'une fracture de la cuisse et le (ou la) malade a été transporté à l'infirmerie une fois les premiers soins donnés. Rédigez un rapport détaillé et précis sur cet événement supposé, et faites mention notamment des circonstances de l'accident, des soins prescrits, des médicaments ou matériaux de pansement qui auront pu être demandés à la pharmacie, des conditions de transport à l'infirmerie, etc¹⁹⁵⁵. »

12 candidats sur les 14 ont satisfait aux examens. 1 infirmier a obtenu une mention très bien, 2 sœurs, 2 infirmières et 1 infirmier la mention bien, 2 sœurs et 2 infirmiers la mention assez bien et 2 sœurs la mention passable¹⁹⁵⁶. Les religieuses représentent 50 % des lauréates, les infirmiers 33 % et les infirmières 17 %¹⁹⁵⁷. Un diplôme a été remis à chacun d'eux. A l'exception des religieuses, chaque lauréat recevra, à partir du 1^{er} juillet 1933, le traitement attribué aux chefs de quartier et aux infirmiers et infirmières diplômés¹⁹⁵⁸. Ce diplôme n'a qu'une valeur locale. Dans son rapport administratif de 1932, le Dr Baruk se laisse aller à dire : « Ce ne sont plus les simples gardiens d'autrefois, mais de véritables infirmiers éduqués, et donnant toute garantie de soins éclairés aux malades¹⁹⁵⁹. » En juillet 1934, les 7 infirmiers et 10 infirmières inscrits passent avec succès l'examen de première année. Ce même jour, les deux infirmières qui avaient échoué l'année précédente sont aussi reçues¹⁹⁶⁰. En 1935, 4 infirmières et 3 infirmiers réussissent les épreuves¹⁹⁶¹. En 1935, le Dr Baruk est satisfait des nombreuses inscriptions en vue de l'obtention du diplôme départemental qui sera délivré en 1937¹⁹⁶². Il souligne que l'initiative de l'enseignement professionnel développé à Sainte-Gemmes a été retenue dans l'élaboration de textes médico-administratifs récents et fera l'objet, prochainement, d'une obligation dans tous les établissements¹⁹⁶³. Alors que des améliorations importantes touchent le personnel, qu'en est-il pour les malades ?

C / Les malades

A la fin des années 1920, la population des malades continue de croître. Comment expliquer ce phénomène ? Qu'en est-il des projets d'un service ouvert et d'un service spécial pour le traitement des enfants anormaux ? Outre une augmentation symbolique du pécule, les malades commencent à bénéficier de l'assurance sociale. Quelle en est l'origine ? Quelles en sont les modalités générales et

¹⁹⁵⁵ Georges Daumezon, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés*, *op. cit.*, p. 37.

¹⁹⁵⁶ AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Cours d'infirmiers », séance du 20 juin 1933, non paginé.

¹⁹⁵⁷ *Id.*

¹⁹⁵⁸ *Id.*

¹⁹⁵⁹ BUA, JP43, Conseil général, 1933, Compte moral et administratif, 1932, p. 98.

¹⁹⁶⁰ AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Cours d'infirmiers », séance du 24 juillet 1934, non paginé.

¹⁹⁶¹ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Cours d'infirmiers », séance du 16 juillet 1935, p. 76.

¹⁹⁶² AC, L 37, Rapport médical, 1935, non paginé.

¹⁹⁶³ *Id.*

spécifiques à l'aliénation ? Qu'apportent-elles de nouveau ? Au début des années 1930, on assiste à l'émergence des thérapies biologiques, avec l'apparition de la malariathérapie. Dans quelles circonstances est née cette pratique ? Quelle est son efficacité ? Que change-t-elle dans l'institution asilaire ?

1. Une croissance continue de la population (1928-1931)

Entre 1928 et 1931, la population continue à croître. Comme auparavant, cette augmentation tient au déséquilibre entre les entrées et les sorties/décès à l'avantage des premières. En 1929 le différentiel atteint + 3,52 % (le plus fort était de 6,09 % en 1920)¹⁹⁶⁴.

Tableau n° 5 : Evolution de la population entre 1920 et 1931

Années	Décès	Admissions	Sorties	Pop au 31/12	Pop annuelle traitée	Taux de décès	Taux d'admissions	Taux de sorties	Différentiel
1920	110	429	236	1069	1363	8%	31%	17%	6,09%
1921	140	361	232	1058	1377	10%	26%	17%	-0,80%
1922	128	380	237	1073	1404	9%	27%	17%	1,07%
1923	141	440	258	1114	1480	10%	30%	17%	2,77%
1924	100	438	290	1123	1513	7%	29%	19%	3,17%
1925	147	499	336	1139	1623	9%	31%	21%	0,99%
1926	128	492	313	1190	1631	8%	30%	19%	3,13%
1927	117	447	300	1220	1637	7%	27%	18%	1,83%
1928	159	461	329	1193	1681	9%	27%	20%	-1,61%
1929	123	482	300	1252	1675	7%	29%	18%	3,52%
1930	115	498	338	1297	1751	7%	28%	19%	2,57%
1931	150	508	329	1326	1806	8%	28%	18%	1,61%

Sources : AC, L 31, 32, Comptes moraux et administratifs et Rapports de fonctionnement.

Le Dr Baruk explique ce phénomène de plusieurs manières¹⁹⁶⁵. En premier lieu par « l'évolution heureuse de l'esprit du public » qui vient avec « plus de facilité qu'autrefois réclamer des soins spécialisés utiles, en cas de maladie mentale et nerveuse¹⁹⁶⁶ » : « On considère maintenant avec moins d'appréhension la nécessité d'une cure d'isolement et de traitement¹⁹⁶⁷. » Cette tendance qui touche « toutes les classes sociales », serait due à « l'évolution de l'éducation des esprits » qui voit disparaître progressivement les préjugés et parallèlement fait « progresser la prévention à l'égard des malades atteints de neuro-psychose »¹⁹⁶⁸. Le Dr Baruk commente : « Bien que l'éventualité et la nécessité du séjour à la maison de santé spécialisée ne s'acceptent évidemment pas avec la relative bonne grâce d'un

¹⁹⁶⁴ Cf. Tableau n° 5 : Evolution de la population entre 1920 et 1931.

¹⁹⁶⁵ AC, L 37, Rapport médical, 1929, non paginé.

¹⁹⁶⁶ *Id.*

¹⁹⁶⁷ AC, L 37, Rapport médical, 1931, non paginé.

¹⁹⁶⁸ AC, L 37, Rapport médical, 1930, non paginé.

départ pour une cure à Bagnoles, à Vichy ou à Vittel, on consent toutefois beaucoup plus volontiers que jadis à nous confier la personne malade du cerveau ou du système nerveux¹⁹⁶⁹. »

Ce mouvement se justifierait par l'évolution du nombre des malades pensionnaires, et notamment des personnes extérieures au département¹⁹⁷⁰, « attirées par le renom médical que nous nous efforçons de lui assurer et de lui conserver¹⁹⁷¹ ». Ceci pourrait être corroboré par l'augmentation du taux d'hospitalisation pour 100 000 habitants dans le département du Maine-et-Loire, qui est passé en 10 ans, entre 1921 et 1931, de 191 ‰ à 278 ‰, et qui augmente plus vite que le taux national.

Tableau n° 6 : Taux d'hospitalisation dans le département de Maine-et-Loire et en France (pour 1000 habitants)

Années	Population recensée dans le Maine-et-Loire	Population hospitalisée au 31 décembre	Taux pour 100 000 habitants en Maine-et-Loire	Taux pour 100 000 habitants en France
1921	474 786	1058	223	186
1926	477 741	1190	249	199
1931	475 991	1326	279	217

Sources : France Mesle et Jacques Vallin, « La population des établissements psychiatriques : évolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale ? », *Population*, 1981, Vol. 36, n° 6, p. 1039 ; AC, L 36, AD49, 1N, Rapports administratifs et médicaux ; « Les recensements du Maine-et-Loire (49) », URL : http://serf.free.fr/tableaux/departements/recensements_49.html. (Consulté le 3 janvier 2009).

Le Dr Baruk considère que « cette orientation des esprits » ne sera maintenue que si l'asile « continue à n'être plus seulement un hospice mais aussi et surtout *un hôpital psychiatrique* : « Nous voulons dire une véritable clinique, naturellement agencée en vue d'y recevoir dans une hygiène et un confort décents les malades mentaux, car ceci est essentiel ; pourvu entre autres de l'organisation technique indispensable pour que les médecins puissent y interroger aisément, minutieusement, toutes les réactions, qu'elles soient psychiques, nerveuses, affectives, ou bien viscérales, sympathiques, glandulaires¹⁹⁷². »

Il constate aussi un « mouvement des malades [...] relativement intense » dans lequel il voit « la preuve des sorties nombreuses et, par voie de conséquences, des résultats satisfaisants des thérapeutiques¹⁹⁷³ ». Cette efficacité se vérifie en valeur absolue (le nombre des sorties augmente) mais pas en valeur relative (le taux de sortie sur la population traitée reste le même ; de même, la durée moyenne des séjours reste stable).

¹⁹⁶⁹ AC, L 37, Rapport médical, 1930, non paginé.

¹⁹⁷⁰ *Id.*

¹⁹⁷¹ AC, L37, Rapport médical, 1929, non paginé.

¹⁹⁷² AC, L 37, Rapport médical, 1930, non paginé.

¹⁹⁷³ AC, L37, Rapport médical, 1929, non paginé.

Tableau n° 7 : Evolution de la durée moyenne de séjour (Nombre de journées d'hospitalisation/nombre de malades traités)

Années	Nombre de journées d'hospitalisation	Population annuelle traitée	Durée moyenne des séjours
1920	363 619	1363	266
1921	378 712	1377	275
1922	376 594	1404	268
1923	387 632	1480	261
1924	406 223	1513	268
1925	418 603	1623	257
1926	426 028	1631	261
1927	441 016	1637	269
1928	447 895	1681	266
1929	448 580	1675	267
1930	469 607	1751	268
1931	479 355	1806	265

Sources : AC, L 36 bis, L 37, Rapports médicaux, compte moraux et administratif.

Il évoque aussi une hospitalisation plus précoce : « nombreux ont été les malades admis, dont les premiers symptômes de la psychose ne remontaient pas à plus d'un mois¹⁹⁷⁴. » Pour ce qui est de la létalité, le Dr Baruk mentionne que, bien qu'aggravée par les vieillards, elle reste faible¹⁹⁷⁵. A la fin des années 1920, des évolutions concrètes et des projets tentent d'améliorer le sort des malades

2. L'amélioration du sort des malades

2.1. L'augmentation du pécule des malades (1928)

En 1928, le rapporteur explique au conseil général que lorsque les malades vont mieux, le Dr Baruk les encourage à travailler soit aux travaux de ménage soit aux divers ateliers¹⁹⁷⁶. Ce travail constitue « un avantage appréciable pour l'établissement » car il permet de « maintenir dans des limites raisonnables » les prix de journée payés par les collectivités¹⁹⁷⁷.

Pour les malades, le travail constitue « un adjuvant thérapeutique précieux¹⁹⁷⁸ ». Pour les indigents, ce travail est associé à « une légère rétribution » qui doit permettre d'« acheter des douceurs » et de « créer un pécule » qui permettra, à leur sortie de l'asile, de subsister avant de trouver un emploi¹⁹⁷⁹. En 1927, le Dr Baruk demande une augmentation de ce pécule¹⁹⁸⁰. En effet, depuis 70 ans, date de mise en place du règlement intérieur, il n'a subi aucune majoration : il est de 0,10 F par jour¹⁹⁸¹. Le directeur propose

¹⁹⁷⁴ AC, L37, Rapport médical, 1929, non paginé.

¹⁹⁷⁵ *Id.*

¹⁹⁷⁶ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1929 », séance du 29 octobre 1928, p. 287.

¹⁹⁷⁷ *Id.*

¹⁹⁷⁸ *Id.*

¹⁹⁷⁹ *Id.*

¹⁹⁸⁰ BUA, JP43, Conseil général 1928, Rapport moral et administratif, 1927, p. 155.

¹⁹⁸¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1929 », séance du 29 octobre 1928, p. 287.

et obtient du conseil général une rémunération de 0,25 F¹⁹⁸². Plus important, le Dr Baruk imagine la création d'un nouvel hôpital.

2.2. Un projet de construction d'un nouvel hôpital

En 1927, le Dr Baruk imagine deux projets d'agrandissement pour l'asile¹⁹⁸³. Le premier consiste à « conserver l'établissement actuel, avec « son ordonnance générale et sa destination spéciale »¹⁹⁸⁴ et d'ajouter des constructions neuves pour pallier l'encombrement et améliorer le fonctionnement de certains services¹⁹⁸⁵. Il prend l'exemple de la cuisine qui, au regard de la population toujours croissante, est devenue trop petite et dont « le matériel est suranné¹⁹⁸⁶ ». Il faudrait en créer une nouvelle dotée d'une installation à la vapeur dans un nouveau bâtiment, le lieu actuel, à proximité du service des femmes, n'offrant pas de possibilité d'extension¹⁹⁸⁷.

Pour ce qui est du « bâtiment des femmes », qui est constitué d'« un unique et immense bâtiment caserne, peu éclairé et peu aéré » où vivent 600 femmes « littéralement entassées¹⁹⁸⁸ », aucun agrandissement n'est possible puisqu'il jouxte le bourg de Sainte-Gemmes¹⁹⁸⁹. Aussi, il s'agirait de construire des bâtiments neufs, en dehors de l'emplacement actuel, disséminés dans les jardins¹⁹⁹⁰. Le point de vue du médecin sur les conditions de vie de ses malades est sans appel.

Pour les hommes, dont les bâtiments deviennent eux aussi insuffisants avec l'afflux de malades, le Dr Baruk envisage la construction de nouveaux bâtiments sur un terrain proche en direction de Port Thibaut¹⁹⁹¹. Quant aux « enfants anormaux » qui occupent un bâtiment du côté des hommes, il songe à la création d'un nouveau service avec des bâtiments distincts pour les garçons et les filles, mais aussi des salles de classes, des salles de jeux, des infirmeries, des salles de bains¹⁹⁹².

A cette premier projet basé sur l'agrandissement de l'existant « qui conserve à l'asile sa destination primitive », le Dr Baruk oppose un autre projet innovant qui, dit-il, « s'appuie sur le concept, tout différent, de l'assistance aux psychopathes »¹⁹⁹³. Abel Boutin-Desvignes remplace psychopathe par « demi-fou¹⁹⁹⁴ ». Ce projet plus ambitieux est constitué d'un *hôpital psychiatrique* ouvert pour les malades

¹⁹⁸² BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1929 », séance du 29 octobre 1928, p. 287.

¹⁹⁸³ BUA, JP43, Conseil général, 1928, Rapport moral et administratif, 1927, p. 150.

¹⁹⁸⁴ *Id.*

¹⁹⁸⁵ *Id.*

¹⁹⁸⁶ *Id.*

¹⁹⁸⁷ *Id.*

¹⁹⁸⁸ *Id.*

¹⁹⁸⁹ *Id.*

¹⁹⁹⁰ *Id.*

¹⁹⁹¹ *Ibid.*, p. 151.

¹⁹⁹² *Id.*

¹⁹⁹³ *Id.*

¹⁹⁹⁴ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Travaux d'agrandissement et d'amélioration », séance du 29 octobre 1928, p. 300.

non dangereux et non protestataires ainsi que pour les enfants¹⁹⁹⁵. « Un véritable hôpital, libre, ouvert où les malades entreraient sans être internés et d'où ils sortiraient librement après guérison¹⁹⁹⁶. » Selon le Dr Baruk, il s'agit ici d'envisager « les malades de l'esprit avec nos conceptions modernes de l'assistance et la prévoyance¹⁹⁹⁷ ». Dans cet hôpital, les malades seraient pris en charge non par la loi de 1838, mais par celles du 15 juillet 1893 et du 14 juillet 1905¹⁹⁹⁸. « Ils [les malades] ne supporteraient plus ainsi le discrédit que cause aujourd'hui l'internement aux malades et à leurs familles et ne subiraient pas toutes les restrictions de leur capacité civile et autres, qui frappent aujourd'hui les pensionnaires de l'asile¹⁹⁹⁹. » L'hôpital accueillerait des malades couverts par la loi de 1905 atteints de névroses, psychonévroses, les épileptiques, ainsi que les neurasthéniques et les psychasthéniques ainsi que les enfants anormaux²⁰⁰⁰, mais aussi des délirants pris au début de leur maladie²⁰⁰¹. Cet hôpital serait doté d'un *service de consultation externe* : « une sorte de dispensaire d'hygiène et de thérapeutiques mentales²⁰⁰². » Le Dr Baruk fait un rêve éveillé.

D'autre part, le projet comporte, dans le cadre de la loi du 30 juin 1838, un *asile* d'aliénés pour les malades dangereux, protestataires mais aussi pour ceux qui sont devenus incurables²⁰⁰³. Le Dr Baruk précise que de cette manière la population de l'asile diminuerait²⁰⁰⁴. Aussi, l'existant n'aurait besoin que de quelques retouches, l'ordonnance générale ne serait pas bouleversée²⁰⁰⁵. En ce qui concerne l'hôpital psychiatrique et le dispensaire, ils seraient réalisés sur le terrain des Grillers²⁰⁰⁶. Comment financer un tel projet ? Sur ce point le Dr Baruk précise que cet hôpital n'aura pas besoin d'être réalisé en une seule fois, les bâtiments seront construits en fonction des excédents budgétaires²⁰⁰⁷.

La deuxième commission propose à l'architecte du département d'étudier avec le Dr Baruk un projet et demande au préfet de rechercher les moyens financiers pour le réaliser²⁰⁰⁸.

En 1931, le conseil général fait l'acquisition du terrain des Grillers²⁰⁰⁹. Abel Boutin-Desvignes rapporte à cet effet que par trois fois, en 1923, en 1929 et en 1930, le conseil général s'était prononcé en faveur de l'acquisition de ce terrain qui appartenait à la commune de Sainte-Gemmes-sur-Loire²⁰¹⁰. Un crédit

¹⁹⁹⁵ BUA, JP43, Conseil général, 1928, Rapport moral et administratif, 1927, p. 153.

¹⁹⁹⁶ *Ibid.*, p. 152.

¹⁹⁹⁷ *Ibid.*, p. 151.

¹⁹⁹⁸ *Ibid.*, p. 152.

¹⁹⁹⁹ *Id.*

²⁰⁰⁰ *Id.*

²⁰⁰¹ *Id.*

²⁰⁰² *Ibid.*, p. 153.

²⁰⁰³ *Id.*

²⁰⁰⁴ *Id.*

²⁰⁰⁵ *Id.*

²⁰⁰⁶ *Id.*

²⁰⁰⁷ *Id.*

²⁰⁰⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Travaux d'agrandissement et d'amélioration », séance du 29 octobre 1928, p. 301.

²⁰⁰⁹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Acquisition du terrain des Grillers », séance du 3 novembre 1931, p. 290.

²⁰¹⁰ *Id.*

de 17 000 F était inscrit chaque année au budget depuis 1929²⁰¹¹. Ce feuilleton entamé 10 ans auparavant semble clos²⁰¹². A côté de ces projets architecturaux, les assurances sociales préfigurent de nouveaux changements à venir.

2.3. Assurances sociales et aliénation (1928)

En septembre 1930, le rapporteur prévoit d'inscrire comme dépense nouvelle une somme de 20 000 F en vue de l'application de la loi sur l'assurance sociale²⁰¹³.

Quelques mois auparavant, dans une communication au XXXIV^e congrès des médecins aliénistes et des neurologistes de France, le Dr Albert Calmettes, médecin-chef de l'asile de Naugeat-Limoges, analysait l'impact de la loi du 5 avril 1928 sur l'assistance aux aliénés²⁰¹⁴. La loi des assurances sociales s'inspire de la législation allemande en vigueur en l'Alsace-Lorraine. Elle se rattache à une conception étatiste basée sur l'affiliation obligatoire avec double versement de l'employé et de l'employeur, et avec une subvention de l'Etat. Le capital commun permet aux assurés de couvrir divers risques : maladie, invalidité prématurée, vieillesse et décès²⁰¹⁵. En outre, l'Etat donne des subventions pour les charges de familles, de maternité, et le chômage involontaire par manque de travail²⁰¹⁶. Tous les salariés ayant moins de 15 000 F de salaire par an sont affiliés d'office à une caisse d'assurance et versent 8 % de leur salaire²⁰¹⁷.

Avec cette loi, le Dr Calmettes se réjouit de voir « l'aliéné [...] assimilé à un malade ordinaire²⁰¹⁸ ». En effet, l'article 4 de la loi incorpore la maladie mentale : « L'assurance-maladie couvre les frais de médecine générale et *spéciale*, les frais pharmaceutique et d'appareils ; les frais d'hospitalisation et de traitement dans un établissement de cure et les frais d'interventions chirurgicales pour l'assuré, son conjoint et ses enfants non salariés de seize ans²⁰¹⁹. »

Pour ouvrir des droits aux prestations en nature ou en argent l'assuré devra avoir cotisé, à partir de l'application de la loi, vingt jours durant le mois précédent la maladie et, à partir du quatrième mois, soixante jours durant les trois mois antérieurs²⁰²⁰. La loi étant entrée en application le 1^{er} juillet 1930, dès le mois d'août 1930 des malades étaient susceptible d'entrer dans les asiles au compte de l'assurance

²⁰¹¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Acquisition du terrain des Grillers », séance du 3 novembre 1931, p. 290.

²⁰¹² *Id.*

²⁰¹³ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, séance du 30 septembre 1930, p. 345.

²⁰¹⁴ Albert Calmettes, « L'application de la loi sur les assurances sociales aux malades atteints de maladies mentales », in Congrès des Médecins aliénistes & Neurologistes de France, XXXIV^e session, Lille (21-26 juillet 1930), Paris, Masson, 1930, p. 156.

²⁰¹⁵ *Id.*

²⁰¹⁶ *Ibid.*, p. 157.

²⁰¹⁷ *Id.*

²⁰¹⁸ *Ibid.*, p. 156.

²⁰¹⁹ *Ibid.*, p. 159-160.

²⁰²⁰ *Ibid.*, p. 160.

sociale [nous sommes en juillet]²⁰²¹. L'indemnité journalière est égale à la moitié du salaire à partir du sixième jour de maladie et pendant six mois²⁰²².

Le Dr Calmettes analyse l'impact de l'assurance maladie sur l'assistance aux aliénés. Dans un premier temps, il montre que la volonté du législateur et la pratique ne se superposent pas, et que la loi de 1838, de fait, recèle des possibilités d'assistance qui n'ont pas été réalisées dans la pratique habituelle²⁰²³. Ainsi, dans la plupart des asiles, les malades placés sont soit des individus dangereux pour l'ordre public et la sûreté des personnes, soit des malades assez fortunés pour s'acquitter des frais du placement²⁰²⁴. La répartition est d'environ 1/4 de pensionnaire pour 3/4 de malades dangereux (c'était la répartition qui existait dans l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire avant 1912 et l'usage du placement volontaire gratuit)²⁰²⁵. Il explique ensuite que cette « mesure restrictive », qui nuit au traitement des aliénés, n'a pas été voulue par le législateur²⁰²⁶. Mentionnant l'article 25 de la loi de 1838 et la circulaire de 1840, il démontre que cette pratique est contraire à l'esprit du législateur qui n'avait pas voulu que seuls les malades dangereux aient le droit à l'assistance²⁰²⁷. Pourtant, si cette circulaire de 1840 avait prévu, dans le cas des placements volontaires gratuits, une participation accrue des communes, elle avait aussi, afin d'éviter les abus, prévu de réglementer le nombre des places à leur réserver²⁰²⁸. Pour illustrer son propos, il cite l'inspecteur général Raynier qui dans un rapport de 1923 précisait que si les arrêtés concernant les placements volontaires gratuits avaient été pris, et que des délibérations avaient été effectuées dans le sens des directives du ministre, ils avaient eu « des destins divers²⁰²⁹ ». « Dans bien des cas, l'inspection générale a pu constater qu'ils constituent des documents qu'il faut exhumer des archives où ils sont malheureusement tombés dans l'oubli²⁰³⁰. » Le psychiatre Lucien Bonnafé (1912-2003) souligne que, dans les années 1930, dans certains asiles, cette norme est si instituée que parfois les imprimés administratifs portent les mentions POG pour « placement d'office gratuit » et PVP pour « placement volontaire payant »²⁰³¹. Un constat s'impose : la question financière empêche l'application de l'article 25 de la loi de 1838. Pour surmonter cet obstacle, l'inspecteur Raynier préconisait que les dépenses des aliénés soient au compte des trois communautés : Etat, département, communes²⁰³². En 1930, le Dr Calmette recense seulement trois à quatre départements où la loi est réellement appliquée

²⁰²¹ Albert Calmettes, « L'application de la loi sur les assurances sociales aux malades atteints de maladies mentales », in Congrès des Médecins aliénistes & Neurologistes de France, XXXIV^e session, Lille (21-26 juillet 1930), Paris, Masson, 1930, p. 160.

²⁰²² *Ibid.*, p. 170.

²⁰²³ *Ibid.*, p. 153.

²⁰²⁴ *Id.*

²⁰²⁵ *Id.*

²⁰²⁶ *Id.*

²⁰²⁷ *Id.*

²⁰²⁸ *Ibid.*, p. 154.

²⁰²⁹ *Id.*

²⁰³⁰ *Id.*

²⁰³¹ Lucien Bonnafé, « 1937-1987. Apprendre l'histoire et la manière de s'en servir », *Vie Sociale et Traitements*, n° 172, août-septembre 1987, p. XX.

²⁰³² Albert Calmettes, « L'application de la loi sur les assurances sociales aux malades atteints de maladies mentales », in Congrès des Médecins aliénistes & Neurologistes de France, XXXIV^e session, Lille (21-26 juillet 1930), *op. cit.*, p. 155.

[utilisation du placement volontaire gratuit] : la Seine, la Nièvre, le Loiret, auxquels nous ajouterons le Maine-et-Loire²⁰³³. Le Dr Calmettes voit dans les assurances sociales le levier qui favorisera la disparition de la catégorie des indigents assistés par « charité publique »²⁰³⁴. Les salariés ayant moins de 15 000 F de salaire sont affiliés d'office à une caisse d'assurance et auront, de fait, des ressources²⁰³⁵. Par cette loi, le placement volontaire sera applicable aux indigents qu'ils soient dangereux ou pas, ce qui permettra au malade d'être soigné dès les premiers symptômes²⁰³⁶.

D'autre part, cette loi diminuera l'intervention des communes et départements qui n'interviendront « qu'accessoirement dans les frais de traitement des aliénés²⁰³⁷ ». Seulement, dans le cas spécifique de la maladie mentale, la garantie des six mois de prise en charge apparaît déjà comme une limite²⁰³⁸. Le délai de 6 mois est adapté pour une « maladie ordinaire », mais qu'en est-il dans le cas d'une maladie mentale ? Le législateur a prévu qu'au-delà des 6 mois, toute rechute dans un délai de deux mois est considérée comme une continuité de la maladie²⁰³⁹. Au-delà, le malade interné (en placement d'office ou volontaire suivant l'article 25 de la loi de 1838), aura droit à une pension d'invalidité, ainsi qu'à la prise en charge de ses frais médicaux et pharmaceutiques pendant cinq ans²⁰⁴⁰. Au début, la pension sera minimale et nécessitera le recours à l'assistance départementale et communale. Le malade devra être placé parmi les indigents²⁰⁴¹. Avec cette pratique, le placement volontaire qui était associé au pensionnaire est dévolu aux malades aigus et le placement d'office lié à l'indigence aux malades chroniques²⁰⁴². Les frais d'hospitalisation supportés par la caisse ne dépasseront pas les tarifs d'hospitalisation appliqués aux malades admis sous le régime de l'assistance médicale gratuite²⁰⁴³.

Cette pratique, selon Calmettes, modifiera l'organisation des asiles où les malades sont alors répartis en deux catégories distinctes : les pensionnaires et les indigents²⁰⁴⁴. En premier lieu il faudra tenir compte de la *représentation* « du public²⁰⁴⁵ ». Les pensionnaires, à part, dans un certain confort, sont mieux considérés par la population²⁰⁴⁶. « D'abord, on croit qu'ils ne sont pas dangereux alors que les indigents sont réputés tels. La plupart dit-on ne sont pas fous, certes, ils sont bien un peu neurasthéniques, mais ils raisonnent bien en général. Ils sont dignes d'intérêt, et on peut entrer dans un pensionnat d'asile public comme dans une maison de santé privée, sans être déshonoré. On peut même en sortir par

²⁰³³ Albert Calmettes, « L'application de la loi sur les assurances sociales aux malades atteints de maladies mentales », in Congrès des Médecins aliénistes & Neurologistes de France, XXXIV^e session, Lille (21-26 juillet 1930), *op. cit.*, p. 155.

²⁰³⁴ *Id.*

²⁰³⁵ *Id.*

²⁰³⁶ *Id.*

²⁰³⁷ *Id.*

²⁰³⁸ *Ibid.*, p. 156.

²⁰³⁹ *Ibid.*, p. 164.

²⁰⁴⁰ *Id.*

²⁰⁴¹ *Id.*

²⁰⁴² *Id.*

²⁰⁴³ *Id.*

²⁰⁴⁴ *Id.*

²⁰⁴⁵ *Ibid.*, p. 165.

²⁰⁴⁶ *Id.*

guérison²⁰⁴⁷. » Puis il y a les indigents : « A côté, il y a l'asile où vivent les malades méchants, à juste raison victimes de leurs vices ou tares ancestrales, enfermés derrière des murs, séparés du reste des mortels avec lesquels ils ne doivent avoir rien en commun²⁰⁴⁸. » En tenant compte de cela il faudra, pour ménager l'opinion, placer *les malades assurés*, qui seront le plus souvent en placement volontaire, dans un quartier distinct des indigents (ceux qui n'auront jamais cotisé)²⁰⁴⁹. Il est préconisé de soigner, dans un pavillon, en même temps les dernières classes des malades au compte des familles et les assurés sociaux²⁰⁵⁰. Ce pavillon, la clinique, ou l'hôpital, est opposé à l'asile des indigents, « dangereux par définition »²⁰⁵¹. Selon le Dr Calmettes, cela permettrait de dépasser l'asile caserne en favorisant de nouvelles constructions²⁰⁵².

Dans cet exposé, les assurances sociales apparaissent comme décisives. Par ailleurs, cette nouvelle loi nécessite de distinguer les frais généraux des frais médicaux et pharmaceutiques²⁰⁵³. Car pendant cinq ans, le malade percevra une pension d'invalidité et une somme représentant la valeur des soins médicaux et pharmaceutiques. Pour bénéficier de l'assurance-invalidité, il faut être immatriculé, et avoir réalisé au moins 480 jours de travail, durant les 2 ans précédant la maladie²⁰⁵⁴. Si la personne a 30 ans de travail, elle perçoit 40 % de son salaire. Sinon elle touche 1/30^{ème} de la pension régulière par année de versement²⁰⁵⁵. Les assurances sociales contribuent aux charges de la famille de l'assuré grâce à des allocations. Une indemnité journalière de 1 F est calculée en fonction du nombre d'enfants de moins de 16 ans. Les malades perçoivent un demi-salaire s'ils ont des enfants, sauf les alcooliques « dont la maladie résulte d'une faute intentionnelle²⁰⁵⁶ ». Strauss demande l'obligation pour les caisses de réaliser des consultations préventives. Cette obligation n'est pas admise et l'organisation de la prévention est laissée à la bonne volonté des caisses. Malgré cela, le Dr Calmettes espère que les assurances sociales, par le principe des soins préventifs qu'elles consacrent, permettront de réaliser une prophylaxie mentale efficace²⁰⁵⁷.

En août 1930, le ministre de la Santé publique Désiré Ferry, par une circulaire, rappelle aux préfets l'article 25 de la loi du 30 juin 1838 et l'usage du placement volontaire gratuit²⁰⁵⁸. Au même moment, à Sainte-Gemmes, mais aussi dans les autres asiles, apparaît une nouvelle méthode thérapeutique : la malariathérapie.

²⁰⁴⁷ Albert Calmettes, « L'application de la loi sur les assurances sociales aux malades atteints de maladies mentales », in Congrès des Médecins aliénistes & Neurologistes de France, XXXIV^e session, Lille (21-26 juillet 1930), *op. cit.*, p. 165.

²⁰⁴⁸ *Id.*

²⁰⁴⁹ *Id.*

²⁰⁵⁰ *Id.*

²⁰⁵¹ *Id.*

²⁰⁵² *Ibid.*, p. 166.

²⁰⁵³ *Ibid.*, p. 168.

²⁰⁵⁴ *Ibid.*, p. 166.

²⁰⁵⁵ *Ibid.*, p. 168.

²⁰⁵⁶ *Ibid.*, p. 169.

²⁰⁵⁷ *Ibid.*, p. 171.

²⁰⁵⁸ Circulaire du 4 août 1930 relative aux placements volontaires gratuits

3. L'émergence de la psychiatrie biologique : la malariathérapie (1928)

« *Extremis malis extrema remedia* »

Dans le rapport médical de 1928, les Dr Baruk et Renaux citent le rapport du XXXII^e Congrès des Dr Dujardin et Targowla sur la mise au point d'une nouvelle méthode thérapeutique : la malariathérapie²⁰⁵⁹. Ils précisent que cette méthode est pratiquée « depuis déjà quelques temps dans les services de Ste Gemmes »²⁰⁶⁰. La malariathérapie inaugure les traitements biologiques qui sont marqués dans un premier temps par le traitement par les fièvres (pyrétothérapie), puis par les traitements de chocs (insulinothérapie, cardiazolthérapie, électrochocs, psychochirurgie) et enfin par la psychopharmacologie (chlorpromazine, halopéridol, etc.)²⁰⁶¹.

L'émergence de ces traitements empiriques, dangereux pour le malade, s'expliquent pour Jean Noël Missa par la « frustration », l'impuissance de guérir qui conduit les psychiatres à prendre des risques plutôt que de pratiquer « l'abstentionnisme thérapeutique²⁰⁶² ». Anne-Laure Simonnot souligne que la psychiatrie biologique, et notamment la malariathérapie, naît dans un contexte de peur et d'obsessions collectives : tuberculose, alcool, folie et syphilis²⁰⁶³. En 1927, les Dr Baruk et Renaux, même s'ils tempèrent, « parlent d'une progression constante et inquiétante des cas d'aliénations²⁰⁶⁴ ». La malariathérapie donne corps à l'orientation organiste de la psychiatrie et permet son alignement sur la médecine²⁰⁶⁵.

L'histoire de la malariathérapie est associée à celle de la paralysie générale, qui commence en 1822 avec la thèse de Bayle, qui l'« individualise » comme maladie²⁰⁶⁶. Jacques Postel fait remarquer que la paralysie générale, comme maladie neuropsychiatrique, devient la caution scientifique du mouvement qui fait basculer la psychiatrie morale (psychogénétique) vers l'organogénétique²⁰⁶⁷. A la fin du XIX^e siècle, le Dr Régis, futur professeur de psychiatrie de Bordeaux, démontre une corrélation statistique entre la paralysie générale et la syphilis dont elle est une manifestation tardive. Mais c'est grâce au développement de la bactériologie, du test sanguin spécifique de August von Wassermann en 1906, et surtout de la découverte dans le cerveau des paralytiques généraux en 1913 par Noguchi et Moore de l'agent responsable, le tréponème, que l'étiologie syphilitique de la paralysie générale n'est plus contestée²⁰⁶⁸. La paralysie générale est causée par la diffusion du tréponème dans le système nerveux

²⁰⁵⁹ Dujardin et Targowla, « Les thérapeutiques de la paralysie générale », in *Comptes rendus du Congrès des médecins aliénistes et neurologues de France et des pays de langue française*, XXXII^e Session, Anvers (22-28 juillet 1928), Paris, Masson, 1928, p. 187-244.

²⁰⁶⁰ AC, L 37, Rapport médical, 1928, non paginé.

²⁰⁶¹ Jean-Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle*, Paris, PUF, 2006, p. 8.

²⁰⁶² *Ibid.*, p. 9.

²⁰⁶³ Anne-Laure Simonnot, *Hygiénisme et eugénisme au XIX^e siècle à travers la psychiatrie française*, Paris, Seli Arslan, 1999, p. 101.

²⁰⁶⁴ AC, L37, Rapport médical, 1927, non paginé.

²⁰⁶⁵ Jean-Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle*, cit. op., p. 41.

²⁰⁶⁶ Jacques Postel et Claude Quérel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 2002, p. 203.

²⁰⁶⁷ *Id.*

²⁰⁶⁸ *Ibid.*, p. 214.

central, qui occasionne des troubles neurologiques et psychiatriques²⁰⁶⁹. Elle se manifeste par des troubles de la parole, des tremblements et idées délirantes²⁰⁷⁰. La maladie évolue vers « une dissolution de la personnalité intellectuelle, morale, affective ». Elle se termine, en quelques années, par la mort de l'individu²⁰⁷¹. Au début du XX^e siècle, comme le souligne Dujardin et Targowla, il n'y a pas de traitement efficace²⁰⁷². En 1922, pour le centenaire de la thèse de Bayle, un psychiatre déclarait : « Le paralysie générale est une affection actuellement incurable ; elle ne comporte par de traitement²⁰⁷³. » En désespoir de cause, certains médecins vont utiliser des méthodes audacieuses et notamment le traitement par fièvre artificielle (pyrétothérapie).

Connue depuis l'Antiquité, cette technique consiste à injecter une substance pyrétogène. La conjonction de cette méthode et de la découverte de l'origine de la paralysie générale aboutit à la malariathérapie. Si l'idée première est de Legrain, elle est testée pour la première fois par le psychiatre viennois Wagner von Jauregg en 1917 qui recevra le prix Nobel de médecine pour cette découverte²⁰⁷⁴. Dans les années 1920, la malariathérapie connaît un immense succès, elle est pratiquée dans toutes les institutions psychiatriques d'Europe et des Etats-Unis²⁰⁷⁵. En 1924, les premiers essais d'impaludation en France sont réalisés par Claude, Codet et Targowla à Sainte-Anne²⁰⁷⁶. La méthode consiste à injecter une forme peu virulente de la malaria : *le plasmodium vivax*, à un patient atteint de paralysie générale (la malariathérapie se révélera inopérante pour la schizophrénie, la mélancolie et la maniaco-dépression)²⁰⁷⁷. Pour impaluder un paralytique, on lui injecte 2 à 3 cc de sang d'un sujet malarique par voie intramusculaire entre les épaules ou par intraveineuse²⁰⁷⁸. Après quelques jours d'incubation, le malade présente des accès de fièvre qui montent à 40° voire parfois plus²⁰⁷⁹. Les accès durent de six à huit heures. Une cure complète comprend huit accès fébriles avant d'être interrompue par une injection de quinine (issue de l'écorce de quinquina)²⁰⁸⁰. Parfois, à la place d'une quinisation, on injecte de salvarsan (un composé de l'arsenic²⁰⁸¹), qui permet de stopper la fièvre tout en gardant le malade « utilisable » pour les réinoculations²⁰⁸². Si les malades et donc le sang malarique font défaut, on fait venir un

²⁰⁶⁹ Jean-Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle*, op. cit., p. 40.

²⁰⁷⁰ *Ibid.*

²⁰⁷¹ *Ibid.*, p. 40-41.

²⁰⁷² Dujardin et Targowla, « Les thérapeutiques de la paralysie générale », in *Comptes rendus du Congrès des médecins aliénistes et neurologues de France et des pays de langue française*, XXXII^e Session, op. cit., p. 188.

²⁰⁷³ *Ibid.*, p. 202-203.

²⁰⁷⁴ Jacques Postel et Claude Quérel, *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, op. cit., p. 214.

²⁰⁷⁵ Jean-Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle*, op. cit., p. 47.

²⁰⁷⁶ Dujardin et Targowla, « Les thérapeutiques de la paralysie générale », in *Comptes rendus du Congrès des médecins aliénistes et neurologues de France et des pays de langue française*, XXXII^e Session, Anvers (22-28 juillet 1928), op. cit., p. 207.

²⁰⁷⁷ Jean-Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle*, op. cit., p. 61.

²⁰⁷⁸ *Ibid.*, p. 49-50.

²⁰⁷⁹ *Ibid.*, p. 53.

²⁰⁸⁰ *Ibid.*, p. 49.

²⁰⁸¹ Claude Chastel, *Une petite histoire de la médecine*, Paris, Ellipses, 2004, p. 52.

²⁰⁸² *Ibid.*, p. 50.

moustique (anophèle cultivé et parasité), dans une boîte de verre fermée par une moustiquaire, qui piquera le malade à travers le filet sur le bras ou la fesse²⁰⁸³.

Cette méthode n'est pas sans risque pour le patient : Dujardin et Targowal rapportent que sur 240 malades traités, ils ont obtenu 135 « résultats favorables », soit (56 %), 86 défavorables et 19 décès (soit une proportion de 8 %) ²⁰⁸⁴. Demay, dans une autre étude, relève un taux de mortalité de 11 %. Un tel rapport bénéfice-risque serait inacceptable maintenant. L'impaludation est privilégiée à « l'abstention thérapeutique²⁰⁸⁵ ».

Jean-Noël Missa parle d'une « efficacité subjective²⁰⁸⁶ ». En effet, si on confronte les chiffres de Demay, plus nuancés selon nous, on constate sur 130 cas que les « rémissions incomplètes » représentent 50 % et les « rémissions complètes », avec reprise de l'activité salariée, 25 %. Après cette étude, on est tenté de rapprocher « les résultats favorables » cités précédemment et « les rémissions incomplètes ». On peut en déduire, comme Jean-Noël Missa Missa, que dans le désert thérapeutique des années 1920, la malariathérapie donne de l'enthousiasme aux psychiatres²⁰⁸⁷. Nous n'avons pas trouvé de commentaire sur la malariathérapie dans les rapports médicaux et les dossiers que nous avons consultés, mais uniquement la mention que le malades était impaludé.

Pour terminer, observons les lieux où vivent les malades.

D / Un lieu insalubre et violent

A la fin des années 1920, l'asile est un lieu insalubre et violent. Quelles mesures sont prises pour endiguer ces phénomènes ?

1. Un service de vidange

En 1930, le Dr Baruk revient sur le système d'évacuation des vidanges qui le préoccupe depuis son entrée en fonction²⁰⁸⁸. La raison tient à la publication d'un arrêté préfectoral autorisant l'emploi des fosses septiques avec dilueurs et filtres dans le département²⁰⁸⁹. Lors de son arrivée, le système en place était celui des tinettes mobiles dont le contenu était vidé chaque jour dans un champ dit de la Garenne à l'Ouest de l'établissement²⁰⁹⁰. Dans les fosses à ciel ouvert, « la matière fermentait, répandant une

²⁰⁸³ Claude Chastel, *Une petite histoire de la médecine*, op. cit., 50-51.

²⁰⁸⁴ Dujardin et Targowla, « Les thérapeutiques de la paralysie générale », in *Comptes rendus du Congrès des médecins aliénistes et neurologues de France et des pays de langue française*, XXXII^e Session, Anvers (22-28 juillet 1928), op. cit., p. 207.

²⁰⁸⁵ Jean-Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle*, op. cit., p. 56.

²⁰⁸⁶ *Ibid.*, p. 190.

²⁰⁸⁷ *Ibid.*, p. 61.

²⁰⁸⁸ BUA, JP43, Conseil général, 1930, Rapport moral et administratif, 1929, p. 168.

²⁰⁸⁹ *Ibid.*, p. 169.

²⁰⁹⁰ *Ibid.*, p. 168.

odeur infecte » elle alimentait « des mouches qui en transportaient ensuite les germes un peu partout »²⁰⁹¹. Cette « situation jugée intolérable » avait donné lieu à l'examen de différents systèmes. Le tout-à-l'égout était impossible compte tenu du niveau d'eau du bras de Loire qui borde l'établissement²⁰⁹². Le principe de la fosse étanche avait été repoussé à cause de la dépense mais aussi pour des raisons de surface de terrain et de légalité. Le système de fosse septique existe sous deux formes. Le premier comprend des fosses successives en plein air avec champ d'épandage nécessitant une grande surface de terrain que l'asile n'a pas²⁰⁹³. La seconde possibilité comprend deux fosses, une étanche qui sert de dilueur et une autre, filtrante, remplie de charbon²⁰⁹⁴. Ce système n'étant pas entré en vigueur dans le département, les tinettes avait été maintenues en atténuant le plus possible les inconvénients²⁰⁹⁵. Le Dr Baruk, avant de faire chiffrer les travaux par l'architecte, demande l'examen du conseil départemental d'hygiène²⁰⁹⁶. La deuxième commission considérant « qu'à notre époque de progrès on en [est] encore réduit, à l'asile, au régime des tinettes mobiles, dont les inconvénients apparaissent au double point de vue du confort et de l'hygiène », demande au préfet de faire établir par l'architecte une étude approfondie du système d'évacuation²⁰⁹⁷. Une solution efficace, attendue depuis 20 ans, prend corps. Les rats posent aussi problème dans l'asile.

2. La chasse aux rats (1931)

En 1931, le directeur déclare, lors d'une réunion de la commission de surveillance, que « l'asile est envahi par les rats » et qu'ils font des ravages notamment dans la cuisine et dans la boucherie²⁰⁹⁸. Les ratières et les virus se sont avérés inopérants, aussi décide-t-il de donner une prime de cinq centimes aux employés et aux malades pour chaque rat capturé, mort ou vif²⁰⁹⁹. La commission de surveillance jugeant la récompense trop faible la porte à 10 centimes par tête de rat²¹⁰⁰. A côté de l'insalubrité, il y a plus grave : la violence.

3. La violence

L'asile est un lieu où les rapports de force entre les malades et les infirmières/infirmiers sont permanents. La vie quotidienne est émaillée par des rapports violents, particulièrement dans les

²⁰⁹¹ BUA, JP43, Conseil général, 1930, Rapport moral et administratif, 1929, p. 168.

²⁰⁹² *Id.*

²⁰⁹³ *Ibid.*, p. 169.

²⁰⁹⁴ *Id.*

²⁰⁹⁵ *Id.*

²⁰⁹⁶ *Ibid.*, p. 170.

²⁰⁹⁷ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Projets de résolutions », séance du 26 septembre 1930, p. 349.

²⁰⁹⁸ AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Destruction des rats », séance 21 juillet 1931, p. non paginé

²⁰⁹⁹ *Id.*

²¹⁰⁰ *Id.*

quartiers des agités (ées). Les gratifications offertes pour actes de courage dans les procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance témoignent des incidents. Ainsi, en 1925, le Dr Baruk rapporte « que l'infirmier X expérimenté a reçu de la part du malade Y des coups de poing qui lui ont été assénés avec une violence telle qu'il en a perdu connaissance. Il porte depuis au visage les marques de ces coups²¹⁰¹ ». Le Dr Baruk pense qu'il serait « équitable » de donner à l'infirmier, dont l'attitude est jugée « irréprochable », « une récompense²¹⁰² ». Ou encore, en 1931, le directeur informe la commission de surveillance « que, le 12 octobre dernier, quelques malades *du quartier des agités* se sont jetés soudainement sur les infirmiers A, B et C dans l'intention de prendre leurs clés. L'un de ceux-ci, réussissant à se dégager, courut chercher l'aide des infirmiers des quartiers voisins. Les gardiens D, E et G accoururent aussitôt et réussirent à dégager leurs camarades que les malades cherchaient à terrasser. Peu après, le calme était rétabli. Au cours de la lutte, le chef de quartier A et les infirmiers B et C furent quelque peu blessés²¹⁰³ ». Ils obtiennent 100 F de gratification²¹⁰⁴. On trouve cette violence aussi dans le quartier des femmes. Ainsi en 1931 « l'infirmière X, employée à la division des agitées, est sérieusement blessée au front par une malade d'un coup de vase de nuit²¹⁰⁵ ». Le directeur, en raison de cette blessure et des bons services rendus, demande à la commission de surveillance que lui soit octroyée une gratification de 100 F²¹⁰⁶.

En 1933, dans une circulaire du ministre de la Santé aux préfets, cette violence est posée en termes de risques professionnels²¹⁰⁷. Constatant la recrudescence des attentats commis par des malades internés contre le personnel soignant, autant dans les asiles publics d'aliénés que les asiles privés faisant fonction d'asiles publics, le ministre se préoccupe des risques professionnels de ces agents²¹⁰⁸. Il demande d'insérer dans les règlements des établissements un article précisant la position de l'administration vis-à-vis des médecins et autres agents victimes d'accidents causés par les aliénés²¹⁰⁹. L'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire avait déjà pris l'initiative d'assurer tout son personnel contre les accidents causés ou provoqués par les aliénés²¹¹⁰. Conformément au désir du ministre, la commission de surveillance propose d'insérer un article (178) dans le règlement : « Bien que non assujetti aux disposition de la loi du 9 août 1898, l'asile se reconnaît responsable des accident causés à son personnel par le fait des aliénés. En cas de blessures, l'administration devra assurer à la victime, conformément aux dispositions

²¹⁰¹ AC, L 15, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Gratification à un infirmier », séance du 21 avril 1925, non paginé.

²¹⁰² *Id.*

²¹⁰³ AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Gratification à 6 infirmiers », séance du 20 octobre 1931, non paginé.

²¹⁰⁴ *Id.*

²¹⁰⁵ AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Gratification à une infirmière », séance du 15 septembre 1931, non paginé.

²¹⁰⁶ *Id.*

²¹⁰⁷ AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Attentats contre le personnel », séance du 11 avril 1933, non paginé.

²¹⁰⁸ *Id.*

²¹⁰⁹ *Id.*

²¹¹⁰ *Id.*

des lois sur les accidents de travail : 1/ Les soins pendant la durée de la blessure et de l'incapacité de travail qui en résultera. 2 / L'indemnisation des infirmités permanentes totales ou partielles persistant après la consolidation²¹¹¹. »

Conclusion

A l'articulation des années 1920 et 1930, le financement de l'indigence départementale évolue de deux manières. Avec la loi de 1931, la participation de l'Etat, qui faisait jusqu'alors défaut, se matérialise. Les budgets départementaux et communaux sont soulagés.

Ensuite, les assurances sociales offrent une alternative au mode de prise en charge asilaire (pension/indigence). Depuis la réintroduction du placement volontaire gratuit, c'est la première innovation majeure à la fois pour l'institution et le malade. Pour l'asile, c'est un moyen de sortir de l'emprise financière du conseil général. Pour le malade s'est la possibilité de bénéficier de la même couverture que pour les autres risques (maladies, invalidité...). Plus encore, elles permettent des soins précoces, et de réduire la tare de l'internement.

Au même moment, l'évolution favorable du budget de l'asile autorise des projets et notamment la création d'un ensemble hôpital psychiatrique/asile qui incarne l'esprit réformiste du Dr Baruk.

L'amélioration du sort du personnel s'accroît. L'évolution porte sur les conditions matérielles mais aussi sur le statut qui permet de matérialiser des droits et devoirs, l'instruction avec la création d'une école qui esquisse chez l'infirmier/infirmière un « collaborateur médical ». Enfin, l'externalisation qui s'amorce avec la création de la cité-jardin permet au personnel d'avoir un « chez soi ». Sous-tendues par la nécessité du recrutement, ces évolutions sont réalisées par le syndicat et le Dr Baruk, dans une communauté d'intérêt, sous la bienveillance du conseil général. La journée de 12 heures est acceptée par le conseil général sous la pression du syndicat.

Dans les thérapeutiques, la naissance de la psychiatrie biologique avec la malariathérapie donne l'illusion d'un rapprochement de la psychiatrie avec la médecine. L'asile reste un lieu insalubre et violent.

²¹¹¹ *Id.*

Chapitre III. Vers un déblocage institutionnel (1932-septembre 1939)

Introduction

Les années 1930 sont traversées par trois épisodes marquants : la crise économique, le Front populaire et la marche à la guerre. La crise économique commence aux Etats-Unis en 1929 et touche la France dans le deuxième semestre de l'année 1931²¹¹². Quel impact a-t-elle sur l'institution ?

Concernant le Front populaire, le psychiatre Lucien Bonnafé nous dit que c'est le temps d'un changement impulsé par le ministère de la Santé publique²¹¹³. Plus récemment, l'historienne Isabelle von Bueltzingsloewen remarque que l'institution psychiatrique à la fin des années 1930 est « portée par une dynamique réformatrice » et qu'elle était « en train d'opérer une mue » lorsque la guerre commence²¹¹⁴. Qu'en est-il dans l'asile de Sainte-Gemmes ?

Avec l'Anschluss puis les accords de Munich en 1938, la guerre vient à grand pas. Quelles résonnances prennent ses événements dans l'institution pour le personnel et les malades ?

A / Des évolutions décisives pour le personnel

En 1932, la crise économique, contre toute attente, favorise le recrutement du personnel. Pour quelles raisons ? Parallèlement, de nouvelles revendications sont formulées par le syndicat. Lesquelles ? Sont-elles avalisées ? En 1936 l'élection du Front populaire amorce une dynamique de changement exogène. Comment se matérialise-telle dans l'asile ? Quelle en est la réception parmi les acteurs de l'institution ? Quelles sont les difficultés de mise en œuvre ?

1. Crise économique et réformes

1.1. Effets de la crise et requêtes du personnel

Durant les années 1931-1932, le Dr Baruk constate qu'en raison de la crise et du chômage, le problème du recrutement, chronique depuis le début de notre étude, s'atténue²¹¹⁵. En 1932, la France compte 250 000 chômeurs et le chômage partiel se généralise²¹¹⁶. Georges Daumézon²¹¹⁷, dans son enquête sur

²¹¹² René Rémond, *Notre siècle de 1918 à 1991*, Paris, Fayard, p. 128.

²¹¹³ Lucien Bonnafé, « 1937-1987 Apprendre l'histoire et la manière de s'en servir », *VST*, n° 172, août-septembre 1987, p. XX.

²¹¹⁴ Isabelle von Bueltzingsloewen, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier, 2007, p. 247

²¹¹⁵ BUA, JP43, Conseil général, 1932, Compte moral et administratif, 1931, p. 113.

²¹¹⁶ Jean-Charles Asselain, *Histoire économique de la France du XVIII^e siècle à la nos jours. 2. De 1919 à la fin des années 1970*, Paris, Seuil, 1984, p. 32-35.

la situation du personnel infirmier dans les asiles, note qu'on assiste là à un double phénomène : « une stabilité accrue, les infirmiers se souciant fort peu de perdre une place, même mauvaise, pour battre le pavé par la suite » mais aussi un recrutement de sujets d'« un meilleur niveau social et intellectuel » qui auraient, dans un autre contexte, été appelés à « une autre destination²¹¹⁸ ».

Le Dr Baruk, prudent, juge cette situation transitoire : « Nul doute, cependant, que si les conditions extérieures venaient à s'améliorer, [l'asile] ne redevienne à nouveau déficitaire²¹¹⁹. » Aussi attire-t-il l'attention du préfet sur la requête adressée par le personnel²¹²⁰ et la nécessité d'améliorer le sort des agents pour des raisons d'équité mais également d'intérêt²¹²¹. Cette requête, faite par le syndicat du personnel secondaire, s'inscrit dans la continuité de celles formulées en 1929 et 1931. Elle est motivée de la sorte : « Considérant que la situation morale et matérielle, fait présentement au personnel secondaire de l'établissement, ne répond pas aux nécessités de la vie de l'heure présente, pas plus qu'elle ne correspond à celle faite à n'importe quelle catégorie de travailleurs, de l'industrie privée ou des administrations publiques, nous déclarons une fois de plus, que le manque de recrutement et l'instabilité sont dus à la mauvaise situation faite à ce personnel²¹²². » La requête porte essentiellement sur deux points : l'octroi du dernier cinquième de traitement et l'application de la journée de 12 heures avec l'institution d'un service de nuit.

Charles Cesbron-Lavau, rapporteur, évalue à 330 955 F le coût de l'ensemble des revendications si elles étaient toutes réalisées. Bien que reconnaissant les difficultés de recrutement, mais aussi les conditions de travail du personnel secondaire, il pense qu'une telle dépense excède les possibilités budgétaires de l'asile²¹²³.

Le syndicat reconnaît que des efforts ont été faits, « mais avec une telle modération que cela ne pourrait changer en rien la situation actuelle »²¹²⁴. En conséquence, il présente à nouveau le barème qu'il avait soumis en 1929, dont il avait obtenu les 3/5 puis 1/5 supplémentaire en 1931²¹²⁵. L'octroi du dernier cinquième, compte tenu du personnel existant, se monte à 71 745 F²¹²⁶.

Dans les crédits annulés pour défaut d'emplois, on remarque que le compte des préposés et servants représente le pourcentage le plus élevé. En 1931, sur un total de 954 025 F de crédits annulés, ce poste

²¹¹⁷ Georges Daumézon (1912-1979) est psychiatre. En 1935, sa thèse de doctorat en médecine se propose, au travers d'une enquête qu'il a réalisée, d'étudier, de façon « clinique », la situation du personnel infirmier dans les asiles.

²¹¹⁸ Georges Daumézon, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés*, Thèse pour le doctorat en médecine, Cahors, 1935, p. 286-287.

²¹¹⁹ BUA, JP43, Conseil général, 1932, Compte moral et administratif, 1931, p. 113.

²¹²⁰ *Ibid.*, p. 114.

²¹²¹ *Ibid.*, p. 113.

²¹²² AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Requête du personnel secondaire », séance du 21 juin 1932, non paginé.

²¹²³ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Requête du personnel secondaire », séance du 24 septembre 1932, p. 382.

²¹²⁴ AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Requête du personnel secondaire », séance du 21 juin 1932, non paginé.

²¹²⁵ *Id.*

²¹²⁶ BUA, JP43, Conseil général, 1932, Rapport du préfet (deuxième session), « Budget primitif de 1933 », p. 212.

représente un tiers soit 297 362 F²¹²⁷. Une économie substantielle est donc faite chaque année sur les emplois qui ne sont pas pourvus.

En septembre 1932, la deuxième commission, sensible au vœu de la commission de surveillance, mais aussi de la situation financière qui permet en raison de sous-effectif de réaliser ce relèvement, accepte l'augmentation du dernier cinquième²¹²⁸. La requête du personnel formulée initialement en 1929 obtient enfin satisfaction.

L'autre demande porte sur la journée de 12 heures et le service de nuit. Le syndicat juge plus qu'excessives les 144 heures consécutives que font les infirmiers et infirmières (6 jours consécutifs de 24 heures et un jour de repos ; la nuit ils couchent dans le dortoir avec les malades). Par comparaison, les ouvriers de l'asile font de 8 à 10 heures par jour²¹²⁹.

En avril 1931, le projet de journée de 12 heures avec un service de nuit avait été approuvé sur le principe par le conseil général²¹³⁰. Seulement, la décision avait été ajournée²¹³¹ devant les conséquences induites : la création de 39 emplois (1 religieuse, 18 infirmiers et 20 infirmières) et la dépense annuelle de 206 000 F font obstacle²¹³². Cette somme impute au budget de l'asile une ressource dont il aura besoin pour réaliser les travaux qu'il a projetés²¹³³. De plus, en raison des difficultés du recrutement, la deuxième commission est sceptique quant à possibilité de trouver des titulaires à ces emplois²¹³⁴.

En 1932, Abel Boutin-Desvignes fait remarquer au conseil général que si la décision n'est pas appliquée « vous ne trouverez plus de personnel pour Saint-Gemmes, ou tout au moins vous n'aurez que des cheminots qui viendront frapper à l'asile au début de l'hiver ; vous les prendrez comme infirmiers pendant trois mois et quand leur gousset sera un peu rempli ils s'en iront²¹³⁵. » Dans un climat inflationniste, il s'agit plus de retenir le personnel en place que d'en « appâter » de nouveau. Selon lui, pour être adapté à sa mission médicale, le personnel doit bénéficier de la journée de 12 heures²¹³⁶. Pour étayer son point de vue, il cite des asiles nationaux et départementaux qui appliquent la journée de 8 heures²¹³⁷. Il pense que la somme de 200 000 F nécessaire peut être facilement trouvée, en augmentant

²¹²⁷ BUA, JP43, Conseil général, 1932, Rapport du préfet (deuxième session), « Compte administratif de 1931 », p. 209.

²¹²⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Requête du personnel secondaire », séance du 24 septembre 1932, p. 382.

²¹²⁹ AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Requête du personnel secondaire », séance du 21 juin 1932, non paginé.

²¹³⁰ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Personnel secondaire », séance du 30 avril 1931, p. 268.

²¹³¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Requête du personnel secondaire », séance du 24 septembre 1932, p. 390.

²¹³² *Ibid.*, p. 384.

²¹³³ *Id.*

²¹³⁴ *Id.*

²¹³⁵ *Ibid.*, p. 386.

²¹³⁶ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Requête du personnel secondaire », séance du 24 septembre 1932, p. 386.

²¹³⁷ *Id.*

de 3 F le prix de journée des pensionnaires des 3 premières classes, comme il l'avait demandé en avril 1931²¹³⁸. Il précise tout de même qu'il s'opposera à augmenter le prix de journée des indigents²¹³⁹.

Suite à cette explication, une nouvelle adhésion de principe est formulée par le conseil général. Comme toujours, le Dr Baruk et le préfet sont invités à trouver les ressources nécessaires à condition de ne pas toucher aux prix de journées des malades indigents du département²¹⁴⁰. Le conseil général accepte la requête mais ne veut pas y contribuer.

1.2. L'application de la journée de 12 heures (1934)

Le Dr Baruk pense que cette réforme n'est possible financièrement que si le prix de journée des malades indigents est augmenté²¹⁴¹. Les conditions du conseil général sont remises en question. En mai 1933, il mentionne les deux obstacles qui ont jusqu'ici empêché l'adoption de l'application de la journée de 12 heures²¹⁴². Le premier : pour recruter du personnel de nuit, il faut déjà avoir celui de jour. Le second est la difficulté de loger le personnel de jour ailleurs que dans les salles de malades²¹⁴³. Concernant le premier point, le Dr Baruk voit les choses évoluer. Ainsi, si ce personnel avait toujours fait défaut à l'asile, les améliorations successives apportées aux salaires du personnel et la crise économique et le chômage permettent, en 1933, de combler les vides existants dans les effectifs²¹⁴⁴. La politique du Dr Baruk, favorisée par la détérioration du tissu économique, commence à fonctionner. Mieux encore, du fait du nombre, le Dr Baruk mentionne que « ce personnel autrefois médiocre et instable, sans aucune culture, a pu être sélectionné²¹⁴⁵ ». « Nous avons maintenant des infirmiers et infirmières stables, actifs et consciencieux, qui suivent avec la plus grande assiduité les cours que nous leur faisons, et dont un certain nombre viennent de passer avec succès des examens qui leur ont conféré un diplôme professionnel [nous allons aborder ce fait un peu plus loin]²¹⁴⁶. » Dans ce contexte, le Dr Baruk est plus qu'optimiste quant au recrutement du personnel de nuit²¹⁴⁷. Celui-ci devra être composé d'au moins une religieuse et 38 infirmiers et infirmières soit une dépense annuelle de 206 000 F²¹⁴⁸.

²¹³⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Requête du personnel secondaire », séance du 24 septembre 1932, p. 386.

²¹³⁹ *Id.*

²¹⁴⁰ *Ibid.*, p. 384.

²¹⁴¹ AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Personnel secondaire (journée de 12 heures) », séance du 17 janvier 1933, non paginé.

²¹⁴² BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Personnel secondaire », séance du 12 mai 1933, p. 219.

²¹⁴³ *Id.*

²¹⁴⁴ *Ibid.*, p. 220.

²¹⁴⁵ BUA, JP43, Conseil général, 1933, Compte moral et administratif, 1932, p. 100.

²¹⁴⁶ *Ibid.*, p. 98.

²¹⁴⁷ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Personnel secondaire », séance du 12 mai 1933, p. 220.

²¹⁴⁸ *Id.*

Revenant sur la décision d'accorder au personnel le 1/5^e manquant, il rappelle que le conseil général avait avalisé cette requête pour 71 000 F sans assurer la recette correspondante²¹⁴⁹. Cette fois le Dr Baruk, considérant la somme, admet que cette action ne sera pas possible²¹⁵⁰. Pour réaliser la recette appropriée, il pense qu'il faudra augmenter le prix de journée des diverses classes de pensionnaires, et celui des indigents²¹⁵¹ actuellement à 8 F, et inférieur au prix de revient qui dépasse les 9 F. Le département doit être mis à contribution. Il propose une augmentation de 1 F qui donnera une somme supplémentaire de 290 000 F²¹⁵². Cette augmentation, selon lui, ne pèsera pas dans le budget départemental en raison des assurances sociales et de la participation de l'Etat (loi du 31 mars 1931)²¹⁵³. Le rapporteur reconnaît que ce fait nouveau incite « à chercher une solution transactionnelle²¹⁵⁴ ». Jusqu'alors, la charge des aliénés indigents retombait intégralement sur les départements et les communes (à l'exception des malades qui étaient sans domicile de secours)²¹⁵⁵. Or, pour l'année 1931, le département a reçu 162 402 F de la part de l'Etat²¹⁵⁶. En novembre de la même année, celui-ci a décidé de faire aux communes une ristourne de 20 % qui viendra en déduction de la charge qui lui incombe²¹⁵⁷. De plus, l'application des assurances sociales laisse espérer que le nombre d'indigents à la charge des collectivités diminuera²¹⁵⁸. Dans cette nouvelle perspective, la deuxième commission estime que « ces dégrèvements pourraient servir à compenser le léger sacrifice que nous demanderions aux communes en augmentant le prix de journée²¹⁵⁹ ». Alors que le Dr Baruk demande une augmentation de 1 F qui donnerait 290 000 F, la deuxième commission propose 0,50 F qui permettraient d'obtenir 145 000 F²¹⁶⁰. La loi de 31 mars 1931 et les assurances sociales assouplissent le point de vue du conseil général. L'autre problème pointé par le Dr Baruk concerne le logement du personnel de jour. Là aussi le problème semble contournable. Toujours selon le rapporteur, le syndicat du personnel qui reconnaît, dans une lettre, « les difficultés matérielles et pécuniaires de l'asile », consent à adopter le service de 12 heures dans les mêmes conditions qu'auparavant, c'est-à-dire avec le couchage dans les dortoirs des malades, et fait confiance au directeur pour résoudre ce problème par la création de chambres ou de petit dortoirs pour le personnel afin « de créer de lieu de retraite et de repos, hors du milieu des malades »²¹⁶¹. Le rapporteur relie ce désir à la construction dans la cité-jardin de deux nouveaux

²¹⁴⁹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Personnel secondaire », séance du 12 mai 1933, p. 220.

²¹⁵⁰ *Id.*

²¹⁵¹ *Id.*

²¹⁵² *Ibid.*, p. 221.

²¹⁵³ *Id.*

²¹⁵⁴ *Ibid.*, p. 222.

²¹⁵⁵ *Id.*

²¹⁵⁶ *Id.*

²¹⁵⁷ *Id.*

²¹⁵⁸ *Id.*

²¹⁵⁹ *Id.*

²¹⁶⁰ *Ibid.*

²¹⁶¹ *Ibid.*, p. 223.

bâtiments pour le logement des célibataires²¹⁶². *In fine*, le conseil général adopte l'augmentation du prix de journée en le fixant à 8,50 F et prend la décision de rendre effectif la journée de 12 heures au 1^{er} janvier 1934²¹⁶³. La crise économique, la loi du 31 mars 1931, les assurances sociales modifient la politique du conseil général. Même si la somme exigée par le Dr Baruk n'a pas été satisfaite, c'est une nouvelle victoire pour le syndicat et la direction de l'asile dans leur volonté de changer les conditions de vie du personnel. En 1936, dans le contexte politique du Front populaire une nouvelle dynamique, exogène cette fois, s'amorce.

2. L'impact du Front populaire

2.1. Le statut type du personnel secondaire (13 février 1936)

a. Mesures générales

Avec le Front populaire et le ministère de la Santé publique dirigé par Henri Sellier, une dynamique de changement, exogène, fait relais. Elle commence par l'envoi d'un statut type du personnel secondaire qui a pour objet d'harmoniser leurs conditions sociales et professionnelles du personnel asilaires. En novembre 1936, le préfet envoie l'imprimé au Dr Baruk²¹⁶⁴. Dans la lettre d'envoi, il est spécifié que le statut doit « être considéré comme un des règlements annexes prévus par le règlement modèle de 1857 et « prendre un caractère impératif »²¹⁶⁵. Approuvé par la commission de surveillance en décembre 1936 puis par le préfet en février 1937, il entre de suite en vigueur²¹⁶⁶. Ce statut, qui comprend 58 articles, permet d'harmoniser les institutions en entérinant un certain nombre d'exigences ministérielles en termes d'effectifs et de professionnalisation (pré-requis de recrutement, formation). Le nombre d'agents doit être en moyenne de un pour 10 malades dans les quartiers spéciaux (admission, observation, infirmerie, gâteux, agités) et au moins un pour 15 dans les quartiers de tranquilles et de travailleurs (art. 7). Pour son recrutement, le candidat (ou la candidate) devra être âgé de plus de 21 ans et de moins de 35 ans et, à défaut du diplôme d'Etat d'infirmier, il devra être pourvu au moins du certificat d'études primaires, ou subir un examen équivalent (art. 8). Maintenant, un minimum scolaire est requis. Concernant les conditions de travail, la durée est fixée à 40 heures par semaine (art. 20). Le Dr Renaux salue l'article 48 sur l'enseignement professionnel qui stipule que celui-ci doit être « organisé dans l'établissement dans les conditions fixées par le règlement sur l'instruction professionnelle du personnel secondaire²¹⁶⁷ ». Il souligne ici que « le département de Maine-et-Loire a été à l'avant-garde du progrès

²¹⁶² BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Personnel secondaire », séance du 12 mai 1933, p. 220.

²¹⁶³ *Id.*

²¹⁶⁴ AC, K 1, *Statut du personnel secondaire*, Angers, Imprimerie du commerce, 1937, p. 1.

²¹⁶⁵ *Id.*

²¹⁶⁶ *Id.*

²¹⁶⁷ *Id.*, p. 14.

dans l'assistance aux malades mentaux²¹⁶⁸ ». Ce statut contribue aussi à redéfinir les modalités de fixation de l'échelle des traitements des agents de toutes les catégories.

b. L'échelle des salaires

L'article 49 stipule que l'échelle des salaires qu'ils doivent être fixés par une commission tripartite présidée par le préfet et composée de membres du conseil général, du directeur et des médecins de l'asile et de délégués du personnel²¹⁶⁹. 4 délégués sont nommés pour le personnel : 2 pour le personnel infirmier, un homme et une femme et 2 pour les services généraux, un homme et une femme²¹⁷⁰.

Le 27 février 1937, faisant suite à la demande du personnel secondaire d'octobre 1936, la première réunion de la commission tripartite décide d'augmenter rétroactivement les salaires du personnel de 12 à 15 %, au 1^{er} octobre 1936²¹⁷¹. Le statut intègre la création d'un conseil de discipline (art. 41).

c. Création d'un conseil de discipline

En janvier 1937, conformément au nouveau statut-type, un conseil de discipline est institué²¹⁷². Présidé par le préfet ou son représentant, il est constitué de deux membres de la commission de surveillance désignés par elle au début de chaque année, deux représentants du personnel de la catégorie à laquelle appartient « l'accusé²¹⁷³ ». Les représentants du personnel sont désignés lors d'une élection par le personnel. Des délégués suppléants sont prévus. Les membres sont élus pour une année et sont rééligibles. Le directeur remplit les fonctions de rapporteur²¹⁷⁴.

Pour les auxiliaires et les stagiaires, l'échelle des peines disciplinaires est la suivante : l'avertissement, le blâme avec inscription au dossier, l'ajournement de la titularisation et l'exclusion²¹⁷⁵. Les peines sont prononcées par le directeur. Lorsqu'elles entraînent un retard de titularisation ou l'exclusion, le directeur doit en faire part à la commission de surveillance²¹⁷⁶. Voici quelques exemples « d'affaires » dont le Dr Renaux rend compte devant la commission de surveillance. Le 21 février 1937, le veilleur de nuit X est retrouvé « en défaut de surveillance à 2 heures 45 » par le surveillant de nuit²¹⁷⁷. Le Dr Renaux le sanctionne par un retard de titularisation de trois mois²¹⁷⁸. Ce même infirmier avait déjà eu un

²¹⁶⁸ AC, L 36, Rapport médicaux, non paginé.

²¹⁶⁹ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Statut-type du personnel secondaire », séance du 21 décembre 1936, p. 209.

²¹⁷⁰ *Id.*

²¹⁷¹ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Traitements du personnel secondaire », séance du 23 mars 1937, p. 240.

²¹⁷² AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Conseil de discipline, désignation de deux membres de la commission », séance du 25 janvier 1937, p. 224

²¹⁷³ *Id.*

²¹⁷⁴ *Id.*

²¹⁷⁵ AC, Maison de Santé de Sainte-Gemmes-sur-Loire, Statut du personnel secondaire, p. 12

²¹⁷⁶ *Id.*

²¹⁷⁷ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Affaire X, ajournement de titularisation », séance du 23 mars 1937, p. 253

²¹⁷⁸ *Id.*

avertissement en septembre 1936 pour avoir été retrouvé endormi à 2 heures 30. Entré à l'asile en juin 1936, il devait être titularisé en juin 1937²¹⁷⁹. Au mois de mai 1937, quatre veilleurs de nuit sont sanctionnés. Deux d'entre eux, retrouvés endormis au travail, voient leur titularisation ajournée de trois mois. Les deux autres sont exclus pour défaut de surveillance ayant conduit à une double évasion²¹⁸⁰. En juin, un veilleur, retrouvé endormi, voit sa titularisation reportée de six mois²¹⁸¹. Le même mois, à nouveau surpris, il est exclu : « Etait allongé sur le palier, un sac sous la tête et deux draps sous lui²¹⁸². » Le même mois, un autre veilleur est exclu. Il avait pris son service en état d'ivresse et avait été surpris dormant profondément²¹⁸³. En juillet, une employée stagiaire est exclue pour n'être pas venue à son service sans motif valable. Une autre voit sa titularisation ajournée de trois mois, pour négligences multiples et avoir été surprise plusieurs fois endormie la même nuit²¹⁸⁴. On retrouve toujours les facteurs des sanctions constatés antérieurement : l'endormissement et l'ivresse.

Pour les agents titulaires, il y a une échelle de sept peines : l'avertissement, le blâme avec inscription au dossier, le retard à l'avancement, la rétrogradation, la rétrogradation de grade, la mise en disponibilité sans solde (moins d'une année) et la révocation. Les deux premières peines sont prononcées par le directeur, les cinq dernières par le conseil de discipline. Celui-ci se réunit pour la première fois en juillet 1937 à la préfecture de Maine-et-Loire²¹⁸⁵. Il est présidé par le secrétaire général du Maine-et-Loire, représentant le préfet, du président de la commission de surveillance et de son secrétaire. Sont présents aussi deux infirmiers de la même catégorie que l'infirmier mis en cause. Le Dr Renaux est le rapporteur. L'affaire est dans un premier temps exposée par ce dernier. L'infirmier X (titulaire), non diplômé, a été relevé de ses fonctions par le directeur le 12 juillet pour manquement à la discipline. Il a abandonné son poste vers 14 heures 45 alors qu'il devait assurer la surveillance des malades de 14 heures à 22 heures (8 heures). La veille, il s'était présenté à 10 h pour avertir qu'il ne prendrait pas son service. Se disant souffrant, il avait un certificat médical qui préconisait un arrêt de travail de huit jours. Le surveillant lui donne l'ordre d'aller voir le directeur, celui-ci constate que X est dans un état de légère ébriété, il refuse de suspendre son travail jugeant que le motif était insuffisant. X rejoint son travail à 14 h. Dans cette même après-midi, il est « pris de boisson », se couche durant un temps et est agressif envers certains malades durant le dîner. Le lendemain, il tente d'obtenir l'autorisation du médecin en chef pour ne pas prendre son travail. Toujours en état d'ébriété, il dépose sa clef au bureau de contrôle et quitte le quartier vers 14 heures 45. Le directeur considère qu'il s'agit d'une faute grave contre la discipline

²¹⁷⁹ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Affaire X, ajournement de titularisation », séance du 23 mars 1937, p. 253

²¹⁸⁰ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Sanctions prises contre les employés », séance du 10 mai 1937, p. 277.

²¹⁸¹ *Ibid.*, p. 301

²¹⁸² *Id.*

²¹⁸³ *Id.*

²¹⁸⁴ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Sanctions prises contre le personnel », séance du 19 juillet 1937, p. 311

²¹⁸⁵ AC, K 22, Conseil de discipline, p. 2.

précisée à l'article 40 du statut du personnel et le relève de ses fonctions. En attendant « sa comparution », signification lui est donnée le lendemain 13 juillet à 11 heures. Le rapporteur, en la personne du directeur, souhaite une sanction ferme, mais ne s'oppose pas à une certaine bienveillance de la part du conseil, considérant que l'infirmier n'a jamais eu aucune sanction. L'infirmier vient s'expliquer et donne « les éléments de sa défense ». Il ne conteste par la « matérialité de faits » et la fin de « son interrogatoire » formule des regrets. Chacun des membres du conseil de discipline est invité à donner son avis. Puis le conseil délibère sur le principe de la sanction qui doit lui être donnée en tenant compte de la gravité de celle-ci. Le conseil décide, à l'unanimité, d'infliger à l'infirmier un retard à l'avancement de trois mois. L'autre changement est l'application de la loi du 21 juin 1936 sur la semaine de 40 heures.

2.2. Les 40 heures

a. L'impact budgétaire escompté

Suite à une circulaire du ministre du Travail qui demande l'avis des organisations patronales et syndicales sur l'application de la semaine des 40 heures, le Dr Baruk estime que la journée de travail devrait être fixée à 8 heures sur 5 jours (5 jours à 8 heures = 40 heures)²¹⁸⁶. La semaine de travail serait suivie de deux jours consécutifs de repos. Cette nouvelle organisation nécessite trois équipes travaillant chacune 8 heures (8X3=24 heures)²¹⁸⁷. Le syndicat est favorable à cette organisation²¹⁸⁸. Reste le problème budgétaire : le Dr Baruk a calculé que l'application de la semaine de 40 heures nécessitera l'embauche de 98 employés et 97 employées de plus, soit 195 en tout. En appliquant le traitement actuel, et à raison de 8 000 F par personne, la dépense supplémentaire est estimée à 1 500 000 F²¹⁸⁹. Une somme astronomique ! En octobre, le Dr Baruk informe la commission de surveillance qu'une circulaire du ministre de la Santé publique signale que le décret concernant l'application des 40 heures pour le personnel hospitalier sera effectif avant la fin de l'année²¹⁹⁰. Comment faire ? Le préfet demande la dépense exacte à fournir pour l'année 1937 et la majoration à appliquer aux prix de journée²¹⁹¹. Le Dr Baruk estime à 200 le nombre de personnes à recruter, et la dépense supplémentaire à 1 600 000 F, auxquels il faudra ajouter 40 000 F pour les fournitures, soit un total de 2 000 000 F²¹⁹². En évaluant à 500 000 par an le nombre des journées de malades. Le Dr Baruk en déduit une augmentation 4 F pour

²¹⁸⁶ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Semaine des 40 heures », séance du 15 septembre 1936, p. 180.

²¹⁸⁷ *Id.*

²¹⁸⁸ *Id.*

²¹⁸⁹ *Id.*, p. 181.

²¹⁹⁰ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Semaine de 40 heures – Répercussions budgétaires », séance du 20 octobre 1936, p. 191.

²¹⁹¹ *Id.*

²¹⁹² *Id.*

chaque catégorie à partir du 1^{er} janvier²¹⁹³. Le Dr Baruk espère qu'un délai sera donné, et peut-être jusqu'au 1^{er} juillet 1937, pour recruter les 200 nouveaux employés nécessaires²¹⁹⁴

b. De 40 heures à 48 heures puis 45 heures semaine

En décembre, le Dr Baruk fait part à la commission de surveillance d'une nouvelle dépêche du ministère de la Santé publique, reçue par le préfet, qui préconise, de façon transitoire, la mise en place de la semaine de 48 heures dans la profession hospitalière, en attendant la semaine de 40 heures prévue par la loi du 21 juin 1936²¹⁹⁵. Suite à cette communication, la commission de surveillance décide de commencer le recrutement progressif des infirmiers et infirmières à partir du 1^{er} janvier 1937 afin d'appliquer les 48 heures au lieu des 72 heures²¹⁹⁶. La commission espère que la transition sera effectuée avant la fin du 1^{er} semestre de 1937²¹⁹⁷. Le préfet de Maine-et-Loire, sur proposition du Dr Baruk, demande pour le budget primitif de 1937, et afin de faire face à l'application des lois nouvelles et notamment de la loi sur la semaine de 40 heures une augmentation généralisée²¹⁹⁸.

Tableau n° 1 : Prix de journées proposés par le préfet en F (1937)

	Maine-et-Loire		Autres départements	
	Prix en 1936	Prix proposés	Prix en 1936	Prix proposés
1^{ère} classe	30	34	33	37
2^e classe	24	27	27	30
3^e classe	18	20,50	20	22,50
4^e classe	9	10,50	13	14,50
Indigents	8,50	10,50	13	14,50
Pupilles	8,50	10,50	13	14,50
Détenus	13	14,50	9	
assurés sociaux	13	14,50	9	
indigents (Etat)²¹⁹⁹	8,50	10,50		

Sources : BUA, JP43, Conseil général, 1936, Rapport du préfet (deuxième session), « Prix de journée », p. 266-267.

Le conseil général est pris à la gorge. La deuxième commission, en la personne de son rapporteur Gustave Jubin²²⁰⁰, se dit effrayée par l'augmentation du prix de journée, et notamment celui des indigents de Maine-et-Loire, et la répercussion sur les budgets communaux. Elle s'élève contre la loi des 40 heures dans les services hospitalier, mais, résignée, se voit dans l'obligation d'accepter si la date du 1^{er} janvier 1937 est fixée²²⁰¹.

²¹⁹³ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Semaine de 40 heures – Répercussions budgétaires », séance du 20 octobre 1936, p. 191.

²¹⁹⁴ *Id.*

²¹⁹⁵ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, séance du 21 décembre 1936, p. 208.

²¹⁹⁶ *Ibid.*, p. 209.

²¹⁹⁷ *Id.*

²¹⁹⁸ BUA, JP43, Conseil général, 1937, Rapport du préfet (deuxième session), « Prix de journée », p. 266.

²¹⁹⁹ Indigents sans domicile de secours à la charge de l'Etat.

²²⁰⁰ Gustave Jubin est conseiller général du canton de Saint-Georges-sur-Loire entre 1925 et 1940.

²²⁰¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Prix de journée », séance du 20 novembre 1926, p. 348-349.

La deuxième commission tente de manœuvrer et propose d'augmenter le prix de journée des indigents du département de 1,50 F au lieu de 2 F, c'est-à-dire de le faire passer de 8,50 F à 10 F au lieu de 10,50 F²²⁰². Jacques Ouvrad²²⁰³, un conseiller général, demande d'augmenter davantage les pensionnaires et notamment les 1^{ères} classe, le président rétorque qu'augmenter trop les classes payantes conduira à un déclassement et donc une diminution de recettes²²⁰⁴. Tardif, un autre conseiller général, attire l'attention sur le fait que si la quatrième classe est déclassée, elle alimentera les indigents qui sont à la charge du département et des communes²²⁰⁵. Le préfet insiste sur le fait que cette augmentation « strictement indispensable » a été fixée au plus bas et que la loi sur les 40 heures n'a pas été prise en compte, seules ont été considérées les lois sociales : augmentation de salaires, congés payés, etc²²⁰⁶. Jacques Ouvrad se dit surpris. Le préfet précise que seule la loi sur les 48 heures a été prise en compte dans cette augmentation. Il conclut qu'il faudra s'attendre à « une nouvelle majoration du prix de journée ». Le conseil général adopte le budget de 1937²²⁰⁷.

Par le décret du 22 mars 1937, déterminant les modalités d'application de la loi du 21 juin 1936 dans les hôpitaux, hospices, cliniques, dispensaire, maison de santé, asiles d'aliénés et tous établissements hospitaliers publics et privés, le ministère de la Santé publique stipule qu'« afin de tenir compte du caractère intermittent du travail, une durée de présence de 45 heures par semaine correspond à 40 heures de travail effectif²²⁰⁸ ». « La surveillance ne comportant pas l'équivalence d'un travail²²⁰⁹ » Le ministère introduit une spécificité à l'application des 40 heures. Le syndicat, dans une lettre adressée au ministre du Travail, conteste le caractère intermittent du travail et considère « que 40 heures de présence et de responsabilité correspond pour ce personnel à 40 heures de travail effectif²²¹⁰ ». D'autre part, il considère que tout autre système d'organisation que les 5 jours à huit heures « serait une complication des conditions de travail²²¹¹ ». Les 45 heures sont instaurées dans les établissements hospitaliers. C'est dans ce contexte qu'Aline Donval est recrutée en 1936, voici ses premières impressions.

c. Le témoignage d'une infirmière recrutée en 1936

Aline Donval est née en 1915 à Orléans (Loiret)²²¹². Elle commence à travailler à 15 ans comme mécanicienne en chaussure. En 1934, elle se marie avec un boucher de Ste-Gemmes-sur-Loire. Ses beaux-parents travaillent à l'asile. En 1936, à 21 ans, après une simple visite médicale, son mari et elle

²²⁰² BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Prix de journée », séance du 20 novembre 1926, p. 349.

²²⁰³ Jacques Ouvrad est conseiller général du canton de Vihiers entre 1934 et 1938.

²²⁰⁴ *Id.*

²²⁰⁵ *Id.*

²²⁰⁶ *Id.*

²²⁰⁷ *Id.*

²²⁰⁸ AC, J 4, Circulaire du ministre de la Santé à Messieurs les préfets, Paris le 8 septembre 1937.

²²⁰⁹ Lucien Bonnafé, « 1937-1987 Apprendre l'histoire et la manière de s'en servir », *VST*, n° 171, août-septembre 1987, p. XX.

²²¹⁰ AC, J 4, Lettre du syndicat du personnel des deux sexes à monsieur le ministre du travail, le 4 octobre 1937.

²²¹¹ *Id.*

²²¹² Aline Donval, *Infirmière (1936-1943) et (1950-1971)*, entretien réalisé et enregistré le 6 juillet 2005.

sont recrutés par le Dr Baruk. Les candidats sont examinés médicalement afin de déterminer leur aptitude physique au regard des fonctions qu'ils auront à remplir²²¹³.

Le premier jour, habillée de blanc (blouse, tablier et voile qui sera par la suite remplacé par un bonnet), elle commence son service par une surveillance de nuit de douze heures (18 h-6 h), seule dans un dortoir de 60 femmes. Une religieuse passe deux fois par nuit pour voir si tout va bien²²¹⁴. « C'est à nous de nous débrouiller comme on pouvait²²¹⁵. » Elle se souvient qu'il n'y a pas de médicament, juste une potion de chloral, un composé chimique sédatif qui était donné aux malades avant le coucher pour les faire dormir (il provoque des léthargies ou parfois l'effet contraire, c'est-à-dire des insomnies)²²¹⁶. « Il n'y avait pas de posologie, les malades c'était vraiment des malades²²¹⁷. » Comme l'ensemble du personnel, les membres de son service sont essentiellement des Bretonnes²²¹⁸. Comment s'organise la journée de 8 heures ?

d. La journée de 8 heures (1937)

Effectifs, coût, organisation des équipes

Suite à la décision de la commission de surveillance de procéder au recrutement de nouveaux agents pour réaliser la journée de huit heures, et suivant l'article 7 du statut du personnel secondaire qui prévoit que le nombre d'agents est fixé par le préfet sur l'avis du directeur, après avis de la commission de surveillance, le Dr Renaux fait trois propositions²²¹⁹. Premier cas de figure : il faut au minimum 285 agents (hommes et femmes) pour former trois équipes, soit un recrutement de 130 agents²²²⁰. Cet effectif sera pourtant insuffisant par rapport aux exigences du statut-type du ministère, qui prévoit un infirmier pour dix malades dans les quartiers spéciaux (admission, observation, infirmerie, gâteux, agités) et au moins un agent pour 15 malades dans les services des tranquilles. Pour la seconde proposition : il faut 337 agents, soit un recrutement de 182²²²¹. Pour une application stricte, l'effectif doit être de 427, soit un recrutement de 272 personnes²²²². Le préfet préconise le second cas qui prévoit le recrutement de 182 agents et qui représente une dépense annuelle pour l'asile de 168 000 F, et 1 228 000 F pour les 9 mois restant de 1937²²²³. Avec la journée de 8 heures, il faut former trois équipes : le matin de 6 h à 14 h, l'après-midi de 14 h à 22 h et la nuit de 22 h à 6 h²²²⁴.

²²¹³ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Examen physique des candidats aux emplois à l'établissement », séance du 15 février 1937, p. 232.

²²¹⁴ *Id.*

²²¹⁵ *Id.*

²²¹⁶ *Id.*

²²¹⁷ *Id.*

²²¹⁸ *Id.*

²²¹⁹ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance », séance du 23 mars 1937, p. 239.

²²²⁰ *Id.*

²²²¹ *Id.*

²²²² *Id.*

²²²³ *Id.*

²²²⁴ Aline Donval, *Infirmière (1936-1943) et (1950-1971)*, *op. cit.*

La journée a un double impact. Aline Donval rapporte qu'avec les huit heures, les embauches locales se multiplient : « Il fallait d'avantage de personnel²²²⁵. » C'est un changement sociologique. Le personnel en majorité breton qu'avait constaté Aline Donval à son entrée va progressivement être dilué et avec lui un certain nombre de spécificités que nous avons vues en terme d'organisation. De plus, avec les huit heures « défense d'être logé dans l'établissement²²²⁶ ». L'internalisation du personnel n'est plus possible. Là aussi, une composante de l'asile bascule. Tout le monde habite dans la cité du personnel : « On voyait tout le temps les mêmes têtes²²²⁷. » Le personnel passe d'un huit-clos à un autre. Moins attendu, avec la nouvelle organisation du travail, l'externalisation permet de lutter contre l'encombrement.

L'externalisation et l'encombrement

En mars 1937, le Dr Renaux, devant la commission de surveillance, fait état de l'encombrement qui règne dans les services et notamment dans la section des hommes. Il redoute une dégradation des conditions d'hygiène et demande, de suite, l'agrandissement des locaux hospitaliers²²²⁸. Dans l'immédiat, il récupère le dortoir situé au second étage du pensionnat des hommes, qui est occupé par des infirmiers veilleurs. Jusqu'alors, les infirmiers qui vivaient dans l'établissement et qui commençaient leur veille à 18 heures pour la finir à 6 heures l'occupaient pour se reposer. Seulement, les nouveaux horaires déstructurent l'organisation ancienne et ouvrent de nouvelles perspectives : « les infirmiers veilleurs qui appartiendront à la troisième équipe dit de « veille » prendront leur service à 22 heures. S'ils devaient continuer à résider dans les locaux du second étage, ils se livreront dans les bâtiments à un va-et-vient dommageable au repos des malades ; par surcroît, la présence dans l'établissement d'agents jouissant d'un repos de 16 heures (de 6 à 22 heures) apporterait un trouble certain par les allées et venues nécessairement fréquentes de l'intérieur vers l'extérieur. L'ordre et la bonne tenue de la maison s'en trouveraient gravement compromis²²²⁹. » En conséquence afin d'éviter ce cas de figure, le Dr Renaux préconise l'extériorisation progressive des agents du personnel secondaire des services médicaux, et d'abord les veilleurs logés dans ce bâtiment ce qui le rend libre pour les malades et permet de lutter contre l'encombrement²²³⁰. L'augmentation du nombre d'infirmiers et d'infirmiers à des répercussions multiples dans l'asile.

²²²⁵ Aline Donval, *Infirmière (1936-1943) et (1950-1971)*, *op. cit.*

²²²⁶ *Id.*

²²²⁷ *Id.*

²²²⁸ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Encombrement des services hospitalier, Bon ordre intérieur », séance du 23 mars 1937, p. 243.

²²²⁹ *Id.*

²²³⁰ *Id.*

L'impact multiforme de l'évolution du nombre de personnel

Avec le recrutement du nouveau personnel, le service de confection de l'asile est dépassé. Le Dr Baruk doit commander 200 blouses de toile blanche, 100 bourgerons treillis, 100 pantalons treillis et 40 vestes en coton²²³¹.

Avec l'évolution du personnel d'asile, le Dr Baruk considère que l'établissement n'est plus en règle avec la compagnie d'assurance²²³². Alors qu'en 1931, date du dernier avenant au contrat, le nombre d'employés était de 210 et le salaire annuel de 880 000 F, en 1937, il atteint 4 000 000 F²²³³. En cas d'accident, il aurait des difficultés pour obtenir réparation du dommage²²³⁴. De plus le contrat en cours ne couvre que partiellement les risques de l'accident de travail. Ainsi en cas d'incapacité de travail, l'assurance ne prévoit qu'une pension d'invalidité. Les frais médicaux, pharmaceutiques, les indemnités journalières, les frais d'hospitalisation, les frais judiciaires et les frais funéraires ne sont pas garantis.

Or, selon le Dr Baruk, avec l'augmentation du personnel qui entraîne son extériorisation, il n'est plus possible de traiter les membres du personnel dans l'établissement²²³⁵. Les agents peuvent se faire admettre à un hôpital ou une clinique. Dans ce cas, l'établissement doit supporter ces frais, tout en payant le salaire. L'asile doit donc s'adapter à ces nouveaux risques²²³⁶. L'avenant au contrat établi à la demande du directeur, qui prévoit un pourcentage de 0,60 % sur le total des salaires (0,60 x 4 000 000)/100, soit 24 000 F annuels, est accepté par la commission de surveillance²²³⁷.

3. Des demandes d'augmentation de traitement réitérées

Alors que la situation économie et internationale se dégrade le syndicat demande de nouvelles augmentations. En novembre 1937, le Dr Baruk fait part à la commission de surveillance de nouvelles revendications émanant du syndicat du personnel secondaire²²³⁸. Considérant que l'augmentation dont il a bénéficié au 1^{er} octobre 1936 est dépassée par l'évolution du coût de la vie, il demande une revalorisation de tous les traitements de 35 %²²³⁹. L'inflation a dévoré les hausses de traitements antérieures²²⁴⁰. Le Dr Renaux répond que le budget pour l'année est arrêté, mais la demande sera

²²³¹ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Marché d'habillement (blouses, pantalons, vestons) », séance du 10 mai 1937, p. 274.

²²³² AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Assurance contre les accidents du travail », séance du 21 février 1938, p. 363.

²²³³ *Id.*

²²³⁴ *Id.*

²²³⁵ *Id.*

²²³⁶ *Id.*

²²³⁷ *Id.*

²²³⁸ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Revendications du personnel secondaire », séance du 15 novembre 1937, p. 337.

²²³⁹ *Id.*

²²⁴⁰ René Rémond, Notre siècle de 1918 à 1991, Paris, Fayard, 1991, 188.

présentée au préfet²²⁴¹. En avril 1938, le directeur fait part à la commission de surveillance d'une nouvelle lettre de revendications²²⁴². Le syndicat demande à nouveau une adaptation du salaire au coût de la vie²²⁴³. Il évoque « la hausse constante du coût de la vie » qui a « réduit le pouvoir d'achat du personnel » qui pose « à un grand nombre d'agents l'angoissant problème de vivre »²²⁴⁴. En septembre 1938, le syndicat, insistant, rappelle au directeur sa demande de relèvement de salaire²²⁴⁵. Le préfet demande, afin que le conseil général puisse délibérer en connaissance de cause, de lui faire savoir l'augmentation demandée et l'avis de la commission de surveillance²²⁴⁶. En octobre, à la demande du directeur, le secrétaire du syndicat fait parvenir les *desiderata* du personnel²²⁴⁷. En préalable, le secrétaire, Léon Labal, précise que l'augmentation doit être de la même valeur pour tous les agents du personnel secondaire²²⁴⁸. Prenant pour base l'évolution de l'indice du coût de la vie entre novembre 1936 et mars 1938, il propose une augmentation de 27 % net pour le traitement le plus bas, c'est-à-dire celui du stagiaire (Un stagiaire gagne 8 960 F par an soit 746,66 F par mois, le produit de l'augmentation donne 201, 19 F par mois ce qui porte le salaire annuel à 11 374 F et le mensuel à 947,55 F)²²⁴⁹. Ce pourcentage dégressif en fonction des traitements sera, pour les plus élevés, de 20 à 18 %²²⁵⁰. Il s'agit de cette façon, pour le syndicat, de démontrer, en demandant la même valeur pour tous les agents, que ce sont les moyens de vivre en travaillant qui sont demandés et non la course aux traitements plus élevés²²⁵¹. Après délibérations, la commission de surveillance considère que cette augmentation ne doit pas concerner uniquement le personnel secondaire mais s'étendre aussi au personnel administratif, ce qui augmenterait de « dix unités » les bénéficiaires de ce relèvement²²⁵². En tenant compte des 328 agents et d'une augmentation de 27 % sur un salaire de base de 8 960 F, la dépense annuelle est évaluée à 793 432 F²²⁵³. Si cette augmentation est prise en compte à partir du 11 avril 1938, il faut inscrire 573 034 F en plus au budget additionnel de 1938²²⁵⁴. Pour l'année 1939, à défaut de pouvoir trouver cette somme supplémentaire dans le budget primitif, la commission de surveillance préconise de trouver cette somme dans une augmentation moyenne du prix de journée en fonction de la prévision

²²⁴¹ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Revendications du personnel secondaire », séance du 15 novembre 1937, p. 337.

²²⁴² *Id.*

²²⁴³ *Id.*

²²⁴⁴ *Id.*

²²⁴⁵ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Syndicat du personnel secondaire de l'hôpital psychiatrique », séance du 17 octobre 1936, p. 426.

²²⁴⁶ *Id.*

²²⁴⁷ *Id.*

²²⁴⁸ *Id.*

²²⁴⁹ *Id.*

²²⁵⁰ *Ibid.*, p. 428.

²²⁵¹ *Id.*

²²⁵² *Ibid.*, p. 429.

²²⁵³ *Id.*

²²⁵⁴ *Id.*

du nombre de journée soit 1,546 F (793 432 F/513 000 journées)²²⁵⁵. En novembre 1938, la deuxième commission du conseil général regrette de ne pouvoir donner satisfaction au personnel. Elle considère que cette augmentation entraînerait une évolution du prix de journée qui se répercuterait sur les collectivités et donc sur les contribuables²²⁵⁶. En janvier 1939, le syndicat du personnel relance la commission de surveillance pour une demande d'augmentation des salaires pour les mêmes raisons que celles vues antérieurement²²⁵⁷. La lettre est transmise au préfet²²⁵⁸. En mars, celui-ci demande au directeur de lui faire parvenir les propositions et l'avis de la commission de surveillance²²⁵⁹. Trois jours auparavant, le préfet avait reçu une autre lettre du syndicat demandant la réunion de la commission tripartite²²⁶⁰. La commission de surveillance pense que le taux de 5 % du traitement brut (sans pouvoir être inférieur à 1300 F par an) fixé par le décret du 14 janvier 1939 pour l'amélioration de la situation des fonctionnaires de l'Etat pourrait être envisagé²²⁶¹. Sur l'effectif global de 370 personnels, seuls trois agents auraient une augmentation supérieure à 1200 F²²⁶². Le coût est de 445 215 F par an²²⁶³, soit 37 101 F par mois²²⁶⁴. La répercussion sur le prix de journée du budget de 1940 est estimée à 0,85 F²²⁶⁵. Pour l'année en cours, la commission pense que les disponibilités de trésorerie permettront de faire face à la dépense²²⁶⁶. L'avis favorable est transmis à l'assemblée départementale²²⁶⁷. En avril 1939, la deuxième commission décide de donner satisfaction au personnel en autorisant une augmentation de 2,5 % du traitement brut, avec un minimum de 50 F par mois²²⁶⁸. Cette augmentation, si elle est mise en place à partir du 1^{er} mai, est évaluée à 150 000 F pour l'année en cours²²⁶⁹. La commission précise qu'elle se fera sans augmenter le prix de journée pour l'exercice en cours, et demande au médecin de ne pas augmenter le prix de journée pour l'année prochaine, « à moins de nécessité absolue²²⁷⁰ ».

²²⁵⁵ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Syndicat du personnel secondaire de l'hôpital psychiatrique », séance du 17 octobre 1936, p. 429.

²²⁵⁶ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Demande de relèvement des salaires », séance du 8 novembre 1938, p. 269.

²²⁵⁷ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Demande de relèvement des traitements », séance du 20 mars 1939, p. 463.

²²⁵⁸ *Id.*

²²⁵⁹ *Ibid.*, p. 464.

²²⁶⁰ *Ibid.*, p. 465.

²²⁶¹ *Ibid.*, p. 466.

²²⁶² *Id.*

²²⁶³ (367X1200) + (3X1605).

²²⁶⁴ *Id.*

²²⁶⁵ *Id.*

²²⁶⁶ *Id.*

²²⁶⁷ *Ibid.*, p. 467.

²²⁶⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Demande de relèvement des traitements », séance du 28 août 1939, p. 265.

²²⁶⁹ *Id.*

²²⁷⁰ *Ibid.*, p. 266.

B / Evolutions et inerties institutionnelles et thérapeutiques

L'année 1937 est marquée par le départ du Dr Baruk. Quels sont les changements notables qu'il retient ? Que reste-il à faire selon lui ?

Cette même année est aussi marquée par deux textes : l'un symbolique qui fait de l'asile un hôpital et surtout une circulaire plus ambitieuse, la circulaire Rucard qui est porteuse de nombreux changements et notamment la nécessité de créer des services libres. Comment est-elle reçue ? A-t-elle une incidence sur l'hôpital ?

A la fin des années 1930, quelles visions thérapeutiques ont les psychiatres ? Quelles thérapies utilisent-ils ? Y-a-t-ils des innovations ?

1. Le départ du Dr Baruk (1937)

Le Dr Baruk prend sa retraite en avril 1937, après 40 ans de service dont 34 ans à Sainte-Gemmes-sur-Loire : 7 ans comme médecin-adjoint et 27 comme médecin directeur²²⁷¹. Alors que la population est passée, durant ce laps de temps, d'un millier à 1500 malades, il fait un bilan des améliorations qui ont été faites et en premier lieu il insiste sur l'évolution de l'hygiène générale et du confort des malades²²⁷².

Il met en relief les travaux d'entretien sur les bâtiments qui étaient vétustes et en mauvais état, l'agrandissement des services hydrothérapeutiques, l'installation des salles de bains dans les infirmeries, l'éclairage électrique, le développement du chauffage central, terminé durant l'exercice de l'année 1936²²⁷³.

L'arrivée de l'eau courante avec l'installation d'une conduite depuis les Ponts-de-Cé et d'un réservoir à l'entrée de l'établissement. La mise en place d'un service d'égout, de water-closet et d'une usine d'épuration qui sera bientôt terminée. L'aménagement d'une cuisine moderne²²⁷⁴. Dans les services généraux, il a procédé à l'agrandissement de la buanderie et à sa mécanisation, la motorisation électrique de la boulangerie et de la pompe distribuant l'eau non potable²²⁷⁵.

Le personnel, quant à lui, a bénéficié de logements convenables dans la cité, d'une amélioration des traitements, d'une caisse de retraite et de compensation²²⁷⁶. Il ne mentionne pas l'école mais conclut sur

²²⁷¹ BUA, JP43, Conseil général, 1936, Compte moral et administratif, 1935, p. 84.

²²⁷² *Id.*

²²⁷³ *Id.*

²²⁷⁴ *Id.*

²²⁷⁵ *Id.*

²²⁷⁶ *Ibid.*, p. 85.

le constat suivant : « Ce personnel s'est élevé matériellement et moralement au point de n'avoir plus rien de commun avec celui qui existait il y a seulement une vingtaine d'années²²⁷⁷. »

Dans les chantiers à venir, il reste à lutter contre l'encombrement²²⁷⁸. C'est dans cet objectif qu'il a fait acheter des parcelles de terre en vue d'« agrandir le domaine ». A cette occasion, il rappelle son projet d'un hôpital avec une entrée spéciale pour un service libre destiné aux malades non dangereux ni protestataires resté, pour le moment, lettre morte²²⁷⁹. Il conclut qu'avec cet hôpital, l'asile, réservé aux malades internés, serait ainsi « désencombré²²⁸⁰ ».

En novembre 1936, le Dr Baruk reçoit les honneurs du conseil général et du préfet. Le président de l'assemblée départementale salue le service rendu par le Dr Baruk, il souligne, tout particulièrement, ses initiatives et son dévouement pendant la guerre²²⁸¹. Gustave Jubin, le rapporteur de la deuxième commission, insiste sur son œuvre et sa personnalité : « Nous connaissons tous, Messieurs, M. le Dr Baruk, nous savons qu'il a passé 34 années de sa vie à l'asile départemental et nous savons aussi que cet asile est, en ce moment, l'un des plus beaux de France ! M. le Dr Baruk, pendant son séjour, l'a complètement métamorphosé. Tous les collègues qui étaient avec nous ce matin ont pu s'en rendre compte au cours de leur visite. Le conseil général lui est unanimement reconnaissant de tout le bien qu'il a fait pour l'asile et, partant, pour le département, il regrette son départ avec amertume, car cet homme, lumière du corps médical, forçait la sympathie²²⁸². » Lors de la séance du 21 décembre 1936, le Dr Baruk reçoit les honneurs de la commission de surveillance et de son président²²⁸³. Le Dr Renaux devient officieusement, en attendant sa nomination, le médecin directeur de l'établissement. C'est au début de janvier 1937, par arrêté du ministre de la Santé publique du 15 janvier, que le Dr Renaux devient officiellement le successeur du Dr Baruk²²⁸⁴.

²²⁷⁷ BUA, JP43, Conseil général, 1936, Compte moral et administratif, 1935, p. 85.

²²⁷⁸ *Id.*

²²⁷⁹ *Id.*

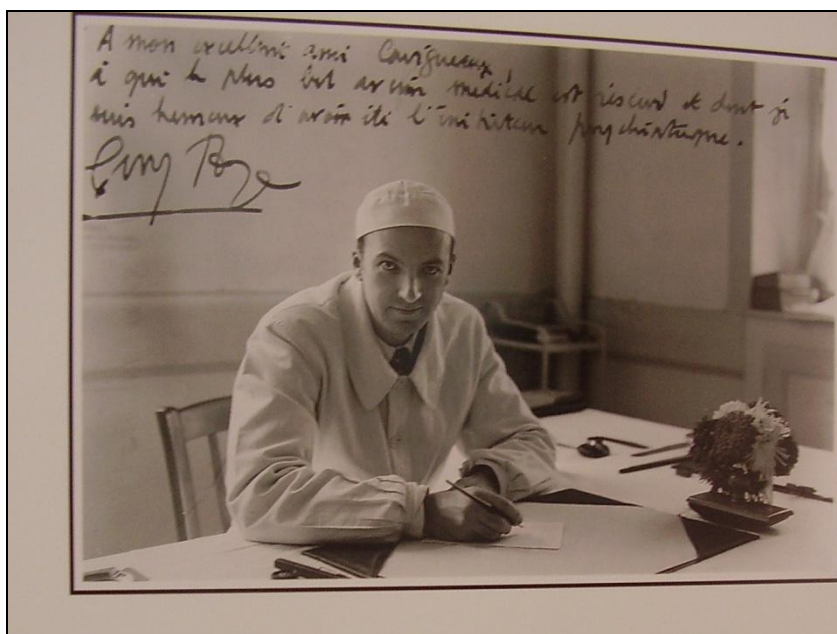
²²⁸⁰ *Id.*

²²⁸¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Hommage à M. le directeur médecin chef admis à la retraite », séance du 20 novembre 1936 », p. 346.

²²⁸² BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Liquidation de la retraite du M. le Dr Baruk directeur, médecin chef », séance du 20 novembre 1936, p. 351.

²²⁸³ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Départ du docteur Baruk », séance du 21 décembre 1936, p. 219.

²²⁸⁴ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Nomination du docteur Renaux comme directeur de l'asile de Ste Gemmes », séance du 25 janvier 1937, p. 222.



Photographie n° 2 : Le Dr Toye le 5 juin 1937.

Source : Musée du CESAME (Avec l'aimable autorisation de Madame Le Messager)

Par l'arrêté du 5 juin 1937, le Dr Toye est nommé, à sa demande, médecin-chef à l'asile de Sainte-Gemmes. Il occupait auparavant le même poste à l'asile public autonome d'aliénés de Bailleul (Nord)²²⁸⁵. L'année 1937 est aussi marquée par deux textes importants.

2. Un changement symbolique et un échec

2.1. De l'asile à l'hôpital psychiatrique

La dynamique du changement entamée par le Front populaire avec le ministère d'Henri Sellier, dans les asiles, indépendamment des lois sociales et notamment des 45 heures/semaines, qui a commencé par le statut-type du personnel secondaire, se poursuit avec le décret du 5 avril 1937 qui demande, sous l'influence d'Edouard Toulouse, de faire disparaître le nom d'asile au profit du dénominatif d'« hôpital psychiatrique ». C'est un changement symbolique. Plus important à nos yeux est la circulaire « Rucard » du 13 octobre 1937.

2.2. La circulaire « Rucart » du 13 octobre 1937

En octobre 1937, une circulaire signée du nouveau ministre de la Santé, Marc Rucart, et donc non injonctive, demande d'améliorer l'organisation de l'assistance aux malades mentaux dans le cadre

²²⁸⁵ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Nomination du Dr Toye », séance du 22 juin 1937, p. 280.

départemental²²⁸⁶. *L'aliéniste français*, enthousiaste, en préambule de la publication de la circulaire, insiste sur le fait qu'elle va permettre de « lutter contre la routine et le préjugé » et faire de l'asile un hôpital, « de montrer que « le mental » est un malade comme les autres, que les « asiles » sont de véritables hôpitaux²²⁸⁷. » Cette circulaire naît d'un constat : celui du nombre croissant de malades dans les hôpitaux psychiatriques et de l'encombrement qui en découle (augmentation de la population/stabilité du nombre des médecins). L'objet est de favoriser la prophylaxie sur les modèles des autres fléaux sociaux comme la tuberculose, c'est-à-dire de soigner précocement. Le ministre insiste sur l'intérêt thérapeutique, économique et social de ce soin précoce. Il utilise le langage du conseil général : si un indigent est soigné de suite, il ne deviendra pas dangereux pour lui-même ni pour les autres et ne sera pas interné d'office pour le reste de sa vie et à la charge de la collectivité.

La circulaire préconise une réorganisation de l'assistance aux malades mentaux de quatre manières. Tout d'abord la création de dispensaires psychiatriques ayant un rôle de dépistage grâce à des consultations externes. Ceux-ci doivent être complétés par un service social composé de plusieurs assistantes sociales. Elles réaliseront les enquêtes et veilleront à la réadaptation sociale des malades en congé d'essai. La circulaire demande aussi la création de services ouverts, non soumis à la loi de 1838. En l'absence de formalités d'admission, il s'agit d'autoriser une hospitalisation précoce et de favoriser une prophylaxie efficace. Services ouverts, dispensaires, service social : c'est un changement de paradigme.

Cette circulaire insiste aussi sur la modernisation des services fermés qui passe par la lutte contre la surpopulation, sans laquelle aucune avancée sociale et thérapeutique n'est possible. Elle préconise la création de nouveaux postes de médecin en donnant comme échelle : un médecin pour 400 malades. Elle aborde aussi l'assistance aux enfants anormaux.

En octobre 1937, le préfet, dans un rapport manuscrit, soumet la circulaire au conseil général²²⁸⁸. Dans le contexte marqué par la croissance du poste budgétaire des traitements (augmentation des traitements et des effectifs) liée aux différentes lois sociales, la deuxième commission du conseil général considère que les prescriptions du ministre demandent « des dépenses trop considérables » et propose « de renvoyer l'examen de ce dossier à une prochaine session »²²⁸⁹.

Le financement de la journée de 12 heures pénalise la mutation de l'institution psychiatrique vers le service ouvert et la modernisation de l'existant. A moins que cela soit un alibi ? Le rêve du Dr Baruk, le service ouvert, est à nouveau repoussé. A cette circulaire, il faut adjoindre celle du 7 décembre 1938, qui aborde, entre autres, la possibilité de transformer le placement d'office en placement volontaire, et

²²⁸⁶ Circulaire n° 125 du 13 octobre 1937 relative à l'organisation de l'assistance aux malades mentaux dans le cadre du département.

²²⁸⁷ « Circulaire du 13 octobre relative à l'organisation de l'assistance aux malades mentaux dans le cadre départemental », *L'Aliéniste français*, 1936, p. 448.

²²⁸⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Prophylaxie mentale – Assistance spéciale aux malades mentaux », séance du 27 octobre 1937, p. 424.

²²⁸⁹ *Ibid.*, p. 425.

surtout la gratuité du placement volontaire qui nous avons déjà développé. Après le statut type du personnel, les 40 heures et les circulaires dits « Rucard », un nouveau règlement intérieur est envoyé.

2.3. Le nouveau règlement du service intérieur (1938)

En septembre 1938, le Dr Renaux soumet à la commission la circulaire du 5 février 1938 du ministère de la Santé publique concernant le nouveau règlement intérieur type des hôpitaux psychiatriques, qui doit se substituer à celui du 3 mars 1857²²⁹⁰. Il présente le nouveau règlement de *l'Hôpital Psychiatrique Départemental* daté du 17 septembre établi en fonction du document type qui entérine les changements opérés depuis quelques années : deux médecins-chefs de service, statut du personnel, assurances sociales, caisse de retraite, etc.

A noter, le document mentionne la présence d'un pharmacien résident qui n'existe par encore. Après examen, la commission de surveillance adopte le texte et le transmet au ministre de Santé publique pour approbation²²⁹¹. Observons maintenant les thérapeutiques et en premier lieu comment sont perçues la psychologie et la psychanalyse par le Dr Renaux ?

3. Eléments thérapeutiques

3.1. Agacement à l'égard de la psychologie et la psychanalyse

Le Dr Renaux dans son rapport médical de 1936 manifeste un certain agacement à l'égard de la psychologie et de la psychanalyse auxquelles il préfère l'objectivité des méthodes cliniques : « Certaines influences scientifiques, notamment dues à l'Ecole allemande, ont, à mon sens, trop souvent dispersé les efforts thérapeutiques dans un maquis de subtilités psychologiques et psychanalytiques prétentieusement réputées indispensables à la compréhension du mécanisme cérébral et de ses désordres. J'estime quant à moi qu'il est indispensable de s'en tenir à des données plus sainement objectives et de négliger le roman, quels que soient l'élégance de sa forme et le brillant de ses spéculations, pour s'en tenir à la féconde tradition des méthodes cliniques et de l'esprit cartésien. Aussi convient-il tout particulièrement de ne rien négliger pour assurer aux malades la somme de ces mêmes soins de chaque instant, si importants, malgré leur apparente simplicité, dans leur traitement rationnel²²⁹². » En 1938, le nouveau directeur revendique l'utilisation de thérapeutiques rationnelles et biologiques²²⁹³.

²²⁹⁰ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Règlement du service intérieur », séance du 19 septembre 1938, p. 423.

²²⁹¹ *Ibid.*, p. 424.

²²⁹² AC, L 38, Rapport médical, 1936, non paginé.

²²⁹³ AC, L 38, Rapport médical, 1937, non paginé. (Le rapport en rédigé en 1938).

3.2. Les thérapeutiques rationnelles et biologiques

Il distingue « l'arsenal thérapeutique sanctionné par les ans » qui malgré sa « cristallisation apparente ne doit pas être délaissé » et qu'il oppose aux « nouveautés tapageuses, parfois moins efficaces et souvent décevantes »²²⁹⁴. Aline Donval mentionne à ce sujet l'usage de la balnéothérapie et de la camisole²²⁹⁵. Le Dr Renaux reconnaît aussi utiliser des méthodes de « traitements modernes », « prônées à l'étranger ou en France²²⁹⁶ ». Il souligne au passage l'importance des cours d'infirmiers et d'infirmières, qui permettent d'obtenir du personnel secondaire une assistance qui renforce la collaboration entre le médecin et l'infirmier pour le plus grand profit du malade²²⁹⁷. A défaut de trouver trace des traitements utilisés dans les rapports médicaux, nous avons trouvé un livre des médicaments qui, aux travers des substances utilisées entre 1937 et 1941, nous livre des pistes concernant les traitements²²⁹⁸. A partir de 1939, des malades sont soignés par insulinothérapie²²⁹⁹

3.3. L'insulinothérapie (Cure de Sakel)

Ainsi le malade X a reçu, entre 26 mai 1939 et le 29 juin 1939, 24 injections totalisant 2975 unités²³⁰⁰. Il est décédé le 29 juin²³⁰¹. Un autre a reçu entre le 26 mai 1939 et 7 juillet 32 injections, soit 4620 unités²³⁰².

L'insuline a été isolée pour la première fois dans le pancréas par Frederick Banting et Charles Best en 1921²³⁰³. Elle permet de diminuer le taux de glucose sanguin, et ainsi de lutter contre le diabète, et qu'elle a aussi une vertu calmante. Dans un premier temps réservé au traitement du diabète, elle s'étend à la lutte contre l'asthme, l'urticaire et, à partir de 1923, aux maladies mentales, notamment dans les toxicomanies, comme sédatif des états d'agitation²³⁰⁴. En 1927, partant de ce constat, un jeune psychiatre viennois, Manfred Joshua Sakel (1900-1957), développe l'idée du traitement insulinique pour les schizophrènes. Il s'agit dans un premier temps de favoriser un coma hypoglycémique en injectant au patient de l'insuline, puis dans un second temps de le faire revenir progressivement à lui en lui injectant du glucose : c'est le « resucrage ». Alors que le sujet sort progressivement de sa torpeur, l'infirmier/infirmière peut pratiquer un « maternage », des paroles rassurantes, sorte de psychothérapie.

²²⁹⁴ AC, L 38, Rapport médical, 1937, non paginé. (Le rapport en rédigé en 1938).

²²⁹⁵ Aline Donval, Infirmière (1936-1943) et (1950-1971), *op. cit.*

²²⁹⁶ AC, L 38, Rapport médical, 1937, non paginé.

²²⁹⁷ *Ibid.*

²²⁹⁸ AC, R 22, Livre des médicaments.

²²⁹⁹ *Id.*

²³⁰⁰ *Id.*

²³⁰¹ *Id.*

²³⁰² *Id.*

²³⁰³ Jean-Charles Sournia, *Histoire de la médecine*, Paris, La Découverte/Poche, 1997, p. 268.

²³⁰⁴ J. Trillod, « Essai d'insulinothérapie dans la thérapeutique de certaines maladies mentales », in Congrès des Médecins aliénistes & Neurologistes de France et des pays de langue française, XLII^e session, Alger (6-11 avril 1938), Paris, Masson, 1938, p. 334-335.

A défaut d'avoir un récit circonstancié du traitement à Sainte-Gemmes, Jean-Noël Missa nous donne un aperçu des détails du traitement : « On injectait tôt le matin. Il fallait surveiller cette méthode de très près. Trois ou quatre heures étaient généralement nécessaires pour déclencher le coma. On pratiquait de manière progressive. On commençait par 10 ou 15 unités et on augmentait progressivement les doses de jour en jour jusqu'à arriver à la dose minimale qui plongeait le patient dans le coma après une latence qui était assez longue. C'était un coma hypoglycémique. On laissait le malade dans le coma environ une demi-heure – entre la demi-heure et l'heure. Et puis pour le réveiller, on utilisait une sonde pour pratiquer l'injection gastrique. Les infirmiers étaient très experts à faire cette manœuvre. Mais je ne m'y suis jamais risqué personnellement. Les médecins débutants ne sont pas formés à ça. On versait la solution sucrée dans un entonnoir. Imaginez-vous les scènes de Breughel ou de Bosch, la vision c'était un peu ça. Le malade se réveillait assez vite. Si les réflexes pupillaires disparaissaient, on injectait une solution de glucose dans la veine pour réveiller le malade et, alors là, on assistait vraiment à une résurrection. On faisait des séries très longues, de 40 ou 50 comas, cinq jours par semaine. Les autres jours étant réservés au repos des malades et des infirmiers. C'étaient des traitements très lourds pour l'organisme qui, lorsqu'il n'y avait pas d'accident, conduisait à une prise de poids considérable à cause de la quantité de sucre fournie à l'organisme²³⁰⁵. » Nous n'avons trouvé aucun commentaire sur ses pratiques. En 1939, à côté de l'insulinothérapie, on trouve aussi la cardiazol-thérapie²³⁰⁶.

3.4. La cardiazol-thérapie

La cardiazol-thérapie a été mise au point par un psychiatre hongrois, Ladislas Joseph von Meluna (1886-1964), en 1934. Persuadé qu'il existe un antagonisme entre l'épilepsie et la schizophrénie²³⁰⁷, il a l'idée de déclencher artificiellement une convulsion par l'injection de cardiazol ou métrazol (un dérivé du camphre), afin de mettre fin à la psychose. L'injection intraveineuse provoque, en quelques secondes, une perte de connaissance²³⁰⁸. On introduit à ce moment un tampon pour éviter toute morsure²³⁰⁹. Puis « des bouleversements organiques violents » se produisent accompagnés d'un sentiment d'angoisse²³¹⁰. La crise convulsive peut provoquer des luxations, fractures, troubles cardiaques et respiratoires²³¹¹. Une fois terminés la crise convulsive et le coma d'une quinzaine de minutes qui suit, le patient peut être frappé par un sentiment d'angoisse, voire une amnésie passagère²³¹². En ce qui concerne la schizophrénie, le cardiazol est parfois utilisé de concert avec

²³⁰⁵ Jean-Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique, Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle*, Paris, PUF, 2006, p. 98.

²³⁰⁶ AC, R 22, Livre des médicaments.

²³⁰⁷ Jean-Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique, Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle, op. cit.*, p. 141.

²³⁰⁸ *Ibid.*, p. 142.

²³⁰⁹ *Id.*

²³¹⁰ *Ibid.*, p. 143.

²³¹¹ *Ibid.*, p. 143 et 145.

²³¹² *Ibid.*, p. 143.

l'insulinothérapie²³¹³. Avant l'apparition de l'électrochoc, il sert aussi de traitement contre la mélancolie²³¹⁴. Passons à une lecture financière de la période.

C / Lecture budgétaire

La période qui va de 1932 à 1939, est marquée par des difficultés économiques. Dans un contexte inflationniste, comment se portent les finances de l'asile ? Quelle est la répercussion financière de la politique du Front populaire ? La loi du 31 mars 1931, qui fait évoluer la part contributive des communes, du département et de l'Etat apporte telle du changement ? Alors que des travaux sont nécessaires, des évolutions pour le personnel, quelles priorités sont données et avec quel financement ?

1. Un équilibre précaire 1932-1935

1.1. Des signes de fragilités financières (1932)

En 1932, l'excédent disponible de l'asile se monte à 2 149 097 F contre 2 067 479 F l'année précédente. Le bénéfice net atteint 859 744 F²³¹⁵. « Ce double boni » s'explique par la diminution du prix de revient qui est passé de 9,019 F en 1930 à 8,341 F. Toutefois, le Dr Baruk met en garde : « ce prix de revient n'est qu'apparence » il est dû à des travaux d'un montant de 1 298 801 F qui n'ont pas été soldés car pas exécutés à temps pour être comptés dans l'exercice de l'année²³¹⁶. Si ce montant avait été payé, le prix de revient aurait été de 10,827 F et, au lieu du boni, c'est à un déficit qui existerait²³¹⁷. L'asile est à nouveau en difficulté. Confiant, le Dr Baruk compte sur le maintien du nombre des pensionnaires, et aussi sur les assurances sociales qui, pour leur première année, ont rapporté 53 092 F²³¹⁸. Observons maintenant l'évolution de la charge de l'indigence et sa répartition.

1.2. L'évolution de la charge du département et des communes

Entre 1931 et 1932, la charge globale de l'indigence augmente de 47 461 F²³¹⁹. Selon le préfet, l'augmentation des effectifs des aliénés indigents n'est pas le facteur déterminant²³²⁰.

²³¹³ Jean-Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique, Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle, op. cit.*, p. 143.

²³¹⁴ *Id.*

²³¹⁵ BUA, JP43, Conseil général, 1933, Compte moral et administratif, 1932, p. 97.

²³¹⁶ *Ibid.*, p. 98.

²³¹⁷ *Id.*

²³¹⁸ *Id.*

²³¹⁹ BUA, JP43, Conseil général, 1933, Rapport du préfet (deuxième session), p. 244.

²³²⁰ *Ibid.*, p. 245.

Tableau n° 2 : Evolution de la population entre 1927 et 1939

Années	Décès	Adm	Sorties	Pop au 31 décembre	Pop annuelle traitée	Taux de décès sur pop. Traitée	Taux d'admission sur pop. Traitée	Taux de sortie sur pop. Traitée	Différentiel de population entre les admissions et les sorties dont décès
1927	117	447	300	1220	1637	7%	27%	18%	1,83%
1928	159	461	329	1193	1681	9%	27%	20%	-1,61%
1929	123	482	300	1252	1675	7%	29%	18%	3,52%
1930	115	498	338	1297	1751	7%	28%	19%	2,57%
1931	150	508	329	1326	1806	8%	28%	18%	1,61%
1932	163	492	343	1312	1818	9%	27%	19%	-0,77%
1933	144	486	357	1297	1798	8%	27%	20%	-0,83%
1934	105	574	367	1399	1871	6%	31%	20%	5,54%
1935	113	599	419	1466	1999	6%	30%	21%	3,35%
1936	114	475	348	1479	1941	6%	24%	18%	0,67%
1937	131	511	329	1530	1990	7%	26%	17%	2,56%
1938	138	516	331	1577	2046	7%	25%	16%	2,30%
1939	158	617	419	1617	2194	7%	28%	19%	1,82%

Sources : AC, L 37, L 38, Comptes moraux et administratifs et Rapports de fonctionnement.

La cause principale de cette progression résiderait dans la diminution des recouvrements effectués par le département et l'asile²³²¹. La crise et le chômage qui « annihile la faculté contributive d'un certains nombre de débiteurs²³²² ».

Tableau n° 3 : Evolution de la participation des communes, du département et de l'Etat (en F)

Années	Participation de l'Etat	Contingent des communes	Quote-part du département	Total des dépenses	Attribution aux communes d'allocations pour leurs dépenses d'entretien des aliénés (Loi du 31 mars 1931)	Recouvrements	Subvention de l'Etat pour les aliénés à la charge du département et des communes (Loi du 31 mars 1931)	Assurances Sociales
1930	139 519	822 083	1 316 311	2 277 914	0	255 760	0	0
1931	221 097	789 583	1 182 036	2 192 716	0	404 017	115 254	0
1932	245 212	800 793	1 194 473	2 240 178	30 000	304 673	150 000	53 092
1933	247 043	793 124	1 160 964	2 201 134	35 000	363 307	150 000	79 250
1934	276 560	833 240	1 306 570	2 416 560	-	384 782	170 000	99 505
1935	288 627	854 086	1 350 297	2 493 011	-	482 138	180 000	82 603
1936	1 070 355	759 765	706 486	2 536 606	38 000	467 840	190 000	95 973
1937	1 364 629	971 414	903 294	3 239 338	50 000	433 961	240 000	145 480
1938	2 151 712	1 541 511	1 433 412	5 126 635	-	615 263	210 000	215 397

Sources : BUA, JP43, Conseil général, Rapports du préfet

Malgré la loi du 31 mars 1931, la charge du département et des communes augmente²³²³. En 1932, la subvention d'Etat, qui porte pour la première fois sur une année complète, se monte pour le

²³²¹ BUA, JP43, Conseil général, 1933, Rapport du préfet (deuxième session), p. 245.

²³²² *Ibid.*, p. 246.

département à 150 000 F ; 20 000 F ont été reversés aux communes. C'est dans ce contexte financier que le Dr Baruk souhaite entamer de nouvelles constructions.

1.3. Un emprunt pour moderniser (1933)

En 1932, le Dr Baruk souhaite réaliser un certain nombre de travaux en raison de la vétusté de l'asile et de l'évolution du nombre des malades. En premier lieu il veut développer le chauffage central dans tout l'établissement. Il s'agit de remplacer les poêles dont le rendement est faible et qui présentent des dangers d'incendie et d'asphyxie²³²⁴. D'autre part, il souhaite mettre en place un système d'évacuation « moins primitif » que celui des tinettes²³²⁵. Cette question capitale est en suspens depuis 20 ans²³²⁶. Tout semble pouvoir changer avec l'autorisation officielle dans le département de réaliser des fosses septiques²³²⁷. En septembre 1930, le conseil général avait approuvé un projet d'assainissement pour l'asile²³²⁸. Il s'agit de remplacer le système des tinettes par un système plus moderne²³²⁹. Seulement, pour assurer le bon fonctionnement de la fosse septique, il faut beaucoup d'eau, or l'approvisionnement de l'asile est vétuste et le conduit d'eau de faible calibre²³³⁰. Aussi fait-il remplacer toutes les conduites pour assurer un meilleur débit²³³¹.

Ensuite, la cuisine réalisée initialement pour 600 personnes est devenue insuffisante pour les 1500 qui résident dans l'asile²³³². Le Dr Baruk envisage déjà une population de 1800 à 2000 personnes²³³³. Il ajoute qu'il y aurait lieu de créer un pensionnat, un service ouvert et un service d'enfants sur le terrain « des Grillers »²³³⁴. Ce projet, ancien maintenant d'une dizaine d'années, avait été adopté par le conseil général, mais l'exécution a été différée pour des raisons techniques, la nécessité de dévier une route semble-il²³³⁵. Suivant les devis de l'architecte, il estime qu'un emprunt de 7 millions sur 30 ans avec une annuité de 500 000 F par an sera nécessaire²³³⁶.

²³²³ BUA, JP43, Conseil général, 1933, Rapport du préfet (deuxième session), p. 245.

²³²⁴ AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Budget additionnel de 1932 », séance du 21 juin 1932, non paginé.

²³²⁵ *Id.*

²³²⁶ *Id.*

²³²⁷ *Id.*

²³²⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Travaux d'assainissement », séance du 22 octobre 1934, p. 241.

²³²⁹ *Id.*

²³³⁰ AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Budget additionnel de 1932 », séance du 21 juin 1932, non paginé.

²³³¹ *Id.*

²³³² *Id.*

²³³³ *Id.*

²³³⁴ BUA, JP43, Conseil général, 1932, Compte moral et administratif, 1931, p. 113.

²³³⁵ *Id.*

²³³⁶ *Id.*

Le rapporteur, Cesbron-Lavau détaille les travaux en excluant le service libre et le service des enfants sur le terrain des Grillers : le chauffage à 1 920 000 F, la cuisine à 1 500 000 F et l'assainissement et l'approvisionnement en eau à 3 346 400 F, soit un total de 6 766 400 F²³³⁷.

Reprenant l'idée d'un emprunt de 7 millions sur 30 ans avec une annuité de 500 000 F, il fait le parallèle avec la plus-value de l'année 1931 qui s'élève à 530 000 F et pose la question : qui peut se porter garant que cette plus-value se maintiendra pendant trente ans²³³⁸ ? Dans l'hypothèse que l'asile ne puisse supporter cette charge, il précise que le département sera tenu de combler le déficit, soit avec des ressources propres, soit en élevant le prix de journée des malades indigents et ponctue : « ce qui revient au même pour les contribuables²³³⁹. » Le système de financement fait obstacle à toute évolution d'ampleur. D'autre part, il rappelle que le conseil général a donné son accord sur la construction des maisons familiales et que « l'exécution du plan initial est à peine ébauché²³⁴⁰ ». La deuxième commission propose de commencer par une première tranche de travaux comprenant l'assainissement et la cuisine avec un emprunt de 5 millions de F²³⁴¹. Le rapporteur insiste sur la nécessité de commencer par l'assainissement : « l'état des water-closets et des tinettes est insupportable²³⁴². » La dépense s'élève à 3 500 000 F²³⁴³. Le conseiller Jean Hérard²³⁴⁴, de son côté, insiste sur l'urgence de la modernisation de la cuisine : « malgré le dévouement, les religieuses éprouvent beaucoup de difficultés à faire leur cuisine dans un espace aussi restreint, d'autant plus qu'il y a [...] beaucoup de régimes particuliers²³⁴⁵. »

Le conseil général accepte le principe d'un emprunt de 4 850 000 F qui sera destiné à la réalisation des travaux d'assainissement et d'approvisionnement en eau et de la réfection de la cuisine²³⁴⁶. Un pas décisif en termes d'hygiène est franchi. En 1933, des ressorts financiers inattendus permettent de nouveaux projets.

²³³⁷ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Travaux neufs – emprunt », séance du 24 septembre 1932, p. 403.

²³³⁸ *Id.*

²³³⁹ *Id.*

²³⁴⁰ *Id.*

²³⁴¹ *Ibid.*, p. 404.

²³⁴² *Id.*

²³⁴³ *Id.*

²³⁴⁴ Jean Hérard est conseiller général du canton de Noyant entre 1925 et 1940. Il est aussi député de Maine-et-Loire entre 1928 et 1936.

²³⁴⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Travaux neufs – emprunt », séance du 24 septembre 1932, p. 405.

²³⁴⁶ *Ibid.*, p. 408.

1.4. Des ressorts financiers inattendus et de nouveaux projets

a. L'emploi des rabais sur les adjudications

En 1933, dans le contexte de crise, les entrepreneurs consentent, pour occuper leur personnel, à pratiquer des prix inférieurs sur la première tranche de travaux décidés pour l'asile²³⁴⁷. Cela se traduit par des rabais sur les adjudications de 570 484 F²³⁴⁸. En novembre, la commission départementale fait savoir qu'elle ne souhaite pas que les sommes économisées sur les travaux à effectuer dans les bâtiments départementaux soient dépensées²³⁴⁹.

En 1934, le Dr Baruk, heureux de profiter de cette manne, demande l'utilisation de l'ensemble de la somme disponible pour l'exécution de nouvelles tranches de travaux : 72 000 F pour l'assainissement du sol dans l'emplacement de la nouvelle cuisine, 89 900 F pour le complément du réseau d'égouts, 20 000 F pour le chauffage de l'aile des bureaux, 193 000 F pour le prolongement des voies de la nouvelle cité avec leur réseau d'égouts, de canalisation d'eau et 195 000 F pour la construction d'un parloir dans le quartier des femmes²³⁵⁰. Cesbron-Lavau, qui y est hostile, considère que cette pratique, qui consiste à utiliser les rabais à des travaux différents, va encourager l'architecte à présenter des devis supérieurs aux besoins²³⁵¹. Boutin Desvignes est d'un tout autre avis : selon lui, un excédent de 570 000 F est disponible et des travaux urgents sont nécessaires²³⁵². Après discussion, la deuxième commission consent, à titre exceptionnel, à ce qu'une partie des travaux urgents soient réalisée sur les 570 000 F disponibles²³⁵³. Deux puis trois groupes de travaux sont jugés éligibles pour 181 900 F : l'assainissement de la cuisine pour 72 000 F, le chauffage des nouveaux bureaux pour 20 000 F et la construction des égouts pour 89 000 F²³⁵⁴. Boutin-Desvignes considère qu'il s'agit d'une mauvaise gestion que de laisser inemployés les 390 000 F²³⁵⁵. En octobre 1934, le conseil général revient sur le restant du rabais²³⁵⁶. Il souhaite répondre aux vœux du Dr Baruk et de la commission de surveillance de réaliser dans la cité le réseau d'égouts, les canalisations d'eau, l'éclairage et les clôtures dont le devis s'élève à 193 100 F²³⁵⁷. Le

²³⁴⁷ BUA, JP 43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Emploi du rabais des adjudications des 20 juillet et 25 novembre 1933 », séance du 19 avril 1934, p. 217.

²³⁴⁸ *Ibid.*, p. 214.

²³⁴⁹ *Id.*

²³⁵⁰ *Ibid.*, p. 215.

²³⁵¹ *Ibid.*, p. 215-216.

²³⁵² *Ibid.*, p. 216.

²³⁵³ *Ibid.*, p. 218-219.

²³⁵⁴ *Ibid.*, p. 220.

²³⁵⁵ *Id.*

²³⁵⁶ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Utilisation du rabais d'adjudication », séance du 22 octobre 1934, p. 243.

²³⁵⁷ *Id.*

reliquat restant des 390 000 F, qui se monte à 195 200 F, pourrait être affecté à la construction du parloir dans le quartier des femmes²³⁵⁸.

Au même moment, le projet d'assainissement laisse apparaître une économie sur l'emprunt d'un million de F²³⁵⁹. En 1932, le conseil général avait approuvé le remplacement des tinettes²³⁶⁰. Le projet initial s'était orienté vers l'emploi de la fosse septique²³⁶¹. Mais le risque que les malades obstruent les conduits incite le directeur et l'architecte à envisager une autre technique²³⁶². Le conseil général, à titre d'information s'était rendu à la station d'épuration de Colombes où sont utilisées les « boues activées »²³⁶³. Ce système, plus simple d'exécution, est de surcroît moins coûteux. Alors que le premier projet était de 2 214 800 F, celui-ci se monte à 1 063 512 F, soit une économie de 1 151 287 F²³⁶⁴. Aussi, afin de ne pas retarder une fois de plus ce projet, le conseil général demande de prélever sur cette économie la somme suffisante pour construire le parloir des femmes, mais aussi d'en profiter pour réaliser le chauffage de la cuisine et des annexes²³⁶⁵.

Le devis, compte tenu du rabais, s'élève à 325 200 F²³⁶⁶. De cette somme doivent être retranchés 195 200 F provenant du rabais de l'adjudication et 1 151 287 F du rabais de l'assainissement général du système d'épuration de « boues activées »²³⁶⁷.

En 1935, un concours est organisé pour le parloir²³⁶⁸. La dépense dépasse de 45 334 F celle prévue par le conseil général²³⁶⁹. La commission départementale se refuse à faire une nouvelle adjudication, jugeant le résultat aléatoire, et décide d'accepter les résultats du concours²³⁷⁰. La commission départementale demande au conseil général de prendre le restant sur le reliquat disponible de l'emprunt de 4 850 000 F voté en 1932²³⁷¹. Le conseil général accepte²³⁷².

²³⁵⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Utilisation du rabais d'adjudication », séance du 22 octobre 1934, p. 243.

²³⁵⁹ *Id.*

²³⁶⁰ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Travaux d'assainissement », séance du 22 octobre 1934, p. 241.

²³⁶¹ *Id.*

²³⁶² *Id.*

²³⁶³ *Id.*

²³⁶⁴ *Ibid.*, p. 242.

²³⁶⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Travaux d'assainissement », séance du 22 octobre 1934, p. 244.

²³⁶⁶ BUA, JP43, Conseil général, 1935, Rapport du préfet (première session), « Construction du parloir du quartier des femmes », p. 149.

²³⁶⁷ *Id.*

²³⁶⁸ *Id.*

²³⁶⁹ *Id.*

²³⁷⁰ *Id.*

²³⁷¹ *Id.*

²³⁷² BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Construction du parloir du quartier des femmes », séance du 16 mai 1935, p. 176.

b. L'emploi du reliquat de l'emprunt pour le chauffage central

En novembre 1935, sur l'emprunt de 4 850 000 F, il reste un reliquat de 1 032 735 F²³⁷³. Le Dr Baruk souhaite équiper tout l'établissement d'un chauffage central²³⁷⁴. En réalité, comme le précise le président du conseil général, il ne s'agit pas d'un chauffage central, mais d'un chauffage pour chaque bâtiment²³⁷⁵. Selon Cesbron-Lavau, le rapporteur, il n'aurait pas convenu à l'asile car il aurait fallu construire un bâtiment pour la chaudière, mais surtout réaliser des canalisations nombreuses pour chauffer des pavillons « un peu disséminés²³⁷⁶ ». L'emploi du reliquat pour la réalisation du chauffage central est accepté par le conseil général²³⁷⁷. Dans le budget primitif de 1936, sur les économies évaluées à 130 600 F, le Dr Baruk propose d'affecter 21 010 F pour l'équilibre du budget et 108 690 F à l'amortissement accéléré de l'emprunt ; le conseil général donne son accord²³⁷⁸.

1.5. L'impact des dépenses du personnel

En 1933, l'excédent disponible s'élève à 2 432 632 F²³⁷⁹. Le bénéfice net atteint 622 127 F. Il est inférieur à celui de l'année passée qui se montait à 859 744 F²³⁸⁰. Le préfet tempère en précisant que ce bénéfice net a été obtenu après paiement de 787 206 F pour travaux, contre 398 852 F l'année passé²³⁸¹. Le Dr Baruk y voit un « resserrement progressif des disponibilités » qui avaient, toujours selon lui, permis par le passé, « de réaliser des améliorations importantes²³⁸² ». Commentant ce résultat, il mentionne que si les denrées ont subi une légère baisse, c'est surtout les dépenses de personnel qui augmentent²³⁸³. Il rappelle ici que tout a été fait pour relever le niveau du personnel infirmier, « de manière à assurer aux malades non pas une vague surveillance, mais une assistance éclairée et des soins dévoués²³⁸⁴ ». Il avoue avec satisfaction : « on peut dire qu'on y est enfin arrivé tant par l'augmentation des traitements que par l'amélioration du logement et des conditions d'existence²³⁸⁵. »

Mais il avoue aussi que ces changements ont été faits avec un prix de journée pour les indigents du département à 8 F. C'est seulement depuis le 1^{er} janvier 1934 qu'il est à 8,50 F, ce qui a permis

²³⁷³ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Emprunt de 4 850 000 F pour divers travaux – Dépenses engagées, emploi du reliquat disponible », séance du 8 novembre 1935, p. 257.

²³⁷⁴ *Id.*

²³⁷⁵ *Ibid.*, p. 259.

²³⁷⁶ *Id.*

²³⁷⁷ *Id.*

²³⁷⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Budget primitif de 1936 », séance du 8 novembre 1935, p. 256.

²³⁷⁹ BUA, JP43, Conseil général, 1934, Compte moral et administratif, 1933, p. 80.

²³⁸⁰ *Ibid.*, p. 81.

²³⁸¹ BUA, JP43, Conseil général, 1934, Rapport du préfet (deuxième session), p. 234.

²³⁸² BUA, JP43, Conseil général, 1934, Compte moral et administratif, 1933, p. 81.

²³⁸³ *Id.*

²³⁸⁴ *Id.*

²³⁸⁵ *Id.*

l'application de la loi de douze heures²³⁸⁶. Il espère que cette augmentation sera suffisante et qu'il n'y aura « pas d'autre sacrifice à demander à l'assemblée départementale²³⁸⁷ ». Dans l'exercice de 1933, le prix de revient atteint 10,116 F²³⁸⁸. L'équilibre budgétaire n'a été réalisé qu'avec la recette des journées des pensionnaires, soit 1 582 668 F, celle des malades des autres départements et des assurés sociaux (tarif à 13 F) dont la part a augmentée de 50 % avec 79 250 F de recette et des malades de l'administration pénitentiaire : 910 190 F de recettes²³⁸⁹. Cet ensemble, avec un total de 2 542 858 F, représente la moitié des recettes²³⁹⁰.

Dans le budget primitif de 1935, du fait de l'extériorisation d'une trentaine d'infirmiers, les frais supplémentaires se montent à 129 000 F²³⁹¹. Alors que le personnel infirmier était auparavant payé à 50 % à causes des retenues pour les avantages en nature, l'extériorisation coûte à l'asile 4 300 F par personne²³⁹². La modernisation des pratiques a un coût. Entre 1933 et 1935, les projets d'« extériorisation » et de modernisation sur les fonds propre de l'asile se multiplient.

1.6. De nouveaux projets de constructions (1933-1935)

En 1933, le Dr Baruk rapporte la construction de deux nouveaux immeubles comportant quatre logements dans la cité du personnel²³⁹³. Ces derniers doivent être affectés au receveur, à l'économiste, au secrétaire de la direction et au surveillant de nuit dont les trois premiers occupent l'aile droite du château²³⁹⁴. Cette « extériorisation » permet au Dr Baruk d'envisager dans l'aile l'aménagement de bureaux convenables et spacieux pour la direction, la recette et l'économiste²³⁹⁵, mais aussi la création de salles d'attente, l'installation des archives ainsi que l'amélioration des logements des internes²³⁹⁶.

En 1934, deux nouveaux bâtiments « pouvant abriter trente préposés célibataires ou jeunes mariés sans enfant » sont projetés dans la cité du personnel²³⁹⁷. Ils permettront de loger le nouveau personnel de nuit et une partie des infirmiers et infirmières qui couchent dans les services²³⁹⁸. Les bâtiments sont estimés à 800 000 F et l'aménagement de l'aile droite à 100 000 F²³⁹⁹. Une installation du chauffage dans le quartier des hommes pour 165 000 F et des femmes pour 176 000 F est aussi envisagée²⁴⁰⁰. Comme

²³⁸⁶ BUA, JP43, Conseil général, 1934, Compte moral et administratif, 1933, p. 81.

²³⁸⁷ *Id.*

²³⁸⁸ *Ibid.*, p. 82.

²³⁸⁹ *Id.*

²³⁹⁰ *Id.*

²³⁹¹ AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Budget primitif de 1935 », séance du 19 juin 1934, non paginé

²³⁹² *Id.*

²³⁹³ BUA, JP43, Conseil général, 1933, Compte moral et administratif, 1932, p. 99.

²³⁹⁴ AC, L 16, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Budget additionnel 1933 », séance du 20 juin 1933, non paginé.

²³⁹⁵ BUA, JP43, Conseil général, 1933, Compte moral et administratif, 1932, p. 99.

²³⁹⁶ *Ibid.*, p. 100.

²³⁹⁷ *Id.*

²³⁹⁸ *Id.*

²³⁹⁹ BUA, JP43, Conseil général, 1933, Rapport du préfet (deuxième session), p. 240.

²⁴⁰⁰ BUA, JP43, Conseil général, 1934, Rapport du préfet (deuxième session), « Travaux », p. 236.

L'installation du chauffage se fera de façon « fragmentaire » le Dr Baruk préconise, afin d'éviter un emprunt pour l'exécution de l'ensemble des travaux, d'utiliser les excédents annuels pour l'aménagement du chauffage par pavillon²⁴⁰¹.

En 1935, 165 000 F sont inscrit dans le budget additionnel pour la création d'une maison de deux logements pour l'économe et le surveillant en chef²⁴⁰². Le Dr Baruk considère d'une part qu'ils sont mal logés et d'autre part qu'« ayant besoin à chaque instant de faire appel à ces deux agents principaux de l'établissement », il souhaiterait les avoir à proximité de lui²⁴⁰³. Le conseil général accepte. A partir de 1935, la situation financière se dégrade progressivement.

2 Une dégradation progressive des finances

2.1. Un équilibre budgétaire (1935-1937)

En 1935, alors que l'excédent disponible est de 3 370 290 F et a augmenté de 600 612 F par rapport à l'année passée²⁴⁰⁴. Comme toujours, le budget s'équilibre grâce au prix payé par les pensionnaires qui, bien qu'en légère régression, rapportent 1 564 172 F de recette (contre 1 636 162 F l'année précédente) ; mais aussi les recettes des malades des autres départements, des militaires, des malades de l'administration pénitentiaire (952 800 F) et des assurés sociaux qui ont rapporté cette fois 162 028 F²⁴⁰⁵. Le tout fait une recette de 2 516 972 F, soit environ la moitié de la recette totale²⁴⁰⁶.

Le Dr Baruk voit dans l'augmentation continue de la population²⁴⁰⁷ l'impact « des conditions sociales récentes » avec la recrudescence de dépressions à forme mélancolique liées au surmenage et à la sous-alimentation²⁴⁰⁸. La crise se répercute dans l'économie psychique des individus. Il pense qu'il faut « redoubler de vigilance » afin d'éviter les effets fâcheux de l'encombrement des dortoirs et des services, et pour cela lutter par une meilleure hygiène alimentaire et corporelle²⁴⁰⁹. D'autre part, il considère que pour lutter contre les maladies épidémiques, les réalisations en cours arrivent à point nommé : cuisine, réseau d'assainissement et chauffage central²⁴¹⁰.

En 1936, l'excédent disponible est de 3 962 966 F. Le bénéfice net de 324 726 F est en recul sensible de 19 448 F²⁴¹¹. Cette variation financière s'explique par une augmentation des recettes grâce à l'augmentation de la population hospitalisée et des recouvrements, mais aussi par des économies

²⁴⁰¹ BUA, JP43, Conseil général, 1934, Rapport du préfet (deuxième session), « Travaux », p. 236.

²⁴⁰² BUA, JP43, Conseil général, 1935, Rapport du préfet (deuxième session), « Maison pour l'économe et le surveillant chef », p. 245.

²⁴⁰³ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Emprunt de 4 850 000 F pour divers travaux – Dépenses engagées, emploi du reliquat disponible » séance du 8 novembre 1935, p. 256.

²⁴⁰⁴ BUA, JP43, Conseil général, 1936, Compte moral et administratif, 1935, p. 82-83.

²⁴⁰⁵ *Ibid.*, p. 83.

²⁴⁰⁶ *Id.*

²⁴⁰⁷ Cf. Tableau n° 2 : Evolution de la population entre 1927 et 1939.

²⁴⁰⁸ AC, L 37, Rapport médical, 1935, non paginé.

²⁴⁰⁹ *Id.*

²⁴¹⁰ *Id.*

²⁴¹¹ BUA, JP43, Conseil général, 1937, Compte moral et administratif, 1936, p. 92-93.

réalisées sur le prévisionnel et par des prélèvements réalisés sur les salaires du personnel. Ces recettes en augmentation sont contrebalancées par une augmentation des dépenses de à cause de la hausse des salaires du personnel secondaire et du prix de certaines denrées, notamment de la viande²⁴¹².

Alors que nombre total des journées continue de croître, le Dr Renaux constate une décroissance des journées de pensionnaires des 1^e, 2^e et 3^e classes et, dans le même temps, une augmentation du nombre des malades du régime commun²⁴¹³, c'est-à-dire des 4^e classe et des indigents²⁴¹⁴.

Tableau n° 4 : Répartition des journées entre 1932 et 1937 (en F)

Années	Pensionnaires de 1 ^{ères} , 2 ^e et 3 ^e classe	Malades du régime commun (4 ^e Classes et indigents)	Total des journées
1932	57 384	428 826	486 210
1933	55 039	425 995	481 034
1934	56 962	443 564	500 526
1935	48 154	479 236	527 390
1936	38 653	502 498	541 151
1937	36 982	516 477	553 459

Sources : BUA, JP43, Conseil général, 1937, Compte moral et administratif, 1936, p. 91.

L'accentuation du poids du régime commun, et notamment des 4^e classe, se traduit par une augmentation du coût global pour les collectivités (le département et les communes) et l'Etat.

Mais la répartition antérieure est modifiée au profit des communes et du département par l'application du décret-loi du 30 octobre 1935 et du décret du 29 décembre 1936, qui répartit la charge des collectivités de la façon suivante : 40 %, et pour l'Etat, 29 %²⁴¹⁵. Si la charge de l'Etat apparaît maintenant à 42 %, c'est qu'il faut ajouter la dépense des aliénés sans domicile de secours et aliénés étrangers.

Tableau n° 5 : Répartitions des charges respectives entre l'Etat, le département et les communes entre 1930 et 1938 (en %)

Années	Etat	Département	Communes
1930	6 %	58 %	36 %
1931	10 %	54 %	36 %
1932	11 %	53 %	36 %
1933	11 %	53 %	36 %
1934	11 %	54%	34 %
1935	12 %	54 %	34 %
1936	42 %	28%	30 %
1937	42 %	28%	30 %
1938	42 %	28 %	30 %

Sources : BUA, JP43, Conseil général, Rapports du préfet.

²⁴¹² BUA, JP43, Conseil général, 1937, Compte moral et administratif, 1936, p. 93.

²⁴¹³ *Ibid.*, p. 90.

²⁴¹⁴ On notera ici que les chiffres du Dr Renaux divergent sensiblement de ceux du Dr Baruk ; seule la tendance nous intéresse.

²⁴¹⁵ BUA, JP43, Conseil général, 1937, Rapport du préfet (deuxième session), p. 259.

Le préfet précise que la comparaison des charges respectives entre les collectivités ne peut être rationnellement établie que sur l'ensemble des services d'assistance. Ainsi, alors que dans cette nouvelle répartition, la charge pour les aliénés est plus faible pour les communes et les départements, pour les vieillards, elle est plus élevée²⁴¹⁶. En 1937, des crédits supplémentaires sont demandés.

2.2. La demande de crédits supplémentaires (1937)

En 1937, le budget primitif est dépassé, des crédits supplémentaires sont nécessaires²⁴¹⁷. La raison tient à l'inflation et l'augmentation de 40 % des denrées, objets et effets, qui représentent 900 000 F supplémentaires. L'augmentation des traitements liée d'une part à la décision de la commission tripartite du 27 février (240 000 F) et d'autre part aux nouveaux agents qui vont être recrutés en raison de la loi de 8 heures (1 230 000 F), aggrave la situation²⁴¹⁸.

En ce qui concerne le premier poste budgétaire, l'alimentation, le crédit global permet d'attendre le vote du budget additionnel, sauf pour la farine et le combustible qui sont facturés 60 % au-dessus des estimations de l'état des consommations présumées²⁴¹⁹. Le Dr Renaux estime que dans deux mois, il faudra 210 000 F de plus pour le pain et 200 000 F de plus pour le chauffage. De même, pour les traitements, la somme prévue au budget primitif est insuffisante²⁴²⁰.

Au total, le coût global pour le personnel est de 3 529 000 F. Le crédit inscrit étant de 2 521 610 F, il manque 1 million de F²⁴²¹. La commission de surveillance demande au préfet de prélever, sur des fonds libres, les sommes demandées pour les traitements du personnel, le chauffage, le pain et la farine²⁴²². En avril, le conseil général accepte la demande de crédit avancée par la commission de surveillance²⁴²³. En juin 1938²⁴²⁴, en raison de l'augmentation des salaires de 12 à 15 %, de l'engagement à venir de 182 nouveaux employés qui fera passer le nombre total des agents à 410 et représentera une somme supplémentaire de 1 742 805 F, ainsi que de l'augmentation du prix des approvisionnements, le Dr Renaux propose une augmentation des prix de journée pour le 1^{er} janvier 1938²⁴²⁵.

²⁴¹⁶ BUA, JP43, Conseil général, 1937, Rapport du préfet (deuxième session), p. 260.

²⁴¹⁷ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Demande de crédits supplémentaires », séance du 23 mars 1937, p. 244.

²⁴¹⁸ *Id.*

²⁴¹⁹ *Id.*

²⁴²⁰ *Id.*

²⁴²¹ *Id.*

²⁴²² *Id.*

²⁴²³ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire, demande de crédits », séance du 23 avril 1937, p. 249.

²⁴²⁴ BUA, JP43, Conseil général, 1937, Rapport du préfet (deuxième session), « Prix de journée », p. 255.

²⁴²⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Augmentation du prix de journée », séance du 27 octobre 1937, p. 409.

Tableau n° 6 : Prix de journées proposés par le Dr Renaux en F (1938)

	Maine-et-Loire		Départements étrangers	
	Prix en 1937	Prix proposés	Prix en 1937	Prix proposés
1^{ère} Classe	34	41	37	44
2^e classe	27	34	30	37
3^e Classe	20,50	27,50	22,50	29,50
4^e Classe	10,50	17,50	14,50	21,50
Indigents	10	16	14,50	21,50
Pupilles	10	16	14,50	16
Détenus	14,50	21,50	14,50	21,50
Assurés sociaux	14,50	17,50	14,50	17,50
Indigent (Etat)²⁴²⁶	10	16		

Sources : BUA, JP43, Conseil général, 1937, Rapport du préfet (deuxième session), « Prix de journée », p. 255.

Tessier, le rapporteur, estime que l'augmentation de 6 F du prix de journée des indigents aura sur le budget des collectivités locales une répercussion de 434 818 F²⁴²⁷. Avec l'augmentation du prix de journée des classes payantes, il pense qu'il faudra escompter une diminution du nombre de journée de 1^{er}, 2^e et 3^e classes au profit des 2^e, 3^e et 4^e classe²⁴²⁸. Le rapporteur propose de faire disparaître la différence alimentaire entre la première et deuxième classe et de ne garder que la différence de logement²⁴²⁹. En 1936, il y a eu seulement 10 pensionnaires de 1^{ère} classe et 22 pensionnaires de 2^e classe²⁴³⁰. L'enquête réalisée par le préfet sur les prix de journée en 1937 et sur ceux prévus pour les indigents dans les départements voisins montre que la proposition n'a rien d'exceptionnelle.

Tableau n° 7 : Comparaison des prix de journée des indigents dans différents départements entre 1937 et 1938 (en F)

Département	Prix de journée en 1937	Prix de journée en 1938
Loiret	13	16
Eure-et-Loir	12	Pas d'augmentation envisagée
Sarthe	13,25	14,25
Morbihan	12,80	Pas d'augmentation envisagée
Ille-et-Vilaine	12,50	Pas d'augmentation envisagée
Mayenne	15,15	Prix depuis le 1/9/37
Vienne	8,25	Prix envisagé de 12 à 14
Indre et Loire	13,50	16,45
Deux-Sèvres	11,25	Pas d'augmentation envisagée
Loire inférieure	20,50	Pas d'augmentation envisagée
Haute-Vienne	12,50	17,50

Sources : BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Augmentation du prix de journée », p. 411.

²⁴²⁶ Indigents sans domicile de secours à la charge de l'Etat.

²⁴²⁷ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Augmentation du prix de journée », séance du 27 octobre 1937, p. 410.

²⁴²⁸ *Id.*

²⁴²⁹ *Id.*

²⁴³⁰ *Id.*

La deuxième commission ne souhaite que le conseil général ne vote pas l'augmentation des prix de journée²⁴³¹. Elle refuse « l'application stricte de la loi » en arguant que si l'asile fonctionnait avec 227 agents en 1936 (il s'agit sans doute de la totalité du personnel, 155 agents dans les services médicaux + 72 autres) elle n'a pas besoin d'en avoir 410 en 1937²⁴³². Dans un contre-pied, elle propose de diminuer le prix de journée de toutes les catégories de 1 F. En prenant les 500 000 journées prévues en 1938, cela représenterait 500 000 F de recette en moins pour l'asile et diminuerait de la même somme le crédit alloué au personnel secondaire²⁴³³. D'autre part, comme il est impossible d'augmenter le nombre de malades à cause du manque de place, la deuxième commission propose de donner d'abord satisfaction aux indigents du département avant d'admettre des indigents des départements étrangers²⁴³⁴. Charles Cesbron-Lavau déclare qu'il ne votera pas les conclusions du rapporteur, considérant que l'application des mesures est « un ordre impératif du ministre de l'Intérieur²⁴³⁵ ». Certains conseillers généraux protestent²⁴³⁶. Le marquis de Saint-Pern²⁴³⁷ considère que la proposition de créer un certain nombre de postes est de la même nature que le règlement-type dans lequel on peut modifier des articles, il est exemplaire²⁴³⁸. Le conseil général décide de réduire le crédit de 500 000 F soit 50 employés en moins. L'effectif des infirmiers qui était de 163 est porté à 170 au lieu de 220²⁴³⁹. En 1937, « désireux de ménager les finances », le Dr Renaux ne prévoit pas de construction nouvelle ni de travaux d'entretien pour l'année 1938²⁴⁴⁰.

Tableau n° 8 : Evolution des prix de journées entre 1929 et 1939 (en F)

Année	Indigents			Assurés sociaux		4 ^e classe		3 ^e classe		2 ^e classe		1 ^{ère} classe	
	ML	Autre dép	Etat, ad pénitentiaire (détenus) ministère de la guerre (militaires)	ML	Autre dép	ML	Autre dép	ML	Autre dép	ML	Autre dép	ML	Autre dép
1934	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1935	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1936	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1937	10	14, 5	-	14, 5	14, 5	10, 5	14, 5	20, 5	22, 5	27	30	34	37
1938	15	20, 5	-	16, 5	16, 5	16, 5	20, 5	26, 5	28, 5	33	36	40	43
1939	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Sources : AC, L 36 bis, L 37, Rapports médicaux et administratifs.

²⁴³¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Augmentation du prix de journée », séance du 27 octobre 1937, p. 411.

²⁴³² *Id.*

²⁴³³ *Ibid.*, p. 412.

²⁴³⁴ *Ibid.*, p. 411.

²⁴³⁵ *Id.*

²⁴³⁶ *Id.*

²⁴³⁷ Le Marquis Henry de Saint-Pern est conseiller général du canton de Champtoceaux entre 1928 et 1940.

²⁴³⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Augmentation du prix de journée », séance du 27 octobre 1937, p. 411.

²⁴³⁹ *Id.*

²⁴⁴⁰ BUA, JP43, Conseil général, 1937, Compte moral et administratif, 1936, p. 114.

2.3. Un équilibre précaire (1937-1938)

En 1937, l'excédent disponible est de 3 009 404 F, soit un recul de 953 562 F²⁴⁴¹. Le déficit est de 391 084 F²⁴⁴². Cette diminution de l'excédent disponible et le déficit de l'exercice sont liés essentiellement à la sous-évaluation du prix de journée des indigents par rapport aux augmentations des salaires du personnel secondaire (+ 1 300 000 F²⁴⁴³) et l'augmentation des denrées et combustibles (entre + 20 et + 75 %²⁴⁴⁴)²⁴⁴⁵. Ce déficit est amplifié par une diminution des journées de pensionnaires (- 9 254 par rapport à 1936) et l'augmentation des malades du régime commun (+ 15 002 par rapport à 1936)²⁴⁴⁶. Si la répartition des charges, en pourcentages, entre les collectivités ne varie pas par rapport à l'année antérieure, on constate, en chiffres bruts, une augmentation remarquable des charges des collectivités (+ 702 732 F²⁴⁴⁷), qui tient à l'augmentation du prix de journée des indigents de 8,50 à 10 F et l'accroissement du nombre de leur nombre²⁴⁴⁸.

En 1938, alors que l'excédent disponible est de 3 909 607 F²⁴⁴⁹, le bénéfice net est de 535 110 F²⁴⁵⁰. Ce résultat est lié à l'augmentation du nombre des malades traités qui passe, entre 1937 et 1938, de 1990 à 2046 et qui se conjugue avec l'augmentation du prix de journée réalisé en 1938²⁴⁵¹. On remarque aussi l'importance de la somme recouvrée qui se monte à 615 263 F²⁴⁵². Par ailleurs, un total de 1 305 955 F de crédits est à annuler, dont 687 099 F pour les traitements du personnel²⁴⁵³. Ce résultat positif ne doit pas masquer l'augmentation importante des dépenses (+ 2 184 981 F) liées aux salaires du personnel secondaire et à l'augmentation du prix des denrées et combustibles²⁴⁵⁴.

En 1939, conformément à un arrêté du conseil d'Etat daté du 16 juin, le prix de journée des aliénés indigents à la charge des départements étrangers doit obligatoirement être fixé au même taux que celui des indigents du département, c'est-à-dire ramené de 20,50 à 15 F²⁴⁵⁵. Le conseil général, décidément frondeur, refuse, estimant que la perte pour le budget de l'asile serait de 400 000 F et que cette mesure entraînerait une augmentation générale des prix de journée²⁴⁵⁶.

²⁴⁴¹ BUA, JP43, Conseil général, 1938, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Compte administratif de 1937 », p. 261.

²⁴⁴² BUA, JP43, Conseil général, 1938, Compte moral et administratif, 1937, p. 87.

²⁴⁴³ *Id.*

²⁴⁴⁴ *Id.*

²⁴⁴⁵ BUA, JP43, Conseil général, 1938, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Compte administratif de 1937 », p. 261.

²⁴⁴⁶ Cf. Tableau n° 5 : Répartition des journées entre 1932 et 1937 en F.

²⁴⁴⁷ Tableau n° 1 : Evolution conjointe du contingent des communes, de la quote-part du département et de la participation de l'Etat, mais aussi de l'allocation aux communes (Loi du 31 mars 1931), de la subvention de l'Etat et de la part des assurances sociales et des recouvrements

²⁴⁴⁸ BUA, JP43, Conseil général, 1938, Rapport du préfet (deuxième session), p. 264.

²⁴⁴⁹ BUA, JP43, Conseil général, 1939, Rapport du préfet (deuxième session), « Compte administratif de 1938 », p. 234.

²⁴⁵⁰ BUA, JP43, Conseil général, 1939, Compte moral et administratif, 1938, p. 82.

²⁴⁵¹ BUA, JP43, Conseil général, 1939, Rapport du préfet (deuxième session), « Compte administratif de 1938 », p. 234.

²⁴⁵² *Ibid.*, p. 245.

²⁴⁵³ *Ibid.*, p. 234.

²⁴⁵⁴ *Ibid.*, p. 236.

²⁴⁵⁵ BUA, JP43, Conseil général, 1939, Rapport du préfet (deuxième session), « Prix de journée », p. 240.

²⁴⁵⁶ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Prix de journée », séance du 9 novembre 1939, p. 317.

Épilogue : « défense passive »

A partir de mars 1939, avec l'annexion de la Bohême-Moravie par l'Allemagne hitlérienne, la situation internationale se dégrade. Les gouvernements français et anglais optent pour la fermeté avec l'Allemagne. Ils donnent des garanties aux pays menacés par la prédation, notamment la Pologne, et cherchent à négocier un accord avec l'Union soviétique²⁴⁵⁷. En avril 1939, le Dr Renaux informe la commission de surveillance que, selon l'arrêté du 31 mars 1939 émanant du ministre de la Défense nationale et de la guerre, que l'hôpital doit assurer lui-même sa protection contre les attaques aériennes²⁴⁵⁸. A cet effet, le directeur doit soumettre au préfet avant le 30 juin, un plan destiné à la protection du personnel, du matériel et des approvisionnements²⁴⁵⁹. Des mesures doivent être prises immédiatement²⁴⁶⁰. L'établissement doit procéder à l'acquisition, pour le personnel, d'appareils de protection individuels contre les gaz de combats²⁴⁶¹. Les malades ne sont pas concernés. Alors que le scénario probable laisse à penser que les agents hommes, remplacés par des femmes, seront mobilisés et rejoindront leurs formations militaires, le Dr Renaux estime que 190 masques de type ARS à 130 F l'unité, et 10 de type ANP à 190 F l'unité, devraient être achetés, soit une somme de 26 400 F²⁴⁶². Il faut également des recharges de cartouches pour les masques à 14 F l'unité²⁴⁶³. La commission de surveillance demande au conseil général d'inscrire 30 000 F de crédit à la prochaine session²⁴⁶⁴, ce qui est accepté²⁴⁶⁵.

Conclusion

Dans les années 1930, des verrous cèdent. En effet, malgré les problèmes économiques, un certain nombre de changements décisifs interviennent en faveur le personnel. En premier lieu, la crise économique permet d'améliorer le recrutement et donc la sélection du personnel. Ensuite, décision est prise de mettre en place la journée de 12 heures à la demande du syndicat et à la faveur de la loi de 1931 complétée par les lois de 1935, et l'apport embryonnaire des assurances sociales qui soulagent les dépenses des collectivités locales.

A partir de 1936, le processus de changement endogène est relayé et accentué par la politique volontariste du gouvernement de Front populaire qui force la main du conseil général en instituant la semaine de 40 heures. L'application de cette loi, il est vrai revue à la baisse (45 heures) nécessite un recrutement massif qui implique un recrutement local, fait évoluer l'organisation du travail en trois huit

²⁴⁵⁷ René Remond, *Notre Siècle de 1918 à 1991*, Paris, Fayard, 1991, p. 210.

²⁴⁵⁸ AC, L 16 bis, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Défense passive », séance du 17 avril 1939, p. 470.

²⁴⁵⁹ *Id.*

²⁴⁶⁰ *Id.*

²⁴⁶¹ *Id.*

²⁴⁶² *Id.*

²⁴⁶³ *Id.*

²⁴⁶⁴ *Id.*

²⁴⁶⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Achat de masques », séance du 9 novembre 1939, p. 318.

et accélère l' « externalisation » du personnel. Pour des raisons financières, le recrutement est limité par le conseil général.

De façon plus modérée, l'harmonisation à tous les asiles du statut du personnel et du nouveau règlement intérieur permet au ministère d'introduire des exigences en termes d'effectifs et de formation professionnelle.

A la faveur d'une situation financière favorable et d'un emprunt de 5 millions de F, s'amorce une modernisation des bâtiments et leur adéquation au nombre toujours grandissant des malades et du personnel (cuisine, logement, etc.). Dans une sensibilité renouvelée en termes d'hébergement et d'hygiène, de nombreux progrès sont réalisés (chauffage, assainissement, etc.)

L'année 1937 est marquée par le départ du Dr Baruk qui aura été l'inlassable initiateur du changement. Quelle sera la politique menée par ses successeurs, y aura-t-il une continuité ?

Pour ce qui est de la réorganisation de l'assistance (dispensaires, service social, service libre, modernisation des services fermés etc.) projetée par la circulaire « Rucart », le conseil général y fait obstacle pour des raisons financières. Pour l'heure, « l'hôpital psychiatrique », nouvellement dénommé, entre progressivement dans la guerre.

Chapitre IV. Le temps de la guerre (1939-1945)

La Deuxième Guerre mondiale met à nouveau l'institution à l'épreuve. Quelles en sont les manifestations ? Que donne-t-elle à voir de l'hôpital ?

Plusieurs perspectives croisées ont été retenues. La première, exploratoire, a pour objet de saisir l'impact général. Nous observerons ensuite les fluctuations du personnel et spécifiquement du personnel masculin. Quelle est son évolution ? Quelles en sont les répercussions ? Y a-t-il eu des revendications ?

Autre point : comment l'hôpital résiste-t-il financièrement ?

Point paradoxal : la guerre est-elle un temps d'innovations médicales et thérapeutiques ? Cette période de l'histoire de la psychiatrie a fait l'objet depuis quelques années d'un certain nombre d'études. On sait maintenant que la guerre fut le théâtre d'une véritable « hécatombe » dans les hôpitaux psychiatriques. Comment cela se manifeste-il à Sainte-Gemmes ? Quels en sont les ressorts et l'évolution ?

A / Une institution dans la tourmente

Alors que la France entre dans la guerre, quelles mesures sont prises à l'hôpital ? Comme en 1914 un service psychiatrique pour l'armée est créé : comment évolue-t-il ? L'arrivée des Allemands en juin 1940 dans le village de Sainte-Gemmes-sur-Loire a-t-elle une répercussion sur l'asile ? Avec le début de l'Occupation, comment s'organise le ravitaillement pour l'asile ? Quelles sont les manifestations de la politique de Vichy dans l'institution ? Dans quelles circonstances se fait la libération du village ?

1. Réquisitions et mesures particulières

Entre 1939 et début 1940, la guerre « physiquement », encore loin, se manifeste dans l'institution par la création d'un service de neuropsychiatrie pour les militaires, l'obligation d'acheter des masques à gaz pour les malades et la présence des militaires polonais.

En septembre 1939, le service des enfants garçons est réquisitionné par l'armée²⁴⁶⁶. Une annexe des salles militaires de l'Hospice mixte d'Angers, destinée à des militaires présentant des troubles psychiques, est créée²⁴⁶⁷. L'expérience de 1914-1919 est reconduite. Ce service de neuropsychiatrie peut loger une cinquantaine de soldats et onze infirmiers²⁴⁶⁸. Les infirmiers militaires et les malades sont

²⁴⁶⁶ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Projet de convention », séance du 18 septembre 1939, p. 3.

²⁴⁶⁷ *Ibid.*, p. 2.

²⁴⁶⁸ *Ibid.*, p. 3.

nourris par l'établissement²⁴⁶⁹. Les enfants sont installés dans un couloir du service des femmes transformé en dortoir, l'encombrement est accru²⁴⁷⁰. Contrairement à 1914, l'armistice met prématurément fin à cette expérience. A la fin de l'année 1940, le service de neuropsychiatrie est dissout et les enfants « anormaux » regagneront leur pavillon.

En février 1940 le Dr Renaux reçoit une lettre du lieutenant colonel Robert, commandant provisoirement la subdivision de Maine-et-Loire, lui demandant d'équiper « les malades capables de recevoir utilement l'instruction sur le port de l'appareil de protection²⁴⁷¹ ». En mars, la commission de surveillance consent à l'achat de 1225 nouveaux masques pour une somme de 78 750 F²⁴⁷². Après le personnel, certains malades, jusqu'alors négligés, disposent aussi d'une protection contre l'usage redouté des gaz.

En mars, le terrain du « Grillers des Loges », proche de Port Thibaut, est loué à des soldats polonais du génie²⁴⁷³ pour l'édification de baraquements²⁴⁷⁴. Par leur présence, le souffle de la guerre se rapproche. Avant l'arrivée des Allemands, ils quitteront « précipitamment » la commune²⁴⁷⁵.

2. L'arrivée des Allemands

Les premiers soldats allemands arrivent en side-cars dans le village de Sainte-Gemmes-sur-Loire dans la nuit du 18 au 19 juin²⁴⁷⁶. « Les Allemands patrouillèrent dans l'établissement. Il y eut quelques fusillades aux alentours, mais les troupes, traversant la Loire, s'éloignèrent peu après vers le Sud²⁴⁷⁷. » Le Dr Renaux déplore juste un auxiliaire blessé par balle et quelques dégâts matériels : vitres brisées et murs atteints par des projectiles²⁴⁷⁸. Il insiste sur la bonne tenue du personnel, à l'exception de la fuite de 6 infirmières venues avec les malades de Dury-les-Amiens²⁴⁷⁹. Par la suite, les Allemands tenteront plusieurs fois d'installer un service de santé, mais chaque tentative échouera²⁴⁸⁰ : « Une tactique habile

²⁴⁶⁹ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Projet de convention », séance du 18 septembre 1939, p. 3.

²⁴⁷⁰ AC, L 38, Rapport médical, 1940, p. 9.

²⁴⁷¹ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Demande de crédits supplémentaires », séance du 18 mars 1940, p. 44.

²⁴⁷² *Id.*

²⁴⁷³ A partir de novembre 1939, le gouvernement polonais en exil puis bientôt le Président de la République de Pologne est à Angers. Cf. Raymond Marchand, *Le temps des restrictions. La vie des Angevins sous l'Occupation*, Château-Gontier, 2000, p. 26-27.

²⁴⁷⁴ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Location du terrain de « Grillers » à l'autorité militaire », séance du 18 mars 1940, p. 47.

²⁴⁷⁵ *Sainte-Gemmes-sur-Loire des origines à nos jours*, Sainte-Gemmes-sur-Loire, Maury, 2000, p. 73.

²⁴⁷⁶ *Id.*

²⁴⁷⁷ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 41.

²⁴⁷⁸ AC, L 38, Compte médical et administratif, 1940, p. 10.

²⁴⁷⁹ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 41.

²⁴⁸⁰ *Ibid.*, p. 4.

sut les dissuader ou les éloigner²⁴⁸¹. » : un interne, présent entre 1940 et 1942, André Cavigneaux, évoque l'artifice de la typhoïde²⁴⁸².

3. Le ravitaillement

3.1. L'organisation départementale

De début 1940 à fin 1945, l'approvisionnement en mazout est interrompu²⁴⁸³. Les chaudières de la cuisine et dans « divers services » sont transformées afin d'utiliser le bois et le charbon²⁴⁸⁴. Aline Donval se souvient ainsi du froid qui régnait dans les dortoirs²⁴⁸⁵.

En mai 1940, le préfet du Maine-et-Loire, crée un service général de ravitaillement²⁴⁸⁶. Ce dernier comprend diverses « commissions et sous-commissions qui se réunissent périodiquement, en vue d'étudier les différents problèmes se rapportant à l'approvisionnement, aux transports, etc²⁴⁸⁷ ». Dans son rapport de juillet, il précise que le département de Maine-et-Loire, « de par sa situation géographique », « essentiellement agricole », est, « vis-à-vis des autres départements », « dans une situation relativement privilégiée »²⁴⁸⁸.

Toujours en mai 1940, sur demande du ministre de la Santé publique, et pour obtenir du ministre du Ravitaillement une priorité de fourniture en faveur des établissements hospitaliers recevant des assistés, le préfet demande au Dr Renaux de remplir une enquête concernant le sucre (raffiné, cristallisé – pour la pharmacie et pour la consommation de bouche) : stocks, prévisions, et de préciser les difficultés rencontrées dans l'approvisionnement des produits essentiels et rares²⁴⁸⁹.

En septembre 1940, les adjudications sont suspendues pour l'année 1941 en raison de l'imprévisibilité des cours²⁴⁹⁰. L'hôpital bascule, comme en 1914, dans le marché de gré à gré. Les prix augmentent. Afin de réduire le coût du transport des marchandises qui était, antérieurement, pris en charge par les adjudicataires, l'hôpital fait l'acquisition d'une voiture Renault datant de 1925 et d'une remorque²⁴⁹¹. Ce véhicule sera par la suite transformé avec l'adjonction d'un plateau et alimenté au gazogène, charbon de

²⁴⁸¹ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 41.

²⁴⁸² Cette information provient d'un compte-rendu d'un entretien réalisé en 2004 par les membres du musée de l'hôpital et aimablement prêté par Madame Loiseau, secrétaire de direction.

²⁴⁸³ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 33.

²⁴⁸⁴ *Id.*

²⁴⁸⁵ Aline Donval, infirmière (1936-1943 ; 1950-1971), entretien réalisé et enregistré le 6 juillet 2005.

²⁴⁸⁶ AD49, 12 W 4, Rapports du préfet de Maine et Loire (1940-1944), Rapport au ministre de l'Intérieur, Juillet 1940, Le Préfet du département de Maine-et-Loire à Monsieur l'Ambassadeur de France, Délégué Général du Gouvernement Français dans les territoires occupés, le 30 juillet 1940.

²⁴⁸⁷ *Id.*

²⁴⁸⁸ *Id.*

²⁴⁸⁹ AC, J 4, Circulaires et arrêtés préfectoraux et lettres diverses, Le Préfet délégué de Maine-et-Loire à Monsieur le Directeur de l'hôpital psychiatrique de Ste Gemmes-sur-Loire, le 20 mai 1940.

²⁴⁹⁰ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Adjudication des fournitures et denrée pour 1941 », séance du 17 septembre 1940, p. 74.

²⁴⁹¹ AC, L 39, Rapport administratif et médical de la période de 1938 à 1945, p. 37.

bois par suite des faibles attributions d'essence allouées²⁴⁹². Cette voiture fera quotidiennement les 7 kilomètres entre Sainte-Gemmes-sur-Loire et Angers, jusqu'en 1944²⁴⁹³.

3.2. Le rationnement alimentaire dans l'hôpital

A partir de septembre 1940, l'hôpital est assujéti au rationnement²⁴⁹⁴, les cartes individuelles d'alimentation entrent en vigueur²⁴⁹⁵. Le service administratif achète des aliments contingentés sur présentation des tickets ou coupons prélevés sur la carte des malades. Comme pour le reste de la population, les rations des malades sont inégales, elles varient en fonction de l'âge, de l'activité et du statut social²⁴⁹⁶. Les adultes, entre 21 ans et 70 ans, comprennent plusieurs catégories. La catégorie A représente ceux qui ne se livrent pas à des travaux. La catégorie T est celle des travailleurs de force. Les titulaires de la carte C, celle des travailleurs des jardins assimilés aux ouvriers agricoles, reçoivent 50 g de pain supplémentaires²⁴⁹⁷. En outre, les travailleurs bénéficient aussi, pendant toute la durée de la guerre, dans la matinée et l'après midi, de boissons chaudes ou fraîches (bouillon ou infusion) suivant la saison²⁴⁹⁸. Au régime ordinaire s'ajoutent des légumes, des compotes et autres denrées non rationnées²⁴⁹⁹. La catégorie V est celle de vieillards de plus 70 ans²⁵⁰⁰. A côté de ces catégories d'adultes, il y a la catégorie J qui comprend les jeunes de moins de 21 ans. En 1941, la catégorie J est scindée en trois : J1 de 3 à 6 ans (l'établissement accueille les enfants à partir de 5 ans²⁵⁰¹), J2 de 6 à 13 ans et J3 de 13 à 21 ans. Les enfants recevront en supplément pendant la durée de la guerre du chocolat, du sucre, des confitures et des confiseries, etc.²⁵⁰². Afin de maintenir le statut des pensionnaires, à côté du contingenté, des aliments améliorent leur régime : « Nous [le Dr Sizaret] nous efforçons [...] de trouver des produits non soumis au rationnement (légumes, fruits, desserts et autres), pour améliorer, autant qu'il se peut, le régime des pensionnaires et justifier l'écart des prix de pension. Mais il est impossible d'indiquer, de façon précise, la composition d'un menu qui ne peut être établi qu'au jour le jour, et suivant les possibilités du moment²⁵⁰³. »

²⁴⁹² AC, L 39, Rapport administratif et médical de la période de 1938 à 1945, p. 37.

²⁴⁹³ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Autorisation spéciale », séance du 13 mars 1944, p. 375.

²⁴⁹⁴ Isabelle von Bueltingssloewen, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier, 2007, p. 54.

²⁴⁹⁵ AC, L 39, Rapport administratif et médical de la période de 1938 à 1945, p. 37.

²⁴⁹⁶ *Ibid.*, p. 18.

²⁴⁹⁷ *Ibid.*, p. 31

²⁴⁹⁸ *Id.*

²⁴⁹⁹ *Id.*

²⁵⁰⁰ *Ibid.*, p. 18.

²⁵⁰¹ *Ibid.*, p. 31.

²⁵⁰² *Id.*

²⁵⁰³ *Ibid.*, p. 18.

La localisation de l'hôpital a son importance. Ainsi l'établissement est privé, de 1940 à avril 1944, de 50 g de légumes secs par personne au motif qu'il est rattaché à la commune de Sainte-Gemmes-sur-Loire qui est considérée comme un consommateur rural²⁵⁰⁴.

4. Continuité apparente et rupture

4.1. Une continuité de la politique esquissée par le Front populaire ?

Le 6 juin 1941, le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, Serge Huart, dans une lettre adressée aux directeurs régionaux de la Santé et de l'Assistance, relance les instructions données aux préfets par la circulaire du 13 mars 1937 : « Par la circulaire en date du 13 octobre 1937, des instructions ont été données à MM. les préfets en vue de l'organisation de la prophylaxie dans les départements et de l'extension des services annexes des hôpitaux psychiatriques. Les différentes mesures envisagées étaient les suivantes : création des dispensaires départementaux d'hygiène, création de services libres d'observation et de traitement, institution d'un service social complétant les deux organismes précédents, le développement, dans le cadre de la loi du 30 juin 1838 de mesures telles que sorties d'essai, placement agricole ou artisanal, création de consultations neuropsychiatriques infantiles. Il est apparu que bien peu de départements avaient suivi dans le cours des dernières années, les instructions qui leur avaient été données²⁵⁰⁵. » Apparemment, ce courrier illustrerait une continuité de la volonté de réformer le dispositif psychiatrique et notamment la prophylaxie. Un questionnaire est adressé aux établissements qui doivent donner un compte rendu des réalisations²⁵⁰⁶. Par ailleurs, on remarque des ruptures avec le déplacement politique du Dr Renaux et les lois antisémitiques.

4.2. « Déplacement » politique et lois antisémites

a. Le « déplacement » du Dr Jules Renaux

En 1941, le Dr Renaux est victime de la politique de Vichy. En 1928, lors d'une séance au conseil général, l'engagement politique du Renaux avait été abordé. Robert de Grandmaison s'interroge alors sur la présence dans un arrondissement du département, lors des dernières législatives, d'un fonctionnaire de l'asile qui prenait la parole dans les conférences²⁵⁰⁷. Il demande au préfet si ce fonctionnaire était en congé régulier et qui assurait son service en son absence²⁵⁰⁸. Le préfet lui répond

²⁵⁰⁴ AC, L 39, Rapport administratif et médical de la période de 1938 à 1945, p. 31.

²⁵⁰⁵ AC, J3 Circulaires Ministérielles, Le secrétaire d'Etat de la Famille et de la Santé à Messieurs les directeurs régionaux, Paris le 6 juin 1941.

²⁵⁰⁶ *Id.*

²⁵⁰⁷ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « La direction de l'asile et les élections », séance du 29 octobre 1928, p. 302.

²⁵⁰⁸ *Id.*

qu'il n'a pas de réponse à lui donner et que la discipline des employés ne relève pas du conseil général qui n'est pas habilité à voter des blâmes à l'encontre des fonctionnaires²⁵⁰⁹. Il poursuit : si une sanction doit être demandée, elle devra être adressée au ministre²⁵¹⁰. Grandmaison assure qu'il n'a pas demandé une sanction mais une enquête²⁵¹¹. Le préfet précise que le personnel médical est nommé par le ministre. Il peut juste transmettre une demande d'enquête²⁵¹². Un autre conseiller intervient : « Nous votons des crédits nécessaires aux employés de l'asile. Nous pouvons demander si les crédits sont bien employés et si les fonctionnaires qui les touchent sont bien à leur service²⁵¹³. » De Saint Pern ajoute : « Je demande que le conseil général soit informé car, de deux choses l'une : ou bien ce fonctionnaire est inutile et il peut aller s'occuper ailleurs ; ou bien il est utile et, dès lors, s'il s'absente, son service n'est pas rempli²⁵¹⁴. » Le préfet assure qu'il n'a reçu aucune plainte du directeur²⁵¹⁵. Le président du conseil général intervient : « L'incident est clos²⁵¹⁶. » De Saint Pern²⁵¹⁷ n'est pas de cet avis : « Je demande que l'on vote sur la question de l'enquête²⁵¹⁸. » Le préfet rappelle que cela n'est pas dans ses attributions²⁵¹⁹. Le Comte Georges de Villoutreys²⁵²⁰ insiste : « Le Conseil général a le droit de demander une enquête au ministre²⁵²¹. » Abel Boutin-Desvignes : « La clôture a été prononcée²⁵²². » Robert de Grandmaison : « Je ne me charge pas de prévenir le ministre. C'est à l'assemblée de le faire si elle le juge nécessaire. » Emile Landais²⁵²³ clôt la discussion : « Ce sont des incidents de personnes. Il ne faut pas insister : poursuivons notre travail²⁵²⁴. » Cette épisode, isolément, peut paraître anodin, pourtant il prend une autre résonance si on le confronte avec le « déplacement » du Dr Renaux 14 ans plus tard. En effet, par arrêté du 18 février 1942, le Dr Jules Renaux, médecin-directeur, est nommé d'office médecin-chef à l'hôpital du Bron-Vinatier (Rhône)²⁵²⁵. Cette nomination est un « déplacement²⁵²⁶ » motivé par des raisons politiques. En octobre 1941, le préfet de Maine-et-Loire demandait au ministre

²⁵⁰⁹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « La direction de l'asile et les élections », séance du 29 octobre 1928, p. 302.

²⁵¹⁰ *Id.*

²⁵¹¹ *Ibid.*, p. 303.

²⁵¹² *Id.*

²⁵¹³ *Id.*

²⁵¹⁴ *Ibid.*, p. 304.

²⁵¹⁵ *Id.*

²⁵¹⁶ *Id.*

²⁵¹⁷ Le Marquis Henry de Saint-Pern est conseiller général du canton de Champtoceaux entre 1928 et 1940.

²⁵¹⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « La direction de l'asile et les élections », séance du 29 octobre 1928, p. 304.

²⁵¹⁹ *Id.*

²⁵²⁰ Le Comte Georges de Villoutreys est conseiller général du canton de Pouancé entre 1914 et 1931.

²⁵²¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « La direction de l'asile et les élections », séance du 29 octobre 1928, p. 304.

²⁵²² *Id.*

²⁵²³ Emile Landais est conseiller général du canton de Saumur-Sud entre 1925 et 1929.

²⁵²⁴ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « La direction de l'asile et les élections », séance du 29 octobre 1928, p. 304.

²⁵²⁵ AD49, 44 Alpha 19, Dr Renaux Médecin directeur de l'hôpital de Ste Gemmes nommé à l'hôpital psychiatrique de Bron-Vinatier (Rhône), 1920-1942, Lettre du ministre, Secrétaire d'Etat à l'Intérieur à Monsieur le Préfet de Maine-et-Loire, Vichy, le 8 avril 1942.

²⁵²⁶ *Id.*

secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé de « prononcer d'urgence la mutation du Dr Renaux²⁵²⁷ ». Son activisme politique à gauche, son appartenance à la franc-maçonnerie en font, selon le préfet, un danger potentiel contre le nouveau régime²⁵²⁸. Dans l'« ordre nouveau », l'opposition politique prend une autre tournure.

Jules Renaux qui avait été nommé médecin adjoint à l'asile départemental de Ste-Gemmes-sur-Loire en 1920²⁵²⁹ avait fondé en 1922, avec Hérard, le journal radical socialiste intitulé *Le Réveil Démocratique* qui était destiné à tout le département²⁵³⁰. Le préfet commente : « Mais *Le Petit Courrier* était là, comme un roc de pur granit, contre lequel *Le Réveil Démocratique* s'est brisé rapidement ! Le Docteur et Hérard engloutirent dans cette entreprise d'importants fonds secrets, ainsi que des fonds fournis par les bonnes poires tapées des partis de gauche²⁵³¹. » La même année, Renaux fonde des comités radicaux socialistes²⁵³². Lors des élections législatives, il prend trois à quatre semaines pour organiser des réunions publiques. Selon le préfet, « il déployait une extraordinaire activité, prenant la parole dans presque toutes les réunions publiques. Avec des airs convaincus et des manières mielleuses, il est un orateur adroit. C'est le démagogue né, mais sans violence²⁵³³ ». Toujours selon le préfet, il a contribué à « cristalliser dans notre département des hommes autour du cartel des gauches, puis du front populaire, avec l'aide de « la ligue des droits de l'homme », « la libre pensée » « des combattants républicains », et les comités qu'il avait fondés »²⁵³⁴. En outre, il appartient à la franc-maçonnerie. Avec la loi du 11 août 1941 qui instaure la publication des listes de francs-maçons, son nom est paru au *Journal Officiel* du 25 septembre 1941²⁵³⁵. Cette même loi prévoit la démission d'office des fonctionnaires ayant eu des charges importantes au sein de la franc-maçonnerie, ce qui ne semble pas être le cas du Dr Renaux²⁵³⁶. Le préfet poursuit : « N'appartenant pas à une catégorie de fonctionnaires visés par l'article 2 de la loi du 2 juin 1941²⁵³⁷ [portant sur le statut des Juifs], le Dr Renaux ne peut légalement être déclaré démissionnaire d'office et, à ce titre, définitivement éloigné de l'Administration ». Aussi, selon le préfet, il doit être « muté » hors du département²⁵³⁸. Son déplacement est une mesure préventive : « Il peut être

²⁵²⁷ AD49, 44 Alpha 19, Dr Renaux Médecin directeur de l'hôpital de Ste Gemmes nommé à l'hôpital psychiatrique de Bron-Vinatier (Rhône), 1920-1942, Lettre du Préfet du Département de Maine-et-Loire à Monsieur le ministre Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, Angers le 8 octobre 1941.

²⁵²⁸ *Id.*

²⁵²⁹ AD49, 44 Alpha 19, Dr Renaux Médecin directeur de l'hôpital de Ste Gemmes nommé à l'hôpital psychiatrique de Bron-Vinatier (Rhône), 1920-1942, Lettre du Ministre de l'Intérieur à Monsieur le Préfet de Maine-et-Loire, le 7 septembre 1920.

²⁵³⁰ AD49, 44 Alpha 19, Dr Renaux Médecin directeur de l'hôpital de Ste Gemmes nommé à l'hôpital psychiatrique de Bron-Vinatier (Rhône), 1920-1942, Lettre du Préfet de Maine-et-Loire à Monsieur le Ministre Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, le 8 octobre 1941.

²⁵³¹ *Id.*

²⁵³² *Id.*

²⁵³³ *Id.*

²⁵³⁴ *Id.*

²⁵³⁵ *Id.*

²⁵³⁶ Cette loi sera complétée par celle du 13 août 1941 qui prescrit la dissolution des loges maçonniques.

²⁵³⁷ Cette loi remplace celle du 3 octobre 1940. L'article 2 énumère les professions publiques et mandats interdits aux Juifs.

²⁵³⁸ AD49, 44 Alpha 19, Dr Renaux Médecin directeur de l'hôpital de Ste Gemmes nommé à l'hôpital psychiatrique de Bron-Vinatier (Rhône), 1920-1942, Lettre du Préfet de Maine-et-Loire à Monsieur le Ministre Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, le 8 octobre 1941.

un jour le plus dangereux ennemi du régime, parce qu'il est organisateur, intelligent et très actif²⁵³⁹. » En janvier 1942, le préfet délégué de Maine-et-Loire, qui remplace l'ancien préfet devenu préfet régional d'Angers, dans son rapport au ministre de l'Intérieur, déclare : « Je me permets toutefois de rappeler que dans le dernier rapport moral, mon prédécesseur demandait avec insistance qu'il soit procédé d'urgence au déplacement de Docteur Renaux, Directeur médecin de l'hôpital psychiatrique de Ste-Gemmes-sur-Loire, dont la présence dans le département est devenue indésirable en raison de son activité politique passée. Je vous serais donc particulièrement obligé de vouloir bien donner suite à cette proposition afin d'apaiser le public qui ne s'explique pas que l'intéressé ait pu conserver ses fonctions dans un département où il fut l'un des plus ardents militants de gauche et où il comptait comme un haut dignitaire de la maçonnerie²⁵⁴⁰. » Selon Aline Donval, « il [le Dr Renaux] a appris par les journaux qu'il changeait de poste et qu'un autre était nommé à sa place [...] Ça l'a fusillé sur place²⁵⁴¹ ». En effet, après un accident cardiaque, il obtient un congé maladie à partir du 1^{er} avril. Le 18 avril 1942, le Dr Renaux signe pour la dernière fois le registre des décès. Il décèdera un peu plus tard. Le Dr Guy Toye prend le service des hommes²⁵⁴². Le nouveau directeur médecin, le Dr Alexandre Paul Auguste Sizaret²⁵⁴³ arrive en février 1942, sans avoir pu voir le Dr Renaux²⁵⁴⁴. Nous pouvons le voir ci-dessous lors de la remise de sa légion d'honneur en 1947. Sa nomination officielle intervient en avril²⁵⁴⁵. Le Dr Sizaret est né à Mayenne en 1892. Il est docteur en Médecine. Il a soutenu sa thèse à Paris en 1920. Il est récipiendaire de la Croix de guerre 1914-1918, de la Médaille d'Orient, de la Croix des services militaires volontaires et de la Médaille des Epidémies. Après un internat à l'Asile de Clermont (Oise) il devient médecin-chef directeur des hôpitaux psychiatriques sur concours depuis 1930. Il a été directeur de l'Hôpital psychiatrique de Lorquin (Moselle)²⁵⁴⁶. Outre ce déplacement politique avorté, à la fin funeste, la politique vichyssoise transparait aussi d'une manière toute aussi dramatique lors du recensement des juifs.

²⁵³⁹ AD49, 44 Alpha 19, Dr Renaux Médecin directeur de l'hôpital de Ste Gemmes nommé à l'hôpital psychiatrique de Bron-Vinatier (Rhône), 1920-1942, Lettre du Préfet de Maine-et-Loire à Monsieur le Ministre Secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, le 8 octobre 1941.

²⁵⁴⁰ AD49, 12 W 4, Rapports du Préfet de Maine et Loire (1940-1944), Rapport mensuel d'information du préfet de Maine-et-Loire au Ministère de l'Intérieur, questions concernant l'Administration, 1^{er} janvier 1942

²⁵⁴¹ Aline Donval, infirmière (1936-1943 ; 1950-1971), entretien réalisé et enregistré le 6 juillet 2005.

²⁵⁴² AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Nomination de M. le Docteur Renaux à l'Hôpital Psychiatrique du Vinatier (Rhône) », séance du 16 mars 1942, p. 157.

²⁵⁴³ Le Dr Sizaret sera médecin directeur jusqu'en 1951, puis médecin chef jusqu'en 1959.

²⁵⁴⁴ AC, L 38, Rapport administratif, 1942, non paginé.

²⁵⁴⁵ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Nomination du Docteur A. Sizaret comme Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de Ste Gemmes-sur-Loire », séance du 20 avril 1942, p. 162.

²⁵⁴⁶ AD49, 303 W 101 Santé, Centre psychothérapeutique de Ste Gemmes-sur-Loire, Personnel, notation, 1940-1969, Bulletin individuel pour l'année 1947.



Photographie n° 4 : Remise de la légion d'honneur au Dr Sizaret le 20 mai 1947. Sont présents sur la photo : lui-même, son épouse, M. Sarrazin (Maire de Ste-Gemmes), M. Henry (président de la commission de surveillance), et M. Morin (le préfet).

Sources : Musée du CESAME (Avec l'aimable autorisation de Madame Le Messenger).

b. Le recensement des Juifs

En mars 1942, le préfet de Maine-et-Loire adresse au directeur la lettre suivante : « Par circulaire du 16 février 1942, M. le secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé me fait connaître que les emplois d'internes et d'externes titulaires des établissements hospitaliers publics doivent être assimilés, pour application de la loi du 2 juin 1941 portant statut des Juifs²⁵⁴⁷, à une fonction publique de la nature de celles qui sont visées par l'art. 3 de la dite loi. En conséquence, les Juifs qui occupent de tels postes doivent les avoir abandonnés dans le délai de deux mois après la publication de la loi du 2 juin 1941, à moins qu'ils ne remplissent l'une des conditions énumérées à l'art. 3 précité²⁵⁴⁸. » Dans ce document reproduit par l'historien Alain Jacobzone dans son ouvrage *L'Éradication tranquille, le destin des Juifs en Anjou (1940-1944)* figure le nom de Jacques Baruk qui sera arrêté le 26 juin 1942 puis libéré²⁵⁴⁹. Le Dr Sizaret répond : « J'ai l'honneur de vous informer que les deux internes en médecine de l'Hôpital psychiatrique, MM. Chalmont Jean et Cavigneaux André, ne sont pas Juifs et ont signé, à cet égard, la déclaration

²⁵⁴⁷ Cette loi du 2 juin 1942 actualise une liste déjà existante, celle du 1^{er} recensement des Juifs datant d'octobre 1940. Ce document sera fourni aux Allemands à l'été 1942 et servira de base pour les rafles qui commenceront dans la nuit du 15 juillet à Angers et conduiront à la déportation (qui préexistait déjà). A cette date (juin 1942) les Juifs doivent porter l'étoile jaune. Cf. Alain Jacobzone, *L'Éradication tranquille, le destin des Juifs en Anjou (1940-1944)*, Ivan Davy, Vauchrézien, 2002.

²⁵⁴⁸ AC, J 4, Circulaires et arrêtés préfectoraux et lettres diverses, Le Préfet du Département de Maine-et-Loire à Monsieur le Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire, le 21 mars 1942.

²⁵⁴⁹ Alain Jacobzone, *L'Éradication tranquille, le destin des Juifs en Anjou (1940-1944)*, *op. cit.*, p. 238.

prévue par la loi²⁵⁵⁰. » A Angers, le 20 juillet 1942, environ 800 « israélites » de Maine-et-Loire et des départements voisins²⁵⁵¹ partent vers l'Allemagne²⁵⁵². Dans son rapport de juillet 1942, le préfet délégué du Maine-et-Loire écrit : « Ces arrestations en vue d'une déportation massive des Juifs de toutes catégories – on peut même dire de toutes nationalités, y compris, parfois, la nationalité française, avaient déjà ému la population. Mais cette émotion est devenue plus vive encore et s'est traduite dans maintes conversations lorsque furent connus certains détails particulièrement pénibles dont a été assortie cette rafle. Il est à craindre que ne soit ainsi créé un courant de pitié en faveur de la race juive considérée désormais comme martyre même par des personnes approuvant entièrement les mesures de sauvegarde édictées par le Gouvernement français notamment en ce qui concerne l'accès aux fonctions publiques²⁵⁵³. » En août 1944, le cauchemar semble vouloir prendre fin, le village de Sainte-Gemmes-sur-Loire est libéré.

5. La libération de la commune de Sainte-Gemmes-sur-Loire

Suite à de « furieux combats » qui durent plusieurs jours, le 10 août 1944, la commune de Sainte-Gemmes-sur-Loire est libérée²⁵⁵⁴. « De nombreuses balles et obus percutants et fusants tombent à l'intérieur de l'Etablissement²⁵⁵⁵. » En juin 1944, un centre chirurgical est installé dans l'hôpital de Sainte-Gemmes-sur-Loire, un chirurgien de Nantes y est affecté²⁵⁵⁶. Cette création naît de la crainte de voir l'Hôpital d'Angers bombardé par l'aviation alliée. Le sort de l'Hôtel-Dieu de Nantes détruit en septembre 1943 restait en mémoire²⁵⁵⁷. Trois blessés graves sont admis dans le centre pendant les combats qui ont lieu dans la commune²⁵⁵⁸. Le lendemain ils sont conduits à l'hôpital d'Angers²⁵⁵⁹. Le centre est dissout après le départ des Allemands²⁵⁶⁰. Après la libération de la ville, les Allemands se réfugient sur la rive Sud de la Loire, à proximité de l'hôpital²⁵⁶¹. Pendant trois semaines, l'hôpital subit un bombardement quotidien. « Pendant cette période, on peut estimer à plus de cent le nombre d'obus tombés sur l'hôpital. Mais si certains bâtiments furent assez sérieusement endommagés, nous avons eu cette chance providentielle de n'avoir aucun tué ni aucun blessé tant parmi les malades que parmi le

²⁵⁵⁰ AC, J 4, Circulaires et arrêtés préfectoraux et lettres diverses, Le Directeur de Préfet de l'Hôpital Psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire à Monsieur Le Préfet de Maine-et-Loire, Statut des Juifs, le 26 mars 1942.

²⁵⁵¹ La gestapo, établie à Angers, qui rayonne sur cinq départements a arrêté 824 hommes, femmes et enfants. Ils seront déportés au camp de Drancy, puis vers les camps d'extermination. Pendant la guerre, la gestapo en Anjou déportera 1139 Juifs dont 140 enfants. Cf. Michel Lemesle, *1939-1945. A travers l'Anjou. Chroniques*, Cholet, Editions du choletais, 1996, p. 53.

²⁵⁵² AD49, 12 W 4, Rapports du Préfet de Maine et Loire (1940-1944), Rapport mensuel d'information du préfet de Maine-et-Loire au Ministère de l'Intérieur, 24 juillet 1942.

²⁵⁵³ *Id.*

²⁵⁵⁴ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 5.

²⁵⁵⁵ AC, L 38, Compte moral et administratif, 1944, non paginé.

²⁵⁵⁶ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 5.

²⁵⁵⁷ *Id.*

²⁵⁵⁸ AC, L 38, Compte moral et administratif, 1944, non paginé.

²⁵⁵⁹ *Id.*

²⁵⁶⁰ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 5.

²⁵⁶¹ *Id.*

personnel²⁵⁶². » Le Dr Sizaret déplore cependant la mort de deux infirmiers, restés bloqués au Sud de la Loire²⁵⁶³. Les Allemands quittent la rive Sud le 30 août²⁵⁶⁴. L'Occupation allemande prend fin localement, mais la guerre continue. Après ce petit survol, analysons maintenant l'impact de la guerre sur le personnel infirmier.

B / Le personnel

Comme on a pu le voir dans le conflit antérieur, la guerre, grande mangeuse d'homme, a un impact sur l'effectif du personnel masculin. Quel effectif a été mobilisé ? Quel est l'impact dans l'organisation des services ? Quelles fluctuations observe-t-on pendant la durée de la guerre ? Alors que les difficultés matérielles s'accroissent, comment le syndical se manifeste-t-il ? Quelles sont ses revendications ? Sont-elles entendues ?

1. L'impact immédiat

1.1. La mobilisation

En août-septembre 1938, quelques agents de l'établissement avaient été mobilisés, puis tout était rentré dans l'ordre après les accords de Munich²⁵⁶⁵. En mars 1939, des agents sont de nouveau mobilisés, puis fin août, individuellement, des fonctionnaires et agents sont rappelés²⁵⁶⁶. Le 2 septembre, c'est la mobilisation générale. Sur un effectif de 162 fonctionnaires et employés hommes 120 sont mobilisés²⁵⁶⁷. Conséquence immédiate : le service « médical » des hommes est déstabilisé. Des agents auxiliaires sont embauchés²⁵⁶⁸. Comme pendant la Première Guerre, entre août 1939 et fin 1940 quinze infirmières sont détachées dans les services tranquilles des hommes²⁵⁶⁹. S'agit-il de sœurs ou de laïques ? Rien ne permet de le dire. Aline Donval, notre infirmière, n'en a pas de souvenir. Les archives ne mentionnent rien. Comment se répercute cette mobilisation dans les services ?

²⁵⁶² AC, L 38, Compte moral et administratif, 1944, non paginé.

²⁵⁶³ *Id.*

²⁵⁶⁴ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 5.

²⁵⁶⁵ *Ibid.*, p. 3.

²⁵⁶⁶ *Id.*

²⁵⁶⁷ *Id.*

²⁵⁶⁸ AC, L 38, Compte moral et administratif, 1939, p. 8.

²⁵⁶⁹ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 21.

1.2. L'organisation du travail

Avec la mobilisation générale, les heures quotidiennes du personnel infirmier passent à 12 heures²⁵⁷⁰. En janvier 1940, par décret, le temps de travail dans les établissements hospitaliers publics est porté de 45 à 48 heures par semaine sans donner lieu à des heures supplémentaires : « Ce nouveau texte, en augmentant de 3 heures la durée légale minimum du travail, sans entraîner le paiement d'heures supplémentaires, doit permettre une organisation normale du service et aura pour effet de sauvegarder à la fois les intérêts financiers des établissements hospitaliers et ceux du personnel sous les drapeaux²⁵⁷¹. » En mars, l'établissement fait face à un dilemme : embaucher 80 personnes ou payer les heures au delà de 48 heures. Alors que l'embauche est rendue quasi impossible, le Dr Renaux envisage des réquisitions civiles²⁵⁷². L'effectif moyen du personnel médical qui était en 1939 de 118 pour les hommes et 143 pour les femmes passe, en 1940, respectivement à 57 pour les hommes et 134 pour les femmes²⁵⁷³. Le 29 août 1940, il y a 192 agents hospitaliers en service : 17 religieuses, 57 infirmiers dont 18 auxiliaires temporaires et 118 infirmières dont 13 auxiliaires temporaires²⁵⁷⁴. Fait aggravant, au même moment, le nombre de malades atteint 1705 : 840 hommes et 865 femmes dont 100 mineurs de 5 à 15 ans : 65 garçons et 35 filles²⁵⁷⁵. Alors que le taux d'encadrement « théorique » est stable chez les femmes avec une infirmière pour 6 patientes, chez les hommes il passe à un infirmier pour 15 patients. Quel impact a ce sous-effectif sur les malades ? Le Dr Renaux se veut rassurant : « Depuis le 2 septembre 1939, l'Hôpital Psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire a continué de fonctionner sans désorganisation réelle de ses services. Bien que 122 agents (titulaires, stagiaires et auxiliaires) aient dû quitter leur service pour répondre à des ordres d'appel de mobilisation, la bonne marche de l'Etablissement a pu en effet demeurer assurée par une augmentation de la durée antérieure de travail, par l'affectation de femmes à des emplois habituellement confiés à des hommes, par le recrutement progressif d'auxiliaires temporaires, ceux-ci étant maintenant remplacés au fur et à mesure par les agents démobilisés²⁵⁷⁶. » Après la mobilisation, comment évolue le personnel ?

²⁵⁷⁰ AC, L 38, Compte moral et administratif, 1939, p. 9.

²⁵⁷¹ AC, J 3 Circulaires ministérielles, 1940, Le ministre de la Santé Publique à Messieurs les préfets, Paris, le 19 février 1940.

²⁵⁷² AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Crédit pour les salaires du personnel secondaire », séance du 3 mars 1940, p. 45.

²⁵⁷³ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 19.

²⁵⁷⁴ AC, J 4, Circulaires et arrêtés préfectoraux et lettres diverses, Lettre du Médecin-chef Directeur de l'Hôpital Psychiatrique départemental de Maine-et-Loire, le 29 août 1940.

²⁵⁷⁵ *Id.*

²⁵⁷⁶ *Id.*

2. La fluctuation de l'effectif et la revalorisation des traitements

A partir de 1941, alors que l'inflation s'intensifie, quelles sont les mesures dont bénéficie le personnel secondaire ? Comment évolue l'effectif ?

Tableau n° 1 : Fluctuations du personnel secondaire entre 1938 et 1945

Années	Entrées			Départs			Différentiel		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T
1938	46	26	72	42	24	66	- 4	- 2	- 6
1939	82	15	97	45	18	63	37	- 3	34
1940	73	24	97	88	28	116	- 15	- 4	- 19
1941	113	41	154	83	12	95	30	29	59
1942	13	14	27	49	25	74	- 36	- 11	- 47
1943	10	17	27	17	22	39	- 7	- 5	- 12
1944	24	27	51	29	19	48	5	- 8	3
1945	20	26	46	32	24	56	12	- 2	- 10
	381	190	571	385	172	557	- 4	18	14

Sources : AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 20.

En 1941, une partie des agents mobilisés fait son retour²⁵⁷⁷. Contrairement à la guerre de 1914-1918, l'armistice permet de retrouver rapidement un certain nombre d'infirmiers. Ceux qui restent prisonniers sont remplacés par un recrutement jugé suffisant par Dr Sizaret²⁵⁷⁸. L'effectif moyen des services médicaux augmente à nouveau et revient à 121 pour les hommes et 154 pour les femmes²⁵⁷⁹. La journée de huit heures est réinstaurée²⁵⁸⁰. Dans le même temps, la population des malades, du fait de la surmortalité, passe de 1686 à 1211. En juillet 1941, le directeur reçoit une lettre du secrétaire du syndicat du personnel demandant, en raison de « la situation difficile et parfois pénible du personnel » et « du taux élevé de tout ce qui est indispensable à l'existence », un relèvement de 5 % du traitement brut comme défini par le décret le 11 décembre 1939, et le bénéficie d'une allocation supplémentaire, prévue par la loi du 12 juin 1941²⁵⁸¹. Le syndicat demande aussi une indemnité aux employés qui, faute de logement, vivent hors des locaux de l'administration, dans la cité²⁵⁸². Pour les couples « intérieurs », le syndicat souhaite que la retenue pour le logement, le chauffage et l'éclairage soit faite, non plus sur les deux conjoints, mais uniquement sur le traitement du chef de famille²⁵⁸³. La commission de surveillance, compte tenu des circonstances, accepte de suite les deux premières revendications et en étend le

²⁵⁷⁷ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 20.

²⁵⁷⁸ *Id.*

²⁵⁷⁹ *Ibid.*, p. 19.

²⁵⁸⁰ *Ibid.*, p. 20.

²⁵⁸¹ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Demande d'augmentation du traitement du personnel », séance du 15 septembre 1941, p. 127.

²⁵⁸² *Id.*

²⁵⁸³ *Id.*

bénéfice à l'ensemble du personnel²⁵⁸⁴. Considérant que seuls 9 couples résident dans l'asile, elle consent à supprimer, à partir du 1^{er} janvier 1942, les 25 % prélevés sur le traitement de l'épouse²⁵⁸⁵. On remarque ici que le nombre de couple résidant dans l'hôpital est devenu anecdotique. Par la loi du 31 octobre 1941 et par arrêté préfectoral du 24 novembre 1941 à compter du 1^{er} juin 1941, tout le personnel, à l'exception des internes en médecine, des religieuses et de l'aumônier²⁵⁸⁶, reçoit une indemnité temporaire qui correspond à celle attribuée aux fonctionnaires de l'Etat par les décrets des 11 décembre 1937 et 14 janvier 1939²⁵⁸⁷. Pour ceux qui perçoivent un traitement net annuel au plus égal à 25 000 F, une majoration de l'indemnité spéciale et temporaire est prévue²⁵⁸⁸. Cette indemnité varie de 3 000 F à 4 500 F²⁵⁸⁹. Le 17 décembre 1941, par arrêté préfectoral, la retenue de 25 %, pour les ménages des « agents » qui bénéficient dans l'hôpital du logement, chauffage et éclairage, n'est opérée que sur le salaire du chef de famille²⁵⁹⁰. Au cours de l'année 1942, si le personnel religieux reste identique avec 17 sœurs, les infirmières passent de 134 à 114 et les surveillants et infirmiers, de 102 à 74²⁵⁹¹ ; soit au total un déficit record de 47 personnes dont 37 hommes. Il n'y a pas de licenciement, simplement des départs, non compensés, pour des emplois mieux rémunérés dans le commerce, l'industrie et l'agriculture²⁵⁹². L'augmentation du coût de la vie accentue la volatilité du personnel. Le Dr Sizaret mentionne des départs d'infirmiers dans la police qui recrute massivement et qui offre des traitements bien supérieurs à ceux de l'hôpital psychiatrique²⁵⁹³. Travailler dans l'hôpital facilite-il l'embauche dans la police ? Le Dr Sizaret justifie le maintien de l'effectif du personnel par celui des malades, qui a chuté de près de 400 par rapport à l'avant guerre²⁵⁹⁴. Durant l'année elle reste stable autour de 1200 malades. En juillet 1942, l'indemnité spéciale temporaire est supprimée au profit d'un supplément provisoire de traitement qui prend effet le 1^{er} novembre 1942 et dont le taux varie, cette fois, entre 4 200 F et 8 000 F²⁵⁹⁵. En décembre 1942, le supplément provisoire est porté à un taux entre 7000 F et 12 000 F²⁵⁹⁶. Dans le même temps, l'indemnité de résidence familiale instituée par la loi du 31 octobre 1941 en faveur des fonctionnaires et agents de l'état est accordée au personnel de l'hôpital²⁵⁹⁷. Avec la loi du 25 septembre 1942, le taux du supplément familial correspondant à celui institué en faveur des

²⁵⁸⁴ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Demande d'augmentation du traitement du personnel », séance du 15 septembre 1941, p. 127.

²⁵⁸⁵ *Ibid.*, p. 133.

²⁵⁸⁶ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 26.

²⁵⁸⁷ AC, J4 Circulaires et arrêtés préfectoraux et lettres diverses, Préfecture de Maine-et-Loire, Arrêté, Angers le 24 novembre 1941.

²⁵⁸⁸ *Id.*

²⁵⁸⁹ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 14.

²⁵⁹⁰ AC, J4 Circulaires et arrêtés préfectoraux et lettres diverses, Préfecture de Maine-et-Loire, Arrêté, Angers le 17 décembre 1941.

²⁵⁹¹ AC, L 38, Rapport moral et administratif, 1942, p. 3

²⁵⁹² AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 20.

²⁵⁹³ *Id.*

²⁵⁹⁴ *Id.*

²⁵⁹⁵ *Ibid.*, p. 14.

²⁵⁹⁶ *Id.*

²⁵⁹⁷ AC, J 4, Circulaires et arrêtés préfectoraux et lettres diverses, Le Préfet du Département de Maine-et-Loire à Monsieur le Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire, le 8 juillet 1942.

fonctionnaires de l'Etat est aussi attribué au personnel de l'hôpital²⁵⁹⁸. L'ensemble de ces mesures affecte mécaniquement le prix de journée en 1942 et 1943²⁵⁹⁹. En 1943, l'hémorragie se stabilise avec le départ de 12 personnes contre 47 en 1942, cette fois elle se fait alors que la population hospitalisée augmente, passant de 1242 à 1467 entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre. Comme l'année précédente, cette diminution est due soit à l'attraction d'une meilleure rémunération dans le commerce, l'industrie, l'agriculture²⁶⁰⁰, ou dans d'autres administrations comme la police, soit à un départ pour l'Allemagne (il s'agit ici de la relève²⁶⁰¹)²⁶⁰². Fait nouveau, le Dr Sizaret mentionne que certains agents, des femmes²⁶⁰³, cessent leur travail pour raison de santé²⁶⁰⁴.

En 1944, le personnel infirmier diminue de nouveau de 12 personnes. Le Dr Sizaret constate qu'en 1941, alors que la population des malades était sensiblement identique (population traitée), les infirmiers étaient 100 de plus²⁶⁰⁵. La cause principale est l'attrait de salaires plus rémunérateurs dans le commerce, l'industrie et d'autres administrations²⁶⁰⁶.

Le 1^{er} mai 1945, le préfet du Maine-et-Loire accorde un relèvement des traitements du personnel secondaire avec effet le 1^{er} juillet 1943²⁶⁰⁷. Plus encore, l'ordonnance du 6 janvier 1945 relève les traitements des fonctionnaires de l'Etat à compter du 1^{er} février 1945, c'est la fin du supplément provisoire²⁶⁰⁸. L'impact cumulé des augmentations au cours de l'année 1945 est estimé à 7 785 125 F²⁶⁰⁹. Alors que la hausse des dépenses concerne aussi les denrées, le Dr Sizaret propose une augmentation du prix de journée²⁶¹⁰.

En juillet 1945, 20 infirmiers, prisonniers de guerre, font leur retour²⁶¹¹. L'effectif du personnel augmente. Malgré les réévaluations successives des traitements du personnel, une grève éclate dans l'après-midi du 12 décembre 1945, la première de l'établissement. « A 16 heures, la plupart des agents des services généraux et un certain nombre des services médicaux ont quitté brusquement leur travail et

²⁵⁹⁸ AC, J 4, Circulaires et arrêtés préfectoraux et lettres diverses, Le Préfet du Département de Maine-et-Loire à Monsieur le Directeur de l'Hôpital Psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire, le 22 décembre 1942.

²⁵⁹⁹ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 14.

²⁶⁰⁰ *Ibid.*, p. 5.

²⁶⁰¹ Le 22 juin 1942, Laval institue la relève : pour un travailleur volontaire en Allemagne, un prisonnier français doit être libéré. Le 4 novembre 2000 ouvriers de Maine-et-Loire partent pour l'Allemagne. 325 prisonniers sur les 13000 du Maine-et-Loire reviennent. Cf. Michel Lemesle, *1939-1945 A travers l'Anjou. Chroniques*, Editions du Choletais, Cholet, 1996, p. 50. C'est seulement le 16 février que le Service du Travail Obligatoire sera instauré. En Anjou, on estime à 6000 personnes le nombre qui ont été en Allemagne auquel il faut ajouter 3000 ouvriers pour la construction du Mur de l'Atlantique. Cf. Joseph Brevet et Nicolas Delahaye, *Le STO en Anjou. Le livre de la Mémoire. Enquête parmi les derniers témoins*, Cholet, Editions Pays & Terroirs, 2005, p. 3.

²⁶⁰² AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Relèvement du prix de journée », séance du 12 avril 1943, p. 277.

²⁶⁰³ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 20.

²⁶⁰⁴ AC, L 38, Compte moral et administratif, 1943, p. 5.

²⁶⁰⁵ AC, L 38, Compte moral et administratif, 1944, p. 3.

²⁶⁰⁶ *Id.*

²⁶⁰⁷ *Id.*

²⁶⁰⁸ *Ibid.*, p. 26.

²⁶⁰⁹ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Relèvement des prix de journée », séance du 14 mai 1945, p. 437.

²⁶¹⁰ *Id.*

²⁶¹¹ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, séance 16 juillet 1945, « Adresse du président à la commission », p. 453.

se sont rassemblés devant la cour d'honneur, où les membres du bureau syndical ont pris la parole. Puis une délégation est venue me remettre la note ci-incluse [que nous n'avons pas retrouvée], et m'a déclaré que la grève durerait une heure pour le personnel infirmier, et le reste de l'après-midi pour le personnel des services généraux. Cette manifestation s'est déroulée dans le calme. Une permanence était assurée dans les services de malades [...]. Les manifestants comprenaient [...] surtout les agents des services médicaux appartenant aux équipes de nuit et du matin, qui n'étaient par conséquent par de service. A 17 heures, les manifestants se sont dispersés, toujours dans le calme, et il n'y eut pas d'autres incidents²⁶¹². » Aussi respectueuse soit-elle du règlement, cette grève inaugure un nouveau mode d'action du syndicat. Nous l'avons vue, durant la guerre le personnel bénéficie de réévaluation de traitements permanents. Nous verrons dans la partie financière comment ces mesures se répercutent dans le budget. Dans ce marasme y a-t-il de nouvelles perspectives médicales et thérapeutiques ?

C / Perspectives médicale et thérapeutique

Durant la guerre un certain nombre d'innovation sont réalisées. Dans la continuité des thérapies dite « biologiques » arrive l'électrochoc. Que représente-il du point de vue thérapeutique? Un pharmacien résident est recruté, mais aussi une interne. A quel demande répond ce personnel ? Qu'apporte-il de nouveau ?

1. Une innovation thérapeutique : l'électrochoc ?

C'est à la fin du XVIII^e siècle que s'est noué le lien entre la folie et l'électricité. A cette date on « électrifie » le sujet en le mettant à proximité d'une émission d'étincelles²⁶¹³. Au début du XIX^e siècle, un premier électrochoc est réalisé grâce à une pile galvanique sur un mélancolique²⁶¹⁴. Au début du XX^e siècle, Joseph Babinski (1857-1932) pratique le « choc électrique céphalique » sur les mélancoliques²⁶¹⁵. Pendant la Première Guerre mondiale, le Dr Clovis Vincent et d'autres utilisent de façon très ambiguë l'électricité pour les névroses traumatiques sous le nom de « torpille »²⁶¹⁶. Mais c'est dans les années 1930, avec l'Italien Ugo Cerletti, et sous la forme d'une convulsothérapie, que l'électrochoc arrive en force. Entre 1933 et 1938, Cerletti expérimente l'usage de l'électricité sur des chiens. L'utilisation du Cardiazol de von Meduna, basée sur l'antagonisme entre la schizophrénie et l'épilepsie, lui donne l'idée de remplacer l'injection de ce produit anxiogène par du courant électrique. Cette idée lui pose un

²⁶¹² AC, J 4, Lettre du Dr Sizaret à monsieur le préfet de Maine et Loire, le 13 décembre 1945.

²⁶¹³ Claude Quézel, *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Taillandier, 2009, p. 220.

²⁶¹⁴ *Ibid.*, p. 363.

²⁶¹⁵ *Ibid.*, p. 364.

²⁶¹⁶ Didier Fassin et Richard Rechtman, *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion 2007, p. 74.

problème moral : « le spectre de la chaise électrique le hante²⁶¹⁷. » A Rome, il mène des recherches dans un abattoir : on utilisait alors le courant électrique pour rendre inconscients les porcs avant de les égorger. Grâce à diverses expériences d'intensité, il arrive à la conclusion de l'innocuité du courant électrique pour l'homme²⁶¹⁸. En mai 1938, Cerletti et Bini utilisent pour la première fois l'électricité sur un homme schizophrène de 40 ans. A l'aide de deux électrodes placées sur le crâne, afin éviter l'arrêt cardiaque, une décharge de 70 V lui est administrée pendant deux dixièmes de seconde. Le voltage est trop faible pour être efficace. Cerletti administre une nouvelle décharge de 110 V pendant cinq dixièmes de seconde, ce qui provoque une crise convulsive avec perte de conscience. Peu après, le patient reprit ses esprits au soulagement de tous. Par la suite Cerletti utilise un courant de 120 V pendant une période d'un ou deux dixième de seconde²⁶¹⁹. En décembre 1940, en France, le Dr Rondepierre, médecin à Ville-Evrard, et le Dr Lapipe, un radiologue, mettent au point un appareil : le sismothère²⁶²⁰. Il est présenté devant la Société Médico-Psychologique en avril 1941. A la fin d'année 1942, après de nombreux mois d'attente, l'hôpital de Sainte-Gemmes s'en procure un²⁶²¹. Un second appareil sera acheté en 1943²⁶²². En 1943, le Dr Toyé donnera une conférence à la Société de Médecine d'Angers sur ce thème²⁶²³. Nous n'avons malheureusement pas retrouvé la trace de ce document. L'électrochoc fait son apparition alors que l'insuline, depuis 1941, est devenue impossible à obtenir²⁶²⁴. En 1943, son usage supplante celui du cardiazol ; il devient la principale « méthode convulsivante », notamment pour les mélancoliques²⁶²⁵. En 1943, le Dr Sizaret rapporte que « plusieurs milliers d'[électro] chocs » ont été pratiqués sans provoquer d'accidents, ils enregistrent « des rémissions et des guérisons souvent rapides »²⁶²⁶.

²⁶¹⁷ Jean-Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique, Histoire des traitements des maladies mentales au XXe siècle, op. cit.*, p. 167.

²⁶¹⁸ *Id.*

²⁶¹⁹ *Ibid.*, p. 170.

²⁶²⁰ Gaëtan Lamarche-Vadel et Georges Preli, « L'asile », *Recherches*, n° 31, février 1978, p. 208.

²⁶²¹ AC, L 38, Rapport médical, année 1942, p. non paginé. AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 29.

²⁶²² AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 29.

²⁶²³ AD49, 303W101, Santé, Centre psychothérapique de Ste Gemmes-sur-Loire, Personnel, notation, 1940-1969, Bulletin individuel pour l'année 1943.

²⁶²⁴ AC, L 38, Rapport médical, 1941, non paginé.

²⁶²⁵ *Id.*

²⁶²⁶ *Id.*



Photographie n° 5 : Usage de l'électrochoc à l'hôpital (non datée).

Sources : Musée du CESAME (Avec l'aimable autorisation de Madame Le Messenger).

Aline Donval se souvient qu'il fallait tenir les malades : « On en avait parfois 22 par jour [des séances] à faire [uniquement chez les femmes]. Les séances duraient 4 minutes. Ça nous détraquait toutes les montres, on pensait pas toujours à les enlever²⁶²⁷. » Elle rapporte que l'électrochoc est parfois utilisé de façon disciplinaire pour calmer l'agitation psychomotrice des patients sous le nom de « torpille ». Innovation dans la continuité, le pharmacien résidant annoncé dans le règlement intérieur de 1938 arrive enfin.

2. L'arrivée d'un pharmacien résidant et d'un troisième interne

En mai 1942, la commission de surveillance, sur le conseil du Dr Sizaret, qui s'appuie sur la loi du 11 septembre 1941 relative à l'exercice de la pharmacie, demandait au préfet la nomination d'un pharmacien résidant²⁶²⁸. Selon lui, « le service de la pharmacie est loin d'être ce qu'il devrait être²⁶²⁹ ». Les « achats se font par petites quantités et au prix fort chez un pharmacien détaillant ; aucun médicament ne peut être vérifié, les notions de chimie nécessaires pour éviter les incompatibilités, pour

²⁶²⁷ Aline Donval, infirmière (1936-1943 ; 1950-1971), entretien réalisé et enregistré le 6 juillet 2005.

²⁶²⁸ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Modification à la section XI du projet de règlement du service intérieur du 17 septembre 1938 (Pharmacie) », séance du 18 mai 1942, p. 180.

²⁶²⁹ *Id.*

connaître les conditions de conservation et d'altération des produits ne peuvent être appliquées²⁶³⁰ ». Il semble qu'un point de bascule ait été franchi : la diversification des produits pharmaceutiques, leur complexité rend nécessaire l'arrivée d'une personne diplômée, spécialisée. Par ailleurs, la comptabilité est tenue par l'économiste : « Celui-ci mal qualifié pour tenir pareille comptabilité se contente d'inscrire pour chaque produit l'entrée et la sortie le même jour d'où l'impossibilité de contrôle comme pour tout autre produit en magasin²⁶³¹. » De plus, à défaut d'avoir son propre laboratoire, l'hôpital utilise celui de l'École de médecine²⁶³². Le Dr Toye déclare qu'il accorde peu de crédit aux résultats²⁶³³. Selon le Dr Sizaret deux solutions sont envisageables : soit une gérance soit la création d'un poste de pharmacien résidant. Les Dr Sizaret et Toye sont favorables à la présence d'un pharmacien résidant. La première officine étant à 4,5 km, ils considèrent que dans le cas d'une gérance, le pharmacien ne sera là que par intermittence, la gestion courante resterait aux mains d'une personne non diplômée²⁶³⁴. La commission de surveillance se range à l'avis des deux médecins²⁶³⁵. En août 1943, un pharmacien résidant est nommé²⁶³⁶.

En septembre 1942, dans une lettre adressée au préfet de Maine-et-Loire, le Dr Sizaret demande aussi la nomination d'un troisième interne, en raison de l'évolution des thérapeutiques et de l'état de malades dans ce contexte de guerre²⁶³⁷ : « Alors qu'autrefois les soins que l'on pouvait dispenser aux malades atteints d'une affection mentale étaient réduits à leur plus simple expression, la thérapeutique a, depuis quelques années, évolué dans des proportions considérables. Les méthodes actuellement courantes (inoculation de la malaria, convulsions cardiazoliques, coma insulinique, électro-choc, pyréthothérapie²⁶³⁸, etc) nécessitent une surveillance attentive et prolongée des malades traités. En outre, les troubles graves de la nutrition (œdèmes, avitaminoses, pyodermites, etc...) observés depuis l'ère des restrictions sont venus compliquer singulièrement la tâche des médecins, en ajoutant à une besogne déjà absorbante pour une population de 1 300 malades un surcroît insolite d'attention, de recherches et d'interventions²⁶³⁹. »

La médicalisation de l'hôpital *via* les thérapies biologiques, mais aussi, paradoxalement, le surcroît de pathologie inhérentes à la guerre, rend nécessaire un élargissement du personnel médical. En janvier

²⁶³⁰ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Modification à la section XI du projet de règlement du service intérieur du 17 septembre 1938 (Pharmacie) », séance du 18 mai 1942, p. 180.

²⁶³¹ *Id.*

²⁶³² *Id.*

²⁶³³ *Id.*

²⁶³⁴ *Id.*

²⁶³⁵ *Id.*

²⁶³⁶ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 24.

²⁶³⁷ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Demande de nomination d'une troisième interne en médecine », séance du 19 octobre 1942, p. 247.

²⁶³⁸ Traitement par la fièvre.

²⁶³⁹ *Id.*

1943, le préfet de Maine-et-Loire informe le directeur qu'il a l'autorisation de recruter un troisième interne²⁶⁴⁰ ; ce qui est fait.

3. La pharmacie : une variable d'ajustement budgétaire ?

A la suite au décès du Dr Guy Toye, médecin-chef du service des hommes, survenu le 10 décembre 1944²⁶⁴¹, le Dr Adnès prend ses fonctions le 21 décembre. De son passage il reste un certain nombre de considérations sur son service qui sont précieuses pour notre investigation.

Dès son arrivée éclate un différent avec le pharmacien²⁶⁴². Celui-ci lui fait remarquer que 20 thermomètres ont été utilisés chez les hommes contre 10 seulement chez les femmes²⁶⁴³. Après enquête, le pharmacien s'est rendu compte que des infirmiers « peu scrupuleux » échangeaient des thermomètres brisés venant de l'extérieur²⁶⁴⁴. Le Dr Adnès s'insurge contre cette accusation qui rejaillit sur l'ensemble de son personnel²⁶⁴⁵. Si cette histoire est vraie, elle permet de voir dans un service médical en temps de crise une façon de se faire de l'argent.

Plus intéressant sont les commentaires sur la prise en main de son service. Il rapporte avoir eu du mal à appliquer les dispositions réglementaires relatives à l'usage du cahier de pharmacie qui doit mentionner toutes les prescriptions. On peut supposer que cette absence de transparence favorise le trafic. En temps de crise qu'est ce qui peut être pris et monnayé dans un hôpital ?

D'autre part, alors que toutes les prescriptions sont maintenant notées, il constate qu'elles se limitent à l'usage de calmant : gardénal et somnifères²⁶⁴⁶.

Bien que connaissant les restrictions dans le domaine de la pharmacie, il considère qu'il faut tout faire pour que les malades les subissent le moins possible. A cet égard, il donne l'exemple un exemple. On lui a fourni pour son service dont la population a oscillé entre 601 et 550 malades entre le 1^{er} janvier et 30 juin 1945 deux litres d'éther (produit non contingenté) et quatre litres d'alcool. Ce qui lui fait dire : « On peut imaginer dans quelles conditions, non pasteurisées, sont faits les pansements des plaies, des abcès et des diverses infections cutanées créés par les déficiences générales d'une part, la gale de l'autre²⁶⁴⁷. » Non content de montrer le dénuement dans laquelle il se trouve, chiffre à l'appui il va plus loin en dénonçant une situation dans laquelle, dans un climat de cherté, on sacrifie l'achat des produits pharmaceutiques.

²⁶⁴⁰ AC, J 4, Circulaires et arrêtés préfectoraux et lettres diverses, le Préfet de Maine-et-Loire à Monsieur le Directeur de l'hôpital psychiatrique de Ste Gemmes-sur-Loire, Internes, le 8 janvier 1943.

²⁶⁴¹ AC, L 38, Compte moral et administratif, 1944, p. 3.

²⁶⁴² *Ibid.*, p. 57.

²⁶⁴³ *Id.*

²⁶⁴⁴ *Id.*

²⁶⁴⁵ *Id.*

²⁶⁴⁶ *Id.*

²⁶⁴⁷ *Id.*

Indépendamment de l'augmentation du prix des denrées, chiffre à l'appui, il déplore qu'à nombre égal de malades, le budget de la pharmacie soit aussi bas²⁶⁴⁸. Compte tenu des éléments disponibles, il est difficile de se prononcer, mais cela soulève l'hypothèse que la pharmacie serait une variable d'ajustement parmi d'autres.

Tableau n° 2 : Evolution des dépenses de pharmacie en F (1939-1944)

Années	Dépense totale	Nombre de journées	Effectif moyen
1938	95 170	566 424	1 551
1939	102 907	577 032	1 580
1940	105 389	609 121	1 668
1941	109 963	535 868	1 468
1942	101 171	431 893	1 183
1943	128 533	469 223	1 285
1944	48 753	523 939	1 435

Sources : AC, L 38, Compte moral et administratif, 1944, p. 57.

« Dans le budget considérable de l'établissement, l'article des dépenses de la pharmacie entre pour une part infime. Aussi bien, quand il s'agit de soigner – pour guérir ou, au moins soulager, la question « argent » n'entre-t-elle pas en considération²⁶⁴⁹. »

En octobre 1945, une autre polémique naît entre Dr Adnès et le Dr Sizaret, le premier, malgré le règlement de 1943, continue de prendre ses repas dans l'établissement²⁶⁵⁰. En décembre 1945, le Dr Adnès est affecté à l'hôpital psychiatrique du Mans, il quitte Sainte-Gemmes-sur-Loire en février 1946²⁶⁵¹. Il est remplacé par le Dr Jean Bobé. Celui-ci est né en 1905 à Montmedy (Meuse). Docteur en médecine, médecin légiste de l'Université de Paris, il est médecin des Hôpitaux psychiatriques depuis 1934. Après un internat de cinq ans et ½ à Paris, il a été chef de clinique à Ste Anne. Il a été directeur de l'Hôpital psychiatrique de Vauclaire (Dordogne)²⁶⁵². Nommé le 15 octobre 1945, il est installé le 16 décembre²⁶⁵³. Le président de la commission de surveillance exprime le souhait que « les relations avec lui seront plus cordiales et que sa collaboration éclairée servira bien la cause des malades et celle de l'établissement²⁶⁵⁴ ». Comment se matérialise la guerre dans les finances ?

²⁶⁴⁸ AC, L 38, Compte moral et administratif, 1944, p. 57.

²⁶⁴⁹ *Id.*

²⁶⁵⁰ AC, L 17, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Lettre du Dr Adnès », séance du 12 novembre 1945, p. 11-17.

²⁶⁵¹ AC, L 17, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Départ du Dr Adnès », séance du 11 février 1946, p. 24.

²⁶⁵² AD49, 303 w 101 Santé, Centre psychothérapique de Ste Gemmes-sur-Loire, Personnel, notation, 1940-1969, Bulletin individuel pour l'année 1947.

²⁶⁵³ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1945, p. 3.

²⁶⁵⁴ AC, L 17, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Souhaits de bienvenue au Docteur Bobé », séance du 11 février 1946, p. 24.

D / L'impact de la guerre sur les finances

Comment a évolué le budget de l'hôpital entre 1939 et 1945 ? Quel est l'impact respectif de l'inflation mais aussi des fluctuations du nombre des malades et du personnel vu précédemment. Des mesures spécifiques ont-elles été prises ?

1. Une relative stabilité financière (1939-1940)

En 1939, l'excédent disponible est de 4 087 251 F, il est en augmentation de 177 643 F par rapport à 1938. Le bénéfice net est de 597 669 F²⁶⁵⁵.

Tableau n ° 3 : Evolution de la population entre 1935 et 1945

Années	Décès	Ad	Sorties	Pop au 31 décembre	Pop annuelle Traitée	Taux de décès sur pop. Traitée	Taux d'admission sur pop. Traitée	Taux de sortie sur pop. Traitée	Différentiel de population entre les admissions et les sorties dont décès
1935	113	599	419	1466	1999	6%	30%	21%	3,35%
1936	114	475	348	1479	1941	6%	24%	18%	0,67%
1937	131	511	329	1530	1990	7%	26%	17%	2,56%
1938	138	516	331	1577	2046	7%	25%	16%	2,30%
1939	158	617	419	1617	2194	7%	28%	19%	1,82%
1940	246	651	336	1686	2268	11%	29%	15%	3,04%
1941	547	453	381	1211	2129	26%	21%	18%	-22,31%
1942	466	823	326	1242	2034	23%	40%	16%	1,52%
1943	334	909	350	1467	2151	16%	42%	16%	10,46%
1944	448	658	296	1387	2125	21%	31%	14%	-4,05%
1945	211	457	474	1159	1844	11%	25%	26%	-12,36%

Sources : AC, L 38-L 39, Rapports médicaux.

Cette évolution de l'excédent s'explique par une augmentation sensible du nombre des malades traités, et conjointement du nombre grandissant de journées d'hospitalisations. Ce phénomène se caractérise qualitativement par une augmentation du nombre des indigents à la charge des collectivités et une diminution des pensionnaires à la charge des familles.

En 1940, le budget reste stable. L'excédent disponible est de 4 680 243 F et le bénéfice net de 724 549 F²⁶⁵⁶. Pourtant en mars, le budget primitif semblait dépassé à cause de l'inflation et de l'augmentation inattendue de la population. Il faut noter ici que conformément à un arrêté du conseil d'Etat daté 16 juin 1939, le prix de journée des aliénés indigents à la charge des départements « étrangers » doit obligatoirement être fixé au même taux que celui des indigents du département, c'est-à-dire ramené de

²⁶⁵⁵ AC, L 38, Compte moral et administratif, 1939, p. 4.

²⁶⁵⁶ AC, L 38, Compte moral et administratif, 1940, p. 3.

20,50 F à 15 F²⁶⁵⁷. En novembre 1939, estimant que la perte pour le budget de l'asile serait de 400 000 F et que cette mesure entraînerait une augmentation générale des prix de journée, le conseil général avait refusé²⁶⁵⁸. Pourtant, à compter du 1^{er} janvier 1940, un prix de journée unique est fixé à 15 F par arrêté préfectoral²⁶⁵⁹. En mars, le vote du budget additionnel étant trop éloigné, le Dr Renaux demande à la commission de surveillance un crédit supplémentaire de 1 210 000 F pour la nourriture (viande, farine, pain, vin, etc.) et le chauffage²⁶⁶⁰. En juillet, le budget additionnel de 1940, malgré les crédits dus à l'augmentation de la population et à l'augmentation du prix des denrées, est excédentaire de 1 413 408 F²⁶⁶¹. Comment expliquer ce renversement ? Il se justifie par deux mouvements : les économies dues à la pénurie des denrées et des rentrées d'argent inattendues avec l'arrivée de réfugiés. On constate ainsi une économie de 600 000 F : 200 000 F sur le traitement du personnel du fait de leur mobilisation, 200 000 F sur le chauffage et 200 000 F sur diverses marchandises impossibles à se procurer²⁶⁶². D'autre part, lors de l'élaboration du budget primitif de 1941, des recettes supplémentaires apparaissent avec le transfert des 150 aliénés « au compte de l'Etat ». Ils représentent 54 750 journées d'hospitalisation. A eux seuls, l'arrivée des 107 patients de Dury-les-Amiens représente 39 055 journées supplémentaires²⁶⁶³. Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 1940, 2268 malades sont soignés dans l'établissement, soient 609 121 journées d'hospitalisation (87 333 journées de pensionnaires et 521 788 journées d'indigents), et une augmentation de 32 089 par rapport à l'année antérieure. Le décrochage entre les journées d'hospitalisation des indigents et des pensionnaires s'accroît au profit des premiers.

Entre 1939 et 1940, le budget de l'asile profite des « avantages » que lui procure la guerre. L'hôpital bénéficie d'une augmentation des recettes avec l'accroissement de la population et d'une diminution des dépenses avec la raréfaction des denrées et la diminution de l'effectif du personnel du fait de la mobilisation. Pourtant à partir de 1941, la situation change.

²⁶⁵⁷ BUA, JP43, Conseil général, 1939, Rapport du préfet (deuxième session), « Prix de journée », p. 240.

²⁶⁵⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Prix de journée », séance du 9 novembre 1939, p. 317.

²⁶⁵⁹ AC, J 4 Circulaires et arrêtés préfectoraux et lettres diverses, Préfecture de Maine-et-Loire, Arrêté, Angers le 4 janvier 1940.

²⁶⁶⁰ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Autorisation spéciale. Demande de crédits supplémentaires », séance du 18 mars 1940, p. 42.

²⁶⁶¹ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Budget additionnel de 1940 », séance du 17 juillet 1940, p. 59.

²⁶⁶² AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Prix de revient pour 1940 », séance du 16 juin 1941, p. 118.

²⁶⁶³ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Budget primitif de 1941 », séance du 17 juillet 1940, p. 59.

2. La détérioration des finances (1941-1942)

En 1941, si l'excédent disponible apparaît excédentaire de 4 591 149 F, l'exercice se solde par un déficit de 90 871 F²⁶⁶⁴. Si on observe l'encaisse des journées d'hospitalisation, on constate qu'elle passe entre 1940 et 1941 de 10 318 084 F à 9 367 714 F, soit une moins value d'un million. Cela s'explique, en premier lieu, par la diminution de l'effectif des malades. Les journées d'hospitalisation passent de 609 121 en 1940 à 535 868, soit une diminution de 73 253 journées : 61 153 journées pour les indigents et 12 100 pour les pensionnaires²⁶⁶⁵. Cette diminution est proportionnellement plus importante pour les pensionnaires (- 13 %) ²⁶⁶⁶ que pour les indigents (- 11 %) ²⁶⁶⁷. Elle s'explique par celle le recul des admissions et la hausse spectaculaire de la mortalité. Pour ce qui est de la diminution des admissions, Isabelle Bueltzingsloewen fait le même constat à l'hôpital psychiatrique départemental du Rhône²⁶⁶⁸. En 1941, le différentiel entre les entrées et sorties atteint - 22, 21 %²⁶⁶⁹.

Fait aggravant, par arrêté préfectoral, le 27 mars 1941, et à compter du 1^{er} janvier, le prix de journée applicable aux aliénés indigents du département de Maine et Loire et aux aliénés indigents sans domicile de secours, à la charge de l'Etat, en traitement à l'Hôpital psychiatrique, est fixé à 15,50 F²⁶⁷⁰. Avec ce nouveau prix de journée, jugé trop cher, 45 patients du département de la Seine quittent l'hôpital : 18 hommes partent pour l'hôpital psychiatrique de Châlons-sur-Marne et 27 femmes pour celui d'Yzeures (Allier)²⁶⁷¹.

A la fin de l'exercice, le montant à recouvrir sur les journées d'hospitalisation atteint 344 409 F²⁶⁷². L'Etat, les départements autres que celui du Maine-et-Loire ne payent plus dans les délais. La dette de l'Etat au titre des réfugiés se monte à 145 890 F pour l'année 1941 (il doit également 23 075 F pour 1939 et 134 847 F pour 1940)²⁶⁷³. La dette des autres départements s'élève à 121 047 F. 86 325 F sont dus par le département de la Seine qui conteste le prix de journée (Il doit 129 110 F pour l'année 1940 et 6 396 F pour 1939)²⁶⁷⁴. Au final, le Dr Sizaret évoque une somme globale de 659 966 F à recouvrer²⁶⁷⁵.

²⁶⁶⁴ AC, L 38, Compte moral et administratif, 1941, p. 3.

²⁶⁶⁵ *Id.*

²⁶⁶⁶ - 61 153/521 788 X 100 = 11, 71 %.

²⁶⁶⁷ - 12 100/87 831 X 100 = 13, 77 %.

²⁶⁶⁸ Isabelle von Bueltzingsloewen, « Morts sans ordonnance : les aliénés et la faim à l'hôpital psychiatrique départemental du Rhône, in *Morts d'inanition. Famine et exclusions en France sous l'Occupation*, Rennes, PUR, p. 56.

²⁶⁶⁹ Cf. Tableau n° 3 : Evolution de la population entre 1935 et 1945.

²⁶⁷⁰ AC, J 4, Circulaires et arrêtés préfectoraux et lettres diverses, Préfecture de Maine-et-Loire, Arrêté, Angers, le 27 mars 1941.

²⁶⁷¹ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 4.

²⁶⁷² AC, L 38, Compte moral et administratif, 1941, p. 2.

²⁶⁷³ *Id.*

²⁶⁷⁴ *Ibid.*, p. 3.

²⁶⁷⁵ *Id.*

En juin 1942, le budget additionnel apparaît seulement excédentaire de 3 216 149 F, ce qui constitue le fond de roulement de l'établissement²⁶⁷⁶. L'hôpital doit s'adapter à deux mouvements contradictoires : la diminution de la population et donc des journées d'hospitalisation, qui constituent la recette principale de l'établissement, et l'augmentation des dépenses²⁶⁷⁷.

Si l'excédent disponible de 1942 apparaît encore excédentaire de 2 007 577 F, on constate un décrochement notable par rapport aux années antérieures avec un exercice qui se solde par un déficit de 1 525 508 F²⁶⁷⁸. Le Dr Sizaret met en avant les causes de ce déficit : la diminution des recettes suite à la baisse inattendue de l'effectif : « le budget primitif de 1942 avait été établi en tablant sur un total de recettes de 11 471 750 F. Or celles-ci n'ont atteint que 9 603 790 F.

Le 1^{er} janvier 1939, donc avant la guerre, l'effectif était de 1577. Il atteignit 1 740 en juin 1940. Depuis, il n'a cessé de décroître, d'abord insensiblement (1 686, le 31 décembre 1940), puis très rapidement en 1941, puisque de 1686, il tombe à 1 211 le 31 décembre 1941, soit une diminution de 475 en un an²⁶⁷⁹. Cette baisse de la population ne fait que s'accroître par la suite puisqu'elle descend à 1 011 en juillet 1942. A cette date, l'établissement, à cause de l'occupation par les Allemands d'une partie de l'Hospice général de Nantes, reçoit du quartier de psychiatrie 240 malades : 140 hommes et 100 femmes. Pour les mêmes raisons 159 malades arrivent de l'hospice général de Tours : 109 hommes et 50 femmes²⁶⁸⁰. Malgré cet apport de 399 malades, l'effectif au 31 décembre est sensiblement pareil à celui du 1^{er} janvier²⁶⁸¹. Hors transferts, deux raisons expliquent selon lui cet effritement des effectifs : la diminution des entrées et l'augmentation de la mortalité²⁶⁸². Fait aggravant : pour l'année 1942, le reste à recouvrer se monte à 469 538 F, la somme globale est maintenant de 968 246 F²⁶⁸³.

Tableau n° 4 : Mouvement de la population entre 1938 et 1945

Mouvements	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Population 31/12	1577	1617	1686	1211	1242	1467	1387	1159
Admissions	516	617	651	453	823	909	658	457
Sorties	331	419	336	381	326	350	296	474
Décès	138	158	246	547	466	334	442	211
Admission - réfugiés (es)	516	595	519	447	424	458	385	457
Réfugiés admis	0	22	132	6	399	451	273	0
Réfugiés sortis	6	10	9	54	12	7	0	123
Sorties – réfugiés	325	409	327	327	314	343	296	351

Sources : AC, L 38-L 39, Rapports médicaux.

²⁶⁷⁶ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Budget additionnel de 1942 », séance du 15 juin 1942, p. 190.

²⁶⁷⁷ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Budget primitif de 1943 », séance du 17 juin 1942, p. 191.

²⁶⁷⁸ AC, L 38, Compte moral et administratif, 1941, p. 3.

²⁶⁷⁹ Cf. Tableau n° 3 : Evolution de la population entre 1935 et 1945

²⁶⁸⁰ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 4.

²⁶⁸¹ AC, L 38, Compte moral et administratif, 1942, p. 3

²⁶⁸² *Ibid.*, p. 4.

²⁶⁸³ AC, L 38, Compte moral et administratif, 1941, p. 3.

A côté du manque à gagner, le Dr Sizaret incrimine l'augmentation constante des prix qui rend impossible toutes prévisions budgétaires²⁶⁸⁴. Entre 1941 et 1942, les dépenses de l'établissement, jusque là restées stables, passent de 10 657 986 à 14 563 191 soit une augmentation de plus de 36 %. Plusieurs postes sont affectés. Celui de la nourriture augmente de 24,44 %, la lingerie et vêture de 19,21 %²⁶⁸⁵. En temps normal la nourriture et la vêture évoluent dans le sens de la population, dans le contexte présent l'augmentation des prix modifie ce mécanisme. Un poste de dépense incompressible comme le chauffage et l'éclairage augmente de 52,83 %.

Mais ce sont surtout les postes du bâtiment et du personnel qui croissent fortement. Les dépenses en bâtiment augmentent de 239 %. Ce poste comprend notamment l'annuité de l'emprunt de 4 850 000 F contracté en 1933. Le Dr Sizaret constate que cette annuité de plus de 300 000 F grève le budget de l'établissement. Lors de son arrivée, il décide de rembourser une partie de l'emprunt²⁶⁸⁶. Depuis 1933, sur les 2 522 063 F d'annuité payées, le capital remboursé n'était que de 675 121 F. Profitant de l'excédent de recettes du compte administratif de 1941 (6 272 163 F), en mai 1942 il décide de rembourser 1 770 832 F²⁶⁸⁷.

Les dépenses de personnel, qui avaient déjà augmenté de 36 % entre 1940 et 1941, augmentent à nouveau entre 1941 et 1942 de 21,89 %.

Malgré la diminution du personnel, qui suit mécaniquement celle des malades (les départs ne sont pas compensés)²⁶⁸⁸, le poste budgétaire du personnel augmente en raison de l'indemnité spéciale temporaire²⁶⁸⁹ et l'arrivée du pharmacien résidant²⁶⁹⁰. En décembre 1941, pour compenser ses nouvelles dépenses, le préfet augmente, à compter du 1^{er} janvier 1942, les prix de journée de toutes les catégories de 3 F, à l'exception des indigents²⁶⁹¹. L'absence de représentation du conseil général simplifie le processus d'augmentation des prix de journée.

Au final, durant l'année 1942, les prix de journée des pensionnaires et des indigents se retrouvent largement en dessous du prix de revient. La disparité entre dépenses et recettes nécessite plusieurs ajustements des prix de journée (un rétroactif pour l'année 1942 et deux pour le 1^{er} janvier 1943).

²⁶⁸⁴ AC, L 38, Compte moral et administratif, 1942, p. 4.

²⁶⁸⁵ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 17.

²⁶⁸⁶ *Id.*

²⁶⁸⁷ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Emprunt 1933 de 4 850 000 F », séance du 18 mai 1942, p. 175.

²⁶⁸⁸ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 20.

²⁶⁸⁹ *Ibid.*, p. 14.

²⁶⁹⁰ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Budget primitif de 1943 », séance du 17 juin 1942, p. 193.

²⁶⁹¹ *Id.*

Tableau n° 5 : Evolution du prix de journée moyen en F

Années	1938	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945
Prix moyen	15	15	15	15,50	18,50	29	40	60

Sources : AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 13.

Alors que la situation budgétaire tirait profit de la guerre entre 1939 et 1940, à partir de 1941, c'est l'inverse, avec l'inflation, le fléchissement de la population et l'augmentation des sommes à recouvrer, l'évolution du poste budgétaire du personnel, le coût de revient est supérieure au coût réel. C'est dans ce contexte que le Dr Sizaret décide une reprise en main financière.

3. Une reprise en main de la situation financière

3.1. « Errements et usages en vigueur à l'hôpital de Sainte-Gemmes-sur-Loire »

En mai 1943, le Dr Sizaret donne connaissance à la commission de surveillance d'un rapport qu'il a rédigé²⁶⁹². Son ambition est de remédier à la situation financière de l'établissement. L'esprit du texte pourrait être résumé de la sorte : si le problème des recettes peut être résolu en partie par l'augmentation du prix de journée, il convient, dans le même temps de « serrer les dépenses²⁶⁹³ ». Il présente les actions existantes et à venir pour faire des économies. Pour ce qui est de l'existant, le Dr Sizaret rappelle le remboursement d'une partie de l'emprunt de 1933 et la diminution du personnel en fonction de l'évolution des malades. Il rapporte que si l'effectif théorique devrait être de 409, l'effectif réel est de 390, or il n'est alors que de 297 soit 73 personnes en moins. L'économie réalisée est de 600 000 F²⁶⁹⁴. Ce déficit de personnel, maintenu artificiellement, n'est-il pas préjudiciable aux malades ? D'autre part, il estime que l'affiliation de tout le personnel secondaire aux assurances sociales à partir du 1^{er} janvier 1943 permettra d'économiser 60 000 F en supprimant le demi-traitement pour le congé maladie qui n'est pas versé par la caisse de compensation mais par le budget de l'hôpital. Il annonce à cet effet la liquidation prochaine de la caisse de compensation²⁶⁹⁵.

Pour ce qui est à venir, il annonce un contrôle médical et des sanctions pour le personnel qui abuse des arrêts maladie, mais aussi une reprise en main du contrôle des commandes et des pièces comptables²⁶⁹⁶. Plus encore, suite à des investigations sur les conditions de travail du personnel secondaire et les dispositions statutaires, il constate des abus flagrants institués en marge du règlement, certains membres du personnel bénéficiant d'avantages en nature sans que rien n'ait été codifié. Cet état de fait motive des

²⁶⁹² AC, L 16 ter, Procès-verbaux délibérations de la commission de surveillance, « Errements et usages en vigueur à l'Hôpital de Sainte-Gemmes-sur-Loire », séance du 10 mai 1943 p. 294. Le document dactylographié est collé page 295.

²⁶⁹³ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Errements et usages en vigueur à l'Hôpital de Sainte-Gemmes-sur-Loire », séance du 10 mai 1943, p. 294

²⁶⁹⁴ *Ibid.*, p. 295

²⁶⁹⁵ *Id.*

²⁶⁹⁶ *Id.*

mécontentements et des réclamations²⁶⁹⁷. Le Dr Sizaret cite cet exemple : 21 personnes et 8 de leurs enfants (dont certains sont adultes et gagnent leur vie), sont logés, chauffés, éclairés, nourris et vêtus dans l'établissement moyennant finances. Or, ce versement est calculé sur la base du salaire de 1936 : « Tout se passe alors comme si le budget de l'Hôpital avait augmenté les salaires et avait pris en outre à sa charge le coût de la vie ayant motivé cette augmentation²⁶⁹⁸. » La commission de surveillance trouve extraordinaire que pour 5 F ce personnel bénéficie non seulement du couvert mais aussi de l'éclairage, du chauffage et de l'habillement²⁶⁹⁹. D'autre part, si les adultes payent, rien n'est perçu pour leurs enfants²⁷⁰⁰.

Plus important dans ce climat de sous-alimentation, une trentaine de personnes prennent leur repas dans l'établissement « alors que le taux des allocations attribuées par les cartes en viande, en matières grasses et sucre est dépassé²⁷⁰¹ ». Le Dr Sizaret précise que « le personnel nourri l'est par la cuisine de l'établissement, et que les portions sont prélevées avant les distributions aux malades²⁷⁰² ». « Je n'insiste pas sur la nature et la quantité de ce qui est ainsi prélevé chaque jour, mais comme aucun barème n'est appliqué, il est facile d'imaginer ce qui en résulte²⁷⁰³. » Nous découvrons ici un « coulage », c'est-à-dire un détournement de nourriture, quasi institutionnalisé.

Autre problème, il évoque le statut de deux artisans, anciens malades qui ne payent pas de redevance étant donné la faiblesse de leurs revenus, situation spéciale, explicable par la faiblesse de leur rendement. Le Dr Sizaret demande que cette pratique qui consiste à d'embaucher d'anciens patients (es) disparaisse avec ces deux personnes « l'expérience a prouvé qu'il était mauvais de conserver ou d'engager au titre d'employés ou d'artisans des anciens malades ou des anormaux²⁷⁰⁴ ». Ce commentaire est assez symptomatique d'une volonté d'améliorer la qualité du personnel secondaire, l'homogénéiser. Suite à ce rapport, en septembre 1943, le directeur présente à la commission de surveillance une refonte du règlement modèle de 1938, considéré sur certains points comme « imprécis » et « régi par des usages anciens mal codifiés ou des conceptions périmées »²⁷⁰⁵. A l'exception des internes et religieuses, aucun employé ne sera plus nourri par l'établissement, ou alors à titre exceptionnel, temporaire et de façon

²⁶⁹⁷ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Errements et usages en vigueur à l'Hôpital de Sainte-Gemmes-sur-Loire », séance du 10 mai 1943, p. 295

²⁶⁹⁸ *Id.*

²⁶⁹⁹ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Nourriture des employés », séance du 15 octobre 1945, p. 497.

²⁷⁰⁰ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Errements et usages en vigueur à l'Hôpital de Sainte-Gemmes-sur-Loire », séance du 10 mai 1943, p. 294.

²⁷⁰¹ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Nourriture des employés », séance du 15 octobre 1945, p. 497.

²⁷⁰² AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Errements et usages en vigueur à l'Hôpital de Sainte-Gemmes-sur-Loire », séance du 10 mai 1943, p. 295.

²⁷⁰³ *Id.*

²⁷⁰⁴ *Ibid.*, p. 294.

²⁷⁰⁵ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Règlement concernant le personnel de l'Hôpital Psychiatrique de Ste Gemmes-sur-Loire », séance du 6 septembre 1943, p. 322.

onéreuse²⁷⁰⁶. Le président de la commission de surveillance expliquera en 1945 que le nouveau règlement avait été produit « à l'occasion de la situation sanitaire particulièrement mauvaise dont la cause principale résidait dans la sous-alimentation²⁷⁰⁷ ».

Pour ce qui est de la vêtue, aucun employé ne sera habillé par l'établissement²⁷⁰⁸. Seuls « les employés exposés par leur fonction à des souillures et par suite à des changes fréquents seront pourvus d'effets de travail²⁷⁰⁹ ». Les infirmiers recevront vestes blanches, tabliers et képis. Les infirmières blouses, tabliers et voiles blancs. Une tenue uniforme pour les chauffeurs, le cocher et le cycliste est obligatoire pour les sorties extérieures. Les cuisinières et buandières seront dotées de blouses, tabliers et sabots. Ces vêtements resteront à l'hôpital à la fin du travail²⁷¹⁰. Les autres membres du « personnel secondaire » recevront une indemnité pour l'acquisition et l'entretien des vêtements de travail²⁷¹¹. Ce nouveau règlement programme une extériorisation du personnel progressive jusqu'à l'extinction²⁷¹². L'économie est estimée à 100 000 F²⁷¹³. Dans ce nouveau règlement qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 1944²⁷¹⁴, le Dr Sizaret fait rupture avec des pratiques héritées, non codifiées, qui étaient autant de survivance du temps des concierges, où le personnel « intériorisé » résidait sur place et était toujours disponible, ce qui, dans ce contexte de guerre, « nuisent » aux malades.

3.2. L'amélioration des finances

Le compte moral et administratif de 1943 se solde par un excédent de recettes de 4 990 062 F et un bénéfice propre de 2 982 485 F²⁷¹⁵. Ceci est lié en premier lieu au relèvement des prix de journée au 1^{er} janvier et 1^{er} juillet 1943²⁷¹⁶. La recette globale des prix de journée passe de 1942 à 1943 de 8 904 906 F à 15 404 389 F. L'augmentation de la recette bénéficie en outre d'un effet levier inattendu avec l'arrivée de 451 réfugiés²⁷¹⁷ et une diminution sensible de la mortalité²⁷¹⁸.

La recette propre des aliénés au compte des départements étrangers va de 2 015 076 F en 1942 à 5 989 839 F en 1943. Des économies sont aussi réalisées du fait de l'impossibilité d'effectuer certaines

²⁷⁰⁶ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Règlement concernant le personnel de l'Hôpital Psychiatrique de Ste Gemmes-sur-Loire », séance du 6 septembre 1943, p. 324.

²⁷⁰⁷ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Nourriture des employés », séance du 15 octobre 1945, p. 497.

²⁷⁰⁸ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Règlement concernant le personnel de l'Hôpital Psychiatrique de Ste Gemmes-sur-Loire », séance du 6 septembre 1943, p. 324.

²⁷⁰⁹ *Id.*

²⁷¹⁰ *Id.*

²⁷¹¹ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Errements et usages en vigueur à l'Hôpital de Sainte-Gemmes-sur-Loire », séance du 10 mai 1943, p. 294.

²⁷¹² AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Règlement concernant le personnel de l'Hôpital Psychiatrique de Ste Gemmes-sur-Loire », séance du 6 septembre 1943, p. 325.

²⁷¹³ *Id.*

²⁷¹⁴ *Id.*

²⁷¹⁵ AC, L 38, Compte moral et administratif, 1943, p. 8.

²⁷¹⁶ *Id.*

²⁷¹⁷ Cf. Tableau n° 4 : Mouvement de la population entre 1938 et 1945.

²⁷¹⁸ Cf. Tableau n° 7 : Evolution de la mortalité entre 1934 et 1945.

dépenses, des pénuries et des économies forcées notamment dans les traitements du personnel avec des départs qui ne peuvent être compensés par les recrutements²⁷¹⁹. De plus, l'augmentation générale des traitements, avec effet du 1^{er} juillet 1943, n'a pu être effectuée au cours de l'exercice 1943, elle le sera en 1944²⁷²⁰.

4. Le retour progressif des difficultés (1944-1945)

4.1. L'amélioration des finances en 1944

Le compte moral et administratif de 1944 se solde par un excédent de recette de 9 708 587 F et un bénéfice propre de 4 718 526 F²⁷²¹. Ce résultat tient à l'augmentation du nombre des journées d'hospitalisation et des prix de journées des indigents au 1^{er} janvier 1944. On notera ici que malgré l'arrivée des 273 réfugiés qui augmente les recettes et dope le taux d'admission, la population de l'hôpital fléchit, à cause notamment de la recrudescence des décès.

Les économies forcées, notamment sur les traitements²⁷²², expliquent l'importance de la recette. Les départs ne peuvent être remplacés. Si jusqu'alors, l'absence de recrutement était volontaire, maintenant elle est subie. Le Dr Sizaret rappelle à cet effet qu'un relèvement des traitements doit être prochainement effectué avec effet au 1^{er} juillet 1943, ce qui absorbera une partie du bénéfice²⁷²³. Selon le Dr Sizaret, cet excédent est d'autant plus important que l'établissement a besoin d'un fonds de roulement²⁷²⁴. Les avances de trésorerie sont importantes pour payer les achats alors que l'établissement n'est payé de ses frais de séjour par les pensionnaires qu'à trimestre échu et parfois avec plusieurs mois de retard²⁷²⁵. Le 1^{er} août 1944, le Dr Sizaret demande un crédit supplémentaire de 1 050 000 F par autorisation spéciale au préfet en raison de l'hospitalisation d'urgence de vieillards de l'hospice des Ponts-de-Cé et de malades évacués de l'hôpital psychiatrique de Mayenne²⁷²⁶. Il le justifie par l'augmentation de la consommation de vin, les comestibles et le tabac. La situation budgétaire est aggravée par l'achat de légumes verts à prix élevés, en raison de la sécheresse dont a été victime le potager, et paradoxalement l'augmentation des allocations officielles des denrées alimentaires par la mise en vente de produits variés (beurre, saindoux, végétaline, viande etc.) jusqu'alors bloqués au profit

²⁷¹⁹ AC, L 38, Compte moral et administratif, 1943, p. 8.

²⁷²⁰ *Ibid.*, p. 16.

²⁷²¹ AC, L 38, Compte moral et administratif, 1944, p. 6.

²⁷²² *Id.*

²⁷²³ *Id.*

²⁷²⁴ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Compte administratif de 1944 », p. 445.

²⁷²⁵ *Id.*

²⁷²⁶ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Demande de crédits supplémentaires (autorisation spéciale) », séance du 11 septembre 1944, p. 398.

de l'armée allemande²⁷²⁷. Pourtant, signe d'une meilleure santé financière, un remboursement du capital de l'emprunt de 1933 d'une somme de 501 052 F est effectué²⁷²⁸.

4.2. Un budget à nouveau en difficulté (1945)

Durant l'année 1945, les prix de journée subissent des modifications importantes.

Tableau n° 6 : Evolution du prix de journée pendant l'année 1945

Catégories	1 ^{er} Semestre	2 ^{ème} Semestre	3 ^{ème} Semestre
1 ^e Classe	68	83	135
2 ^e Classe	61	76	112
3 ^e Classe	55	70	100
4 ^e Classe	45	60	90
Indigents	45	60	90

Sources : AC, L 39, Compte moral et administratif, 1945, p. 14.

En mai 1945, le Dr Sizaret décide de prélever le rappel des traitements de la période du 1^{er} juillet 1943 au 31 décembre 1944, soit 1 684 875 F, sur l'excédent de recettes de l'exercice de 1944 qui se montait à 9 708 587 F²⁷²⁹. Les dépenses concernant le personnel pour l'année 1945, qui se montent à 6 100 250 F ne peuvent être couvertes que par une augmentation des prix (dans ce calcul, le directeur précise que l'augmentation des denrées n'a pas été prise en compte)²⁷³⁰. A cet effet, le Dr Sizaret divise la somme de 6 100 250 F par les 390 550 journées prévues dans le budget de 1945 et obtient une augmentation de 15,50 F par jour²⁷³¹. Il est décidé que ce relèvement devra être appliqué au plus tard au 1^{er} juillet 1945. L'autre moitié, soit 3 000 000 F, sera prélevée sur l'excédent de 1944²⁷³². L'écart de prix de 3 F entre les pensionnaires du département de Maine-et-Loire et ceux des départements étrangers est aboli²⁷³³. Pour les autres augmentations du personnel qui se montent à 5 660 000 F, un crédit est demandé sur les fonds libres du département²⁷³⁴.

Lors de la réalisation du budget primitif de 1946, réalisé en juillet 1945, le prix de journée apparaît comme insuffisant pour couvrir les dépenses dues à l'augmentation des denrées, qui atteint, par rapport à 1944, de 50 à 100 %. L'excédent de recettes de l'année antérieure va combler le manque. Une des causes de l'augmentation des dépenses est liée au transport des marchandises, les commerçants ne

²⁷²⁷ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Demande de crédits supplémentaires (autorisation spéciale) », séance du 11 septembre 1944, p. 396.

²⁷²⁸ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 44.

²⁷²⁹ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Relèvement des prix de journée », séance du 14 mai 1945, p. 438.

²⁷³⁰ *Id.*

²⁷³¹ *Id.*

²⁷³² *Id.*

²⁷³³ *Id.*

²⁷³⁴ *Id.*

livrant plus les produits²⁷³⁵. Le carburant est rare et cher. Le Dr Sizaret cite l'exemple du charbon qu'il faut aller chercher à 60 km : le coût du transport dépasse le prix de la marchandise²⁷³⁶. D'autre part, la recette qui provient exclusivement des journées d'hospitalisations (31 957 575 F sur 33 708 778 F de recette globale) est en baisse, en raison de la diminution de la population²⁷³⁷. Aussi, décision est prise d'augmenter à nouveau le prix de journée²⁷³⁸.

En 1945, la fixation du prix de journée est réformée. Celui-ci était auparavant basé sur le prix de revient du dernier exercice, mais aussi sur les prévisions du budget de l'année auquel il se rapporte. Avec la circulaire du 8 mars 1945²⁷³⁹, le ministre de la Santé publique fait appliquer dans les hôpitaux psychiatriques les règles de fixation du prix de journée défini pour les hôpitaux et hospices publics dans l'ordonnance du 18 décembre 1944²⁷⁴⁰. Le prix de journée est fixé par le préfet pour l'année à venir, avant le 1^{er} janvier, sur proposition de la commission de surveillance, en tenant compte du budget primitif mais aussi du nombre de journée égal à la moyenne des trois dernières années. Un fonds de roulement doit être constitué à partir des excédents de recette. Par ce texte, le conseil général est dessaisi du pouvoir de fixer le prix de journée²⁷⁴¹. L'objectif est de combler les déficits²⁷⁴². Ce prix de journée peut être révisé à tout moment. Il y a une adéquation entre le prix de journée et le coût de la vie. Le compte administratif de 1945, excédentaire de 3 847 197 F, se solde par un déficit propre de 2 000 000 F²⁷⁴³. Les recouvrements se montent à 4 098 061 F²⁷⁴⁴. Ce déficit est lié à l'augmentation des denrées, des traitements et indemnités ainsi qu'au relèvement des prix de journée qui suit avec un retard l'inflation des dépenses²⁷⁴⁵. Il est aussi lié à la diminution de la population avec l'accroissement des sorties²⁷⁴⁶ qui sont en fait des retours de réfugiés dans leurs hôpitaux respectifs (11 pour l'hôpital psychiatrique de Mayenne 98 pour celui de Lesvellec)²⁷⁴⁷. Analysons maintenant ce qui est apparu en filigrane depuis le début de notre chapitre : l'hécatombe des malades pendant cette période.

²⁷³⁵ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Budget primitif de 1946 », séance du 16 juillet 1945, p. 449.

²⁷³⁶ *Ibid.*, p. 451.

²⁷³⁷ *Id.*

²⁷³⁸ *Id.*

²⁷³⁹ AC, J3, Circulaire du 8 mars 1945.

²⁷⁴⁰ AC, J3, Ordonnance du 18 décembre 1944, déterminant, à titre transitoire, les règles de fixation du prix de journée dans les Hôpitaux et Hospices Publics.

²⁷⁴¹ *Id.*

²⁷⁴² Julien Raynier et Henri Beaudouin, *L'assistance psychiatrique française. Assistance-Législation- Médecine Légale, Psychiatrie sociale, I Les établissements Hospitaliers*, Meulin, 1949, p. 663.

²⁷⁴³ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1945, p. 6.

²⁷⁴⁴ *Id.*

²⁷⁴⁵ *Id.*

²⁷⁴⁶ Cf. Tableau n° 3 : Evolution de la population entre 1935 et 1945.

²⁷⁴⁷ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 5.

D / « L'hécatombe »

Le temps de l'Occupation met l'institution à nu en faisant apparaître plus crûment ses faiblesses structurelles. La surmortalité qui en découle a donné lieu, depuis quelques années, à une polémique. Quelle est sa nature ? Qui en sont les auteurs ? L'historienne Isabelle von Buelzingsloewen a mené l'enquête. Quelles sont ses conclusions ?

Pour réaliser notre propre calcul de surmortalité nous avons utilisé le mode opératoire développé par Isabelle von Buelzingsloewen que nous avons utilisé pour 1914-1918. Nous l'avons complété par d'autres calculs. Quelles sont les limites de ces méthodes ?

Afin de donner un éclairage complémentaire et alimenter cette thématique, nous analyserons l'évolution de la mortalité dans l'asile des Sainte-Gemmes entre 1939 et 1945. Nous essayerons d'en discerner le processus. Y a-t-il des disparités dans la mortalité en fonction du genre, du type d'internement, de l'âge, de l'origine sociale, etc. ? Comment évolue la perception des psychiatres ? Quelles actions sont menées pour en réduire les effets ? Pour quelle efficacité ?

1. Préambule

1.1. De l'« extermination douce » à la contre-expertise historique

En 2000, l'historien et épistémologue des sciences André Pichot reproche aux historiens leur manque d'intérêt pour l'étude de la condition des malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques sous l'Occupation²⁷⁴⁸. A titre de comparaison, dans les pays nordiques, des travaux ont été réalisés moins de dix ans après la guerre²⁷⁴⁹. En 2001, une enquête historique commanditée par l'unité culturelle de l'hôpital psychiatrique du Vinatier se met au travail²⁷⁵⁰. Elle regroupe une équipe de spécialistes de l'histoire de la santé et de l'histoire de l'Occupation, coordonnée par Isabelle von Buelzingsloewen²⁷⁵¹. Ces recherches sont une réponse à une polémique née de deux ouvrages : celui de Max Lafont, *L'Extermination douce. La mort de 40 000 malades mentaux morts dans les hôpitaux psychiatrique en France sous le Régime de Vichy* paru en 1987²⁷⁵² et le roman *Droit d'asiles* de Patrick Lemoine, chef de service à l'hôpital

²⁷⁴⁸ André Pichot, *La société pure. De Darwin à Hitler*, Paris, Flammarion, 2000, p. 226.

²⁷⁴⁹ F. Chapiro, « La mortalité des malades mentaux hospitalisés en France pendant la deuxième guerre mondiale : étude démographique », *L'Encéphale*, avril 2009, p. 121-128.

²⁷⁵⁰ Isabelle von Buelzingsloewen, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier, 2007, p. 13.

²⁷⁵¹ Isabelle von Buelzingsloewen, « Les aliénés mort de faim dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'occupation », *Vingtième Siècle, Revue d'histoire*, n° 76, octobre-décembre 2002, p. 99.

²⁷⁵² Max Lafont, *L'extermination douce. La mort de 40 000 malades mentaux morts dans les hôpitaux psychiatrique en France sous le régime de Vichy*, Paris, Editions AREFPPI, 1987. Ce livre fait référence à sa thèse de médecine soutenue en 1981 intitulé : *Déterminisme sacrificiel et victimisation des malades mentaux. Enquête et réflexion au sujet de la surmortalité liée aux privations dans les hôpitaux psychiatriques français pendant la période de la Seconde Guerre mondiale.*

du Vinatier, paru en 1998²⁷⁵³. Ce dernier développe la thèse de l'extermination intentionnelle des malades mentaux par Vichy sous les ordres de Berlin²⁷⁵⁴. Il reprend la thèse de médecine, beaucoup plus nuancée, de Max Lafont soutenue en 1981 et publiée en 1987. Selon ce dernier, 40 000 malades mentaux ont été *exterminés par la faim* dans les hôpitaux psychiatriques sous le régime de Vichy, non pas de façon systématique et organisée comme en Allemagne avec l'opération T4²⁷⁵⁵, mais « par dédain, passivité ou fatalisme »²⁷⁵⁶, et ce dans un contexte de pénurie teinté d'eugénisme et de « sauve-qui-peut »²⁷⁵⁷. La surmortalité s'explique par le fait que les hôpitaux psychiatriques ne reçoivent pas les suppléments alimentaires alloués aux autres établissements hospitaliers. Les malades, en partie privés d'une alimentation complémentaire comme le ravitaillement familial ou le marché noir, doivent se contenter de la ration officielle, déficitaire sur le long terme²⁷⁵⁸. Max Lafont illustre son propos par l'exemple de l'hôpital psychiatrique du Vinatier dont la surmortalité s'élève à 2000 victimes pour cette période. Selon l'auteur, ce travail n'est « pas un travail d'historien²⁷⁵⁹ » mais une enquête préliminaire, « un travail de défrichage²⁷⁶⁰ ». L'historien Henry Rosso juge effectivement la méthode utilisée par Max Lafont peu historique²⁷⁶¹. Son apport réside dans « le rappel de la misérable condition de la psychiatrie française des années 1930 aux années 1950, où la notion d'enfermement primait sur celle de thérapie, où l'indifférence à l'égard des malades mentaux pouvait, dans une situation extrême comme celle des restrictions de l'Occupation, entraîner une mortalité massive »²⁷⁶². Selon lui « le placard vichyste est déjà bien encombré sans qu'il soit besoin de l'enrichir de nouveaux cadavres²⁷⁶³ ».

En 1991, une contre-expertise est menée par les historiens Claude Quétel et Olivier Bonnet, il s'agit de répondre à une problématique composite : y a-t-il eu surmortalité, et si oui combien ? Est-ce le résultat des circonstances ou d'une volonté délibérée de tuer²⁷⁶⁴ ? Dans un premier temps ils rappellent le contexte de privation de vêtements, de combustible et surtout d'aliments. Celle-ci entraîne une dénutrition généralisée. Ils estiment qu'en dehors du système D, la population se trouve au deux tiers

²⁷⁵³ Patrick Lemoine, *Droit d'asiles*, Paris, Odile Jacob, 1998.

²⁷⁵⁴ Isabelle von Bueltzingsloewen, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, op. cit., p. 12.

²⁷⁵⁵ T4 vient de l'adresse du centre administratif de l'opération : 4 Tiergartenstrasse à Berlin. Dès 1933, les nazis réduisent les subsides accordés aux asiles psychiatriques. En octobre 1939, Hitler ordonne par une circulaire ant datée du 1^{er} septembre l'extermination des malades mentaux. Des chambres à gaz sont construites, elles commencent à fonctionner début 1940. Des protestations s'élèvent, des médecins mais aussi des Églises catholiques et protestantes. La plus célèbre est celle l'évêque de Munster, Mgr Galen. En août 1941, l'opération est suspendue. Elle reprendra dans la clandestinité sous d'autres formes (installations mobiles, injections, etc.). Cette période porte le nom d'« euthanasie » douce. L'opération T4 dans sa globalité aurait fait entre 187 000 et 235 000 victimes, dont 70 000 dès la première période. Le tribunal de Nuremberg retiendra 275 000 victimes. André Pichot pose le problème de la dénomination d'euthanasie sauvage. Le mot euthanasie, qui signifie mort douce, est selon lui un euphémisme pour désigner une extermination. Pour être complet, il reproche aux historiens, et notamment à Raoul Hilbert dans son étude sur l'extermination des Juifs d'Europe, de ne consacrer que quelques pages à ce qui préfigure la Shoah des camps. Cf. André Pichot, *La société pure de Darwin à Hitler*, op. cit., p. 258-281.

²⁷⁵⁶ Max Lafont, *L'extermination douce, La mort de 40 000 malades mentaux morts dans les hôpitaux psychiatriques en France sous le régime de Vichy*, op. cit., p. 172.

²⁷⁵⁷ *Ibid.*, p. 216.

²⁷⁵⁸ *Ibid.*, p. 215.

²⁷⁵⁹ *Ibid.*, p. 31.

²⁷⁶⁰ Max Lafont, « L'extermination douce dans les HP Français », *L'Information psychiatrique*, n° 8, octobre 1996, p. 749.

²⁷⁶¹ Henry Rosso, *Vingtième Siècle, Revue d'histoire*, n° 21, janvier-mars 1989, p. 156-157.

²⁷⁶² *Ibid.*, p. 157.

²⁷⁶³ *Id.*

²⁷⁶⁴ Olivier Bonnet et Claude Quétel, « La surmortalité asilaire en France pendant l'Occupation », *Nervure*, IV, 2, mars 1991, p. 22-32.

de sa ration calorique normale ; d'où un processus d'amaigrissement généralisé, qui, aggravé par des hivers rigoureux (notamment celui de 1941), et une maladie opportuniste comme la tuberculose, entraîne une surmortalité généralisée. En ce qui concerne les aliénés, leur surmortalité est dénoncée dès 1941. Elle commence en effet fin 1940, devient aiguë en 1941, puis se poursuit les années suivantes. Les deux historiens insistent sur le fait que les rations des aliénés relèvent du cadre général du rationnement. De fait, elles sont inférieures (de 500 calories environ) à la ration vitale. A défaut d'une ferme productive dans l'établissement, cette ration conduit les aliénés privés de colis, de système D, à la dénutrition. Celle-ci peut être aggravée par des tickets non honorés et des « coulages » (détournements de nourriture). Seulement, à partir de 1942, avec la circulaire Bonnafous de la direction de la Santé, les aliénés bénéficient d'un complément alimentaire. Dans cette analyse, l'« extermination douce » est repoussée. A partir du pourcentage des décès comptabilisés par le ministère, Claude Quézel et Olivier Bonnet obtiennent un chiffre de surmortalité de 76 347 (le double des chiffres avancés par Max Lafont).

En 2002, Isabelle von Bueltzingsloewen retrace deux décennies de polémiques, dessine les contours de l'objet et la méthode envisagée²⁷⁶⁵. Puis 2005, dans un ouvrage collectif, elle restitue la mécanique qui conduit à la surmortalité dans les hôpitaux psychiatriques et fait des comparaisons avec les collectivités hospitalières, les prisons et les camps d'internement, mais aussi avec les catégories fragiles de la population urbaine²⁷⁶⁶. Elle insiste sur la circulaire Bonnafous du 4 décembre 1942, qui discrédite la thèse de l'extermination par l'Etat de Vichy, et met en lumière la « détermination » de certains psychiatres qui parviennent, dans un climat de survie, à obtenir un régime spécial pour les institutions ghettos que représentent les hôpitaux psychiatriques, dont le sort des populations constitue un non évènement²⁷⁶⁷. En 2007, dans *L'Hécatombe des fous*, malgré les difficultés de dénombrement et de diagnostic, Isabelle von Bueltzingsloewen estime à environ 45 000 morts la surmortalité liée à la sous-alimentation (morts de faim ou de pathologies liées à la dénutrition comme la tuberculose) dans les hôpitaux psychiatriques entre 1940 et 1945²⁷⁶⁸.

Aucun des 101 hôpitaux psychiatriques que compte alors la France n'échappe à la famine, malgré des variations notables selon la taille, le statut et la situation géographique de l'établissement. Afin de comprendre ce processus dans l'hôpital de Sainte-Gemmes, analysons dans un premier temps la mortalité entre 1939 et 1940.

²⁷⁶⁵ Isabelle von Bueltzingsloewen, « Les aliénés mort de faim dans les hôpitaux psychiatrique français sous l'occupation », *Vingtième Siècle, Revue d'histoire*, n° 76, octobre-décembre 2002, p. 99-115.

²⁷⁶⁶ Isabelle von Bueltzingsloewen (dir.), « Morts d'inanition ». *Famine et exclusions en France sous l'Occupation*, Paris, PUR, 2005, 305 p.

²⁷⁶⁷ Isabelle von Bueltzingsloewen, « Eugénisme et restriction. Les Aliénistes et la famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation », *Revue d'histoire de la Shoah*, n° 183, juillet-décembre, 2005, p. 402.

²⁷⁶⁸ Isabelle von Bueltzingsloewen, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, *op. cit.*, p. 35-36.

1.2. La mortalité entre 1939 et 1940 à l'hôpital de Sainte-Gemmes-sur-Loire

a. 1939 : un point de comparaison

L'année 1939, marquée par 4 mois de conflit, sert de point départ à notre analyse. Cette année là, la population augmente sensiblement. Comme nous l'avons vue précédemment cette augmentation est due à des admissions plus importantes et à l'arrivée de malades transférés²⁷⁶⁹. En septembre²⁷⁷⁰, 10 « aliénés criminels » sont évacués du quartier de sûreté de l'hôpital psychiatrique de Hoerd (Bas Rhin)²⁷⁷¹. Des patients de la région parisienne sont aussi accueillis (12)²⁷⁷².

Indépendamment « des évacués », les admissions sont plus fortes que les années antérieures²⁷⁷³. L'impact psychologique de l'entrée en guerre, déjà constaté en 1914, y est certainement pour quelque chose. Les « entrées » des femmes (hors transférées) inférieures à celle des hommes en 1938, sont, cette fois, nettement supérieures. En l'absence d'indices explicites, nous ne pouvons que formuler des hypothèses. Comme en 1914, le départ du mari à la guerre peut déshabiller sa femme restée à l'arrière. Avec la perturbation de la structure familiale, la femme âgée dépendante, devenue « encombrante », peut aussi être internée. Chez les hommes, le nombre de sorties s'accroît. Le départ des hommes à la guerre induit peut-être le retour de ceux qui, en temps de paix, étaient jugés gênants ? Les médecins mentionnent aussi « les défaillances mentales des réfugiés²⁷⁷⁴ transplantés en Anjou »²⁷⁷⁵.

En tenant compte de la méthode définie pour la période de la guerre 1914-1918²⁷⁷⁶, nous obtenons, pour l'année 1939, un taux de mortalité compris entre 7,20 et 9,89 % de décès. Il est sensiblement plus élevé que les années antérieures.

²⁷⁶⁹ Cf. Tableau n° 4 : Mouvement de la population entre 1938 et 1945.

²⁷⁷⁰ AC, Q 312-315, Livre des décès, 1939 à 1945.

²⁷⁷¹ AC, L 39, Rapport administratif et médical de la période de 1938 à 1945, p. 3.

²⁷⁷² *Id.*

²⁷⁷³ Cf. Tableau n° 4 : Mouvement de la population entre 1938 et 1945.

²⁷⁷⁴ Dans les premiers mois de la guerre, des dizaines de milliers d'évacués arrivent dans le Maine-et-Loire, une grande partie provient des 13^e et 15^e arrondissements de Paris. Par ailleurs, des milliers de fonctionnaires s'installent avec leur administration à Angers et Saumur. Cf. Raymond Marchand, *Le temps des restrictions. La vie des Angevins sous l'Occupation*, Château-Gontier, Cheminements, 2000, p. 17.

²⁷⁷⁵ AC, L 38, Rapport médical, 1939, non paginé.

²⁷⁷⁶ Partie I, Chapitre II, D, p. 153.

Tableau n° 7 : Evolution de la mortalité entre 1934 et 1939

Années	Po 1 ^{er} Jan	Po 31 Dé	Admissions	Pop totale « traitée » ²⁷⁷⁷	Pop moyenne ²⁷⁷⁸	Décès	1 ^{ère} méthode ²⁷⁷⁹ en %	2 ^{ème} méthode ²⁷⁸⁰ en %
1934	1297	1399	574	1871	1348	105	5,61	7,76
1935	1399	1466	599	1998	1432,5	113	5,65	7,88
1936	1466	1479	475	1941	1472,5	114	5,87	7,74
1937	1479	1530	511	1990	1504,5	131	6,58	8,70
1938	1530	1577	516	2046	1553,5	138	6,74	8,88
1939	1577	1617	617	2194	1597	158	7,20	9,89

Sources : AC, L 38, Rapports médicaux

Tableau n° 8 : Population moyenne des hommes et des femmes, différentiel et pourcentage des décès

Années	Pop moy « traitée » des hommes ²⁷⁸¹	Pop moy « traitée » des femmes	Différentiel	Décès des hommes	Décès des femmes	% des décès des hommes sur pop moy « traitée » ²⁷⁸²	% des décès des femmes sur pop moy « traitée »
1939	818	861,5	+ 43,5 F	68	90	8,31	10,45
1940	844	895	+ 51 F	121	125	14,33	13,96
1941	686,5	838,5	+ 152 H	395	152	57,53	18,12
1942	535	737	+ 202 F	229	237	42,80	32,15
1943	604,5	750	+ 146 F	155	179	25,64	23,86
1944	634	793	+ 159 F	184	258	29,02	32,28
1945	565	708	+ 143 F	67	144	11,85	20,33

Sources : AC, L 38-L 39, Rapports médicaux.

Si l'on veut affiner et avoir une approche par sexe, à défaut d'avoir des données fiables concernant les admissions des hommes et des femmes sur toute la période, on utilisera comme indicateur la population moyenne qui, on l'a dit, surestime la mortalité. Avec une population moyenne de 861 patientes et 818 patients et respectivement 90 et 68 décès, ces décès représentent 10,45 % chez les femmes contre 8,31 % chez les hommes²⁷⁸³. Dans l'institution asilaire, les femmes meurent proportionnellement plus que les hommes. La durée de l'internement et l'âge d'arrivée dans l'institution sont des facteurs d'explication.

Afin de donner une visibilité à la mortalité due à la sous-alimentation, nous mettrons en évidence deux types de mortalité : la cachexie dite « simple » et la tuberculose « pulmonaire ». Cette typologie est discutable en effet, la cachexie correspond souvent à la phase terminale de certaines maladies souvent qualifiées de « cachexie sénile ». De même s'il existe une corrélation entre sous-alimentation et tuberculose pulmonaire, celle-ci existe en dehors de celle-là²⁷⁸⁴. Ceci montre la limite de cette approche.

²⁷⁷⁷ Population au 1^{er} janvier + population admise dans l'année.

²⁷⁷⁸ La population moyenne = somme de la population au 1^{er} janvier et la population du 31 décembre/2.

²⁷⁷⁹ Nombre de décès recensés dans l'année/ population totale « traitée » dans l'établissement.

²⁷⁸⁰ Nombre de décès recensés dans l'année/population moyenne « traitée » dans l'établissement.

²⁷⁸¹ La population moyenne = population au 1^{er} janvier + population au 31 décembre/2.

²⁷⁸² Nombre de morts en valeur/par la population moyenne x100.

²⁷⁸³ Cf. Tableau n° 8 : Population moyenne des hommes et des femmes, différentiel et pourcentage des décès.

²⁷⁸⁴ Isabelle von Bueltingloewen, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, op. cit., p. 30.

En tout état de cause, et pour fixer une référence, il y a pour l'année 1939 26 décès dus à la tuberculose pulmonaire (21 femmes et 5 hommes)²⁷⁸⁵ et 2 cas de cachexie simple chez les hommes²⁷⁸⁶.

Tableau n° 9 : Evolution des décès par tuberculose pulmonaire par sexe et sur la mortalité globale et parmi les malades évacués

Années/décès	Nombre de décès			dont décès par tuberculose pulmonaire			% de tuberculose pulmonaire sur la mortalité
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	
1939	68	90	158	5	21	26	17,72
1940	121	125	246	12	12	24	9,75
1941	395	152	547	16	35	51	9,32
1942	229	237	466	11	22	33	7,08
1943	155	179	334	12	6	18	5,38
1944	184	258	442	28	21	49	11,08
1945	67	144	211	16	13	29	13,74

Années/décès	Décès par tuberculose pulmonaire			Décès par tuberculose pulmonaire des évacués (ées)			Part des décès des évacués (ées) en %
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	
1939	5	21	26	0	0	0	0
1940	12	12	24	1	0	1	4,16
1941	16	35	51	0	3	3	5,88
1942	11	22	33	2	1	3	9,09
1943	12	6	18	4	1	5	27,77
1944	28	21	49	16	9	25	51,10
1945	16	13	29	9	8	17	

Sources : AC, L 38-L 39, Rapports médicaux et AC, Q 312-315, Livre des décès, 1939 à 1945.

Tableau n° 10 : Evolution des décès par cachexie simple, par sexe, sur la mortalité globale et parmi les malades évacués

Années/décès	Nombre de décès			dont décès par cachexie simple			% de cachexie simples sur les décès des hommes	% de cachexie simples sur les décès des femmes	% de cachexie simple sur la mortalité
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total			
1939	68	90	158	2	0	2	2,94	0	1,26
1940	121	125	246	18	1	19	14,87	0,8	7,72
1941	395	152	547	244	13	257	66,77	8,5	46,98
1942	229	237	466	137	111	248	59,82	46,83	53,32
1943	155	179	334	99	116	215	63,87	64,80	64,43
1944	184	258	442	101	139	240	54,89	53,87	54,29
1945	67	144	211	22	54	76	32,83	37,5	36,01

Sources : AC, L 38-L 39, Rapports médicaux et AC, Q 312-315, Livre des décès, 1939 à 1945.

²⁷⁸⁵ Cf. Tableau n° 9 : Evolution des décès de tuberculose pulmonaire par sexe et sur la mortalité globale et parmi les malades évacués.

²⁷⁸⁶ Cf. Tableau n° 10 : Evolution des décès de cachexie simple par sexe et sur la mortalité globale et parmi les malades évacués.

b. La mortalité en 1940

Au cours de l'année 1940, la population augmente fortement pour atteindre 1686 patients le 31 décembre²⁷⁸⁷. Le problème de l'espace se pose comme l'atteste le directeur : « Le nombre de nos hospitalisés est monté en flèche et atteint un maximum de 1740. Nous les logeons avec des moyens de fortune en rapprochant les lits dans les dortoirs et en utilisant tous les couloirs, les paliers, les vestibules, etc²⁷⁸⁸. » Cette surpopulation s'explique par l'arrivée de 132 réfugiés (ées). Le 4 juin 1940, l'hôpital reçoit 107 malades (63 hommes et 44 femmes) ainsi que du personnel évacués de l'hôpital psychiatrique de Dury-les-Amiens (Somme)²⁷⁸⁹. Ces derniers, après négociation entre le médecin-chef, Madame le Dr Francès, et les Allemands, avaient été évacués de l'hôpital de Dury-les-Amiens dans la nuit du 1^{er}. Après plusieurs péripéties, les 900 patients, hommes, femmes et enfants avaient pu gagner la gare de Crèvecœur-le-Grand d'où ils étaient partis le 3 juin pour six destinations : Alençon, Le Mans, Angers, Lesvellec, Quimper, Morlaix²⁷⁹⁰. Ils arrivent à la gare d'Angers à 20 heures, et sont accueillis le soir même dans l'hôpital²⁷⁹¹. L'hôpital de Dury-les-Amiens sera ensuite occupé par les Allemands jusqu'au mois d'août 1944, puis réquisitionné par les Alliés. Il sera restitué au département en 1947, totalement détruit, les patients ne pourront le regagner qu'en 1948²⁷⁹². En novembre 1940, l'hôpital accueille à nouveau 15 malades évacuées de l'hôpital de Morlaix (Finistère)²⁷⁹³.

Selon le Dr Renaux, cette évolution tient aussi à « la répercussion fâcheuse des événements sur l'esprit humain », « l'accroissement de troubles mentaux réactionnels et autres psychopathies de guerre » et « l'importance des évacuations »²⁷⁹⁴. Si la guerre affecte la pathologie, y a-t-il une augmentation des admissions hors réfugiés ? 651 admissions sont répertoriées, 330 pour la première fois et 11 « réintégrations ». Si l'on retranche les 107 patients de Dury-les-Amiens aux admissions, on obtient 544 admissions, un chiffre moyen comparé à la fin des années 1930²⁷⁹⁵. Outre l'arrivée des réfugiées, l'élévation de la population tient à une diminution du taux de sortie « compensé », il est vrai, par une augmentation du taux de mortalité²⁷⁹⁶.

²⁷⁸⁷ Cf. Tableau n° 3 : Evolution de la population entre 1935 et 1945.

²⁷⁸⁸ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 4.

²⁷⁸⁹ *Ibid.*, p. 41.

²⁷⁹⁰ Archives du Centre Hospitalier Philippe Pinel, « Journal de Guerre 1940 ».

²⁷⁹¹ AC, J 4, Circulaires et arrêtés préfectoraux et lettres diverses, Lettre du Médecin-chef Directeur de l'Hôpital Psychiatrique départemental de Maine-et-Loire, le 29 août 1940.

²⁷⁹² Isabelle von Buelzingsloewen, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, *op. cit.*, p. 43.

²⁷⁹³ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 4.

²⁷⁹⁴ AC, L 38, Rapport médical, 1940, non paginé.

²⁷⁹⁵ Cf. Tableau n° 4 : Mouvement de la population entre 1938 et 1945.

²⁷⁹⁶ Cf. Tableau n° 3 : Evolution de la population entre 1935 et 1945.

En 1940, avec 246 décès, contre 158 l'année précédente, la mortalité augmente. Le taux de mortalité se situe cette fois entre 10,84 % et 14,89 %²⁷⁹⁷. Selon les psychiatres de l'établissement cette mortalité s'explique par « le chiffre élevé des admissions » et l'« état général misérable des malades réfugiés »²⁷⁹⁸. Il est vrai que la population, au cours de l'année 1940, atteint un pic. La population traitée passe de 2194 en 1939 à 2268 en 1940, et la population moyenne de 1597 à 1651²⁷⁹⁹. Pour ce qui est de la part des décès des malades venus de l'extérieur, il convient d'être circonspect. Pour 1940, le registre des décès, rédigé scrupuleusement au jour le jour, mentionne seulement le décès d'un patient de l'asile de Hoerd (Bas-Rhin)²⁸⁰⁰, trois patients de Dury-les-Amiens, une femme et deux hommes, et, semble-t-il, neuf autres réfugiés²⁸⁰¹.

Contrairement à 1939, alors que la population moyenne des femmes est toujours supérieure à celle des hommes et même s'accroît avec 895 contre 844, les décès féminins et masculins s'équilibrent avec 125 femmes et 121 hommes²⁸⁰². Le taux de mortalité masculin dépasse légèrement celui des femmes avec 14,33 % contre 13,96 % pour femmes²⁸⁰³. La mortalité masculine s'accroît plus rapidement que celle des femmes. Pour ce qui est de la cause des décès, on observe une stagnation de la tuberculose pulmonaire avec 24 cas contre 26 en 1939. Il s'agit de 12 hommes et 12 femmes, dont une évacuée²⁸⁰⁴. La « cachexie simple », quant à elle, augmente avec 19 cas contre 2 en 1939²⁸⁰⁵. C'est une mortalité essentiellement masculine : sur les 19 cas, 18 sont des hommes²⁸⁰⁶. Un seul malade évacué est touché²⁸⁰⁷. L'augmentation de la mortalité chez les hommes est en partie liée à la cachexie. Sur les 246 décès, 124 ont plus de 61 ans, soit 50 % contre 48 % en 1939²⁸⁰⁸. 35 % des personnes décédées étaient dans l'institution depuis plus de 2 ans²⁸⁰⁹.

²⁷⁹⁷ Cf. Tableau n° 20 : Evolution de la mortalité entre 1934 et 1945.

²⁷⁹⁸ AC, L 38, Rapport médical, 1940, non paginé.

²⁷⁹⁹ Cf. Tableau n° 20 : Evolution de la mortalité entre 1934 et 1945.

²⁸⁰⁰ AC, Q 312-315, Livre des décès, 1939 à 1945.

²⁸⁰¹ *Id.*

²⁸⁰² Cf. Tableau n° 8 : Population moyenne des hommes et des femmes, différentiel et pourcentage des décès.

²⁸⁰³ *Id.*

²⁸⁰⁴ Cf. Tableau n° 9 : Evolution des décès de tuberculose pulmonaire par sexe et parmi les malades évacués.

²⁸⁰⁵ Cf. Tableau n° 10 : Evolution des décès de cachexie simple par sexe sur la mortalité globale et parmi les malades évacués.

²⁸⁰⁶ *Id.*

²⁸⁰⁷ *Id.*

²⁸⁰⁸ Cf. Tableau n° 11 : Mortalité par tranche d'âge entre 1939 et 1942.

²⁸⁰⁹ Cf. Tableau n° 12 : Mortalité sur la durée des séjours entre 1939 et 1942.

Tableau n° 11 : Mortalité par tranche d'âge entre 1939 et 1942

	1939			1940			1941			1942		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T
Moins de 20 ans	2	5	7	10	3	13	25	5	30	8	4	12
de 21 ans à 25 ans	1	2	3	4	1	5	19	2	21	9	2	11
de 26 à 30 ans	4	0	4	5	10	15	34	7	41	15	4	19
de 31 ans à 35 ans	4	5	9	2	6	8	20	3	23	16	18	34
de 36 ans à 40 ans	6	3	9	11	5	16	44	8	52	32	24	56
de 41 ans à 50 ans	9	13	22	13	15	28	71	32	103	46	44	90
de 51 ans à 60 ans	12	16	28	19	18	37	75	32	107	57	53	110
de 61 ans à 70 ans	14	13	27	28	28	56	69	28	97	30	42	72
de 71 ans à 80 ans	11	20	31	21	27	48	35	25	60	14	41	55
Plus de 80 ans	5	13	18	8	12	20	3	10	13	2	5	7
Total	68	90	158	121	125	246	395	152	547	229	237	466

	1939			1940			1941			1942		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T
Moins de 20 ans			4,4			5,28			5,4			2,5
de 21 ans à 25 ans			1,8			2,03			3,8			2,3
de 26 à 30 ans			2,5			6,09			7,4			4,07
de 31 ans à 35 ans			5,6			3,25			4,2			7,2
de 36 ans à 40 ans			5,6			6,50			9,5			12
de 41 ans à 50 ans			13,92			11,38			18,82			19,31
de 51 ans à 60 ans			17,72			15,04			19,56			23,60
de 61 ans à 70 ans			17,08			22,76			17,73			15,45
de 71 ans à 80 ans			19,62			19,51			10,96			11,80
Plus de 80 ans			11,39			8,13			2,3			1,5
Total			100			100			100			100

Tableau n° 12 : Mortalité sur durée des séjours entre 1939 et 1942

	1939			1940			1941			1942		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T
De 15 jours et moins	8	14	22	18	3	21	10	1	11	1	0	1
De 15 jours à un mois	3	4	7	10	7	17	6	2	8	12	4	16
De 1 mois et à 3 mois	4	5	9	10	11	21	16	6	22	29	40	69
De 3 mois à 6 mois	5	10	15	8	10	18	16	11	27	31	27	58
De 6 mois à 1 an	10	14	24	13	21	34	32	13	45	20	18	38
De 1 an à 2 ans	6	4	10	5	9	14	44	18	62	16	16	32
De 2 ans à 5 ans	10	13	23	25	18	43	56	32	88	23	35	58
Plus de 5 ans	22	26	48	32	46	78	215	69	284	97	97	194
Total	68	90	158	121	125	246	395	152	547	229	237	466

	1939			1940			1941			1942		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T	H	F	T
De 15 jours et moins			13,92 %			8,5 %			2,01 %			0,21 %
De 15 jours à un mois			4,4 %			6,9 %			1,46 %			3,43 %
De 1 mois et à 3 mois			5,6 %			8,5 %			4,02 %			14,80 %
De 3 mois à 6 mois			9,4 %			7,31 %			4,9 %			12,44 %
De 6 mois à 1 an			15 %			14 %			8 %			8,15 %
De 1 an à 2 ans			6 %			6 %			11 %			7 %
De 2 ans à 5 ans			15 %			17 %			16 %			12 %
Plus de 5 ans			30 %			32 %			52 %			42 %
Total			100 %			100 %			100 %			100 %

Sources : AC, L 38, Comptes moraux et administratifs (A partir de 1943, dans les rapports médicaux, l'analyse de la mortalité qui était faite jusqu'alors à partir de la durée des séjours et la tranche d'âge des malades est réalisée au travers des catégories des malades (pensionnaires et régime commun) et du type de placement (volontaire et d'office).

2. L'hécatombe

2.1. L'année la plus mortifère : 1941

En 1941, il y a à nouveau 547 décès dans l'établissement contre 246 en 1940²⁸¹⁰. C'est l'année la plus mortifère de la période. Suivant le mode de calcul, le taux de mortalité se situe entre 25,57 % et 37,76 %²⁸¹¹. Isabelle von Buelzingsloewen, dans son étude sur l'hôpital psychiatrique du Vinatier, constate un phénomène similaire avec une la mortalité annuelle (sur la population moyenne sans doute) qui passe de 1940 à 1941 de 20,7 % à 33,1 %²⁸¹².

Tableau n° 13 : Mortalité par mois entre 1939 et 1945

Mois/Années	1939	1940	1941	1942	1943	1944	1945	Total
Janvier	12	26	40	68	60	45	62	313
Février	10	17	61	40	41	39	37	245
Mars	9	17	46	45	23	35	25	200
Avril	29	20	43	36	34	41	18	221
Mai	11	15	58	31	15	31	18	179
Juin	12	32	37	20	18	28	14	161
Juillet	12	21	42	17	20	31	6	149
Août	13	18	31	27	17	34	7	147
Septembre	19	13	41	32	17	28	7	157
Octobre	12	19	36	49	25	36	4	181
Novembre	8	15	54	56	32	49	5	219
Décembre	11	33	58	45	32	45	8	232
Totaux	158	246	547	466	334	442	211	2404

Sources : AC, L 38, L 39, Rapports médicaux.

Dès janvier, la mortalité augmente notablement par rapport aux années précédentes avec 40 décès²⁸¹³. En février, il y a 61 morts : 55 hommes et 6 femmes. 7 morts pour la seule journée du 10 février (uniquement des hommes)²⁸¹⁴. Des pics de mortalités ont lieu à différents moments de l'année : février, mai, novembre et décembre. L'hiver 1941/1942, qui est particulièrement rigoureux, fragilise encore plus les malades²⁸¹⁵. Les psychiatres incriminent le manque de chauffage et les restrictions. « Le manque de chauffage, les restrictions de toutes sortes, ont entraîné une importante mortalité chez les malades, qui souvent s'alimentent mal (mélancoliques), s'agitent fréquemment et par conséquent dépensent leur forces (maniaques, confus, épileptiques, déments précoces, etc.), sont grabataires (gâteux) ou pour

²⁸¹⁰ Cf. Tableau n° 20 : Evolution de la mortalité entre 1934 et 1945.

²⁸¹¹ *Id.*

²⁸¹² Isabelle von Buelzingsloewen, « Morts sans ordonnance : les aliénés et la faim à l'hôpital psychiatrique départemental du Rhône, *Morts d'inanition. Famines et exclusions en France sous l'Occupation*, Rennes, PUR, 2005, p. 57.

²⁸¹³ Cf. Tableau n° 13 : Mortalité par mois entre 1939 et 1945.

²⁸¹⁴ AC, Q 312-315, Livre des décès, 1939 à 1945.

²⁸¹⁵ Cf. Raymond Marchand, *Le temps des restrictions. La vie des Angevins sous l'Occupation*, *op. cit.* p. 251.

lesquels l'évolution normale de l'atteinte du système nerveux responsable des troubles mentaux entraîne habituellement la cachexie et la mort en quelques années (paralytiques généraux, déments organiques, etc.). Les œdèmes de carence signalés par tous les médecins même dans la clientèle privée, ont été vus ici, comme dans tous les hôpitaux psychiatriques, très fréquemment, ce qui peut s'expliquer en partie par la vie végétative des malades, leurs phases d'immobilité quasi absolue, leurs troubles neurovégétatifs habituels (aéro cyanose, pseudo œdème catatonique [...] etc.), leurs perturbations cardiovasculaires. Toutefois, les recherches de laboratoires ont retrouvé les déséquilibres humoraux signalés, en hypo protidémie et inversion du rapport serine/globuline. La thérapeutique : alitement, vitamines, diurétiques mercuriels, se montre peu efficace. Seule la suralimentation avec équilibre de la ration alimentaire donne des résultats intéressants²⁸¹⁶. »

L'absence de chauffage, l'effet des restrictions alimentaires accentuent la morbidité liée aux désordres physiologiques inhérents à la folie. Les thérapeutiques classiques sont inopérantes, seule une meilleure alimentation semble pouvoir endiguer ce phénomène.

Le commentaire rétrospectif du Dr Sizaret pour l'année 1941 est plus éloquent : « Les restrictions apportées dans tous les domaines se font durement sentir, particulièrement dans le chauffage et dans l'alimentation. Nos malades, gros mangeurs, selon la règle générale, dépérissent à vue d'œil et meurent finalement de cachexie²⁸¹⁷. » Aline Donval, en conserve un souvenir aigu : « Les malades mourraient de faim, il en mourrait cinq, six par jour [...]. On ne peut pas dire qu'ils [les malades] étaient heureux. C'est surtout la nourriture ! Il y en avait pas assez. La ferme ne fournissait pas assez. A l'époque il y avait 2000 malades. On donnait ce que l'on avait. C'était pas suffisant. Il y avait de la nourriture, mais en petite quantité. [Les malades étaient dans] un état de maigreur épouvantable, ils desséchaient littéralement²⁸¹⁸. » Elle aussi accentue le rôle de la maladie : « Ces malades-là, ça mange inconsciemment, il leur faut de grandes quantités²⁸¹⁹. » Elle précise que leur plainte porte au delà de l'hôpital : « J'habitais dans la cité [du personnel], comme tout le monde évidemment. On les entendait dans la cour en train de tourner en rond et ça criait : à manger, à manger. C'étaient les rations, c'était pour tout le monde²⁸²⁰. » Contrairement aux années antérieures, Comme le laissait déjà entrevoir l'évolution de la mortalité par sexe entre 1939 et 1940, c'est une mortalité majoritairement masculine avec 395 hommes pour 152 femmes²⁸²¹. Sur leur population moyenne respective, les décès représentent 57 % chez les hommes contre 18 % pour les femmes²⁸²².

²⁸¹⁶ AC, L 38, Rapport médical, 1941, non paginé.

²⁸¹⁷ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 4.

²⁸¹⁸ Aline Donval, infirmière (1936-1943 ; 1950-1971), entretien réalisé et enregistré le 6 juillet 2005.

²⁸¹⁹ *Id.*

²⁸²⁰ *Id.*

²⁸²¹ Cf. Tableau n° 8 : Population moyenne des hommes et des femmes, différentiel et pourcentage des décès.

²⁸²² *Id.*

La raison de cette hécatombe tient essentiellement à la cachexie dite simple. En 1941, elle fait 254 décès contre 19 en 1940²⁸²³. Sur les 254 malades décédés, 244 sont des hommes²⁸²⁴ dont 19 malades « évacués »²⁸²⁵. A elle seule, elle représente 67 % des décès chez les hommes²⁸²⁶. En février, sur les 61 décès, 40 sont dus à la cachexie, ce sont tous des hommes²⁸²⁷. Alors que les cachexies touchaient plutôt les personnes de plus de 40 ans (en 1940 sur les 19 cas de « cachexie simple » seuls 4 ont moins de 40 ans), en 1941, sur 254 cas, 105 ont moins de 40 ans²⁸²⁸.

Cette mortalité masculine touche essentiellement les personnes présentes dans l'établissement depuis plus de 5 ans. Les décès, au nombre de 215 dans cette catégorie, passent de 32 % en 1940 à 52 % en 1941 sur la mortalité totale²⁸²⁹. Toutes les classes d'âge sont touchées²⁸³⁰.

Pourquoi les hommes sont plus touchés ? Ont-ils une résistance physiologique, morale plus faible ? Les psychiatres insistent sur l'aspect physiologique : « Les hommes plus gros mangeurs habituellement, supportent moins bien les restrictions et il n'y a pas à incriminer à Sainte-Gemmes-sur-Loire de défaillance dans la fourniture et la distribution des aliments au service des hommes²⁸³¹. » Ils se sont livrés à une enquête, dont il résulte que ces faits ont été habituellement observés dans tous les milieux hospitaliers, en particulier aux hospices d'Angers²⁸³². On incriminera aussi le manque de personnel dans le service des hommes et donc l'absence de soin. Claude Forget, qui sera attaché de direction à partir du début des années 1960, rapporte que des soignants lui ont confié que l'absence du vin dans les services des hommes avait eu un impact sur le moral²⁸³³. Dans ce climat de pénurie, les psychiatres se réjouissent de l'éclipse de l'alcoolisme : « Les restrictions ont toutefois eu un aspect plus favorable en ce qui concerne l'alcoolisme dont l'importance, si grande habituellement, a été moindre cette année. Le *delirium tremens* tend à devenir une maladie très rare²⁸³⁴. » Du fait de la surmortalité, le nombre des patients s'effondre, il passe de 1761 au 1^{er} janvier à 1289 au 31 décembre²⁸³⁵. Dans ce climat, la distribution des repas est surveillée. Des « coulages » sont observés : « les quelques très rares infirmiers qui s'étaient permis de s'approprier une partie de la nourriture des malades ont été immédiatement congédiés²⁸³⁶. »

Des mesures spéciales d'hygiène sont prises pour cause de gale et de poux : « Il nous faut signaler la fréquence de la gale et des poux dont sont porteurs les malades entrants. Ce qui nous oblige, pour

²⁸²³ Cf. Tableau n° 10 : Evolution des décès de cachexie simple par sexe et sur la mortalité globale et parmi les malades évacués

²⁸²⁴ Il y a en tout 270 cas de cachexie en 1941 : (quatre tuberculeuses, six séniles et 254 simples).

²⁸²⁵ Cf. Tableau n° 10 : Evolution des décès de cachexie simple par sexe et sur la mortalité globale et parmi les malades évacués.

²⁸²⁶ *Id.*

²⁸²⁷ AC, Q 312-315, Livre des décès, 1939 à 1945.

²⁸²⁸ *Id.*

²⁸²⁹ Cf. Tableau n° 12 : Mortalité sur durée des séjours entre 1939 et 1942.

²⁸³⁰ Cf. Tableau n° 11 : Mortalité par tranche d'âge entre 1939 et 1942.

²⁸³¹ AC, L 38, Rapport médical, 1941, non paginé.

²⁸³² *Id.*

²⁸³³ Claude Forget, attaché de direction (1960-1992), entretien réalisé le 7 décembre 2007.

²⁸³⁴ AC, L 38, Rapport médical, 1941, non paginé.

²⁸³⁵ *Id.*

²⁸³⁶ *Id.*

limiter la contamination, à prendre des mesures énergiques : épouillage, balnéation, tonsure de cheveux de chaque entrant, qui donne satisfaction malgré la pénurie de savon et de médicaments »²⁸³⁷. Face à cette hécatombe, en septembre 1941, le curé de Sainte-Gemmes-sur-Loire, qui procède à l'inhumation des malades de l'hôpital, demande une revalorisation de son indemnité pour réaliser les sépultures²⁸³⁸. Là encore Aline Donval nous livre un témoignage précieux : « Le curé ne les [les patientes et patients décédés] rentrait plus dans l'église, il sortait les bénir devant la porte et directement dans le cimetière et ça recommençait. Devant la porte de l'église, il laissait le brancard là avec le cercueil, il bénissait le corps, il remontait en voiture et directement dans le cimetière. C'était épouvantable²⁸³⁹. » En décembre, une indemnité de 3 600 F par an est accordée au curé à compter du 1^{er} janvier 1942²⁸⁴⁰.

2.2. La persistance de la mortalité (1942)

a. L'alimentation des malades

Une situation inégalitaire

En 1942, la situation alimentaire des malades reste précaire : « Dans l'ensemble nos malades restent encore maigres et faibles²⁸⁴¹. » L'état de santé des patients qui bénéficient d'un complément extérieur font, par contraste, prendre conscience aux psychiatres de la nature de la mortalité : « Ceux dont les familles peuvent augmenter la ration alimentaire par des colis agricoles montrent bien que les rations alimentaires insuffisantes sont la cause de la médiocrité de l'état physique de la masse²⁸⁴². » L'administration du ravitaillement autorise et reconnaît les colis familiaux. Le 13 octobre 1941, le poids des colis est réglementé par le gouvernement, ceux-ci ne doivent pas excéder 50 kg et ne doivent comporter ni farine, ni pomme de terre, ni légumes secs, ni matières grasses, seuls sont autorisés les fruits frais, les légumes, le poisson, le gibier, les viandes blanches et les œufs²⁸⁴³. L'origine sociale de la majorité des malades permet de supposer que les colis ne permettent pas au quotidien d'améliorer la ration alimentaire.

En avril 1942, le préfet de Maine-et-Loire, dans son rapport au ministre de l'Intérieur, fait état de la surmortalité due à la sous-alimentation : « L'état sanitaire n'est pas excellent. Dans les asiles et dans les hospices, les vieillards ont disparu en grand nombre, faute de nourriture suffisante. Les infirmières, les religieuses ont fait constater que lorsqu'elles sont appelées auprès des malades, leur séjour auprès d'eux

²⁸³⁷ AC, L 38, Rapport médical, 1941, non paginé.

²⁸³⁸ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Demande de Mr Le Curé de Ste Gemmes-sur-Loire. Augmentation de l'indemnité pour sépulture », séance du 15 septembre 1941, p. 136.

²⁸³⁹ Aline Donval, infirmière (1936-1943 ; 1950-1971), entretien réalisé le 6 juillet 2005.

²⁸⁴⁰ AC, J 4, Circulaires et arrêtés préfectoraux et lettres diverses, Préfecture de Maine-et-Loire, Arrêté, Angers le 17 décembre 1941.

²⁸⁴¹ AC, L 38, Rapport médical, 1942, non paginé.

²⁸⁴² *Id.*

²⁸⁴³ Alexandre Brisson, *Ravitaillement et marché noir à Angers durant l'Occupation Allemande (19 juin 1940-Aout 1944)*, Angers, Université Catholique de l'Ouest, Maîtrise d'Histoire, 2005, p. 110.

est de courte durée, la mort ayant rapidement fait son œuvre, faute de résistance physique²⁸⁴⁴. » Mais son inquiétude porte plus sur les orphelinats : « M. Le Maire d'Angers m'a signalé la situation des enfants des orphelinats dont l'anémie croissante n'est pas sans inquiéter leur entourage. L'enfant, dans les familles souffre moins parce qu'il est moins difficilement alimenté, soit par l'envoi de colis familiaux, soit par la privation des parents, soit par les deux à la fois. Dans les orphelinats qui ne donnent par l'enseignement et où les enfants pâttissent plus durement qu'ailleurs, j'ai fait faire un effort complémentaire par les Services de Ravitaillement²⁸⁴⁵. » En 1942, le manque de nourriture est aggravé par les réquisitions de produits alimentaires qui frappent l'institution. Le Dr Sizaret rapporte : « Nous avons du, au mois de juin 1942 livrer au ravitaillement 20 000 kg de pommes de terre, alors que notre consommation annuelle s'élève à 80 000 kg dont nous récoltons à peine le tiers. Nos malades ont été de ce fait privés d'une quantité importante d'un légume qui fait souvent le fond de leur alimentation²⁸⁴⁶. » Pourtant, en 1942, la situation alimentaire semble pouvoir s'améliorer.

Un régime de « suralimentation » et la circulaire Bonnafous

En 1942, des rations supplémentaires au titre de régime de « suralimentation » sont mises à disposition par le médecin-inspecteur de la Santé²⁸⁴⁷. Par ailleurs dans une circulaire datée du 4 décembre 1942, Max Bonnafous, le secrétaire d'Etat à l'Agriculture et au Ravitaillement, décide d'allouer des suppléments de rations pour chacun des malades²⁸⁴⁸. Cette circulaire a pour objet « d'améliorer le ravitaillement des hôpitaux psychiatriques dont les malades souffrent tout particulièrement des privations imposées par le rationnement²⁸⁴⁹ ». Elle distingue deux catégories de suppléments. D'une part, elle attribue à tous les malades internés les suppléments prévus au bénéfice des cantines d'usines prévus par la circulaire du 29 décembre 1941²⁸⁵⁰. Cette allocation supplémentaire est délivrée par l'inspecteur départemental de la Santé sous la forme de tickets ou de bons d'approvisionnement dont le montant est le suivant : 50 g de pâtes par semaine, 50 g de légumes secs par semaine (ils sont distribués par les localités auxquelles se rattache l'établissement), 1 kg de pommes de terre par semaine, 0,2 l de

²⁸⁴⁴ AD49, 12 W 4, Rapports du Préfet de Maine et Loire (1940-1944), Rapport mensuel d'information du préfet de Maine-et-Loire au Ministère de l'Intérieur, avril 1942.

²⁸⁴⁵ *Id.*

²⁸⁴⁶ AC, L 38, Rapport médical, 1942, p. non paginé.

²⁸⁴⁷ *Id.*

²⁸⁴⁸ Max Bonnafous a été nommé le 11 septembre 1942 secrétaire d'Etat à l'Agriculture et au Ravitaillement (Isabelle von Buelzingsloewen, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, op. cit., p. 226).

Le Dr Rondepierre, psychiatre à Ville-Evrard, revendique l'origine de cette circulaire. C'est lors du dernier 43^e Congrès de médecin aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française réuni à Montpellier en octobre 1942 qu'il aurait rencontré madame Sérieux-Bonnafous, la fille de l'économiste de Maison Blanche, Paul Sérieux, qui était mariée au Ministre de l'Agriculture et du Ravitaillement, Max Bonnafous et fait part de son désarroi (Gaëtan Lamarche-Vadel et Georges Preli, « L'Asile », *Recherches*, n° 31, février 1978, p. 201).

²⁸⁴⁹ AC, J3, Décrets, circulaires et arrêtés ministériels (1856-1947) « 1942 ».

²⁸⁵⁰ *Id.*

vin par jour, 90 g de viande tous les huit jours, 15 g de matières grasses tous les quatre jours²⁸⁵¹. Les malades de l'hôpital n'obtiendront l'attribution des 50 g de légumes secs qu'à partir du 1^{er} mai 1944, date à laquelle des titres urbains seront distribués²⁸⁵². Jusqu'à cette date, l'établissement, rattaché à la ville de Sainte-Gemmes-sur-Loire, est considéré comme un consommateur rural²⁸⁵³. D'autre part, cette circulaire fait bénéficier à 25 % des malades d'un régime de suralimentation forfaitaire en plus des suppléments de la ration d'usine, sous la forme de 45 g de viande et 15 g de matières grasses²⁸⁵⁴. Selon Isabelle von Bueltzingsloewen, le supplément accordé à tous les malades équivaut à 220-225 calories²⁸⁵⁵. Quant au régime de suralimentation, dont disposent 25 % des malades, il représente une ration quotidienne de 400 calories supplémentaires²⁸⁵⁶. Cette circulaire entre en application au 1^{er} janvier 1943²⁸⁵⁷. Avec celle-ci, Claude Quézel et Olivier Bonnet²⁸⁵⁸, et dernièrement Isabelle von Bueltzingsloewen, récusent la thèse de l'« extermination douce » ou de l'« abandon à la mort²⁸⁵⁹ ». Selon les recherches de cette dernière il semble que le secrétariat d'Etat à la Famille et à la Santé se soit inquiété du sort des aliénés dès le début de l'année 1940²⁸⁶⁰. Une circulaire datée du 14 février 1941 demandait aux préfets d'enquêter sur « les incidents dus à l'avitaminose²⁸⁶¹ ».

b. Les « évacués » de Nantes et Tours

En juillet 1942, 240 patients sont évacués par « convoi collectif » de l'hospice général de Nantes, 140 hommes le 21 et 100 femmes le 23²⁸⁶². Au mois d'août, 159 malades sont à nouveau évacués de l'hospice général de Tours, 109 hommes et 50 femmes. Les 50 femmes arrivent le 13 août. Les hommes arrivent en deux temps : 60 hommes le 25 août et 49 le 27 août²⁸⁶³. Aline Donval, notre jeune infirmière de 21 ans, en garde cette vision : « Ils voyageaient dans les wagons à bestiaux où étaient passés la troupe. Ils arrivaient dans un état lamentable. C'avaient des poux, C'avaient des puces, c'avaient de tout, c'était pitoyable ! Fallait les voir arriver. Les lits, fallait les serrer ! Certains venaient avec du personnel. A cette époque c'étaient vraiment des fous, ils n'avaient plus leur tête à eux, ils ne savaient plus ce qu'ils faisaient, c'était vraiment des malades mentaux ! Les mettre dans la baignoire c'était un sport. Il y en avait peut-être bien qui n'avaient jamais pris de bain. Quand fallait les mettre dans l'eau ils croyaient

²⁸⁵¹ AC, J3, Décrets, circulaires et arrêtés ministériels (1856-1947) « 1942 ».

²⁸⁵² AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 31.

²⁸⁵³ *Id.*

²⁸⁵⁴ Isabelle von Bueltzingsloewen, *L'Hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, op. cit., p. 221.

²⁸⁵⁵ Isabelle von Bueltzingsloewen, *L'Hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, op. cit., p. 229.

²⁸⁵⁶ *Ibid.*, p. 230.

²⁸⁵⁷ AC, J 3, Décrets, circulaires et arrêtés ministériels (1856-1947) « 1942 »

²⁸⁵⁸ Olivier Bonnet et Claude Quézel, « La Surmortalité asilaire en France pendant l'Occupation », *Nervure*, IV, 2, mars 1991, p. 31.

²⁸⁵⁹ Isabelle von Bueltzingsloewen, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, op. cit., p. 202.

²⁸⁶⁰ *Id.*

²⁸⁶¹ *Id.*

²⁸⁶² AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Population », séance du 20 août 1942, p. 224.

²⁸⁶³ *Id.*

qu'on voulait les noyer²⁸⁶⁴. » Avec les réfugiés et l'absence de traitement actif, des cas de gale infectée se développent²⁸⁶⁵. Ces malades étaient selon les psychiatres en « triste état physique [...] et ont fourni un appoint important au taux de mortalité asilaire²⁸⁶⁶ ».

Le préfet délégué de Maine-et-Loire, dans son rapport de septembre adressé au ministre de l'Intérieur informe : « Il est à signaler que l'Hôpital Psychiatrique de Ste Gemmes-sur-Loire a été amené à recevoir, en raison des circonstances actuelles, un fort contingent de malades provenant de l'Hospice Général de Nantes et de l'Hôpital Psychiatrique de Tours²⁸⁶⁷. » Il conclut : « Cette nouvelle situation n'a apporté aucun trouble au fonctionnement de l'établissement²⁸⁶⁸. »

c. Une mortalité féminine en hausse et l'importance de la cachexie

En 1942, avec 466 décès, le taux de mortalité se situe entre 23 % et 38 %²⁸⁶⁹. Il est un peu plus faible que l'année passée. L'atelier de menuiserie de l'établissement, qui a confectionné 263 cercueils et 176 croix, matérialise cette persistance²⁸⁷⁰. Les mois d'hiver sont particulièrement meurtriers, notamment celui de janvier avec 68 décès²⁸⁷¹.

Quelques remarques s'imposent. En premier lieu, alors que l'écart entre les populations moyennes des femmes et des hommes s'accroît au profit des premières, les décès des femmes et des hommes sont quasi équivalents avec 237 pour les femmes et 229 pour les hommes²⁸⁷². Alors que le taux de décès des hommes sur la population moyenne, s'il reste très élevé avec 42 %, a régressé par rapport à l'année 1940, celui des femmes a fait un bond très important en passant de 18 % à 32 %²⁸⁷³. Les femmes sont à leur tour victimes de la surmortalité. Le Dr Sizaret déclare : « Les femmes qui jusqu'ici avaient relativement bien résisté, ont à leur tour fléchi et le chiffre des décès féminins dépasse légèrement celui des hommes²⁸⁷⁴. » Ce phénomène est constaté partout. Pourquoi les femmes ont-elles mieux résisté à la famine ? Plusieurs explications ont été avancées. Premièrement les femmes reçoivent les mêmes rations alimentaires que les hommes²⁸⁷⁵. Ensuite, l'organisme féminin s'adapte plus rapidement à une situation de carence²⁸⁷⁶. Pendant la guerre, les médecins constatent une multiplication des aménorrhées dans les

²⁸⁶⁴ Aline Donval, infirmière (1936-1943 ; 1950-1971), entretien réalisé et enregistré le 6 juillet 2005.

²⁸⁶⁵ AC, L 38, Rapport médical, 1942, p. non paginé.

²⁸⁶⁶ *Id.*

²⁸⁶⁷ AD49, 12 W 4, Rapports du Préfet de Maine et Loire (1940-1944), Rapport mensuel d'information du préfet de Maine-et-Loire au Ministère de l'Intérieur, 2 septembre 1942.

²⁸⁶⁸ *Id.*

²⁸⁶⁹ Cf. Tableau n° 20 : Evolution de la mortalité entre 1934 et 1945.

²⁸⁷⁰ AC, L 38, Compte moral et administratif, 1942, p. 4.

²⁸⁷¹ Cf. Tableau n° 13 : Mortalité par mois entre 1939 et 1945.

²⁸⁷² Cf. Tableau n° 8 : Population moyenne des hommes et des femmes, différentiel et pourcentage des décès.

²⁸⁷³ *Id.*

²⁸⁷⁴ AC, L 38, Rapport médical, 1942, p. non paginé.

²⁸⁷⁵ Isabelle von Bueltingersloewen, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, op. cit., p 80.

²⁸⁷⁶ *Id.*

collectivités comme dans leur clientèle privée²⁸⁷⁷. Enfin, les femmes seraient plus attentives à leur santé, elles se protègent d'avantage du froid²⁸⁷⁸. Un fait corrobore cette analyse : les hôpitaux majoritairement féminins ont été moins victimes de la surmortalité. Dans cette logique, Isabelle von Buelzingsloewen va plus loin en déclarant que la surreprésentation des femmes dans les asiles a limité l'hécatombe²⁸⁷⁹.

La « cachexie simple », très représentée avec 248 cas, touche maintenant aussi bien les hommes que les femmes avec 111 décès chez les femmes et 137 chez hommes²⁸⁸⁰. Alors que son impact reste fort chez les hommes avec 60 % des décès, chez les femmes le taux passe de 8,5 % en 1941 à 47 % en 1942²⁸⁸¹.

Les réfugiés, notamment ceux des hospices de Tours et Nantes, sont plus touchés que les années antérieures avec 40 décès, 31 hommes et 9 femmes²⁸⁸².

D'après le livre des décès, sur les 240 patients de Nantes, 11 patients meurent pendant l'année 1942 : 7 hommes (dont 4 de cachexie) et 1 femme (de cachexie sénile)²⁸⁸³. Pour les patients de Tours, 45 vont mourir en 1942 (40 hommes dont 23 de cachexie et 5 femmes dont 4 de cachexie)²⁸⁸⁴. Par la suite, 37 patients de Nantes mourront entre 1942 et 1945 : 19 hommes (dont 10 de cachexie) et 18 femmes (dont 14 de cachexie, ainsi que 79 patients de Tours (17 femmes et 62 hommes)²⁸⁸⁵.

Le Dr Sizaret commente : « La cachexie est, cette année encore, la cause importante de mort. Ce sont surtout les dégénérés²⁸⁸⁶ qui sont touchés, et les vieux hospitalisés, ceux dont la présence dépasse cinq ans²⁸⁸⁷. » Comme antérieurement, la mortalité frappe essentiellement la tranche d'âge des 40-70 ans²⁸⁸⁸. Seulement, la mortalité touche aussi ceux qui résident depuis 2 à 5 ans dans l'établissement²⁸⁸⁹.

2.3. Une surmortalité qui reste forte (1943)

a. Les réfugiés (ées) de Lesvellec, de Nantes et de Saint-Lambert-la-Potherie

Entre le 1^{er} janvier 1943 et le 31 décembre, la population de l'hôpital passe de 1 242 à 1467, soit une augmentation de 225 personnes. Cette évolution est due en partie au transfert de 210 malades évacués de l'hôpital psychiatrique de Lesvellec (76 hommes et 134 femmes), de 192 malades de Nantes (92 hommes et 100 femmes), ainsi que 49 enfants de l'établissement de rééducation pour enfants de St

²⁸⁷⁷ Isabelle von Buelzingsloewen, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, op. cit., p 80.

²⁸⁷⁸ *Id.*

²⁸⁷⁹ *Id.*

²⁸⁸⁰ Cf. Tableau n° 10 : Evolution des décès de cachexie simple par sexe et sur la mortalité globale et parmi les malades évacués.

²⁸⁸¹ *Id.*

²⁸⁸² Q 312-315, Livre des décès 1939-1945.

²⁸⁸³ *Id.*

²⁸⁸⁴ *Id.*

²⁸⁸⁵ *Id.*

²⁸⁸⁶ Dans les années 1940, le qualificatif de dégénéré ne renvoie plus nécessairement à la dégénérescence, le terme a évolué Cf. Jean-Christophe Coffin, *La transmission de la folie 1850-1914*, Paris, L'Harmattan, 2003, p. 242.)

²⁸⁸⁷ AC, L 38, Rapport médical, 1942, non paginé.

²⁸⁸⁸ Tableau n° 11 : Mortalité par tranche d'âge entre 1939 et 1942

²⁸⁸⁹ Tableau n° 12 : Mortalité sur durée des séjours entre 1939 et 1942

Lambert-la-Potherie (49) fermé par arrêté du préfet de Maine-et-Loire²⁸⁹⁰. La gale fait son retour avec l'arrivée des malades de Tours, de Nantes et de Vannes. A cet effet, le Dr Sizaret déplore l'absence d'étuve à stérilisation et la pauvreté des produits détersifs²⁸⁹¹.

En juillet 1943, la commune de Sainte-Gemmes-sur-Loire demande que la dépense liée à un nouvel agrandissement du cimetière soit répartie entre le département de Maine-et-Loire et l'Etat (à cause des malades des autres départements) en raison de l'incidence de la surmortalité²⁸⁹². Les chiffres expliquent cette demande.

Tableau n° 14 : Mortalité comparative des habitants de Ste Gemmes-sur-Loire et de l'hôpital

Années	Habitants de Sainte-Gemmes-sur-Loire	Malades de l'Asile	Totaux
1937	11	112	123
1938	12	110	122
1939	19	122	141
1940	12	202	214
1941	28	483	511
1942	11	413	424

Sources : AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, séance du 7 juin 1943, p. 300

b. Analyse catégorielle

En 1943, il y a 334 décès dans l'établissement. Si le taux de mortalité est à la baisse par rapport à l'année antérieure, il se situe encore entre 15,51 % et 24,64 %²⁸⁹³. Alors que l'écart entre les populations moyennes des femmes et des hommes se maintient avec un différentiel de 146 à l'avantage des femmes, leurs mortalités respectives sont, cette fois, quasi proportionnelles avec un taux de 26 % pour les hommes et 24 % pour les femmes²⁸⁹⁴.

Dans le rapport médical de 1943, l'analyse de la mortalité par tranche d'âge et temps de présence a disparu au profit d'une analyse catégorielle et de prise en charge : pensionnaires et régime commun (il s'agit ici des indigents), placement volontaire et placement d'office ; ces nouvelles données ouvrent une nouvelle perspective d'analyse. En 1943, les indigents, avec 84 % des admissions : 85,5 % côté hommes et 82 % côté femmes²⁸⁹⁵, représentent 87 % des décès avec 291 morts : 157 femmes et 134 hommes²⁸⁹⁶.

²⁸⁹⁰ AC, L 38, Compte moral et administratif, 1943, p. 7.

²⁸⁹¹ AC, L 38, Rapport médical, 1943, non paginé.

²⁸⁹² AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Agrandissement du cimetière avant projet », séance du 7 juin 1943, p. 300.

²⁸⁹³ Cf. Tableau n° 20 : Evolution de la mortalité entre 1934 et 1945

²⁸⁹⁴ Cf. Tableau n° 8 : Population moyenne des hommes et des femmes, différentiel et pourcentage des décès

²⁸⁹⁵ Cf. Tableau n° 15 : Admissions par genre du régime commun entre 1943 et 1945.

²⁸⁹⁶ Cf. Tableau n° 16 : Décès des malades du régime commun entre 1943 et 1945.

Tableau n° 15 : Admissions par genre du régime commun

Années	Admissions totales			Admissions Régime commun			Admissions du régime commun « genrées » en %		
	H	F	T	H	F	T	H	F	T en %
1943	464	445	909	397	367	764	85,56	82,47	84,04
1944	262	396	658	210	327	537	80,15	82,57	81,61
1945	228	229	457	165	133	298	72,36	58,07	65,20

Sources : AC, L 38, L 39, Rapports médicaux de 1943 à 1945.

Tableau n° 16 : Décès des malades du régime commun entre 1943 et 1945

Années	Hommes	Femmes	Total	Total des décès*	% des décès du régime commun
1943	134	157	291	334	87,12%
1944	168	296	394	442	89,14%
1945	59	130	189	211	89,57%

*Pensionnaires + régime commun

Sources : AC, L 38, L 39, Rapports médicaux de 1943 à 1945.

Si au sein du régime commun, la population moyenne des malades en placement volontaire est sensiblement supérieure aux malades en placement d'office avec 52 % pour 48 %²⁸⁹⁷, la part des décès pour les malades en placement d'office est proportionnellement plus élevée avec 65 % contre 35 % pour le placement volontaire, avec 188 et 103²⁸⁹⁸. Si pour les femmes la population moyenne en placement volontaire l'emporte avec 418 contre 331 en placement d'office, soit un rapport de 56 pour 44 %, chez les hommes le rapport est inverse avec 320 malades en placement d'office contre 284 personnes en placement volontaire, soit 53 % contre soit 47 %²⁸⁹⁹.

Si l'on affine encore, on constate que pour les deux sexes la mortalité est plus élevée dans le placement d'office que dans le placement volontaire, mais que proportionnellement la disparité entre les deux est plus grande chez les hommes²⁹⁰⁰.

c. Evolution de la mortalité

En 1943, la « cachexie simple » fait 215 décès contre 248 l'année passée²⁹⁰¹. Pour la première fois, les décès féminins sont plus nombreux en valeur : 116 contre 99 pour les hommes²⁹⁰². En pourcentage, le taux, très fort, est quasi-similaire avec 64 % des décès pour les hommes et pour 65 % pour les femmes²⁹⁰³. La cachexie frappe maintenant proportionnellement les hommes et les femmes. Autre

²⁸⁹⁷ Cf. Tableau n° 18 : Population moyenne, placements volontaires et d'offices.

²⁸⁹⁸ Cf. Tableau n° 17 : Part dans les décès du régime commun des PO et PV entre 1943 et 1945.

²⁸⁹⁹ Cf. Tableau n° 18 : Population moyenne, placements volontaires et d'offices.

²⁹⁰⁰ Cf. Tableau n° 19 : Mortalité PO/PV sur population moyenne.

²⁹⁰¹ Cf. Tableau n° 10 : Evolution des décès de cachexie simple par sexe et sur la mortalité globale et parmi les malades évacués.

²⁹⁰² *Id.*

²⁹⁰³ *Id.*

phénomène, la part des décès due à la cachexie augmente chez les évacués, elle passe de 16 % à 36 %²⁹⁰⁴. Alors que l'on dénombrait 40 cas l'année précédente, en 1943 il y en a 78²⁹⁰⁵. Cette année là le Dr Toye qui enseigne la neuro-psychiatrie à l'École Normale sociale de l'Université libre d'Angers et aux élèves infirmiers de l'hospice d'Angers, fait une conférence sur les œdèmes de carence alimentaire à la Société de Médecine d'Angers (nous n'avons malheureusement pas retrouvé son texte)²⁹⁰⁶.

Tableau n° 17 : Part dans les décès du régime commun des PO/PV entre 1943 et 1945

Années	PO	PV	Total	PO %	PV %
1943	188	103	291	64,60	35,39
1944	292	102	394	74,11	25,88
1945	130	59	189	68,78	31,21

Sources : AC, L 38, L 39, Rapports médicaux de 1943 à 1945.

Tableau n° 18 : Population moyenne, placements volontaires et d'offices

Années	PM PO H	PM PO F	PM PO	PM PV H	PM PV F	PM PV	% PMPO	% PMPV
1943	320,5	331,5	652	284	418,5	702,5	48,13	51,86
1944	336,5	404	740,5	297,5	389	686,5	51,91	48,10
1945	261,5	313,5	575	303,5	394,5	698	45,16	54,83

Sources : AC, L 38, L 39, Rapports médicaux de 1943 à 1945.

Tableau n° 19 : Mortalité PV/PO sur populations moyennes

Années	Population moyenne				Décès en valeur				Décès en %			
	PO		PV		PO		PV		PO		PV	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
1943	320,5	331,5	284	418,5	112	90	43	89	35	27	15	21
1944	336,5	404	297,5	389	143	163	41	95	42	40	14	24
1945	261,5	313,5	303,5	394,5	43	98	24	46	16	31	8	12

Sources : AC, L 38, L 39, Rapports médicaux de 1943 à 1945.

Selon le Dr Sizaret, les œdèmes de carences et les avitaminoses se sont raréfiés, « car un effort [...] sérieux a été fait au point de vue alimentaire et les régimes n'ont plus présenté ce déséquilibre entre les lipides, les glucides et les protides qui était avant tout la cause du mal »²⁹⁰⁷. Ainsi jusqu'en 1943, selon le Dr Sizaret, les allocations rurales liées de la localisation géographique étaient insuffisantes. Le domaine agricole ne pouvait compenser²⁹⁰⁸. Le tout était aggravé par les réquisitions de produits alimentaires. En février 1943, l'intendant supprime celles imposées à l'hôpital : « Les allocations rurales que nous valait la situation géographique de l'hôpital de Sainte-Gemmes-sur-Loire, cependant dépourvu, ou presque, de domaine agricole, étaient dangereusement insuffisantes. Grâce à la compréhension des services de l'intendance, grâce aux quelques régimes de suralimentation et grâce aussi à la suppression des

²⁹⁰⁴ Cf. Tableau n° 10 : Evolution des décès de cachexie simple par sexe et sur la mortalité globale et parmi les malades évacués.

²⁹⁰⁵ *Id.*

²⁹⁰⁶ AD49, 303 W 101, Santé, Centre psychothérapique de Ste Gemmes-sur-Loire, Personnel, notation, 1940-1969, Bulletin individuel pour l'année 1940.

²⁹⁰⁷ AC, L 38, Rapport médical, 1943, non paginé.

²⁹⁰⁸ *Id.*

réquisitions, obtenue non sans peine, après exposé de la situation en enquête de la Direction du Ravitaillement, nous avons pu procurer à nos pensionnaires le minimum vital²⁹⁰⁹. »

« Elles [les réquisitions] avaient un retentissement parfois très dur sur l'approvisionnement. C'est ainsi que nous avons dû au mois de juin 1942 livrer au ravitaillement 20 000 kg de pommes de terre, alors que notre consommation annuelle s'élève à 80 000 kg dont nous récoltons à peine le tiers. Nos malades ont été de ce fait privés d'une quantité importante d'un légume qui fait souvent le fond de leur alimentation. La suppression des réquisitions, quoique venue tardivement [...] ne pourra avoir que des répercussions favorables sur la nutrition de nos hospitalisés²⁹¹⁰. » Ceci est complété par quelques régimes de « suralimentation ». Ce terme, qui laisse entendre que l'apport alimentaire est supérieur aux besoins, est bien mal choisi.

2.4. Une nouvelle hausse de la mortalité (1944)

Au cours de l'année 1944, avec 442 décès : 184 hommes et 258 femmes, la mortalité repart à la hausse avec un taux situé entre 20,8 % et 30,97 %²⁹¹¹. Alors que le différentiel entre la population moyenne des femmes et des hommes est relativement stable avec 159 et toujours à l'avantage des femmes, pour la première fois la mortalité féminine prend le pas sur celle des hommes avec 32 % contre 29 %²⁹¹². La part des décès dans le régime commun (indigents), augmente sensiblement, et représente 89,14 % des décès, soit 394 personnes : 168 hommes et 226 femmes²⁹¹³. Dans cette catégorie, la population moyenne en placement d'office est cette fois supérieure au placement volontaire avec 740,5 pour 686,5 soit 52 % pour 48 %²⁹¹⁴. Autre constat : la part des décès en placement d'office représente 74 % contre 26 % pour les placements volontaires, soit 292 décès pour 102 en placement volontaire²⁹¹⁵. Chez les femmes, la population moyenne en placement d'office est cette fois supérieure à celle des placements volontaires soit 50,94 % contre 49,05 %²⁹¹⁶. Chez les hommes, on observe la même chose avec un rapport de 53 % contre 47 %²⁹¹⁷. Pour les femmes, la mortalité sur la population moyenne en placement d'office s'accroît par rapport à l'année antérieure avec un taux de 40 %, pour le placement volontaire elle reste relativement stable avec 24 %, pour les hommes, de même le taux de mortalité augmente avec 42 % en placement d'office et reste stable à 14 % pour le placement volontaire²⁹¹⁸.

²⁹⁰⁹ AC, L 38, Rapport médical, 1943, non paginé.

²⁹¹⁰ AC, L 38, Rapport médical, 1942, non paginé.

²⁹¹¹ Cf. Tableau n° 20 : Evolution de la mortalité entre 1934 et 1945.

²⁹¹² Cf. Tableau n° 8 : Population moyenne des hommes et des femmes, différentiel et pourcentage des décès.

²⁹¹³ Cf. Tableau n° 16 : Décès des malades du régime commun entre 1943 et 1945.

²⁹¹⁴ Cf. Tableau n° 18 : Population moyenne, placements volontaires et d'offices.

²⁹¹⁵ Cf. Tableau n° 17 : Part dans les décès du régime commun des PO/PV entre 1943 et 1945.

²⁹¹⁶ *Id.*

²⁹¹⁷ *Id.*

²⁹¹⁸ Cf. Tableau n° 19 : Mortalité PO/PV sur population moyenne.

Ces phénomènes sont à mettre en corrélation avec l'arrivée de nouveaux patients et leur surmortalité. En juin 1944, 164 malades arrivent de l'hôpital psychiatrique de Mayenne : 80 hommes et 84 femmes²⁹¹⁹. Leur hôpital a été endommagé par des bombardements aériens et a été évacué d'urgence. Les Dr Sizaret et Bobé précisent que « ces 164 malades, choisis parmi les chroniques les plus agités, représentent un lamentable déchet humain²⁹²⁰ ». Ils les décrivent « dans un grand état d'épuisement physique²⁹²¹ ». Les médecins mentionnent que ces malades ont beaucoup contribué à la mortalité de l'établissement. Une étude du registre des décès montre que parmi les malades de Mayenne, 20 femmes et 25 hommes sont décédés durant l'année dont 27 de cachexie. Puis à nouveau 30 en 1945, 16 femmes et 14 hommes, dont 11 de cachexie²⁹²². En septembre 1944, l'hôpital reçoit à nouveau 109 femmes de l'hôpital Bon Sauveur de Saint-Lô (Manche)²⁹²³, entièrement détruit par des bombardements aériens lors de la bataille de Normandie²⁹²⁴.

En 1944, il y a 240 cas de cachexie « simple » contre 215 en 1943²⁹²⁵. En valeur, les femmes sont plus touchées que les hommes avec 139 cas contre 101 pour les hommes, mais en pourcentage, la cachexie représente 55 % pour les hommes et 54 % pour les femmes²⁹²⁶. Ce résultat est majoré par les malades transférés qui représentent à eux seuls 178 décès : 93 femmes et 85 hommes. Cette fois, parmi les malades transférés, la cachexie représente 76 % des décès contre 36 % l'année passée²⁹²⁷. Les décès de tuberculose « pulmonaire » augmentent aussi avec 49 décès : 28 hommes et 21 femmes. La part des décès de tuberculose « pulmonaire » chez des malades transférés représente 27 % soit 29 cas : 16 hommes et 9 femmes²⁹²⁸.

3. Reflux et bilan (1945)

3.1. Un retour progressif à la normal

En 1945, avec le rétablissement du ravitaillement, la situation sanitaire de l'établissement s'améliore²⁹²⁹. La mortalité pour l'année tombe à 211 : 124 le premier trimestre, 50 le deuxième, 20 le troisième et 17 le quatrième²⁹³⁰. Des reprises de poids de 30 kg sont constatées²⁹³¹. Les états de carence comme les

²⁹¹⁹ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 7.

²⁹²⁰ AC, L 38, Rapport médical, 1944, non paginé.

²⁹²¹ *Id.*

²⁹²² AC, Q 312-315, Livre des décès 1939-1945.

²⁹²³ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 7.

²⁹²⁴ *Id.*, p. 5.

²⁹²⁵ Cf. Tableau n° 10 : Evolution des décès de cachexie simple par sexe et sur la mortalité globale, et parmi les malades évacués.

²⁹²⁶ *Id.*

²⁹²⁷ *Id.*

²⁹²⁸ Cf. Tableau n° 9 : Evolution des décès de tuberculose pulmonaire par sexe et sur la mortalité globale, et parmi les malades évacués.

²⁹²⁹ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 5.

²⁹³⁰ *Id.*

²⁹³¹ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1945, p. 55.

œdèmes et les anémies disparaissent²⁹³². La cachexie revient à son état habituel : « Les malades cachectiques encore nombreux au début de l'année ont été en diminuant de nombre et ne représentent plus guère que le taux ordinaire, car l'épuisement progressif est une terminaison fréquente de certains états démentiels, même en période de pléthore alimentaire²⁹³³. » La gale disparaît²⁹³⁴. Madame Prod'homme, qui intègre l'hôpital en octobre 1945, nous livre ses premières impressions : « Il fallait travailler, j'avais une frousse de rentrer là-dedans... incroyable²⁹³⁵. » Rétrospectivement, ce qui reste présent, c'est la vision des malades continuellement au lit mais aussi la consommation de soupe. L'alitement du malade (clinothérapie) est préconisé afin de diminuer la dépense calorique et de le préserver du froid et des infections²⁹³⁶. Elle est associée à la consommation de soupe comme plat unique qui permet d'économiser le combustible, les matières grasses, d'éviter le gaspillage notamment de pain et de favoriser un partage équitable²⁹³⁷ : « Ils mangeaient des rutabagas qui nageaient dans l'eau. Il fallait leur donner une seule tartine. On entendait toujours : j'ai faim, j'ai faim ! Ils étaient sous alimentés. Les sœurs contrôlaient : si on donnait deux morceaux de pain on se faisait attraper. Ça nous faisait mal au cœur de les voir comme ça²⁹³⁸. » Un certain nombre de malades retournent dans leurs établissements d'origine : 11 hommes à Mayenne et 98 (36 femmes et 62 hommes) à Lesvellec²⁹³⁹.

En 1945, le taux de mortalité diminue : il se situe suivant les méthodes entre 11,44 % et 16,57 %²⁹⁴⁰. Alors que la différence entre les femmes et les hommes reste stable avec 143 décès, le taux de mortalité reste plus fort chez les femmes (20,33 %) que pour les hommes (11,85 %)²⁹⁴¹.

La population moyenne en placement volontaire redevient majoritaire avec 54,83 % contre 45,16 % pour la population en placement d'office²⁹⁴². Chez les femmes, la moyenne des présences en placement d'office est de 313,5 contre 394,5 en placement volontaire, soit 44,27 % pour 55,71 %²⁹⁴³. Chez les hommes, on observe une moyenne en placement d'office de 261,5 contre 303,5 en placement volontaire, soit 46,28 % pour 53,71 %²⁹⁴⁴. En 1945, la mortalité sur la population moyenne est en placement volontaire de 11,66 % pour les femmes contre 7,90 % pour les hommes : Pour le placement d'office de 31,25 % pour les femmes et 16,44 % pour les hommes²⁹⁴⁵. Les admissions en régime commun sont en régression, elles ne représentent plus que 65, 20 %. Au contraire, les admissions des pensionnaires remontent à 34,79 %.

²⁹³² AC, L 39, Compte moral et administratif, 1945, p. 55.

²⁹³³ *Ibid.*, p. 56.

²⁹³⁴ *Id.*

²⁹³⁵ Madeleine Prod'homme, Aide soignante (1945-1979) entretien réalisé et enregistré le 1^{er} Juin 2005.

²⁹³⁶ Isabelle von Bueltzingsloewen, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, op. cit., p. 151.

²⁹³⁷ *Id.*

²⁹³⁸ Madeleine Prod'homme, Aide soignante (1945-1979) entretien réalisé et enregistré le 1^{er} Juin 2005.

²⁹³⁹ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 5.

²⁹⁴⁰ Cf. Tableau n° 20 : Evolution de la mortalité entre 1934 et 1945.

²⁹⁴¹ Cf. Tableau n° 8 : Population moyenne des hommes et des femmes, différentiel et pourcentage des décès.

²⁹⁴² Cf. Tableau n° 18 : Population moyenne, placements volontaires et d'offices.

²⁹⁴³ *Id.*

²⁹⁴⁴ *Id.*

²⁹⁴⁵ Cf. Tableau n° 19 : Mortalité PV/PO sur populations moyenne.

Dans le régime commun, il y a 199 décès (69 hommes et 130 femmes) soit 94,21 % de la totalité des décès de l'année qui se monte à 211. Ici encore, les décès des patients en placement d'office sont plus nombreux en valeur et en pourcentage avec 130 décès et 68,78 % contre 59 décès en placement volontaire soit 31,21 %.

La cachexie « simple », avec 36 % des cas de mortalité, régresse²⁹⁴⁶. Les femmes sont encore un peu plus touchées que les hommes²⁹⁴⁷. Comme l'année passée, ce sont les malades évacuées qui exacerbent la mortalité avec 74 % des décès²⁹⁴⁸.

En septembre 1945, le président de la commission de surveillance fait état d'un article paru le 7 septembre dans *L'Echo de l'Ouest*²⁹⁴⁹ qui marque, selon nous, le retour à la normal, un dessillement progressif.

« Les fous aussi se plaignent si nous sommes bien informés, tout ne tourne pas rond à l'hôpital psychiatrique de Ste Gemmes sur Loire. Nous nous sommes laissés dire que la nourriture ressemblait à celles des camps de prisonniers et que le traitement des pensionnaires (ce ne peut être, nous en sommes sûrs, que l'exception), ne comporte pas les égards dus à toute créature humaine, même lorsqu'elle a perdu sa raison et, de ce fait, tout moyen de se faire entendre. Quoiqu'il en soit, nous espérons que les membres du futur conseil général, dont l'Asile de Ste Gemmes dépend, voudront bien se pencher sur la situation de ces malheureux et voir par eux-mêmes, du haut de la hiérarchie, les pensionnaires qui ne sont pas sans heures de lucidité afin d'apporter le remède là où il sera nécessaire²⁹⁵⁰. »

3.2. Bilan

Dans le contexte de l'Occupation, les facteurs structurels de l'asile comme l'isolement, l'encombrement et le sous-encadrement, préexistant, s'exacerbent. Ils sont aggravés par des facteurs conjoncturels comme le rationnement, la pénurie, la diminution de l'effectif du personnel et l'arrivée massive de malades réfugiés, mais aussi, dans une moindre mesure, par les prélèvements et détournements de nourritures, « les coulages ». Selon nos résultats, il y a deux vagues de mortalité. La première s'étend de 1940 à 1943, avec une acmé en 1941 (la mortalité est en valeur relative proche de l'année 1918 et de l'impact de la grippe espagnole²⁹⁵¹) elle est liée essentiellement à la sous-alimentation et à l'absence de chauffage, elle se traduit par la cachexie et la tuberculose, elle frappe d'abord les hommes et ensuite les femmes. Puis la mortalité fléchit en 1943 avec la fin des réquisitions et les suppléments accordés. La

²⁹⁴⁶ Cf. Tableau n° 10 : Evolution des décès de cachexie simple par sexe et sur la mortalité globale, et parmi les malades évacués.

²⁹⁴⁷ *Id.*

²⁹⁴⁸ *Id.*

²⁹⁴⁹ Nous n'avons pas retrouvé l'article original dans le numéro du 7 septembre aux Archives Départementales. Nos investigations ont été limitées, la collection étant incomplète.

²⁹⁵⁰ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, séance du 15 septembre 1941, « A propos d'un article paru dans *L'Echo de l'Ouest* », séance du 10 septembre 1945, p. 470.

²⁹⁵¹ Cf. Tableau n° 6 : Evolution de la mortalité entre 1909 et 1918, p. 153.

seconde vague de mortalité est exacerbée par la mortalité des malades réfugiés. Entre 1940 et 1944, 1255 réfugiés sont arrivés dans l'établissement.

Tableau n° 20 : Evolution de la mortalité entre 1934 et 1945

Années	Pop 1 ^{er} Jan	Pop 31 Dé	Admissions	Pop totale « traitée » ²⁹⁵²	Pop moyenne ²⁹⁵³	Décès	1 ^{ère} méthode ²⁹⁵⁴ en %	2 ^{ème} méthode ²⁹⁵⁵ en %
1934	1297	1399	574	1871	1348	105	5,61	7,76
1935	1399	1466	599	1998	1432,5	113	5,65	7,88
1936	1466	1479	475	1941	1472,5	114	5,87	7,74
1937	1479	1530	511	1990	1504,5	131	6,58	8,70
1938	1530	1577	516	2046	1553,5	138	6,74	8,88
1939	1577	1617	617	2194	1597	158	7,20	9,89
1940	1617	1686	651	2268	1651,5	246	10,84	14,89
1941	1686	1211	453	2139	1448,5	547	25,57	37,76
1942	1211	1242	823	2034	1226,5	466	22,91	37,99
1943	1242	1467	909	2151	1354,5	334	15,51	24,65
1944	1467	1387	658	2125	1427	442	20,8	30,97
1945	1387	1159	457	1844	1273	211	11,44	16,57

Sources : AC, L 38, Rapports médicaux.

Le taux de mortalité de la population totale « traitée » pour la période 1934-1939 est de 6,27 %. En additionnant la population « traitée » entre 1940 et 1945 (12 561) et en appliquant ce pourcentage, on obtient 787,57 morts. Comme il y a eu pendant cette période 2246 morts, selon cette méthode on peut estimer la surmortalité à 1459 personnes. En utilisant la seconde méthode, on obtient un taux de 8,47 %. En appliquant ce pourcentage à la population moyenne pour les années 1940 à 1945 soit 8908 personnes, on obtient 754 morts. Suivant cette méthode, il y aurait une surmortalité de 1492. Au final, la surmortalité se situe entre 1459 et 1492 pour la période qui va de 1940 à 1945. Si ce calcul reste une extrapolation, il donne cependant une idée tangible du drame qui s'est déroulé

Conclusion

La guerre est une rupture : l'élan réformateur d'avant-guerre est brisé. Durant l'Occupation, elle a révélé et amplifié les carences institutionnelles de « l'hôpital ghetto » (isolement des malades, sous-médicalisation, surencombrement/promiscuité, etc.). L'exposition de l'hôpital à une conjoncture exceptionnelle (rationnement, sous-encadrement, afflux de réfugiés, etc.) a provoqué une « hécatombe ». Comment cet événement va-il se traduire dans l'après guerre ?

Changement notable : le prix de journée n'est plus fixé par le conseil général mais par le préfet. Un nœud d'inertie se rompt. Révisable à tout moment, le prix de journée est indexé au coût de la vie et peut être ajusté rapidement à la conjoncture

²⁹⁵² Population au 1^{er} janvier + population admise dans l'année.

²⁹⁵³ La population moyenne = somme de la population au 1^{er} janvier et la population du 31 décembre/2.

²⁹⁵⁴ Nombre de décès recensés dans l'année/ population totale « traitée » dans l'établissement.

²⁹⁵⁵ Nombre de décès recensés dans l'année/population moyenne « traitée » dans l'établissement.

Pour l'heure l'urgence est financière : le budget est exsangue, le personnel veut une revalorisation de son traitement, les effectifs sont aux plus bas.

« NE PLUS ETRE UN MONDE A PART »

LA TRANSFORMATION D'UN HOPITAL PSYCHIATRIQUE :
SAINTE-GEMMES-SUR-LOIRE
(1910-1977)

THESE DE DOCTORAT

(*Volume 2*)

Spécialité : Histoire Contemporaine

ECOLE DOCTORALE : Sociétés, Cultures, Echanges

Présentée et soutenue publiquement

Le 8 décembre 2011

  la Faculté des Lettres, Langues et Sciences Humaines d'Angers
par Vincent Guérin

Devant le jury ci-dessous :

M^{me} Isabelle von Buelzingsloewen, Professeure d'histoire à l'Université Lumiere Lyon 2.

M^{me} Nicole Edelman, Maître de conférences en histoire, habilitée à diriger des recherches, à l'Université Paris Ouest Nanterre La Défense.

M. Jacques-Guy Petit, Professeur émérite d'histoire à l'Université d'Angers.

M. Patrick Martin-Mattera, Professeur de psychopathologie à l'Université Catholique de l'Ouest d'Angers.

M. Jean-Christophe Coffin, Maître de conférences en histoire à l'Université Paris Descartes.

Directrice de thèse : M^{me} Christine Bard, Professeure d'histoire à l'Université d'Angers.

Centre de Recherches Historiques de l'Ouest (UMR 6258)
Maison des Sciences Humaines
5 bis Boulevard Lavoisier
49 045 Angers Cedex 01
Tél : 02 41 22 63 91

TROISIEME PARTIE
MUTATIONS (1946-1977)

Chapitre I. L'immédiat après-guerre (1946-1953)

Introduction

La période qui va de la fin de la guerre au début des années 1950 est pour la France un temps marqué par une volonté de restaurer, mais aussi de « faire du neuf ». La guerre marque les infrastructures, les corps, les esprits. La psychiatrie n'échappe pas à ce phénomène.

De 1946 à 1953, de l'immédiat l'après guerre aux premières traces de l'usage d'un neuroleptique, se retrouvent mêlés la persistance de la guerre, le retour des problématiques d'avant-guerre et de nouvelles perspectives. Le désarroi laisse progressivement place à un certain optimisme. Que reste-il de la guerre ? Quelles sont les problématiques qui resurgissent ? Quelles sont les nouvelles perspectives ?

A / Persistance de la guerre et retour des problématiques antérieures

En 1946 et 1947, bien que l'armistice soit signé, la guerre conditionne encore le quotidien. L'habillement, le linge et l'alimentation font défaut. Quels problèmes posent ces carences ? Comment la direction de l'hôpital tente-t-elle d'y remédier ? Que retiennent les médecins de l'expérience de la guerre ?

Suite à la surmortalité durant la guerre, le financement de l'agrandissement du cimetière de la commune de Sainte-Gemmes-sur-Loire pose problème. Des dissensions apparaissent entre la commune et le conseil général : qui doit payer ? Que révèle ce bras de fer ?

La période qui va de 1946 à 1952 est marquée par un reflux du nombre de malades et corrélativement des journées d'hospitalisation. Quelles incidences a ce phénomène sur les finances de l'hôpital ?

Au début des années 1950 avec « le retour des malades » le problème de l'encombrement resurgit. Quel est son mécanisme, ses manifestations, les figures types ? Cette période est marquée par l'insuffisance du personnel. Quels sont les besoins de l'institution ?

1. Le visage de la guerre

1.1. Literie, linge, vestiaire et alimentation

Dans l'immédiat après-guerre, l'habillement et la lingerie manquent à cause des prix des tissus¹. En 1947, le Dr Bobé attire l'attention du préfet sur l'hygiène des vêtements, du linge de corps et de la literie qui est difficile à maintenir : « Il est impossible de changer les malades régulièrement, les stocks de lingerie et vêtue étant épuisés et leur renouvellement n'étant pas assuré. Il serait urgent qu'un gros effort soit fait à ce sujet². » En 1950, le « coucher » et la « vêtue » s'améliorent. Parallèlement, l'uniforme propre aux hôpitaux psychiatriques commence à s'effacer : « Les effets dont les malades sont revêtus sont en tous points semblables aux effets que porte n'importe quel civil³. » S'il existe encore un certain nombre de vêtements « de ligne asilaire », ils sont appelés à disparaître⁴. Un bénéfice à cette pratique est constaté : « Cette politique ne coûte pas plus cher à l'établissement⁵. Les malades sont favorablement impressionnés par le fait qu'ils sont habillés comme à l'extérieur, et souvent ils prennent davantage soin de leurs affaires⁶. » L'usure de l'existant permet, lors du renouvellement, de moderniser et dépasser « la ligne asilaire ». L'autre point de vigilance porte sur l'alimentation.

En 1946, le Dr Bobé note que si la situation alimentaire s'est améliorée par rapport à l'année antérieure, elle « n'est pas encore suffisante⁷ ». L'absence de denrées rend impossible la différence entre les classes de pensionnaires. Avec les cartes de rationnements, les régimes s'uniformisent en fonction des allocations prévues⁸. Seuls les locaux permettent une distinction (chambres particulières, salles de lecture, etc.)⁹. Au 3^{ème} trimestre de l'année, la 4^e classe est supprimée faute de malades¹⁰. Pour les enfants (garçons), qui bénéficient de compléments, le Dr Bobé est plus optimiste, il parle d'une nourriture substantielle et de bonne qualité¹¹. Il constate des reprises de poids de 6 à 8 kg et un développement de plusieurs centimètres¹².

¹ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1948, p. 12.

² AC, L 39, Compte moral et administratif, 1947, p. 50.

³ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1950, p. 19.

⁴ *Id.*

⁵ *Id.*

⁶ *Id.*

⁷ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1946, p. 47.

⁸ *Ibid.*, p. 12.

⁹ *Id.*

¹⁰ *Id.*

¹¹ *Ibid.*, p. 46.

¹² *Id.*

Durant l'hiver 1947, le Dr Sizaret signale à nouveau les difficultés qu'il a pour alimenter les malades en raison du rationnement et des restrictions légales¹³. Il se montre très préoccupé par les menus et se dit très attentif à leur composition pour éviter l'amaigrissement et les troubles de carences¹⁴. L'expérience de la guerre est omniprésente : « Pendant la guerre, nos malades ont été partout sous alimentés, ce qui a valu un amaigrissement considérable et la loi de l'équilibre alimentaire ayant été négligée ou méconnue, nous avons constaté tout une série de troubles divers souvent très graves (œdèmes, hypotension, anémie, troubles endocriniens etc.) qui joints à l'inanition nous ont conduit à un taux de mortalité jusqu'alors inconnu¹⁵. »

Le respect des principes de nutrition apparaît comme primordial. Selon le Dr Sizaret, le régime d'alimentation doit respecter trois lois. La ration quotidienne doit apporter une quantité minimum d'énergie pour le bon fonctionnement de l'organisme. Elle est estimée au minimum à 2000 calories¹⁶. Pour les malades qui travaillent, elle dépend de l'activité : pour un travail faible il faut 2400 calories, pour un travail moyen 2800 calories, pour un travail fort 3300 calories¹⁷. Il insiste sur la singularité des apports pour les adolescents qui doit être plus important¹⁸. Outre l'approche calorique, il faut veiller à l'apport des principes nutritifs de base (minéraux, vitamines etc.). Le tout doit s'inscrire dans un menu équilibré entre les glucides, les lipides et les protides¹⁹. Le Dr Sizaret insiste sur l'équilibre entre le phosphore et le calcium, et la correction nécessaire des rations qui manquent de vitamines A B et C²⁰.

Or, en novembre, le Dr Sizaret est inquiet. Depuis deux mois, à cause du rationnement du pain et de la modification du taux de blutage (séparation du son et de la farine), les principes de nutrition ne sont plus respectés²¹. « Les malades ont maigri, [ils] ne reçoivent plus l'apport énergétique nécessaire à la vie²². » Sans surprise, il remarque que l'amaigrissement est plus marqué chez les hommes que chez les femmes²³. Des corrections sur la quantité, le choix des aliments et l'apport calorique sont tentées. Seulement cette pratique, qui dépend des denrées disponibles, est limitée²⁴. En collaboration avec l'économat, il a calculé, en fonction des denrées alimentaires contingentées, l'apport énergétique dont bénéficient les malades. Ce calcul fait apparaître un apport journalier de 824 calories et il précise : « lorsque les attributions sont constantes, ce qui est rarement le cas²⁵. » Le Dr Sizaret avertit la commission : « Si nous voulons éviter le retour à la situation sanitaire misérable de 1939-1945, il vous

¹³ AC, L 17, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Conditions d'alimentation des malades », séance du 13 novembre 1947, p. 297.

¹⁴ *Ibid.*, p. 299.

¹⁵ *Id.*

¹⁶ *Ibid.*, p. 298.

¹⁷ *Id.*

¹⁸ *Id.*

¹⁹ *Ibid.*, p. 299.

²⁰ *Id.*

²¹ *Id.*

²² *Id.*

²³ *Ibid.*, p. 300.

²⁴ *Id.*

²⁵ *Id.*

faut, dès maintenant, prévoir un ravitaillement qui dépasse les attributions réglementaire, produits non contingentés, et ceci nous conduit par voie de conséquences à envisager une dépenses plus forte au chapitre de la nourriture²⁶. » L'expérience de la guerre permet de tirer la sonnette d'alarme à temps. La nourriture coûte par malades et par jour 145 F : 10 F pour les produits contingentés et 135 pour les produits en vente libre. Ce dernier doit être augmenté²⁷.

En 1948, le Dr Bobé note un effort pour améliorer les rations alimentaire : « C'est avec satisfaction que nous avons noté une augmentation générale des poids. Les menus sont mieux préparés et généralement appétissants²⁸. » En 1949, avec la fin du rationnement, la situation s'améliore. Le pain est fabriqué en morceaux de 6 livres au lieu de 12 afin d'être plus digeste et plus agréable à manger²⁹. Alors qu'avant la guerre, le principal dessert était la compote de pommes, les malades bénéficient maintenant de fruits, petits gâteaux, laitages, etc³⁰. L'insuffisance de personnel en cuisine, qui a du mal à faire face, limite ces efforts³¹. Outre les problèmes de ravitaillements, une polémique autour du cimetière rappelle l'« hécatombe » de la guerre.

1.2. Polémique autour du cimetière (1945-1946)

Les interactions entre la commune de Sainte-Gemmes et l'asile sont rarement visibles. Quant elles le sont, elles tournent autour du cimetière, lieu commun aux deux institutions. En juin 1945, le conseil municipal de Sainte-Gemmes-sur-Loire demande que la dépense d'agrandissement du cimetière, qui se monte à environ 700 000 F, soit mise à la charge du département³². Cet agrandissement est nécessaire suite à l'inhumation d'un très grand nombre de malades de l'hôpital. Entre 1941 et 1945, 1697 malades sont décédés dans l'hôpital, et on suppose en grande partie inhumés dans le cimetière, contre 64 pour la commune³³.

Différents points de vue se confrontent. Le préfet pense qu'il est difficile de faire peser la charge de l'agrandissement sur la commune et qu'il n'est pas rationnel que cette charge incombe seulement au département, à l'exclusion de la commune et des collectivités qui conjointement ont la charge des aliénés³⁴. La commission de surveillance demande que soit accordée une subvention départementale à la commune sous réserve d'une aide de l'Etat³⁵.

²⁶ AC, L 17, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Conditions d'alimentation des malades », séance du 13 novembre 1947, p. 301.

²⁷ *Id.*

²⁸ *Id.*

²⁹ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1949, p. 19.

³⁰ *Id.*

³¹ *Id.*

³² BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Agrandissement du cimetière », séance du 22 novembre 1945, p. 202.

³³ *Id.*

³⁴ *Id.*

³⁵ *Id.*

Le préfet, quant à lui, préfère envisager une majoration du prix de journée de l'hôpital³⁶. De cette manière, l'Etat, le département de Maine-et-Loire, les départements étrangers et les familles de pensionnaires participeraient³⁷.

Le directeur régional de la Santé et de l'Assistance n'est pas hostile à cette solution. Il estime, par ailleurs, que le terrain pourrait appartenir à l'hôpital³⁸. Le préfet dément, l'hôpital n'ayant pas la personnalité juridique³⁹. Le conseil général se range à l'avis du préfet : la dépense devra être réglée par une majoration du prix de journée et la propriété du terrain devra restée à la commune de Sainte-Gemmes-sur-Loire⁴⁰.

A l'exception des frais d'achat du terrain et de terre pour le remblai, qui reste à la charge de la commune qui en est propriétaire, le conseil général décide que les restes de la dépense (maçonnerie, terrassement, etc.) seront à la charge de l'asile moyennant un relèvement du prix de journée⁴¹. Le maire de Sainte-Gemmes-sur-Loire fait parvenir au Dr Sizaret ces chiffres⁴².

Tableau n° 1 : Des dépenses payées et à payer (en F)

	Dépenses payées	Dépenses à payer	Restant	Total
Travaux	143 145	453 432	141 110	737 687
Terrain	39 765	37 728	Xx	77 486
	182 910	491 159	141 110	815 173

Sources : AC, L 17, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Dépenses d'agrandissement du cimetière », séance du 11 février 1946, p. 52.

En mars 1946, le conseil municipal maintient que la totalité de la charge, frais du terrain compris, incomberont à l'hôpital, soit 815 000 F⁴³. Le Dr Sizaret estime que cette position est « excessive » et contraire à celle du préfet⁴⁴. Selon ses calculs, la totalité des travaux ne pourrait être absorbée que par un relèvement du prix de journée de 2 F sur une année⁴⁵. Si le terrain était à la charge de l'hôpital et compte tenu de la diminution de la population : « départ fréquents, rapatriement à leur établissement d'origine de malades évacués », il faudra augmenter ce prix de journée à 3 F⁴⁶. Il suggère une avance du département que l'hôpital rembourserait⁴⁷. Moins conciliante, la commission de surveillance demande pourquoi l'hôpital paierait des sommes déjà payées, et prendrait en charge l'achat du terrain alors que

³⁶ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Agrandissement du cimetière », séance du 22 novembre 1945, p. 202.

³⁷ *Id.*

³⁸ *Id.*

³⁹ *Id.*

⁴⁰ *Id.*

⁴¹ AC, L 17, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Dépenses d'agrandissement du cimetière », séance du 11 février 1946, p. 50.

⁴² *Ibid.*, p. 52.

⁴³ *Id.*

⁴⁴ *Ibid.*, p. 53.

⁴⁵ *Id.*

⁴⁶ *Id.*

⁴⁷ *Id.*

cela est contraire au vote du conseil général⁴⁸. Elle pense que la charge à payer devrait se monter à 594 542 F⁴⁹. Puis elle précise, « que contrairement à ce qui a pu être dit », l'hôpital n'est pas une charge pour la commune « mais apporte au budget municipal des recettes appréciables tant par les impôts au titre de prestations, par la taxe sur les marchés, etc. que par la participation gratuite et bénévole aux travaux de voirie et autres⁵⁰ ». En mai 1946, les pourparlers entre la commune et le directeur n'ayant pas aboutis, le conseil général tranche⁵¹. Considérant que l'hôpital n'est pas une charge pour la municipalité, il décide que l'achat du terrain restera à la charge de la commune⁵². Par contre les travaux, payés ou non, seront à la charge de l'hôpital, soit 737 687 F⁵³. L'hôpital remboursera les dépenses réglées soit 143 145 F⁵⁴. Cette dépense sera couverte par l'augmentation du prix de journée⁵⁵. Entre 1946 et 1952, l'hôpital traverse un épisode financier difficile.

1.3. Un passage financier difficile (1946-1952)

L'exercice de 1946 se clôture par un excédent propre de 11 403 445 F, contre - 2 000 000 en 1945⁵⁶. Il ne faut pas se méprendre sur les millions qui apparaissent ici : avec la dévaluation, la capacité d'achat de la monnaie est vingt fois moindre qu'avant la guerre (1 million de F représente 50 000 F de 1939)⁵⁷. Aussi ce résultat, si impressionnant soit-il, n'est pas considéré par le Dr Sizaret comme très important par rapport à ceux d'avant-guerre⁵⁸.

L'année 1947, malgré un résultat financier excédentaire (9 840 287 F)⁵⁹, est jugée comme une année financière difficile⁶⁰. Le paiement de rappel sur plusieurs années d'indemnités du personnel ont grevé le budget (indemnité forfaitaire de la 41^e à la 45^e heure pour 996 612 F ; des heures supplémentaires de la 45^e à la 48^e heure pour 2 743 954 F)⁶¹. Les mesures prises pendant la guerre se répercutent maintenant dans le budget.

Le déficit a été limité par l'augmentation, à partir du 1^{er} octobre 1947, de 50 % du prix de journée⁶². Avec un excédent propre de 14 906 950 F en 1948, la situation financière semble s'améliorer⁶³. Le Dr

⁴⁸ AC, L 17, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Dépenses d'agrandissement du cimetière », séance du 11 février 1946, p. 53.

⁴⁹ *Id.*

⁵⁰ *Id.*

⁵¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Agrandissement du cimetière », séance du 10 mai 1946, p. 175.

⁵² *Id.*

⁵³ *Id.*

⁵⁴ *Id.*

⁵⁵ *Id.*

⁵⁶ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1946, p. 7.

⁵⁷ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1948, p. 6.

⁵⁸ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1946, p. 7.

⁵⁹ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1947, p. 10.

⁶⁰ *Ibid.*, p. 6.

⁶¹ *Id.*

⁶² *Id.*

⁶³ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1949, p. 10.

Sizaret tempère, selon lui les dépenses seront en 1949, supérieures de 60 % à celles de 1948⁶⁴. En tenant compte de la dévaluation, en 1939 l'excédent de 5 638 485 F permettait à l'institution de s'acquitter des dépenses d'un semestre, 10 ans plus tard l'excédent de 17 883 260 F ne permet pas de régler les dépenses d'un mois qui sont évaluées à 20 000 000 F⁶⁵.

Le Dr Sizaret donne, à titre d'exemple, des phénomènes aggravants comme le paiement de 5 000 000 F qui devront être payés dans le 2^e trimestre de l'année au titre de rappel de traitement pour reclassement du personnel pour l'année 1948⁶⁶. Ils mentionnent les difficultés avec les fournisseurs, qui menacent de ne pas livrer tant qu'ils ne sont pas payés⁶⁷. Il souligne la nécessité d'avoir un fonds de roulement au moins égal à un trimestre de dépenses⁶⁸. C'est grâce aux avances du département des prix de journée de l'indigence, qui doivent être payés à trimestre échu, que la trésorerie peut encore fonctionner⁶⁹. Au 2^e trimestre de l'année 1948, la 3^e classe est à son tour supprimée faute de malades⁷⁰.

Tableau n° 2 : Prix de journée à la fin du 4^e trimestre de chaque année (en F)

Années	1945	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952
Catégories								
1^{ère} classe	125	220	300	525	680	742	780	?
2^e classe	112	195	275	400	534	592	620	?
3^e Classe	100	165	245	X	X	X	X	X
4^e classe	90	X	X	X	X	X	X	X
Indigents	90	165	245	400	534	592	620	?

Sources : AC, L 39, Compte moraux et administratifs.

En 1949, l'excédent propre devient très important (49 490 002 F)⁷¹. Plusieurs raisons expliquent cette amélioration : l'augmentation du nombre de journées par rapport à celles prévues (elles passent de 412 905 en 1948 à 419 957), une économie sur le volume des traitements avec le départ de certains employés qui n'ont pas été remplacés immédiatement, l'arrivée d'un nouvel économe qui n'a pas eu le temps d'organiser le programme de ses achats⁷². Cette fois l'excédent correspond presque à la dépense d'un trimestre⁷³. La trésorerie est « plus à l'aise », les factures des fournisseurs sont réglées à temps⁷⁴. En 1950, pour les mêmes raisons que l'année précédente, la situation financière s'améliore de nouveau avec

⁶⁴ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1948, p. 6.

⁶⁵ *Id.*

⁶⁶ *Id.*

⁶⁷ *Id.*

⁶⁸ *Id.*

⁶⁹ *Id.*

⁷⁰ *Ibid.*, p. 10.

⁷¹ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1949, p. 6.

⁷² *Id.*

⁷³ *Id.*

⁷⁴ *Id.*

un excédent propre réel de 66 519 768 F⁷⁵. Parallèlement à l'augmentation du nombre de journées de qui passe de 419 957 en 1949 à 436 817, le spectre de l'encombrement fait son retour.

Seulement, le Dr Sizaret pense que l'effectif va diminuer en 1951 et il en résultera un déficit. Cette diminution attendue s'explique pour deux raisons : le chiffre de la population maximum a été fixé pour l'établissement par le ministère à 899 malades, et d'autre part un nombre important de malades sont transféré vers l'hôpital d'Angers (vieillard, tranquilles)⁷⁶.

En 1951, la situation financière apparaît en régression par rapport à l'année antérieure avec un excédent de 54 443 326 F⁷⁷. Germain Paris évoque l'élévation du prix de revient, sans relèvement du prix de journée⁷⁸. Celui-ci est déficitaire de 36,15 F par journée⁷⁹. Cette augmentation du prix de revient tient à l'augmentation des prix et des salaires (deux fois dans l'année), dont le poste représente 57 % des dépenses (+ 33 % de la base de janvier 1951)⁸⁰. Germain Paris conclut que c'est grâce aux excédents des années antérieures que les dépenses ont pu être couvertes⁸¹.

En 1952, avec un excédent de 74 357 921 F, la situation financière devient satisfaisante et permet « de reconstituer le fonds de roulement » qui permet de payer rapidement les salaires et les fournisseurs, et en retour de bénéficier de conditions plus avantageuses⁸². Cette embellie tient à l'accroissement de la population et l'augmentation du nombre de journées d'hospitalisation. Germain Paris rapporte qu'alors qu'il avait prévu 1126 malades et 412 116 journées d'hospitalisation, il y a eu 1300 malades et 451 260 journées⁸³. Preuve du renversement de situation, dans le budget de 1953, Germain Paris demande une diminution du prix de journée de 3 %⁸⁴. Avec le retour des malades, c'est le retour des problématiques d'avant-guerre qui resurgissent et en premier lieu l'encombrement.

⁷⁵ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1949, p. 6.

⁷⁶ *Id.*

⁷⁷ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1951, non paginé.

⁷⁸ *Id.*

⁷⁹ *Id.*

⁸⁰ *Id.*

⁸¹ *Id.*

⁸² AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1952, non paginé.

⁸³ *Id.*

⁸⁴ *Id.*

Tableau n° 3 : Evolution de la population entre 1945 et 1953

Années	Décès	Ad	Sorties	Pop au 31 décembre	Pop annuelle traitée	Taux de décès	Taux d'admissions	Taux de sorties	Différentiel
1945	211	457	474	1159	1844	11%	25%	26%	-12%
1946	64	433	401	1127	1592	4%	27%	25%	-2%
1947	42	424	352	1157	1551	3%	27%	23%	2%
1948	40	509	514	1112	1666	2%	31%	31%	-3%
1949	47	553	446	1162	1665	3%	33%	27%	4%
1950	52	634	530	1214	1796	3%	35%	30%	3%
1951	41	623	603	1210	1798	3%	35%	35%	-1%
1952	51	635	503	1291	1845	3%	34%	27%	4%
1953	58	856	800	1289	1995	3%	43%	40%	-0,1%

Sources : AC, L 39, L 31, Compte moraux et administratif, Rapports de fonctionnement.

2. Le retour des problématiques d'avant guerre

2.1. Le retour progressif de l'encombrement (1946-1953)

a. Le mécanisme

A la fin des années 1940, l'encombrement fait progressivement son retour et en premier lieu du côté des femmes. En 1946, le Dr Sizaret mentionne que les admissions des femmes est à nouveau semblable à celles d'avant guerre⁸⁵. En 1948, il note que le nombre des sorties élevées lui permet d'éviter « un encombrement certain⁸⁶ ». En 1950, il annonce que, malgré les sorties mais aussi le « transfert massif des rapatriées de la Somme », son service est « à la limite de l'encombrement »⁸⁷.

Cette même année, un examen de la capacité hospitalière globale réalisé par la Commission des maladies mentale du Conseil permanent d'Hygiène Sociale fait apparaître que, compte tenu des locaux, la population de l'hôpital ne devrait pas excéder 684 malades et au maximum 899⁸⁸. A cette date la population est supérieure de plus de 250 par rapport au maximum autorisé⁸⁹. La Commission des

⁸⁵ AC, L 39, Rapport médical, compte moral et administratif, 1946, p. 44.

⁸⁶ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1948, p. 50.

⁸⁷ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1949, p. 69.

⁸⁸ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1950, p. 12.

⁸⁹ *Id.*

maladies mentales précise que « le dépassement doit être rapidement résorbé et qu'en aucun cas, il ne sera admis qu'il s'accroisse⁹⁰ ».

L'encombrement est double. Le premier élément est un ressenti de sur-occupation. Le second est normatif : l'effectif excède la législation en vigueur. Quel est son mécanisme ? Si on observe les chiffres, force est de constater qu'entre 1945 et 1950 la population résidente et traitée a considérablement augmentée⁹¹. Le chiffre de la population a atteint ponctuellement, au cours de cette dernière l'année, un pic de 1230, soit un dépassement de plus de 331 personnes par rapport au nombre de malades autorisés⁹². Cette augmentation tient au fait que les admissions augmentent plus vite que les sorties et à la diminution des décès. En 1950 le taux d'admission atteint un niveau jamais vu depuis le début de notre étude (à l'exception des années 1941 et 1942 dont le résultat était amplifié par l'arrivée des réfugiés). Un record est battu en 1953⁹³. Cette évolution de la population se fait, selon le Dr Sizaret, en dépit des guérisons nombreuses, des rapatriements de malades dans leurs départements d'origine, des transferts de malades séniles ou incurables inoffensifs vers des hospices et le refus de l'admission de près de 200 malades étrangers au département⁹⁴. Durant cette période, les plaintes concernant l'encombrement proviennent essentiellement du service des femmes ; ceci tient à la disparité entre la population des hommes et des femmes. Deux figures incarnent l'encombrement : « la sénile » et « le chronique ».

b. Les figures discordantes : « la sénile » et « le chronique »

En 1950, le Dr Sizaret explique l'encombrement de trois manières : le nombre des affections mentales, l'impact sur le public de l'évolution des thérapeutiques, mais surtout parce que l'hôpital psychiatrique est un réceptacle médico-social « de tous les laissés pour compte des familles, des prisons, des hospices, des centres d'accueil, des Bon-Pasteur, des hôpitaux ordinaires et de la société en générale. Il en résulte que nous hébergeons une quantité considérable de chroniques, jeunes ou vieux, d'incurables qui ne nécessitent pas des soins particuliers et qui pourraient trouver place dans des hospices d'infirmités ou d'incurables⁹⁵ ».

Avec ce retour de l'encombrement, deux figures discordantes sont pointées par le psychiatre : la « sénile » et le « chronique » ou « infirme mental ». Pour le Dr Sizaret, ils ne relèvent pas de la psychiatrie comme médecine spéciale : « Mon service comprend trop de séniles ou d'infirmités mentales qui pourraient éventuellement trouver une place dans des asiles de vieillards et des hospices

⁹⁰ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1950, p. 12.

⁹¹ Cf. Tableau n° 3 : Evolution de la population entre 1945 et 1953.

⁹² AC, L 39, Compte moral et administratif, 1950, p. 12.

⁹³ Cf. Tableau n° 3 : Evolution de la population entre 1945 et 1953.

⁹⁴ *Id.*

⁹⁵ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1950, p. 12.

d'incurables. Les finances publiques y trouveraient leur compte [le prix de journées est moins élevé] et l'encombrement grandissant pourrait être freiné⁹⁶. » L'année suivante, il mentionne le transfert de 20 femmes à l'hospice d'Angers, mais considère que cela « n'a été qu'un palliatif passager et insuffisant » : « A l'heure où j'écris ces lignes, j'ai 80 malades dont l'âge varie entre 70 et 92 ans⁹⁷. » Il dévoile en creux la défaillance de la prise en charge hospitalière qui se répercute sur la psychiatrie : « Les Hôpitaux de médecine générale ne veulent ou ne peuvent les prendre ; les hospices n'ont qu'un personnel réduit, ne les acceptent ou ne les gardent pas, aussi un tiers des lits de mon service est occupé par des vieilles femmes plus ou moins séniles qui ne nécessitent que des soins de médecine générale⁹⁸. » Selon lui cette redirection des « vieillards, affaiblis intellectuellement, turbulents et malpropres » des hospices vers les hôpitaux psychiatriques est effectué « trop facilement » : « Il semble que le personnel des hospices manque de patience à l'égard de ces vieillards qui, par une thérapeutique appropriée, pourrait être conservés dans ces établissements⁹⁹. »

Parmi les entrées qui vont croissantes au début des années 1950, la population des 65/75 ans augmente plus rapidement que celle des 18/65 ans. En 1952, sur 1106 patients adultes, 163 patients ont plus de 66 ans¹⁰⁰. Pour des raisons démographiques, ce problème touche surtout le service des femmes. La même année, sur 611 patientes, 121 patientes ont plus de 66 ans et 37 plus de 75 ans¹⁰¹. Le Dr Sizaret est pessimiste : « Etant donné l'allongement de la durée moyenne de la vie et de la résistance des vieillards aux maladies infectieuses grâce aux antibiotiques, il semble que nous ne soyons pas près de revenir à un chiffre de population normale¹⁰². » Il affirme que ce mélange des aigus et des chroniques et « infirmes mentaux internés à vie » est à l'origine du « discrédit » sur les hôpitaux psychiatriques qui tarde à disparaître¹⁰³¹⁰⁴. De fait, il reproche aux chroniques et aux séniles de ne pas guérir, d'être incurables et pas extension de nuire à la psychiatrie. Avec l'encombrement, on retrouve à nouveau la distinction entre « bon » et « mauvais » malade, le soin et l'assistance et le gardiennage. Cet encombrement nuit à l'opération thérapeutique.

⁹⁶ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1950, p. 67.

⁹⁷ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1951, non paginé.

⁹⁸ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1952, p. 53.

⁹⁹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1953, p. 65.

¹⁰⁰ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1952, p. 3-4.

¹⁰¹ *Ibid.*, p. 4.

¹⁰² AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1955, p. 52.

¹⁰³ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1950, p. 12.

¹⁰⁴ En 1974, le sociologue Jean-Olivier Majastre épinglait encore l'impact des personnes âgées sur la représentation de l'hôpital psychiatrique : « La masse de vieillards qui végètent dans chaque hôpital psychiatrique est une ombre portée où se projette le fantasme que les malades vieillissent et meurent à l'hôpital » Cf. Jean Olivier Majastre, *L'introduction du changement dans un hôpital psychiatrique public*, Paris, Maspéro, 1974, p. 37.

c. La mise en échec de l' « opération thérapeutique »

Face à l'encombrement, le Dr Sizaret éprouve des difficultés à réaliser « l'isolement » nécessaire et la « sériation ou catégorisation des malades agités, calmes, délirants, difficiles, etc¹⁰⁵ ». « Nous sommes dans la situation du joueur d'échecs qui serait obligé de déplacer ses pièces sans pouvoir rien céder ni enlever à son adversaire¹⁰⁶. » On peut se demander à quel point cet encombrement, qui empêche l'opération thérapeutique, agit en retour sur les sorties. Suite à l'inspection, le ministère préconise « deux remèdes » pour réduire ce problème : d'une part hâter la réalisation des aménagements intérieurs et d'autre part construire de nouveaux pavillons¹⁰⁷. Le Dr Sizaret rappelle que des aménagements intérieurs prévus dès 1948, pour une valeur de 30 000 000 F, faute d'autorisation d'emprunt dans un premier temps, puis de prêteur, n'ont été effectués que partiellement par la main d'œuvre de l'hôpital et en fonction des urgences¹⁰⁸. Par ailleurs, fataliste, il considère que leur réalisation ne permettra pas d'augmenter les hospitalisations mais seulement de diminuer l'encombrement existant¹⁰⁹. Quant à de nouveaux pavillons, il rappelle que son rapport de 1950, faute de crédits, est resté lettre morte¹¹⁰. Il fait aussi allusion à un projet interdépartemental pour « décongestionner » les hôpitaux psychiatrique. Mais il pense que cette réalisation, qui repose sur l'exécution des constructions nouvelles, n'est pas pour tout de suite¹¹¹. En 1951, le Dr Sizaret considère que l'asile est « envahi par des vieillards troublés ou confus » qui ont uniquement besoins de soins d'hygiène et qui auraient leur place dans un hospice : « A l'heure où j'écris [milieu de l'année 1952] ses lignes, j'ai 80 malades dont l'âge varie entre 70 et 92 ans [sur 631 femmes au 1^{er} janvier 1951]¹¹² ». Seulement, ils ne peuvent être placés dans les hospices « où ils se rendent insupportables, perturbateurs¹¹³ ».

En 1952, Germain Paris, nouvellement directeur, annonce, conjointement avec les médecins-chefs, la commission de surveillance et l'administration départementale, le projet d'un hospice psychiatrique à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique. Avec ce projet, il s'agit de lutter contre l'encombrement engendré notamment chez les femmes et spécifiquement par les séniles. Celles-ci seraient installées dans cet hôpital ce qui laisserait l'usage des services en place pour le traitement des aigus et curables. A cet effet, la commission de surveillance demande la création de deux pavillons de 60 lits, un pour chaque sexe.

¹⁰⁵ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1950, p. 12.

¹⁰⁶ *Id.*

¹⁰⁷ *Id.*

¹⁰⁸ *Id.*

¹⁰⁹ *Id.*

¹¹⁰ *Id.*

¹¹¹ *Id.*

¹¹² AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1951, non paginé.

¹¹³ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1953, p. 4.

Elle précise que le prix de journée serait inférieur à celui de « l'hôpital psychiatrique de traitement¹¹⁴ ». Afin de lutter contre la « surpopulation dans son ensemble », Germain Paris préconise l'extension des services d'hospitalisation¹¹⁵. Le Dr Sizaret informe que le service des femmes, « de type caserne », contrairement au service des hommes, n'est pas extensible¹¹⁶. Au même moment, il rapporte que l'encombrement est tel dans son service qu'il est contraint à « entasser les malades dans l'unique salle de jour, et à rapprocher les lits de façons fâcheuse dans les dortoirs¹¹⁷ ». A cet égard, il déplore l'absence de cabinet médical qui empêche « l'examen clinique en colloque singulier » et « le traitement individuel »¹¹⁸. Un autre problème d'avant-guerre resurgit : le manque de personnel.

2.2. Le manque de personnel (1946-1953)

a. Insuffisance du personnel infirmier et l'absentéisme

En 1947, le Dr Sizaret pointe les difficultés qu'il a à faire fonctionner les services médicaux¹¹⁹. Le nombre d'infirmiers et d'infirmières est en dessous des prescriptions réglementaires qui préconisent un infirmier pour 10 malades difficiles et un pour 15 malades tranquilles. Fait aggravant, il évalue à 35 le nombre d'employés chaque jour absents pour des raisons diverses (maladies, maternité, congé). Durant l'été ce phénomène s'accroît avec les congés. Pour un effectif de malades de 1150 en moyenne, dont une moitié est considérée comme difficile (admissions, observations, infirmerie, gâteux, agités), et en prenant en compte la répartition de l'effectif en trois équipes faisant huit heures, une du matin, une de l'après midi et une de nuit, le Dr Sizaret estime à 96 personnes le nombre nécessaire à la première équipe de jour, 96 pour la seconde et 28 pour la nuit, soit 220 personnes en tout.

En tenant compte de la journée de 8 heures et des absences, l'effectif nécessaire est évalué à 303 infirmiers et infirmières. Or, en 1947, il y a seulement 199 personnes. En ajoutant à cet effectif les 12 religieuses, il n'obtient que 211 personnes. En 1951, le Dr Bobé se manifeste lors de la commission de surveillance pour attirer l'attention sur les difficultés qu'il rencontre¹²⁰. Il donne l'exemple de certains quartiers de 120 malades qui n'ont que 2 infirmiers, il mentionne aussi le pavillon des malades dangereux qui comprend 40 occupants et qui n'a que 3 infirmiers¹²¹. Il redoute un incident grave¹²². Autre impact, certains traitements actifs comme l'insulinothérapie ne peuvent être réalisés faute de

¹¹⁴ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1951, non paginé.

¹¹⁵ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1952, p. 4.

¹¹⁶ *Ibid.*, p. 54.

¹¹⁷ *Id.*

¹¹⁸ *Id.*

¹¹⁹ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1947, p. 4.

¹²⁰ AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Insuffisance de personnel », séance du 16 janvier 1951, p. 112.

¹²¹ *Id.*

¹²² *Id.*

personnel qualifié suffisant¹²³. Paradoxe apparent : la même année¹²⁴, le Dr Sizaret précise que la revalorisation des traitements et salaires donne une stabilité au personnel¹²⁵. Les départs deviennent rarissimes, plus encore, l'établissement est submergé par les demandes d'emplois¹²⁶. Il pense que cette tendance permettra de « réaliser des recrutements de choix¹²⁷ ». Seulement, comme le précise le Dr Bobé, la législation n'autorise aucune création de poste¹²⁸. Il insiste sur le surpeuplement des établissements hospitaliers qui rend le nombre des malades préconisé « théorique¹²⁹ ». Selon lui l'augmentation des sorties, plus nombreuses et rapides, n'arrive pas à faire baisser le nombre des malades dont le nombre croît avec des entrées qui « se sont multipliées depuis la fin de la guerre¹³⁰ ». Le Dr Bobé demande l'engagement de 15 à 20 infirmiers avec le relèvement du prix de journée *ad hoc*¹³¹. En février 1951, le préfet accepte l'engagement de 15 infirmiers auxiliaires à titre *strictement temporaire*, en raison du grand nombre d'employés malades, dont la répercussion dans le budget, à partir du 1^{er} avril 1951, est évaluée à 10 F dans le prix de journée¹³². Le Dr Bobé insiste sur l'urgence de la situation¹³³. Le Dr Sizaret rapporte une tentative de révolte des malades de la 6^e division (service des malades difficiles) : « On a du faire appel à des infirmiers des autres services, au détriment de la surveillance de ceux-ci¹³⁴. » En 1951, suite à l'élaboration d'un nouveau statut du personnel, le préfet note des divergences entre les propositions faites par la commission de surveillance et le directeur et les effectifs autorisés¹³⁵. Sur les 225 agents laïcs soignants demandés, seuls 191 emplois de titulaires et 15 emplois d'auxiliaires temporaires sont acceptés¹³⁶. Germain Paris justifie son calcul. En premier lieu, il a été réalisé sur une population théorique : le chiffre de 899 malades a été retenu alors que la population est montée à 1230, d'autre part le calcul a été fait par division : « une unité de surveillance séparée dont on ne peut sortir¹³⁷. » Il mentionne l'article 7 du statut du personnel qui précise que le nombre d'agents doit être calculé de manière à permettre, en moyenne, l'affectation d'un infirmier pour 10 malades dans les service spéciaux (admission, observation, infirmerie, gâteux, agités) et un pour 15 dans les quartiers tranquilles et de travailleurs¹³⁸. Dans le calcul de l'effectif, il précise qu'il a été tenu compte des absences

¹²³ AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Insuffisance de personnel », séance du 16 janvier 1951, p. 114.

¹²⁴ Le compte moral de l'année 1950 est rédigé en 1951.

¹²⁵ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1950, p. 4.

¹²⁶ *Id.*

¹²⁷ *Id.*

¹²⁸ AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Insuffisance de personnel », séance du 16 janvier 1951, p. 113.

¹²⁹ *Id.*

¹³⁰ *Id.*

¹³¹ *Id.*

¹³² AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Engagement d'infirmiers auxiliaires, répercussions sur le prix de journée », séance du 20 mars 1951, p. 141.

¹³³ *Ibid.*, p. 142.

¹³⁴ *Id.*

¹³⁵ AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Tableau effectif », séance du 28 juin 1951, p. 192.

¹³⁶ *Ibid.*, p. 193.

¹³⁷ *Id.*

¹³⁸ *Ibid.*, p. 194.

régulières du personnel pour congé hebdomadaire, annuel ou maladie (110 jours par an et par agent)¹³⁹. Il a aussi été tenu compte, comme le règlement le stipule, non des agents « en fonction », mais de ceux en service, dont la présence est « effective »¹⁴⁰.

Dans ce contexte, les médecins chefs annoncent qu'ils déclinent toute responsabilité pour les incidents et accidents qui pourraient subvenir du fait de l'insuffisance du personnel (suicides, meurtres, blessures, rixes, évasions)¹⁴¹. La commission de surveillance maintient l'effectif demandé¹⁴². En 1952, le directeur, Germain Paris rappelle « l'insuffisance numérique » des infirmiers et infirmières qu'il évalue à 40 dans le service des femmes et 30 dans le service des hommes¹⁴³. Il pointe à ce sujet un problème : l'absentéisme. Selon ses calculs, pour l'année 1951, sur un total de 290 agents, 6 674 jours d'absence pour maladie, accident du travail et maternité ont été dénombrés, soit une moyenne de 23 jours par an pour chaque agent¹⁴⁴. En considérant qu'un employé travaille 270 jours par an, il estime à 24 le nombre d'employés en permanence hors du service pour « congés extraordinaires¹⁴⁵ ». A cet effet, il souhaite se pencher sur « la situation sanitaire du personnel », et notamment le dépistage de la tuberculose par des visites et des radios systématiques et l'institution d'un carnet individuel de santé¹⁴⁶. En 1952, le dépistage est réalisé de façon systématique¹⁴⁷.

La circulaire du 21 août 1952 rappelle les normes qui avaient été fixées par le règlement modèle annexé à l'arrêté du 8 février 1938¹⁴⁸. Le ministre de la Santé publique et de la population considère que des incidents récents ayant entraîné la mort de malades sont directement imputables à l'insuffisance numérique du personnel. Afin d'améliorer la situation, il demande aux directeurs départementaux de la santé de lui faire parvenir dans les deux mois un état des personnels soignants *en service* dans les hôpitaux psychiatriques, en fonction des trois équipes, dans chaque pavillon, et également un état des malades présents ainsi que les catégories auxquelles ils appartiennent (agités, tranquilles, etc.).

En mai 1953, Germain Paris, lors d'une séance de la commission de surveillance, fait à nouveau part du manque de personnel signalé par les médecins dans les rapports médicaux¹⁴⁹. Conscient qu'une application stricte conduirait à l'embauche d'un personnel pléthorique, il propose, en accord avec les médecins chefs, la création de 27 postes à l'hôpital psychiatrique (18 infirmiers et 7 infirmières) et 6 postes à la Roche-Morna, soit la moitié du déficit théorique du personnel¹⁵⁰. Le préfet y est favorable, il

¹³⁹ AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Tableau effectif », séance du 28 juin 1951, p. 194.

¹⁴⁰ *Id.*

¹⁴¹ *Id.*

¹⁴² *Id.*

¹⁴³ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1951, non paginé.

¹⁴⁴ *Id.*

¹⁴⁵ *Id.*

¹⁴⁶ *Id.*

¹⁴⁷ AC, L 31, Rapport de fonctionnement, 1953, p. 15.

¹⁴⁸ Circulaire n°148 du 21 août 1952 relative au Fonctionnement des hôpitaux psychiatriques.

¹⁴⁹ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Augmentation des effectifs soignants », séance du 11 mai 1953, p. 136.

¹⁵⁰ *Id.*

précise au conseil général que d'une part le ministre de la Santé publique a signalé plusieurs fois la nécessité de recruter du personnel supplémentaire et que d'autre part cette embauche n'aura pas d'incidence sur le prix de journée¹⁵¹. Lors de la séance du conseil général, le rapporteur, le Dr Xavier Thuau¹⁵², mentionne que si les normes ministérielles étaient suivies à lettre, ce n'est pas 27 mais 70 infirmiers et infirmières qu'il faudrait en plus¹⁵³. Un conseiller demande au rapporteur par quel subterfuge la création de 35 postes n'augmentera pas le prix de journée¹⁵⁴. Le Dr Thuau lui répond qu'il y aura de nouveaux pensionnaires à la Roche-Morna et donc des recettes supplémentaires¹⁵⁵. Le conseil général accepte¹⁵⁶. Au manque de personnel s'ajoute maintenant l'instabilité de la présence des religieuses.

b. L'instabilité des religieuses

En 1946, les services des enfants garçons éducatibles se laïcisent¹⁵⁷. Les deux sœurs qui s'en occupaient mettent fin à leur activité. L'une âgée de 60 ans est malade est admise à la « reposance »¹⁵⁸, l'autre âgée de 39 ans est atteinte d'une maladie grave¹⁵⁹. Le service est désorganisé¹⁶⁰. La sœur supérieure ne dispose pas de religieuses pour les remplacer. Une éducatrice est embauchée et deux infirmières diplômées sont nommées¹⁶¹. L'absence d'effectif disponible remet en cause le lien entre la communauté religieuse et l'institution psychiatrique. La commission de surveillance demande au directeur de revoir et modifier le contrat datant de 1843¹⁶².

Cette même année, deux religieuses, une infirmière et une employée au repassage, abandonnent leur fonction pour raison de santé¹⁶³. Trois sœurs, deux sœurs veilles et une préparatrice en pharmacie, sont rappelées par la supérieure générale¹⁶⁴. Cette dernière fait savoir qu'elle ne dispose pas « de sujets pour combler tous les vides¹⁶⁵ » : seule la religieuses affectée au repassage est remplacée¹⁶⁶. En 1953, le Dr Sizaret manifeste son inquiétude sur une clause du contrat passé qui permet à la supérieur générale

¹⁵¹ BUA, JP43, Rapports du préfet, 1953, « Effectif du personnel soignant », p. 87.

¹⁵² Le Dr Xavier Thuau est conseiller général du canton de Baugé entre 1945 à 1958.

¹⁵³ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Effectif du personnel soignant », séance du 19 mai 1953, p. 74.

¹⁵⁴ *Ibid.*, p. 75.

¹⁵⁵ *Id.*

¹⁵⁶ *Id.*

¹⁵⁷ AC, L 17, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Laïcisation du service des enfants garçons », séance du 11 juin 1946, p. 90.

¹⁵⁸ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1946, p. 4.

¹⁵⁹ AC, L 17, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Laïcisation du service des enfants garçons », séance du 11 juin 1946, p. 90.

¹⁶⁰ *Id.*

¹⁶¹ *Id.*

¹⁶² *Id.*

¹⁶³ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1946, p. 4.

¹⁶⁴ *Id.*

¹⁶⁵ *Id.*

¹⁶⁶ *Id.*

de retirer à tout moment une sœur même si elle occupe un poste clé¹⁶⁷. Il relate un incident : « C'est en vertu de ce contrat que, brusquement, au matin du 1^{er} septembre 1953, une voiture de la communauté est venue chercher, pour un départ définitif, une certaine religieuse, excellente infirmière, préposée au traitement des malades aiguës et, en particulier, du fait de sa compétence, à la surveillance délicate des malades en cours d'insulinothérapie. Le départ s'est effectué en quelques minutes, sans que j'en aie été avisé à l'avance, et sans que j'aie pu prendre la moindre disposition pour remplacer cette sœur infirmière particulièrement expérimentée, qui était en place depuis 28 ans et qui n'a pu elle-même passer aucune consigne à qui que ce soit. J'ai essayé de faire comprendre à la supérieure général qu'elle décapitait délibérément un service important et que j'allais être dans l'obligation d'arrêter net tous les traitements en cours pour le plus grand dommage des malades. Je me suis heurté à un veto formel, expression évidente d'une complète incompréhension¹⁶⁸. » Par la suite, après avoir stoppé l'insulinothérapie, le Dr Sizaret a formé une nouvelle sœur, qu'il considère être de bonne volonté mais qui est âgée et qui, de surcroît n'est pas sûre¹⁶⁹. Le motif du départ semble être, dans le cas présent, « un transfert » vers une maison de santé parisienne¹⁷⁰. Visiblement en colère, il mentionnait que c'était la deuxième fois dans sa carrière qu'il assistait à une telle manifestation du « bon plaisir¹⁷¹ ». Alors qu'il considère que toute collaboration devient inexistante, il suggère de réviser le contact avec la communauté¹⁷². Cette érosion progressive du personnel religieux avait commencé à la fin des années 1930. En 1938, le Dr Sizaret mentionne la présence de 34 religieuses¹⁷³. En 1945, elles n'étaient que 31 : 16 dans les services médicaux et 15 dans les services généraux (cuisine, buanderie, pharmacie, lingerie, vestiaires etc.)¹⁷⁴. La présence d'un troisième médecin fait aussi défaut.

c. Le médecin-chef fantôme (1946-1953)

En 1945, sur la demande du ministre de la Santé publique, la commission de surveillance décide de créer un troisième poste de médecin chef à l'hôpital¹⁷⁵. En mai 1946, celui-ci est nommé par arrêté du ministre de Santé publique¹⁷⁶. Seulement, lors de l'élaboration du budget additionnel de 1946, le conseil général refuse le crédit alloué au traitement de ce nouveau médecin¹⁷⁷. Plusieurs raisons justifient cette

¹⁶⁷ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1953, p. 62.

¹⁶⁸ *Id.*

¹⁶⁹ *Id.*

¹⁷⁰ *Ibid.*

¹⁷¹ *Ibid.*, p. 63.

¹⁷² *Ibid.*

¹⁷³ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945. p. 21.

¹⁷⁴ *Id.*

¹⁷⁵ AC, L 16 ter, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Création d'un poste de médecin », séance du 9 avril 1945, p. 431-432.

¹⁷⁶ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Troisième poste de médecin-chef », séance du 13 novembre 1946, p. 100.

¹⁷⁷ BUA, JP43, Procès-verbaux de délibération du conseil général, « Budget additionnel de 1946 », séance du 16 septembre 1946, p. 33.

décision. En premier lieu, le conseil général considère que la population est en baisse. En 1944, il y avait deux médecins pour 1600 malades, or en 1946 la population atteint 1100¹⁷⁸. D'autre part, à la lumière des commentaires du médecin candidat, le conseil général estime le coût associé au recrutement trop élevé¹⁷⁹. En effet, lors de sa visite, le candidat a constaté qu'il n'y avait pas de logement disponible, que d'autre part l'hôpital ne pouvait être divisé en trois services sans la construction de nouveaux locaux, et par ailleurs qu'il faudrait embaucher du personnel supplémentaire¹⁸⁰. Considérant l'ensemble de ces faits, le médecin a refusé le poste, un autre a été nommé par le ministre de la Santé publique¹⁸¹. Dans un contexte de restriction budgétaire, et alors que le coût immédiat du traitement est évalué à 80 000 F par an, le crédit est refusé par le conseil général¹⁸². Le 13 novembre, le préfet informe celui-ci que le ministre de la Santé, maintient la nomination du troisième médecin¹⁸³. C'est le début d'un bras de fer entre le conseil général et le ministre. Le préfet précise que l'effectif, qui est en septembre de 1144 malades, justifie la présence de ce troisième médecin au regard de la circulaire du 13 octobre 1937 (qui préconise 1 médecin pour 400 malades)¹⁸⁴. D'autre part, il considère qu'il n'y a qu'un médecin à plein temps complet : le Dr Bobé, l'activité administrative absorbant une partie importante du temps du Dr Sizaret¹⁸⁵. En conséquence, le préfet demande au conseil général de reconsidérer sa décision et d'inscrire les crédits nécessaires¹⁸⁶. Le conseil général décide de maintenir sa position¹⁸⁷. Le préfet annonce que la conséquence du rejet sera une inscription d'office¹⁸⁸. Le rapporteur argumente la décision en faisant observer « qu'un hôpital psychiatrique n'est pas un hôpital ordinaire¹⁸⁹ » : « On y soigne des malades chroniques, dont l'effectif ne varie pour ainsi dire pas et les visites y sont forcément très rapides¹⁹⁰. » Malicieusement, un conseiller général, le Dr Lucien Boissin¹⁹¹, lui répond : « c'est exactement cela : les médecins passent en courant dans tous les services et ne s'arrêtent qu'à l'infirmerie¹⁹². » Une fois de plus les crédits sont refusés¹⁹³.

Au printemps 1947, coup de théâtre : devant le refus du conseil général, le préfet annonce que le ministre de la Santé publique et de la population a décidé, en application de la circulaire du 13 octobre

¹⁷⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux de délibération du conseil général, « Budget additionnel de 1946 », séance du 16 septembre 1946, p. 33.

¹⁷⁹ *Id.*

¹⁸⁰ *Id.*

¹⁸¹ *Id.*

¹⁸² *Id.*

¹⁸³ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Troisième poste de médecin-chef », séance du 13 novembre 1946, p. 100.

¹⁸⁴ *Ibid.*, p. 101.

¹⁸⁵ *Id.*

¹⁸⁶ *Id.*

¹⁸⁷ *Id.*

¹⁸⁸ *Id.*

¹⁸⁹ *Ibid.*, p. 102.

¹⁹⁰ *Id.*

¹⁹¹ Lucien Boissin est conseiller général du canton de Longué-Jumelles entre 1945 et 1976.

¹⁹² BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Troisième poste de médecin-chef », séance du 13 novembre 1946, p. 102.

¹⁹³ *Id.*

1937, de réduire la population de l'hôpital à 800 malades (400 malades pour un médecin)¹⁹⁴. Cette mesure sera réalisée par le transfert des malades au compte des départements étrangers vers d'autres établissements¹⁹⁵. A défaut de pouvoir augmenter le nombre de médecins, le ministre se résout à diminuer le nombre des malades. Le Dr Sizaret met en garde le conseil général sur les conséquences de cette décision : alors que la population au 31 janvier 1947 est de 1139 malades (638 femmes et 501 hommes), il estime que le transfert dans d'autres établissements, afin d'atteindre les 800 malades, portera sur 339 personnes (101 hommes et 238 femmes)¹⁹⁶. En 1947, le nombre de malades étrangers est de 452 malades et ils proviennent de 34 départements différents¹⁹⁷. La majorité provient de Loire inférieure (170) et de la Seine (120)¹⁹⁸. Le Dr Sizaret insiste sur le fait que si certains des malades sont arrivés de façon accidentelle en Maine-et-Loire, la plupart sont venus par transferts et du fait de la guerre (destructions de bâtiments, réquisitions etc.)¹⁹⁹. Il en résulte qu'un certains nombre de départements (Loire inférieure, Mayenne, Manche et Somme), dont les hôpitaux sont endommagés, ne peuvent pas accueillir leurs malades. D'autre part, les « enfants anormaux » ont été placés à Sainte-Gemmes en l'absence de services appropriés dans leurs départements d'origines²⁰⁰. Aussi ce transfert ne pourra pas se faire dans les départements d'origine mais dans d'autres départements, peut-être plus éloignés, ce qui déclenchera des protestations des familles et « un nouvel exode » pour les malades²⁰¹. Outre la question « humanitaire », il pose la question des frais de transfert que les départements ne voudront pas prendre à leur compte²⁰².

Pour le budget de l'hôpital, le départ de 339 malades représente un manque à gagner de 20 416 275 F par an²⁰³, sans que cette perte de recette ne soit compensée par la diminution des dépenses²⁰⁴. Exception faite des traitements du personnel et de la nourriture (qui sont les postes les plus importants avec respectivement 53 % et 27 % de la dépense totale), les autres postes budgétaires ne seront pas affectés pour autant²⁰⁵, les frais généraux resteront sensiblement les mêmes²⁰⁶. Pour ce qui est du traitement du personnel, la diminution des malades ne se fera qu'à condition que des licenciements se fassent en fonction du nombre de malades. Seulement, le Dr Sizaret rappelle que l'effectif des infirmiers et infirmières est au dessous de l'effectif exigé par le statut du personnel²⁰⁷. En un mot, si la population diminue d'un tiers, il ne sera pas possible de licencier le personnel dans la même proportion (100

¹⁹⁴ BUA, JP43, Conseil général, 1947, Rapports du préfet (1^{ère} session), « Troisième poste de médecin-chef », p. 70.

¹⁹⁵ *Id.*

¹⁹⁶ *Ibid.*, p. 71.

¹⁹⁷ *Id.*

¹⁹⁸ *Ibid.*, p. 72.d

¹⁹⁹ *Id.*

²⁰⁰ *Ibid.*, p. 72.

²⁰¹ *Id.*

²⁰² *Ibid.*, p. 74.

²⁰³ *Ibid.*, p. 73.

²⁰⁴ *Id.*

²⁰⁵ *Id.*

²⁰⁶ *Id.*

²⁰⁷ *Id.*

personnes sur les 300 en place)²⁰⁸. Dans ce cas, le prix de journée théorique serait augmenté de 14 F²⁰⁹. Mais le Dr Sizaret n'y croit pas, il pense que l'augmentation sans licenciement devrait plutôt être de 28 F²¹⁰. Dans cette éventualité, si les collectivités acceptent, l'augmentation du prix de journée se répercuterait aussi sur les pensionnaires (qui sont encore au nombre de 125), ce qui entraînerait des défections des familles qui chercheront un établissement moins cher²¹¹. Devant toutes ces répercussions, le Dr Sizaret demande au conseil général de revoir sa décision²¹².

Il conclut que l'effectif de un médecin pour 400 malades, voulu par la circulaire du 13 octobre 1937, reflète l'évolution de la psychiatrie qui nécessite « des examens minutieux », « des recherches poussées », « des traitements délicats et nuancés, exigeant l'action personnelle et prolongée du médecin²¹³ ». Il termine en attirant l'attention du conseil général sur les consultations d'hygiène mentale, en cours de réalisation, qui sont confiées aux psychiatres des hôpitaux, et la difficulté qu'il y aura « à assurer à deux seulement une obligation pareille²¹⁴ ». Indépendamment du coût, l'évolution de la pratique psychiatrique justifie à ses yeux la présence d'un troisième médecin.

En avril 1947, le discours du rapporteur se fait plus nuancé. Dans un premier temps il rappelle la création en cours d'un dispensaire d'hygiène mentale ainsi que d'un service social²¹⁵. Et il conclut : « les hôpitaux psychiatriques ne sont plus, ou plutôt ne doivent plus être envisagés comme des asiles. La thérapeutique nouvelle [électrochocs, malariathérapie, insulinothérapie etc.] permet des récupérations sociales excellentes et les séjours à l'hôpital psychiatrique ne sont plus aussi longs²¹⁶. » Au final, le conseil général accepte la création d'un troisième médecin-chef et inscrit le crédit *ad hoc* à condition que ce médecin soit affecté à un service infantile²¹⁷. Le Dr Suttel arrive en novembre²¹⁸, il prend les pavillons des garçons du Dr Bobé²¹⁹ ; il reste peu de temps : en septembre 1948 il est affecté à l'hôpital de Montdevergues (Vaucluse)²²⁰. Le Dr Digo, un moment pressenti, ne vient pas faute de logement²²¹. Le Dr Bobé reprend donc le service des enfants garçons²²². Cette période est aussi marquée par des améliorations pour le personnel et les malades.

²⁰⁸ BUA, JP43, Conseil général, 1947, Rapports du préfet (1^{ère} session), « Troisième poste de médecin-chef », p. 73.

²⁰⁹ *Ibid.*, p. 74.

²¹⁰ *Id.*

²¹¹ *Id.*

²¹² *Id.*

²¹³ *Id.*

²¹⁴ *Ibid.*, p. 75.

²¹⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Troisième poste de médecin-chef », séance du 30 avril 1947, p. 93.

²¹⁶ *Id.*

²¹⁷ *Id.*

²¹⁸ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1947, p. 3.

²¹⁹ *Ibid.*, p. 49.

²²⁰ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1948, p. 4.

²²¹ *Id.*

²²² *Id.*

B / Des améliorations pour le personnel et les malades

A la fin des années 1940, à la faveur de l'amélioration financière, on assiste à des changements notables pour le personnel et, chose nouvelle, aussi pour les malades. Avec le retour aux 45 heures hebdomadaire de travail, l'hôpital est confronté à une équation complexe. Quelles solutions sont trouvées ? Dans le même temps, une école pour les infirmiers/infirmières ouvre ses portes. Pourquoi une telle institution ? Qu'apporte-telle aux infirmiers/infirmières, à l'hôpital, aux malades ? Une amicale du personnel permet de développer des activités extra-professionnelles. A l'articulation des années 1940 et 1950, les conditions de vie des malades, enfants et adultes, apparaissent sous un nouveau jour. Quelles sont les changements ? Par quoi sont-ils sous-tendus ?

1. Amélioration du traitement et professionnalisation du personnel

1.1. Une indemnité pour les heures supplémentaires (1947)

En 1946, le préfet informe le Dr Sizaret qu'un décret, daté du 9 novembre, abroge celui du 28 janvier 1940 qui fixait la durée hebdomadaire du temps de travail à 48 heures par semaine dans les établissements hospitaliers publics (6 jours de 8 heures). Le décret du 21 avril 1939, qui fixait le travail à 45 heures, revient à l'ordre du jour (Il n'avait pas été appliqué à l'hôpital)²²³. La problématique d'avant-guerre fait son retour. Le Dr Sizaret voit dans ce décret la nécessité pour l'hôpital d'augmenter le nombre de son personnel. Il considère que si pour les services administratifs et généraux la modification sera absorbée par le temps de travail sans modification du nombre d'employés, ce ne sera pas le cas pour le personnel médical qui assure un service permanent²²⁴. Afin de répondre à cette nouvelle organisation du travail, et en tenant compte que ce personnel doit être présent 24 heures sur 24, il préconise une répartition des heures sur trois équipes : la première de 6 h à 13 h 30 (soit 7 h 30, 6 jours par semaine), la seconde de 13 h 30 à 21 h (soit 7 h 30, 6 jours par semaine), enfin la troisième de 21 h à 6 heures (soit 9 h, 5 jours par semaine)²²⁵. Dans l'hypothèse de l'application des prescriptions réglementaires, l'effectif devant être d'un infirmier en service pour 10 malades difficiles et un pour 15 pour les malades calmes, le Dr Sizaret estime à 100 le nombre des nouveaux agents nécessaires pour la mise en application des 45 heures²²⁶. Dans l'immédiat, en considérant que l'effectif de la journée reste,

²²³ AC, L17, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Semaine de 45 heures », séance du 9 décembre 1946, p. 135.

²²⁴ *Ibid.*, p. 136.

²²⁵ *Id.*

²²⁶ *Id.*

dans un premier temps, le même, le Dr Sizaret pense qu'il faudra, de suite, augmenter le nombre des veilleurs²²⁷. Alors qu'ils travaillent 6 jours sur 7, avec les 45 heures ils ne travailleront plus que 5 jours²²⁸. Pour combler ce manque, qu'il faut multiplier par le nombre de veilleurs et veilleuses, soit 27 (14 chez les hommes et 13 chez les femmes), le Dr Sizaret évalue à 13 personnes le nombre de personne à embaucher, soit un coût annuel de 1 105 000 F et une incidence de 3 F sur le prix de journée²²⁹.

En janvier 1947, nouveau rebondissement, le temps de travail est ramené à 48 heures²³⁰. Mais la circulaire du 1^{er} juillet 1947 précise que les heures accomplies au delà de 45 heures doivent être considérées comme des heures supplémentaires et, d'autre part, que les heures comprises entre la 41^e et la 45^{ème} heure bénéficient de l'attribution d'une indemnité forfaitaire mensuelle pour supplément de travail²³¹. Cette compensation financière doit permettre au personnel de patienter.

La commission de surveillance compare le coût du maintien à 48 heures et celui du passage à 45 heures. Elle met de côté les personnels administratifs, ouvriers et les services généraux, considérant que l'application des 45 heures n'engendrera pas de coût supplémentaire²³²

Elle arrive à la conclusion que le coût entre le paiement des heures supplémentaires en restant à 48 heures, pour le personnel médical, et l'application des 45 heures qui suppose l'embauche de 13 agents est sensiblement le même²³³ : 1 560 000 F dans le premier cas et 1 462 000 F dans le second. Considérant d'autre part le fait qu'un rapatriement massif de malades vers leurs départements d'origine est envisagé, elle décide de ne pas créer de nouvel emploi qui risquerait de provoquer un surnombre de personnel qu'il faudrait par la suite licencier²³⁴. En revanche, le passage à 45 heures du personnel des services généraux et administratif, qui ne suppose pas de dépenses supplémentaires, est accepté²³⁵. Au travers de cet épisode, le personnel infirmier bénéficie d'une petite augmentation, à défaut de diminuer son volume horaire. Plus importante est la naissance de l'école professionnelle.

1.2. La naissance de l'école professionnelle (1952)

En février 1950, le Dr Sizaret, s'inspirant de la circulaire du 30 novembre 1949 du ministère de la Santé qui souligne l'intérêt et l'urgence de mettre en place un enseignement professionnelle dans les hôpitaux

²²⁷ AC, L17, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Semaine de 45 heures », séance du 9 décembre 1946, p. 136.

²²⁸ *Id.*

²²⁹ *Id.*

²³⁰ AC, L 17, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Durée du travail », séance du 17 septembre 1947, p. 239.

²³¹ *Id.*

²³² *Id.*

²³³ *Ibid.*, p. 246.

²³⁴ *Ibid.*, p. 247.

²³⁵ *Id.*

psychiatriques, présente à la commission un projet de règlement et des programmes de cours²³⁶. Les thérapeutiques biologiques contribuent à cette évolution. En 1946, le Dr Bobé soulignait que « certaines thérapeutiques biologiques ne pouvaient être réalisées faute de personnel compétent »²³⁷. Il estimait que « la bonne volonté, le dévouement » si souvent soulignés dans les rapports médicaux, trouvent leurs limites en ne suppléant pas à « la technicité » et insiste pour la création d'une école d'instruction professionnelle avec « la possibilité pour les mieux doués d'accéder au diplôme d'Etat »²³⁸.

En décembre 1950, le règlement définitif des cours professionnels pour l'instruction technique des infirmiers et infirmières est établi²³⁹. Il stipule que tous les agents en service dans l'établissement sont admis à suivre les enseignements. Les stagiaires (qui viennent d'être recrutés) doivent obligatoirement suivre les cours (ils ne prétendent aux avantages qu'offre le diplôme qu'après avoir été titularisés)²⁴⁰. Pour suivre l'enseignement, il faut avoir le Certificat d'Etude Primaire²⁴¹. Les infirmiers et infirmières déjà en fonction n'ayant pas de Certificat d'Etude Primaire sont soumis à un examen préalable d'instruction d'un niveau égal qui comporte une dictée, une rédaction et deux problèmes²⁴². De fait, les exigences de recrutement pour le personnel soignant sont accrues : outre le CEP, après avoir satisfait à une enquête de moralité, ils subissent des tests psychologiques²⁴³. Le gardien frustré et peu éduqué disparaît progressivement.

L'enseignement commencera le 1^{er} octobre de chaque année et durera deux ans, il sera constitué de trois leçons d'une heure par semaine qui auront lieu à 21 h 30²⁴⁴. Le contenu est conforme au programme des écoles qui préparent au diplôme d'Etat. Le programme comprend des cours pratiques et théoriques. L'enseignement est réparti en différentes matières qui représentent 74 cours dans l'année : anatomie (8), hygiène (12), soins à donner aux malades (20), soins à donner aux malades mentaux (20), petit pharmacie (10) et administration des hôpitaux psychiatriques (4)²⁴⁵. L'enseignement est réalisé par le Dr Sizaret (32 heures), le Dr Bobé (32 heures) et le pharmacien (10 heures)²⁴⁶. L'institution devient apprenante. Le mode de transmission du savoir, basé auparavant sur la transmission orale et le mimétisme avec les anciens devient plus théorique.

²³⁶ AC, L 18, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Cours aux infirmiers », séance du 21 février 1950, p. 247.

²³⁷ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1946, p. 46.

²³⁸ *Id.*

²³⁹ AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Formation professionnelle du personnel soignant », séance du 19 novembre 1950, p. 73-82.

²⁴⁰ *Ibid.*, p. 78.

²⁴¹ *Ibid.*, p. 77.

²⁴² *Id.*

²⁴³ Raymond Pourias, Infirmier (1956-1972) puis Surveillant-chef (1972-1984), Secrétaire général de la CGT (1961-1984), entretien enregistré le 19 janvier 2005.

²⁴⁴ AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Formation professionnelle du personnel soignant », séance du 19 novembre 1950, p. 78.

²⁴⁵ *Id.*

²⁴⁶ AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Cours de formation professionnelle des infirmiers de l'hôpital psychiatrique des Sainte-Gemmes-sur-Loire », séance du 19 septembre 1950, p. 431.

En octobre 1952, l'École professionnelle pour l'instruction technique des infirmiers et infirmière ouvre ses portes²⁴⁷. Le temps de formation est mixte. Les cours permettent une socialisation plus homogène entre les futurs infirmiers et infirmières. Au travers des promotions, une identité se dessine qui fait le pont entre les quartiers de femmes et d'hommes²⁴⁸.

L'apprentissage s'ouvre sur l'extérieur. En janvier 1953, le directeur et le Dr Bobé demandent à la commission de surveillance son accord pour faire accomplir aux infirmiers des stages de 8 à 10 jours dans les hôpitaux de la Seine, afin d'acquérir la maîtrise de certaines thérapeutiques²⁴⁹. Un accord avec le directeur de Ville-Evrard est déjà acquis pour envoyer pendant 10 jours deux infirmiers stagiaires dans un service d'insulinothérapie²⁵⁰. Les infirmiers et infirmières découvrent d'autres lieux et d'autres pratiques. Toujours en 1953, « les attributs extérieurs de la médecine »²⁵¹ font leur apparition dans le quartier des hommes : « Dans tous les quartiers de soins et de malades tranquilles, les anciens uniformes constitués par des treillis style corvée de quartier ont été remplacés par la blouse blanche médicale, le tablier et la coiffe d'infirmier. Cette nouvelle tenue est plus esthétique et plus médicale. Dans les services de malades difficiles, où la blouse peut-être dangereuse, le treillis a été maintenu²⁵². » Lors de l'examen de 1^{ère} année en 1953, sur les 42 élèves (27 hommes et 14 femmes) 10 sont reçus (8 hommes et 2 femmes)²⁵³. Ceci montre qu'il ne s'agit pas d'une formalité. A côté de ces évolutions pour le personnel, les malades enfants et adultes bénéficient aussi d'améliorations.

2. L'amélioration du sort des malades (1946-1953)

2.1. Chez les enfants

Au milieu des années 1940, le service comprend, en moyenne, 180 enfants, il est subdivisé en deux pavillons : celui des « éducatibles » et celui des « inéducables »²⁵⁴. Le Dr Sizaret décrit ces derniers comme un « déchet total pour lequel toute thérapeutique est vaine étant donné que nous nous heurtons à des arrêts définitifs du développement impossibles à corriger²⁵⁵ ». Les enfants restent dans le service du Dr Bobé jusqu'à l'âge de 16 ans. Ceux qui sont « suffisamment rééduqués » sont alors rendus soit à leurs

²⁴⁷ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1975, p. 32.

²⁴⁸ Jeannine Niogret, Psychologue (1956-1995), entretien enregistré le 23 mars 2006.

²⁴⁹ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Envoi de stagiaires dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine », séance du 20 janvier 1953, p. 100.

²⁵⁰ *Id.*

²⁵¹ Elise Gatesoupe, *De l'aliéné... au malade mental... au malade - A partir de l'histoire de l'hôpital psychiatrique de Bonneval, 1950-2004*, Mémoire de DEA « Politiques sociales et société » Université Paris 1, Panthéon – Sorbonne, 2004, p. 47.

²⁵² AC L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Vêtement de travail », séance du 21 mars 1955, p. 325.

²⁵³ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1953, p. 71.

²⁵⁴ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1946, p. 45.

²⁵⁵ *Ibid.*, p. 44.

parents, soit à l'administration de l'assistance publique²⁵⁶. Il constate que ceux qui sont partis « se sont bien réadaptés à une vie normale²⁵⁷ ».

En 1946, le Dr Bobé, récemment arrivé à la tête du service des hommes, fait état d'un certain nombre d'améliorations qui nous paraissent timides dans la vie des enfants garçons, notamment des distractions. Il parle d'un changement notable pour les enfants « rééducables » qui bénéficient d'une promenade chaque jeudi et dimanche à l'extérieur de l'établissement. Quand le temps est mauvais, en hiver, ils vont au cinéma le dimanche : à la demande du Dr Bobé, le curé de Sainte-Gemmes a mis à la disposition des enfants des places gratuites de cinéma²⁵⁸. Depuis 1946, avec le départ, à 77 ans, de l'abbé Boumier qui était l'aumônier de l'établissement depuis 23 ans, l'abbé Biotteau, qui le remplace, cumule l'aumônerie et la responsabilité de la paroisse de Sainte-Gemmes²⁵⁹. Malgré cela, le Dr Bobé considère que tout reste à faire. Il suggère la création d'ateliers afin de leur apprendre un métier suivant « leurs aptitudes professionnelles²⁶⁰ ».

Dans l'après-midi de 24 décembre 1951, un premier arbre de Noël est organisé. Une séance récréative avec un goûter et des distributions de jouets et de friandises réunit les enfants « éducatibles ». Les jouets proviennent de dons des fournisseurs²⁶¹. De même, chez les adultes, une attention plus grande est donnée à l'hygiène et au bien-être des malades.

2.2. Chez les adultes

a. L'hygiène corporelle

En 1946, dans le service du Dr Bobé, côté hommes, un service de deux infirmiers coiffeurs est mis en place. Grâce à cette innovation, « les cheveux et barbes sont rasés régulièrement²⁶² ». Les pédiculoses disparaissent²⁶³. Le nombre des bains « de propreté » se multiplie et l'attribution de savon augmente²⁶⁴. En 1948, un cabinet dentaire est ouvert dans l'hôpital. Le Dr Sizaret se réjouit des soins qu'il procure aux malades et du fait qu'il évite le transport des malades à l'hôpital d'Angers²⁶⁵. L'année suivante, le cabinet reçoit 528 malades (491 adultes et 37 enfants)²⁶⁶. De même que l'hygiène corporelle, les distractions se développent.

²⁵⁶ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1946, p. 46.

²⁵⁷ *Id.*

²⁵⁸ *Id.*

²⁵⁹ *Ibid.*, p. 4.

²⁶⁰ *Ibid.*, p. 46.

²⁶¹ AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Arbre de Noël des enfants en traitement », séance du 18 décembre 1951, p. 267.

²⁶² AC, L 39, Compte moral et administratif, 1946, p. 46.

²⁶³ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1947, p. 50.

²⁶⁴ *Id.*

²⁶⁵ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1948, p. 11.

²⁶⁶ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1949, p. 70.

b. Les distractions

En 1946, le Dr Bobé préconise d'organiser d'urgence des occupations, des jeux des distractions²⁶⁷. Les malades chroniques ont une vie monotone²⁶⁸. Il demande à ce que la salle de fêtes, transformée en dortoir, retrouve sa fonction première²⁶⁹. Il souhaite développer le dimanche après midi des séances récréatives. Pour ce faire, il préconise l'achat d'un appareil de projection de films²⁷⁰. D'autre part, il suggère la venue de troupes de théâtre régionales (le théâtre est alors une activité extrêmement populaire)²⁷¹. En août 1947, la troupe de théâtre parisienne de Gabrielle Labbé, qui fait des spectacles dans les hôpitaux et sanatoriums, commence sa tournée en province à l'hôpital²⁷². Deux séances de 3 heures sont données, une à 14 h 30 et une à 20 h 30. 500 malades y participent²⁷³. D'autre part, le Dr Bobé considère que la bibliothèque est très insuffisante, les livres sont usagés, les publications illustrées datent de 25 ans²⁷⁴. Il préconise l'achat de livres et l'abonnement à des périodiques et à des journaux quotidiens²⁷⁵. Il souhaite aussi qu'un poste radiophonique soit installé dans chaque quartier²⁷⁶. En 1950, presque tous les services commencent à être équipés de TSF ; la coupure avec l'extérieur diminue²⁷⁷. Des jeux de cartes, de dames, de jacquets, de boules sont mis à la disposition des malades²⁷⁸. En 1951, une troupe de théâtre est montée dans l'hôpital pour divertir les malades : « Les Compagnons de la Gaité²⁷⁹ ». Cette troupe mixte²⁸⁰ se produit devant les patients²⁸¹. La théâtrothérapie permet, au travers du jeu des apparences, une mixité ponctuelle pour les patients les plus « stabilisés ». Seul bémol, l'activité théâtrale est souvent contrariée par le départ prématuré des meilleurs éléments qui jette un trouble momentané²⁸². Un groupe sportif entraîné par un moniteur est créé²⁸³. Au travers de toutes ces activités c'est une continuité avec l'extérieur qui se dessine. En 1952, des abonnements à des journaux et revues sont pris pour les malades²⁸⁴. Nous ne disposons pas de la liste exhaustive des abonnements mais nous avons trouvé les deux journaux locaux le *Courrier de l'Ouest* et *Ouest-France* ainsi que la revue

²⁶⁷ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1946, p. 46.

²⁶⁸ *Id.*

²⁶⁹ *Id.*

²⁷⁰ *Id.*

²⁷¹ *Id.*

²⁷² AC, Z 4, Affiche de théâtre, extrait du *Courrier de l'Ouest* (non daté).

²⁷³ *Id.*

²⁷⁴ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1946, p. 46.

²⁷⁵ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1947, p. 50.

²⁷⁶ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1946, p. 46.

²⁷⁷ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1950, p. 25.

²⁷⁸ *Id.*

²⁷⁹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1951, non paginé.

²⁸⁰ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1953, p. 70.

²⁸¹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1951, non paginé.

²⁸² AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1953, p. 70.

²⁸³ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1951, non paginé.

²⁸⁴ *Id.*

*Elle*²⁸⁵. Aucun des abonnements ne doit revêtir « un caractère malsain ou politique²⁸⁶ ». En 1953, grâce à l'entente nouée entre le curé de la commune de Sainte-Gemmes et l'hôpital, les adultes hommes (entre 120 et 130) et femmes (entre 125 et 135) peuvent bénéficier, comme les enfants, chaque semaine, d'une séance de cinéma²⁸⁷. Des équipes de football, de basket-ball, de jeux de plein air sont mis en place. Des promenades sont organisées²⁸⁸. La même année, une salle des fêtes provisoire est installée²⁸⁹. Dans le même temps, la valeur du pécule est à nouveau augmentée.

c. Une augmentation du « pouvoir d'achat » des malades travailleurs

En 1946, le Dr Bobé considère que la valeur du pécule des malades ne leur permet pas de s'acheter le journal quotidiennement, ni même de se procurer des timbres pour écrire à leurs familles²⁹⁰. En raison de l'évolution du coût de la vie, le pécule est devenu ridicule. Celui-ci était passé successivement de 10 à 25 centimes en 1929, puis 50 centimes en 1939 et enfin 1 F en 1946²⁹¹. Or depuis 1939, les prix ont été multipliés par 10²⁹² : si l'affranchissement d'une lettre coûtait 90 centimes en 1939, elle coûte maintenant 4 F²⁹³. En 1947, le Dr Sizaret, afin d'encourager les malades à travailler et profiter du produit de leur labeur, propose une augmentation du taux²⁹⁴. A partir du 1^{er} janvier 1948, trois tarifs sont pratiqués : 5 F pour les travailleurs des quartiers, 10 F pour ceux qui travaillent dans les jardins et à l'extérieur et 15 F pour « les excellents travailleurs spécialisés²⁹⁵ ». En 1952, Germain Paris considérant les pécules dérisoires décide de les doubler. « Ils [les pécules] ne permettent plus aux malades de s'offrir la moindre fantaisie : tabac, lecture, friandise, etc. et ne constituent plus par conséquent d'encouragement au travail²⁹⁶. » Germain Paris s'appuyant sur la dimension thérapeutique de travail insiste : « Il ne s'agit pas de rétribuer mais de récompenser les services rendus à l'hôpital²⁹⁷. » Il conclut par une illustration du bienfait, tout relatif, que procure le pécule pour un mois de travail : « En 25 journées un travailleur moyen pourra s'offrir un paquet de bonbons ou de cigarettes *Gauloises* chaque dimanche. C'est bien un minimum²⁹⁸. » Suivant nos calculs, « un travailleur moyen » bénéficie en guise

²⁸⁵ AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Abonnements divers », séance du 15 janvier 1952, p. 271.

²⁸⁶ *Id.*

²⁸⁷ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1953, p. 7.

²⁸⁸ *Id.*

²⁸⁹ *Ibid.*, p. 46.

²⁹⁰ AC, Compte moral et administratif, 1946, p. 46.

²⁹¹ AC, L 17, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Pécule des malades travailleurs », séance du 16 juin 1947, p. 206.

²⁹² *Id.*

²⁹³ *Id.*

²⁹⁴ *Id.*

²⁹⁵ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Relèvement du pécule des malades », séance du 22 avril 1952, p. 24.

²⁹⁶ *Ibid.*, p. 25.

²⁹⁷ *Id.*

²⁹⁸ *Id.*

de récompense de 2 cigarettes et 1/2 par jour pour un mois de travail. La vaisselle et le mobilier évolue aussi.

d. La vaisselle et le mobilier

En 1949, Le Dr Sizaret note que le matériel mobilier en service dans l'établissement est à renouveler et à moderniser « pour le bien être des malades »²⁹⁹. Selon lui les plats, récipients et couverts en fer étamé qui noircissent et rouillent à l'usage n'ont plus leur place dans un hôpital moderne³⁰⁰. Il note que son remplacement par du matériel aluminium en acier inoxydable a commencé³⁰¹. De même, le chariot qui sert à transporter la nourriture est jugé vétuste, sans qualité isothermique³⁰². De même le mobilier, et notamment les tables de nuit, doivent être renouvelé³⁰³. En 1948, un infirmier, suite à un stage à l'école d'osiériculture de Fay-Billot monte un atelier de vannerie. Le Dr Sizaret espère qu'il permettra de développer « une ergothérapie doublement profitable³⁰⁴ ». En 1950, grâce à cet atelier certains services sont équipés de fauteuils et tables de jeux en rotin³⁰⁵. En 1951, l'atelier a réalisé : 110 fauteuils en rotin pour les services, 124 paniers à légumes, 8 tables, 19 corbeilles à linge etc³⁰⁶. En 1950, le matériel étamé, à résonance carcérale, a disparu³⁰⁷. Des nappes ont été achetées afin de donner un caractère coquet et familial aux salles à manger, ainsi que des chariots calorifères chauffants. « Mis en service à la fin de l'année, ce matériel a apporté une amélioration immédiate dans le transport des vivres. Tous les malades desservis par ces engins sont unanimes à reconnaître que, depuis ce jour, ils mangent des aliments chauds³⁰⁸. » A côté de l'amélioration de l'existant, dans les années 1950, un certain nombre de perspectives nouvelles sont à l'œuvre dans l'hôpital.

C/ De nouvelles perspectives

Au début des années 1950, de nouvelles figures font leur apparition dans l'hôpital : un directeur administratif, des secrétaires médicales et une assistante sociale. Qu'apportent-elles de nouveau ?

Au même moment, les projets de travaux de modernisation et de construction de l'hôpital se multiplient dans l'hôpital. Quels sont ces travaux ? Comment sont-ils financés ?

²⁹⁹ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1949, p. 27.

³⁰⁰ *Id.*

³⁰¹ *Id.*

³⁰² *Id.*

³⁰³ *Id.*

³⁰⁴ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1948, p. 4.

³⁰⁵ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1950, p. 25.

³⁰⁶ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1951, p. non paginé.

³⁰⁷ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1950, p. 24.

³⁰⁸ *Id.*

Dans les thérapeutiques, on assiste à un chassé-croisé entre l'ancien et le nouveau, avec notamment le développement de la psychopharmacologie. Quelles en sont les incidences ?

Avec la psychopharmacologie, l'achat d'un appareil radiographique, d'une ambulance, mais aussi le développement d'une prise en charge des malades par la Sécurité sociale, s'opère une médicalisation du lieu.

1. De nouvelles figures dans le personnel

1.1. Un directeur administratif (1951)

En juillet 1951, le Dr Sizaret, médecin-directeur, est déchargé, à sa demande, de son poste de directeur et devient « simple » médecin chef du service des femmes³⁰⁹. Il aurait souhaité scinder ses fonctions pour se concentrer sur ses malades³¹⁰. Selon d'autres sources, le conseil général s'offusquait du train de vie de l'« aliéniste³¹¹ », et aurait pris comme prétexte un texte préconisant la mise en place d'un directeur administratif pour les établissements de plus de 800 malades³¹². Cette décision provoque un contentieux entre le conseil général et le syndicat des psychiatres ; un arbitrage au Tribunal administratif de Nantes est nécessaire³¹³. L'administration de l'hôpital échappe aux psychiatres qui doivent se concentrer sur l'aspect médical. C'est la fin d'une époque.

Par arrêté du ministre de la Santé publique, le Dr Sizaret est remplacé par un directeur administratif : Germain Paris³¹⁴. Il est né en 1916 à Montdenis (Savoie). Il est titulaire d'une capacité en droit. De 1936 à 1938, il a été secrétaire de direction de l'Hôpital psychiatrique de Bassens, puis de 1938 à 1945, a occupé le même poste à l'hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence. De 1945 à 1951, il est économiste à l'hôpital psychiatrique de Bassens³¹⁵. Il devient directeur de l'hôpital de Sainte-Gemmes-sur-Loire le 1^{er} octobre 1951³¹⁶. La même année, une nouvelle figure fait son apparition : la secrétaire médicale.

1.2. Une secrétaire médicale

En 1951, le Dr Sizaret demande un secrétariat médical indépendant du secrétariat administratif « pour la tenue des dossiers médicaux, des fiches, de la statistiques et de la correspondances de plus en plus

³⁰⁹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1951, non paginé.

³¹⁰ *Centre psychothérapique départementale de Sainte-Gemmes-sur-Loire. 1843-1973, de la commission de surveillance au conseil d'administration, de l'asile d'aliénés au centre psychothérapique. 130 ans d'assistance psychiatrique en Maine-et-Loire*, 1973, p. 25.

³¹¹ Claude Forget, Attaché de direction (1960-1992), entretien informel non enregistré le 3 août 2006.

³¹² *Id.*

³¹³ *Centre psychothérapique départementale de Sainte-Gemmes-sur-Loire. 1843-1973, de la commission de surveillance au conseil d'administration, de l'asile d'aliénés au centre psychothérapique, op. cit.*, p. 25.

³¹⁴ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1951, non paginé.

³¹⁵ AD49, 303 W 101, Santé, Centre Psychothérapique de Sainte-Gemmes-sur-Loire, Personnel, notation (1940-1969).

³¹⁶ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1951, non paginé.

abondante³¹⁷ ». En avril 1952, un concours de recrutement est approuvé par la commission de surveillance³¹⁸. En octobre, malgré deux concours organisés à la préfecture, le poste n'est pas pourvu faute de candidat remplissant les conditions imposées³¹⁹. Dans l'établissement, deux sténodactylographes, l'une au secrétariat et l'autre à l'économat sont intéressées ; mais l'une est trop âgée et la seconde pas assez diplômée³²⁰. Décision est prise de faire du poste de secrétaire médical un poste d'avancement pour les agents administratifs, au même titre que le poste de chefs de quartier pour les infirmiers³²¹. Un examen-concours est organisé et ouvert à tous les agents en fonction dans l'hôpital³²². L'employé qui aura satisfait au concours avec une moyenne supérieure à 12 sera nommé secrétaire médical³²³. En 1953, 2 postes de secrétaire médicale sont pourvus sur les trois théoriques³²⁴. Les deux secrétaires contribuent à alléger la charge médicale des médecins.

1.3. La naissance d'un service social (1951)

En avril 1948, le Dr Sizaret expose devant la commission de surveillance la nécessité de recruter une assistante sociale³²⁵. Suite la circulaire du 13 octobre 1937 qui préconisait, dans le cadre du dispensaire psychiatrique, l'institution d'un service social avec des assistantes spécialisées, le Dr Renaux avait déjà, par deux fois, signalé l'utilité d'un tel service et son coût³²⁶. En 1942, le Dr Sizaret avait lui-même déclaré au directeur régional de la santé que la nécessité d'un tel service « se faisait sentir quotidiennement afin d'assurer la liaison technique indispensable entre le malades, le milieu familial et social et l'hôpital, tant à l'occasion des admissions, qu'à propos des sorties ou des séjours³²⁷ ». Le projet achoppe sur le budget (traitement, frais de transport).

En 1947, une lettre du ministre des Affaires sociales accompagnant le rapport d'inspection général prescrit l'organisation d'un service social³²⁸. La demande se fait plus pressante. En 1948, une circulaire émanant du ministre de la Santé publique et du ministre de la Justice rappelle la nécessité de faire, à l'occasion de l'internement d'un psychopathe, une enquête à domicile. « Les enquêtes doivent être confiées à des personnes ayant l'expérience, le tact et la discrétion qui s'imposent ». La circulaire ajoute que « les assistantes sociales sont spécialement indiquées et il conviendra de les utiliser de

³¹⁷ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1951, non paginé.

³¹⁸ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Concours pour recrutement », séance du 22 avril 1952, p. 27.

³¹⁹ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Recrutement d'une secrétaire médicale », séance du 21 octobre 1952, p. 71.

³²⁰ *Id.*

³²¹ *Ibid.*, p. 72.

³²² *Id.*

³²³ *Id.*

³²⁴ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1953, p. 9.

³²⁵ AC, L 17, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Assistantes sociales », séance du 20 avril 1948, p. 401.

³²⁶ *Id.*

³²⁷ *Id.*

³²⁸ *Ibid.*, p. 402.

préférence³²⁹ ». En effet, le Dr Sizaret se plaint de l'usage des enquêtes réalisées par la voie administrative, dans le cadre des articles 8 et 10 de la loi de 1838 qui prescrit d'informer le procureur de tous les placements et le préfet des placements volontaires³³⁰. Ces enquêtes, qu'il juge inutiles, la crainte de l'internement abusif dans l'élaboration de la loi de 1838 s'étant révélé sans fondement, sont réalisées par les secrétaires de mairie, agents de police, gardes champêtres, avec un total manque de discrétion³³¹. Il mentionne des doléances de familles surprises par « ces enquêtes policières qui donnent à la maladie mentale d'un de leur membre une publicité regrettable³³² ». Le Dr Sizaret propose deux solutions à la commission de surveillance : utiliser les assistantes sociales polyvalentes du département, et notamment celles attachés aux dispensaires d'hygiène mentale d'Angers, Segré, Cholet, Baugé et Saumur ; ou alors de créer un emploi permanent à l'hôpital psychiatrique de Ste-Gemmes-sur-Loire³³³. En 1944³³⁴, un service de consultation d'hygiène mentale préfigurant l'ambulatorio avait été créé aux Hospices d'Angers³³⁵. Ce dispositif avait été complété en 1946 par la création de dispensaires à Angers rive gauche et droite, Segré, Cholet, Baugé et Saumur³³⁶. Il s'agissait de rendre accessible la consultation à l'ensemble de la population du département, celle de Hôpital d'Angers n'ayant qu'« un faible rendement³³⁷ ». Les consultations étaient assurées par les Dr Sizaret et Bobé secondés par une assistante sociale³³⁸. Le Dr Sizaret attire l'attention de la commission sur la somme de travail que devra réaliser une assistante sociale qui prendrait en charge les renseignements d'ordre social, familial, professionnel des malades entrants, qui devrait les suivre après leur sorties et les diriger éventuellement vers une consultation au dispensaire d'hygiène mentale, sans compter la multiplicité des déplacements qui lui incomberaient³³⁹. Il conclut son exposé en disant que la seconde solution serait onéreuse et qu'elle serait mal assurée parce que trop lourde, alors que la première ne coûterait presque rien avec un maximum d'efficacité³⁴⁰. Sans surprise, la commission de surveillance décide d'opter pour la première solution, à savoir la création d'un emploi d'assistante sociale³⁴¹.

Le préfet, afin de tenir compte de la règle interdisant toute augmentation des fonctionnaires, exprime le souhait d'utiliser, à titre d'essai, les assistantes en fonction dans les dispensaires d'hygiène mentale³⁴². Le conseil général estime sage de recruter une assistante sociale attachée à l'établissement qui pourrait

³²⁹ AC, L 17, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Assistantes sociales », séance du 20 avril 1948, p. 402.

³³⁰ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1948, p. 12.

³³¹ *Id.*

³³² *Id.*

³³³ AC, L 17, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Assistantes sociales », séance du 20 avril 1948, p. 402.

³³⁴ Jean Baraer, *La psychiatrie dans le Maine-et-Loire. Mise en place de la sectorisation*, Mémoire pour le Certificat d'Etudes Spéciales de psychiatrie, Université d'Angers, 1979, p. 27.

³³⁵ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 62.

³³⁶ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Direction départementale de la santé, Hygiène mentale », séance du 13 novembre 1946, p. 80.

³³⁷ *Id.*

³³⁸ *Id.*

³³⁹ AC, L 17, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Assistantes sociales », séance du 20 avril 1948, p. 402.

³⁴⁰ *Id.*

³⁴¹ *Ibid.*, p. 474.

³⁴² BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Assistantes sociales », séance du 31 mai 1948, p. 55.

diriger les assistantes sociales polyvalentes. Cette solution permettrait, selon il, de diminuer les frais de déplacements³⁴³. Le préfet n'est pas d'accord : il revient sur les instructions gouvernementales qui, pour comprimer les dépenses de personnel, s'opposent à tout recrutement et création d'emploi³⁴⁴. Nous sommes dans la situation inverse des années antérieures, avec un représentant de l'Etat qui refuse la création d'un poste et un conseil général qui y est favorable. Afin de concilier l'action de l'hôpital et la nécessité de faire des économies, le préfet préconise, pour la première année, que la coordination des instructions à donner aux assistantes sociales polyvalentes soient faite par le médecin directeur et ses médecins-chefs³⁴⁵. Jean Sauvage³⁴⁶ considère que cette création de poste est « absolument nécessaire³⁴⁷ ». Il fait valoir des circulaires ministérielles qui demandent la création d'un service social³⁴⁸. Il rappelle que les frais de cette création dépendent du prix de journée de l'hôpital, et que celui-ci est nettement inférieur aux autres hôpitaux. D'autre part, il précise que l'incidence sur le prix de journée ne serait que de 50 centimes³⁴⁹. Le conseil général décide de créer un poste permanent d'assistante sociale. Le préfet doit intervenir afin de déroger à l'interdiction de toute création d'emploi³⁵⁰. En juillet 1948, il adresse une lettre au ministre de l'Intérieur afin d'obtenir l'autorisation de créer ce poste³⁵¹. La dépense induite s'élève à 500 000 F par an (traitement, déplacements, indemnités)³⁵². En octobre 1950, un concours sur titres est organisé pour recruter la candidate³⁵³. Suite au concours, Mlle Geneviève Robert, nouvellement recrutée, prend son service en janvier 1951³⁵⁴. Elle démissionnera le décembre 1951. Malgré cela, l'expérience est jugée probante et sera reconduite³⁵⁵. La relation entre le malade, son lieu de vie et l'hôpital est maintenant favorisé. D'un autre point de vue, à la fin des années 1940, on assiste à une modernisation de l'hôpital.

³⁴³ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Assistantes sociales », séance du 31 mai 1948, p. 55.

³⁴⁴ *Id.*

³⁴⁵ *Ibid.*, p. 56.

³⁴⁶ En novembre 1950, Jean Sauvage (1909-2005) devient le 17^e président de la commission de surveillance. Il succède à M. Henry, directeur de banque, mort à l'âge de 80 ans, qui était membre de la commission depuis 1942. Jean Sauvage est conseiller général du canton d'Angers Nord entre 1945 et 1994 et député de Maine-et-Loire entre 1951 et 1958. Il sera sénateur de Maine-et-Loire entre 1965 et 1983 et président du conseil général entre 1982 et 1994.

³⁴⁷ BUA, JP43, Procès-verbaux de délibération du conseil général, « Budget additionnel de 1946 », séance du 16 septembre 1946, p. 33.

³⁴⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Assistantes sociales », séance du 31 mai 1948, p. 56.

³⁴⁹ *Id.*

³⁴⁹ *Id.*

³⁵⁰ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Assistantes sociales », séance du 2 juin 1948, p. 104.

³⁵¹ AC, L 17, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Assistante sociale », séance du 21 septembre 1948, p. 474.

³⁵² AC, L 18, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Assistante sociale », séance du 21 juin 1949, p. 119.

³⁵³ AC, L 18, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Recrutement d'une Assistante sociale », séance du 20 juin 1950, p. 402.

³⁵⁴ AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Assistante sociale », séance 16 janvier 1951, p. 110.

³⁵⁵ AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Service social », séance du 20 novembre 1951, p. 256.

2. Programmes de travaux et financements (1948-1953)

2.1. Subventions, dommages de guerre et emprunt

En 1948, la commission de surveillance, constatant que les aménagements ne sont plus adaptés, décide de réaliser des travaux³⁵⁶. Le projet porte sur un nouveau chauffage, un bloc médical et des travaux dans les quartiers des femmes et des hommes³⁵⁷. L'ensemble, évalué par l'architecte départemental à 30 millions, nécessite un nouvel emprunt³⁵⁸. Pour une durée de 20 ans l'annuité est évaluée à 2 512 492 F et son impact sur le prix de journée à 7 F³⁵⁹. En 1949, le projet n'a pas avancé. Le préfet témoigne de la difficulté de trouver des fonds à moins que le remboursement soit égal ou inférieur à 10 ans³⁶⁰. Les prêteurs (compagnies d'assurances) ne s'engagent pas sur plus de cinq ans³⁶¹. Le taux en vigueur est de 6 %. Avec ces nouvelles variables, l'annuité est évaluée à 7 121 892 F sur 5 ans avec un impact de 18 F sur le prix de journée³⁶².

Pourtant, en 1950, un nouveau projet plus ambitieux est réalisé par la commission de surveillance. Il est évalué cette fois à 132 millions de F. Il comprend la construction de trois habitations (une pour le directeur, une pour le pharmacien et une pour un médecin-chef), la transformation et la consolidation du château, l'achat et l'installation d'une centrale thermique, la réalisation de murs de clôture et de canalisations, la construction d'ateliers, la création de laboratoires de pharmacie, mais aussi d'un bloc médico-chirurgical et d'un gros entretien dans le quartier des femmes, de l'infirmier et du personnel des hommes³⁶³.

Comment expliquer un projet aussi ambitieux ? Au début des années 1950, dans un climat de reconstruction, ce projet est rendu possible par une diversification des sources de financement, dont notamment une subvention de l'Etat par l'inscription au plan d'équipement national et une subvention spécifique du ministère de la Santé publique pour le bloc chirurgical³⁶⁴. Le conseil général accepte le projet sur le principe. L'emprunt de 30 millions, voté pour 20 ans, est remanié à 30 ans et doit servir à réaliser la première tranche du projet et notamment les ateliers³⁶⁵.

Dans le même temps, Germain Paris étudie le rachat de dommages de guerre pour la réalisation des travaux. Il a l'appui de plusieurs administrateurs de la commission de surveillance et notamment de M.

³⁵⁶ AC, L 17, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Programme de travaux à financer par emprunt », séance du 20 juillet 1948, p. 445.

³⁵⁷ *Ibid.*, p. 446.

³⁵⁸ *Ibid.*, p. 448.

³⁵⁹ *Id.*

³⁶⁰ AC, L 18, Procès-verbaux de la commission de surveillance, « Emprunt de 30 millions », séance du 19 juillet 1949, p. 142.

³⁶¹ *Id.*

³⁶² *Id.*

³⁶³ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Programme de grands travaux », séance du 22 mai 1950, p. 83.

³⁶⁴ *Ibid.*, p. 84.

³⁶⁵ *Ibid.*, p. 86.

Sarrazin, Maire de la commune de Sainte-Gemmes, qui a acheté des dommages de guerre pour sa commune³⁶⁶. En 1952, une proposition de Caen est étudiée³⁶⁷. Il s'agit d'un château dont la valeur était estimée à 4 541 000 F en 1939 et qui aurait une valeur de reconstruction de 89 000 000 F³⁶⁸. Le directeur pense que l'excédent budgétaire de 1952 permet d'acheter ce dommage³⁶⁹. Il propose d'affecter ces dommages, lorsque cela sera possible, à 75 % pour la réalisation d'un pavillon de 50 lits pour les fillettes éducatives et 25 % pour la construction de logement pour le personnel³⁷⁰.

2.2. Le plan quinquennal d'équipement sanitaire (1951)

En octobre 1951, dans le cadre du plan quinquennal d'équipement sanitaire, le ministre de la Santé publique demande les projets de l'hôpital³⁷¹. La commission de surveillance définit des projets pour une valeur de 318 000 000 F : remise en état de la toiture, ravalement des façades, aménagement d'un internat, réfection des locaux de la communauté religieuse, aménagement d'un centre médico-pédagogique pour les garçons et les filles et aménagement d'un service ouvert. Elle ajoute la construction d'un bloc opératoire, de nouveaux pavillons pour lutter contre l'encombrement, et une salle de spectacle pour les malades³⁷².

En mai 1952, la construction des trois maisons, du bloc buanderie-lingerie et des ateliers commence³⁷³. A la fin de l'année, alors que la situation financière de l'hôpital s'améliore, Germain Paris, reconsidère certains points du plan quinquennal qui pourraient être incorporés dans le budget de l'hôpital : réaménagement du château (toiture plancher), des locaux de la communauté religieuse construction d'une salle des fêtes pour les malades, réfection de l'internat et de toutes les toitures³⁷⁴.

³⁶⁶ AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Achat de dommages de guerre », séance du 18 décembre 1951, p. 267.

³⁶⁷ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance « Achat de dommages de guerre », séance du 12 décembre 1952, p. 87.

³⁶⁸ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Achat de dommage de guerre », séance du 20 janvier 1953, p. 102.

³⁶⁹ *Ibid.*

³⁷⁰ *Ibid.*, p. 103.

³⁷¹ AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Plan d'équipement sanitaire », séance du 16 octobre 1951, p. 248.

³⁷² *Ibid.*, p. 250-251.

³⁷³ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1952, p. 46.

³⁷⁴ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Plan quinquennal d'équipement psychiatrique », séance du 12 décembre 1952, p. 88-89.

2.3. Achat et aménagement du château de la Roche (1951-1953)

En avril 1951, Jean Sauvage, nouveau président de la commission de surveillance, expose devant celle-ci le souhait du département de se porter acquéreur d'une propriété pour y créer un service libre pour les enfants anormaux éducatibles³⁷⁵. Ses vues se portent sur le Château de la Roche à Port Thibault qui appartient à la compagnie d'assurance « la Prévoyance³⁷⁶ ». Outre le château, la propriété fait 1,5 ha auquel il faut ajouter 1 hectare planté de vigne³⁷⁷. Selon Jean Sauvage, le bâtiment est en bonne état et possède un chauffage central³⁷⁸. Il sert pour les colonies de vacances des enfants du personnel de la compagnie³⁷⁹. La Prévoyance demande 8 millions de F mais Jean Sauvage pense bénéficier d'un meilleur prix, peut-être 6 000 000 F³⁸⁰. 50 enfants pourraient y être accueillis. Les traitements médicaux pourraient être réalisés à l'hôpital distant de 1,5 km³⁸¹. La commission de surveillance est vivement intéressée³⁸². Des pourparlers sont engagés avec les propriétaires³⁸³. En avril, la 2^e commission du conseil général, après une visite du terrain, se montre hostile à l'achat de la propriété³⁸⁴. Deux arguments sont évoqués : d'une part, alors qu'il faut loger 70 enfants, le site n'en autorise que 40 à 50, et d'autre part la nécessité de créer un service de cuisine et de gardiennage fera double emploi avec celui de l'hôpital³⁸⁵. Jean Sauvage rappelle que le projet de créer un service ouvert pour les enfants rééducables existe depuis 15 à 20 ans et qu'il a toujours échoué³⁸⁶. Il considère que les raisons évoquées par la 2^e commission ne sont pas valables, il les refuse³⁸⁷. La 2^e commission, par la voix de son rapporteur est favorable à une construction *ex nihilo*³⁸⁸. Face à cette idée, Jean Sauvage déclare qu'il faudrait alors un terrain puis ensuite construire un édifice qui devra accueillir 120 à 150 enfants, et donc réaliser un emprunt qui aura une incidence sur le prix de journée³⁸⁹. Selon lui, l'achat du château de la Roche, qui dispose d'un terrain, permettra un aménagement progressif³⁹⁰. Un conseiller général

³⁷⁵ AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Achat d'une propriété par le département pour un service d'enfants », séance du 17 avril 1951, p. 179.

³⁷⁶ *Id.*

³⁷⁷ *Id.*

³⁷⁸ *Ibid.*, p. 180.

³⁷⁹ *Id.*

³⁸⁰ *Id.*

³⁸¹ *Id.*

³⁸² *Id.*

³⁸³ AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Achat du château de la Roche Morna », séance du 17 juillet 1951, p. 207.

³⁸⁴ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Acquisition d'une propriété à Sainte-Gemmes-sur-Loire pour les enfants anormaux éducatibles », séance du 27 avril 1951, p. 124.

³⁸⁵ *Id.*

³⁸⁶ *Id.*

³⁸⁷ *Ibid.*, p. 125.

³⁸⁸ *Id.*

³⁸⁹ *Id.*

³⁹⁰ *Ibid.*, p. 126.

intervient en arguant qu'une distinction de lieux entre les enfants et l'asile est nécessaire³⁹¹. Puis, à la faveur, de M. Bouet, président de la commission des finances, le débat change de perspective. Selon lui l'endroit, à proximité de la Loire, est idéal pour faire de la rééducation qui n'est pas faite pour le moment à Sainte-Gemmes³⁹². Jusqu'alors le minimum est réalisé : apprendre à lire, écrire et compter³⁹³. Il considère qu'il y a ici une opportunité à saisir sur le plan humain³⁹⁴. Jean Sauvage partage cet avis, il pense qu'il ne faudra pas seulement envisager du personnel infirmier qui serait le prolongement de ce qui existe, mais aussi « des personnes qualifiées pour rééduquer les enfants d'une manière normale et convenable de manière à les réintégrer dans la vie courante³⁹⁵ ». Il s'agit d'un lieu différent. Le projet est finalement accepté par le conseil général, un crédit de 7 millions de F est voté pour l'achat, l'aménagement, l'installation et les constructions³⁹⁶. En octobre 1951, l'achat est réalisé par le conseil général³⁹⁷.

En 1952, les travaux de remise en état du château commencent : nettoyage, démolitions de cloisons, révision de l'installation électrique et du chauffage, aménagement de salles de classes, installation de sanitaires, adduction d'eau³⁹⁸. Ils sont en partie réalisés par les malades travailleurs³⁹⁹. Les garçons, au nombre de 45, doivent quitter le pavillon Seguin à la fin de l'hiver 1953⁴⁰⁰. Mais l'aménagement du château n'est pas suffisant pour répondre à la demande. Une extension de 100 lits est nécessaire afin de ne plus refuser les admissions et ainsi mieux répartir les frais généraux. Germain Paris estime le coût de cette extension à 60 millions de F⁴⁰¹. Pour les fillettes « éducatibles », Germain Paris déplore l'absence de lieu pour les isoler. Au nombre de 10, elles sont dans un pavillon au centre de la division des femmes⁴⁰². L'achat d'une propriété, « hors de l'enceinte de l'hôpital », pour édifier une construction doit être envisagé⁴⁰³.

³⁹¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Acquisition d'une propriété à Sainte-Gemmes-sur-Loire pour les enfants anormaux éducatibles », séance du 27 avril 1951, p. 127.

³⁹² *Id.*

³⁹³ *Ibid.*, p. 129.

³⁹⁴ *Id.*

³⁹⁵ *Ibid.*, p. 129-130.

³⁹⁶ *Ibid.*, p. 132.

³⁹⁷ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Plan quinquennal d'équipement psychiatrique, séance du 12 décembre 1952, p. 90.

³⁹⁸ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Adduction d'eau potable au château de la Roche », séance du 18 mars 1952, p. 19.

³⁹⁹ *Ibid.*

⁴⁰⁰ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Plan quinquennal d'équipement psychiatrique », séance du 12 décembre 1952, p. 90.

⁴⁰¹ *Id.*

⁴⁰² *Id.*

⁴⁰³ *Id.*

2.4. Service libre, pavillons de sûreté et bloc opératoire

En 1952, Germain Paris note que l'aménagement d'un « service libre » pour les hommes et les femmes « est imposé par différents textes » (circulaire du 28 février 1951⁴⁰⁴)⁴⁰⁵. Il s'agit de réaliser dans ce service « des cures rapides », qu'il précise à la charge des malades, et ce, contrairement à la circulaire précitée, qui éviteraient « le traitement tardif d'affections chroniques »⁴⁰⁶. Deux pavillons de 40 lits, un pour chaque sexe, pour une somme de 96 000 000 F, sont envisagés. Une formule temporaire pour les hommes, avec le départ des enfants du pavillon Seguin est envisagée. Pour les femmes, contenu des bâtiments, aucun projet n'est réalisable dans l'immédiat⁴⁰⁷.

Les deux pavillons de sûreté pour les hommes et les femmes sont vétustes : « les conditions d'hospitalisation s'apparentent directement au système carcéral du siècle dernier⁴⁰⁸. » Germain Paris propose la création de deux bâtiments de type cellulaires de 60 lits chacun pour une somme de 130 000 000 F⁴⁰⁹. Les deux bâtiments anciens, au départ des malades, pourraient être transformés et recevoir d'autres malades⁴¹⁰.

Par ailleurs, considérant que les méthodes psychiatriques font toujours plus appel à la chirurgie et qu'il est plus facile de soigner le malade sur place que de le conduire à l'hôpital général, Germain Paris souhaite la création d'un bloc opératoire avec 25 à 30 lits⁴¹¹.

Alors que le plan d'équipement prévoit une somme de 230 000 000 F sur trois ans, Germain Paris propose de le porter à 396 000 000 F sur cinq ans⁴¹².

Plusieurs éléments sont mis en avant pour faire adhérer le conseil général à ce programme, et en premier lieu la possibilité de réaliser un emprunt entendu au compte de l'établissement, donc « sans crainte financière » pour le département⁴¹³. En outre, cela permettrait d'enrichir le patrimoine du département. Une subvention de 30 % de la Santé publique compléterait ce dispositif. D'autre part, la situation financière de l'établissement est « très saine ». Le prix de journée de 1953 a pu être diminué de 25 F par rapport à celui de 1952. Germain Paris insiste sur le fait que, sur le solde restant à payer de 70 % (30 % est pris par l'Etat), le département n'aura que 56 % à sa charge, le reste étant pris en charge

⁴⁰⁴ Circulaire n° 41 (Santé), du 28 février 1951 relative au fonctionnement des services libres des hôpitaux psychiatriques. Elle préconise, entre autres, que les frais d'hospitalisation soient les mêmes que dans les services fermés.

⁴⁰⁵ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Plan quinquennal d'équipement psychiatrique », séance du 12 décembre 1952, p. 90.

⁴⁰⁶ *Id.*

⁴⁰⁷ *Ibid.*, p. 91.

⁴⁰⁸ *Id.*

⁴⁰⁹ *Id.*

⁴¹⁰ *Id.*

⁴¹¹ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Plan quinquennal d'équipement psychiatrique », séance du 12 décembre 1952, p. 91.

⁴¹² *Id.*

⁴¹³ *Id.*

par la Sécurité Sociale, l'Etat et les départements étrangers. « Pratiquement, pour 396 000 000 F de travaux neufs à ajouter à son patrimoine, le département ne paiera que 158 400 000 F repartis en 30 ans sur le prix de journée de ses malades⁴¹⁴. » Le projet est adopté par la commission de surveillance⁴¹⁵.

En avril 1953, la commission de surveillance demande au préfet de se porter acquéreur au nom du département de la propriété Porcher dite « La Roche », d'une surface de 5 300 m³, séparée de la Roche Morna par un chemin vicinal⁴¹⁶. Celle-ci devrait permettre d'édifier le service des fillettes éducatives de 50 lits financé à 75 % par les dommages de guerres⁴¹⁷. En mai, le conseil général accepte l'achat des dommages de guerre⁴¹⁸ et l'achat du terrain Porcher⁴¹⁹.

En 1953, la première tranche des travaux est achevée : trois maisons pour les médecins-chefs et le pharmacien, le bloc buanderie-lingerie qui comprend 2 étages de 500 m² et un groupe d'atelier de 1700 m²⁴²⁰. A ce sujet, Germain Paris précise « la participation de l'hôpital » est importante, les journées de travail nombreuses⁴²¹. « En 1952, nous avons effectué tous les terrassements et fouilles pour les fondations des immeubles. Les couvertures en ardoises. En 1953, nous avons procédé aux finitions⁴²². »

3. Une transition thérapeutique

3.1. L'exploitation agricole : un instrument ergothérapeutique

Au début des années 1950, le travail de l'exploitation agricole continue d'être une activité thérapeutique à part entière. En 1949, le Dr Sizaret, constatant à nouveau le déficit de l'exploitation, précise que celui-ci ne provient pas d'une mauvaise gestion, mais résulte des méthodes utilisées qui sont elles-mêmes liées à la nature de l'établissement⁴²³, notamment au fait que l'exploitation fonctionnant dans un but thérapeutique, la question du rendement reste subalterne⁴²⁴. A ce propos, il songe à scinder l'exploitation en deux : une partie pourrait fonctionner sur le mode d'exploitation intensif et l'autre réservée à l'ergothérapie⁴²⁵. A côté de l'ergothérapie, au début des années 1950, les thérapeutiques de chocs dominent.

⁴¹⁴ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Plan quinquennal d'équipement psychiatrique », séance du 12 décembre 1952, p. 91.

⁴¹⁵ *Id.*

⁴¹⁶ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Construction d'un centre pour fillettes éducatives (propriété Porcher), séance du 21 avril 1953, p. 125-127.

⁴¹⁷ *Ibid.*, p. 127.

⁴¹⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Achats de droits à l'indemnité pour dommages de guerre », séance du 19 mai 1953, p. 67.

⁴¹⁹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Construction d'un centre pour fillettes éducatives. Acquisition de la propriété Porcher », séance du 19 mai 1953, p. 73.

⁴²⁰ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1953, p. 50.

⁴²¹ *Ibid.*, p. 45.

⁴²² *Id.*

⁴²³ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1949, p. 29.

⁴²⁴ *Id.*

⁴²⁵ *Id.*

3.2. Les traitements de chocs

Les traitements de chocs sont essentiellement constitués de la pyrétothérapie (traitement par les fièvres), l'insulinothérapie et les électrochocs⁴²⁶. Les commentaires des psychiatres ne respirent pas l'enthousiasme, mais plutôt « le à défaut de ». Le Dr Sizaret considère que si ces thérapies ne sont pas la « panacée » elles apportent tout de même, « alors qu'elles sont de mieux en mieux définies, de bons résultats et parfois très rapides »⁴²⁷. Il cite comme exemple l'application d'électrochocs sur une femme hospitalisée 22 fois pour accès maniaques : « Cette malade intelligente, qui admet sans peine que la thérapeutique précoce était la meilleure, vient elle-même se placer dès qu'elle s'agite et qu'elle perd le sommeil. Deux ou trois électrochocs rapprochés arrêtent l'accès et la sortie par guérison se fait en moins d'une semaine, alors qu'autrefois les accès duraient plusieurs mois ; ils vont, d'autre part, en s'espçant de plus en plus⁴²⁸. »

Les traitements de chocs changent la pratique des infirmiers (ères). Si la sismothérapie (électrochocs) requière de la part des infirmiers (ères) une contention des épaules et du menton du malade⁴²⁹, l'insulinothérapie (cure de Sakel) demande une technicité au travail infirmier. Elle nécessite en effet une expérience et des compétences : passage de la sonde par le nez et injection de l'insuline, surveillance délicate des malades, dosage du sirop de « resucrage » et « maternage » post opératoire⁴³⁰. Les remarques du Dr Sizaret sur l'usage de l'insulinothérapie montrent que ce n'est pas une thérapie anodine : lorsqu'elle est citée, il précise systématiquement qu'aucun accident ou incident sérieux n'est à déplorer⁴³¹. L'ancien infirmier psychiatrique de l'hôpital de Ville-Evrard, André Roumieux, va plus loin en affirmant qu'elle donne aux infirmiers et infirmières « une responsabilité médicale [...], une valorisation⁴³² ». « Pour la première fois, on exerçait une responsabilité non vis-à-vis du règlement et du côté du pénal, mais vis-à-vis du travail quotidien⁴³³. » Cette nouvelle manière de faire renforce l'identité soignante des infirmiers et infirmières⁴³⁴. Au sein du couple indissociable soin/surveillance, le premier prend le pas sur la seconde. Cette technicisation du soin psychiatrique pose la question de la formation du personnel⁴³⁵. A côté des traitements par les chocs, les psychiatres mentionnent l'usage de la psychochirurgie.

⁴²⁶ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1953, p. 58.

⁴²⁷ *Id.*

⁴²⁸ *Id.*

⁴²⁹ Raymond Pourias, Infirmier (1956-1972) puis Surveillant-chef (1972-1984), Secrétaire général de la CGT (1961-1984), entretien enregistré le 19 janvier 2005.

⁴³⁰ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1953, p. 62.

⁴³¹ *Id.*

⁴³² André Roumieux, « Une vie d'infirmier en psychiatrie (1951-1986), *L'Écrit*, n° 9, 1998, p. 5.

⁴³³ *Id.*

⁴³⁴ Raymond Pourias, entretien enregistré le 19 janvier 2005.

⁴³⁵ AC, L 39, Compte morale et administratif, 1946, p. 46.

3.3. La psychochirurgie

En vertu du principe hippocratique du « *Primum non nocere* [surtout ne pas nuire]⁴³⁶, le Dr Sizaret admet une réserve quant aux applications opératoires⁴³⁷.

Les premières opérations commencent à la fin du XIX^e siècle avec le psychiatre Suisse Gottlieb Burckhardt qui, fasciné par la théorie des localisations cérébrales de Broca, pense à déconnecter certains centres cérébraux pour faire cesser l'agitation. Des expériences sont menées en Russie, aux Etats-Unis et en Angleterre. Les résultats sont déplorables. Parallèlement, au début du XX^e siècle, Harvey Cushing crée la neurochirurgie, aux Etats-Unis. La Première Guerre mondiale, par le matériel et les observations qu'elle autorise, donne un élan à cette spécialité⁴³⁸. C'est à partir d'une communication, au second congrès international de neurologie à Londres en 1935, de deux chercheurs américains qui avaient observé la placidité d'un singe après l'ablation des lobes préfrontaux que le psychiatre portugais Antonio Egas Moniz (1874-1955) a l'idée de pratiquer cette opération sur un être humain, et formalise ainsi la leucotomie ou lobotomie⁴³⁹. Il se fait aider par le neurochirurgien Almeida Lima⁴⁴⁰. La première opération a lieu en novembre 1935 sur une femme de 63 ans atteinte de mélancolie évolutive. C'est une ancienne prostituée, syphilitique, qui avait été internée en 1910 puis à nouveau depuis 1932⁴⁴¹. L'opération consiste à forer un ou deux trous dans le crâne, à introduire une anse coupante et à faire des rotations⁴⁴². L'instrument est baptisé leucotome : « coupeur de blanc ». En 1949, Moniz reçoit le prix Nobel de médecine pour sa découverte. Dans l'après-guerre, la technique se répand dans le monde entier sous l'influence de l'américain Walter Freeman qui promeut une méthode spécifique initiée par l'italien Fiamberti : « la leucotomie transorbitaire ». La technique consiste « à introduire une pointe métallique sous la paupière supérieure, à perforer la voûte de l'orbite, faire pénétrer l'instrument de quelques centimètres, et tourner latéralement l'instrument pour sectionner les fibres blanches de la région préfrontales⁴⁴³ ». Un électrochoc peut faire office d'anesthésie. L'opération dure 10 minutes⁴⁴⁴. Les effets secondaires potentiels sont l'apathie permanente, l'incontinence, le comportement agressif et les crises d'épilepsie. Avec un taux de mortalité estimé à 6 %, le rapport risque/bénéfice, selon notre cadre de pensée contemporain, n'est pas très concluant. Comme le soulignait en 1955 le Pr Henry Baruk, a contrario des thérapies de chocs qui avaient pour but de créer une « altération passagère », il

⁴³⁶ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1953, p. 59.

⁴³⁷ *Id.*

⁴³⁸ Alain Jaubert, « L'excision de la pierre de folie », *Autrement*, n° 4, 1975-1976, p. 23-24.

⁴³⁹ Jean-Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle*, Paris, PUF, 2006, p. 207.

⁴⁴⁰ *Ibid.*, p. 206.

⁴⁴¹ Alain Jaubert, « L'excision de la pierre de folie », *op. cit.*, p. 26.

⁴⁴² Jean-Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle*, *op. cit.*, p. 207.

⁴⁴³ *Ibid.*, p. 212.

⁴⁴⁴ *Ibid.*, p. 213.

s'agit ici de réaliser une « lésion définitive⁴⁴⁵ ». En France, si une leucotomie est avérée dès 1940 par le Dr Gaston Ferdière⁴⁴⁶, la psychochirurgie, comme ailleurs, se développe dans l'immédiat après-guerre⁴⁴⁷. Les premières traces de leucotomie à l'hôpital de Sainte-Gemmes apparaissent en 1951 sous la plume du Dr Sizaret : « Une seule malade a été confiée au neurochirurgien pour une leucotomie, le résultat a été excellent⁴⁴⁸. » En 1953 quatre leucotomies sont à nouveau réalisées sur des femmes. Il est précisé que les opérations ont eu lieu à l'hôpital psychiatrique de Rennes par le Pr Ferey⁴⁴⁹. Selon Alain Jaubert on hésite plus à opérer des hommes car on estime qu'ils « ont de plus hautes responsabilités ». De plus, chez les femmes les résultats en termes de resocialisation par le travail seraient « plus favorables⁴⁵⁰ ». Il remarque aussi que la bonne tenue du ménage semble le critère de guérison pour certains médecins⁴⁵¹. Dans les années 1950, une trentaine d'équipes pratiquent la lobotomie en France. L'équipe du Pr Ferey aurait, à elle seule, pratiquée 171 lobotomies avant 1951 et 91 entre 1951 et 1963⁴⁵². Loin d'être anecdotique, cette pratique recouvrerait, selon Alain Jaubert, plus de 10 000 cas entre 1945 et 1955⁴⁵³. Le Dr Sizaret considère que les quatre malades concernées « ont tiré profit de l'intervention⁴⁵⁴ ». « Trois d'entre elles sont sorties et ont pu reprendre leur place dans leur famille, très améliorées. La 4^e, atteinte de névrose et d'angoisse depuis 22 ans et hantées par des idées de suicide incessantes, a retrouvé le calme, le sommeil et une activité de bon aloi ; elle serait déjà sortie si son milieu familial avait été convenable. Parmi les trois premières figure une jeune fille âgée de 26 ans ayant déjà fait plusieurs séjours dans des hôpitaux psychiatriques divers, cliniquement guérie, qui a pu, non seulement sortir, mais reprendre une existence active et gagne sa vie⁴⁵⁵. » Le Dr Sizaret, satisfait des résultats immédiats est néanmoins prudent : « Il faut évidemment le recul du temps pour juger définitivement ; mais, en attendant, les résultats acquis me paraissent assez éloquents, tant au point de vue individuel qu'au point de vue économique et social⁴⁵⁶. » La psychochirurgie en France est loin de faire l'unanimité. Le Pr Henry Baruk constate que l'examen superficiel du malade peut faire croire à une amélioration, mais un examen attentif et de longue durée révèle des « conséquences funestes⁴⁵⁷ ». *A contrario*, le Pr Henry Ey dénonce d'« abstentionnisme agressif » à propos de ceux qui refusent un

⁴⁴⁵ Henri Baruk, *Les thérapies psychiatriques*, Paris, PUF, 1955, p. 44.

⁴⁴⁶ Alain Jaubert, « L'excision de la pierre de folie », *op. cit.*, p. 36.

⁴⁴⁷ Jean-Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique, Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle*, *op.cit.*, p. 210.

⁴⁴⁸ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1951, non paginé.

⁴⁴⁹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1953, p. 59.

⁴⁵⁰ Alain Jaubert, « L'excision de la pierre de folie », *op. cit.*, p. 39.

⁴⁵¹ *Id.*

⁴⁵² *Ibid.*, p. 38.

⁴⁵³ *Ibid.*, p. 37.

⁴⁵⁴ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1953, p. 59.

⁴⁵⁵ *Id.*

⁴⁵⁶ *Id.*

⁴⁵⁷ Jean-Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique. Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle*, *op. cit.*, p. 210.

traitement dont le patient peut retirer un « bénéfice majeur »⁴⁵⁸. A côté des thérapies de chocs, on trouve aussi les thérapeutiques qualifiées d'étiologiques.

3.4. Thérapies étiologiques et narcothérapies

Ces thérapeutiques étiologiques sont diverses : endocriniennes, hormonales, anti-infectieuses. Elles recouvrent des troubles liés à une « auto-intoxication » : fièvres, insuffisances hépatiques qui ont une « expression psychique variable ». Il s'agit de « mettre en ordre les grandes fonctions ». Elles sont accompagnées d'une « thérapeutique spéciale » faite d'isolement, de calme et de psychothérapie⁴⁵⁹.

Les cures de sommeil (narcothérapie) semblent aussi être très utilisées. Elle vise à produire un sommeil profond pour calmer l'agitation. Pour ce faire les psychiatres utilisent des « cocktails médicamenteux », des hypnotiques variés, qui « se potentialisent⁴⁶⁰ ». Le Pr Henry Baruk considère cette méthode, qui peut aboutir à un coma et même à la mort du sujet, comme dangereuse et peu efficace⁴⁶¹. En 1953, le Dr Sizaret mentionne pour des grandes anxieuses, obsédées ou agitées, un mélange d'Amytal sodique et de chlorpromazine : le Largactil. Il s'agit du premier neuroleptique « qui prend les nerfs » (nous y reviendrons dans le prochain chapitre)⁴⁶².

L'hydrothérapie n'est plus mentionnée. En 1956, lors de son arrivée, Raymond Pourias, jeune élève infirmier, ne l'a pas connue. Dans le même temps se dessinent les signes d'une médicalisation.

4. Des signes d'une médicalisation

4.1 Le développement de la psychopharmacologie

Dans les années 1950, avec le développement de la biochimie, les découvertes et l'usage du médicament se démultiplient. Cette évolution de la psychopharmacologie se matérialise dans l'institution par l'évolution des prescriptions médicamenteuses et des examens biologiques. En 1951, alors que la nouvelle pharmacie-laboratoire vient d'être achevée, le pharmacien de l'hôpital, Armand Hérisset, signale l'ampleur de plus en plus grande que prend son service. Pour donner de la substance à son propos, il donne quelques chiffres sur l'évolution des achats, dont les prix sont restés stables⁴⁶³ :

⁴⁵⁸ Jacques Postel, *Dictionnaire de la psychiatrie et de la psychopathologie clinique*, Paris/VUEF, Larousse, 1998, p. 368.

⁴⁵⁹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1953, p. 45.

⁴⁶⁰ Henri Baruk, *Les thérapeutiques psychiatriques, op. cit.*, p. 109

⁴⁶¹ *Ibid.*, p. 110.

⁴⁶² AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1953, p. 59.

⁴⁶³ AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Organisation du service de la pharmacie et du laboratoire, séance du 20 mars 1951, p. 149.

Tableau n° 4 : Evolution comparées des achats de la pharmacie et du laboratoire, du nombre d'examens réalisés et du nombre de journées entre 1944 et 1953

Années	Nombre de journées	Evolution des achats de la pharmacie et du laboratoire en F	Nombre d'examens réalisés
1944	523 939	48 958	
1945	446 738	52 712	
1946	419 564	116 980	
1947	417 366	399 265	1119
1948	412 905	1 230 647	1579
1949	419 957	1 999 479	1120
1950	436 817	2 999 747	1575
1951	436 667	4 428 002	1485
1952	451 260	3 130 967	2008
1953	451 295	3 086 699	2181

Sources : AC, L 39, L 31, Rapport médical, compte moral et administratif, Rapports de fonctionnement.

Il précise qu'entre 1948⁴⁶⁴ et 1951, cette évolution est liée à l'augmentation des prescriptions⁴⁶⁵. Ceci souligne la part grandissante des achats médicamenteux et des examens et analyses avant l'arrivée des neuroleptiques. Dans le même temps, les examens demandés dans le laboratoire de biologie s'amplifient⁴⁶⁶. Ces chiffres ne tiennent pas compte des examens pratiqués à Angers lors des absences du pharmacien⁴⁶⁷.

Avec le développement de l'activité de la pharmacie, le directeur propose de remplacer une des infirmières par un préparateur en pharmacie diplômé afin d'étoffer le personnel existant qui se compose d'un préparateur diplômé et de deux infirmières qui ne sont pas habilitées à faire les préparations⁴⁶⁸. Pour le laboratoire, Armand Hérisset préconise, pour réaliser les analyses les moins rentables car trop rares (nécessitant des produits frais) et les analyses pendant ses congés annuelles, la signature d'un contrat avec un laboratoire d'analyses privé⁴⁶⁹.

Avec cette augmentation de l'usage de la pharmacologie, des problématiques nouvelles émergent. En 1949, un nouveau médicament comme la Streptomycine, récemment découverte par Selman Waksman (1944), qui agit contre le bacille de Koch⁴⁷⁰ coûte si cher qu'il ne peut pas être compris dans un prix de journée ordinaire⁴⁷¹. Une majoration de 300 F par jour est envisagée⁴⁷². Pour les pensionnaires dont les

⁴⁶⁴ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1948, p. 52

⁴⁶⁵ AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Pharmacie-laboratoire », séance du 18 septembre 1951, p. 211.

⁴⁶⁶ AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Organisation du service de la pharmacie et du laboratoire », séance du 20 mars 1951, p. 149.

⁴⁶⁷ *Id.*

⁴⁶⁸ *Ibid.*, p. 151.

⁴⁶⁹ AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Pharmacie laboratoire », séance du 28 juin 1951, p. 204.

⁴⁷⁰ Jean-Charles Sournia, *Histoire de la médecine*, Paris, La Découverte, 1997, p. 309

⁴⁷¹ AC, L 18, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Prix de journée pour les traitements à la streptomycine », séance du 3 mai 1949, p. 113.

⁴⁷² *Id.*

familles ne pourraient pas payer ce supplément, ils pourraient être pris au compte de l'Assistance Médicale Gratuite⁴⁷³.

En 1952, de nouveaux locaux sont mis à la disposition du pharmacien et de son équipe. Ce changement se traduit dans le coût d'achat qui baisse de 29 % entre 1951 et 1952⁴⁷⁴ : avec les nouveaux locaux les préparations de tous les médicaments sont pratiquement toutes réalisées sur place (ampoules, comprimés, etc.)⁴⁷⁵. En 1953, le pharmacien note une certaine stabilité des dépenses malgré un nombre de malades croissant et l'application de nouvelles thérapeutiques⁴⁷⁶. L'hôpital bénéficie aussi de l'installation d'un appareil radiologique.

4.2. Un appareil de radiographie

A la fin des années 1940, les examens radiologiques et notamment pulmonaires se font dans le dispensaire antituberculeux d'Angers⁴⁷⁷. Les autres examens sont effectués à l'hôpital d'Angers. Si les enfants sont systématiquement examinés, ce n'est pas le cas des adultes qui, d'une part sont trop nombreux alors que le dispensaire est surchargé et d'autre part, que « les troubles mentaux ne permettent pas de mêler dans une salle d'attente commune à la clientèle habituelle du dispensaire »⁴⁷⁸. Le souhait d'une installation radiologique est émis⁴⁷⁹.

En 1952, la commission de surveillance décide d'acheter l'équipement⁴⁸⁰. Le Dr Grange, radiologue au Centre Hospitalier d'Angers, est pressenti pour diriger ce nouveau service⁴⁸¹. L'hôpital dispose enfin d'une autonomie radiologique. Autre nouveauté, l'hôpital fait l'acquisition d'une ambulance.

4.3. L'acquisition d'une ambulance

En 1952, le directeur attire l'attention de la commission sur les conditions de transport dans lesquelles les malades sont acheminés à l'hôpital⁴⁸². La plupart du temps ils viennent par le chemin de fer. C'est un voyage long et onéreux, d'autant qu'il faut louer le compartiment entier⁴⁸³. Ensuite l'éloignement de la

⁴⁷³ AC, L 18, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Prix de journée pour les traitements à la streptomycine », séance du 3 mai 1949, p. 113.

⁴⁷⁴ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1952, p. 58.

⁴⁷⁵ *Id.*

⁴⁷⁶ *Ibid.*, p. 72.

⁴⁷⁷ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1948, p. 12.

⁴⁷⁸ *Id.*

⁴⁷⁹ *Id.*

⁴⁸⁰ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Achat d'un appareil de radiographie », séance du 12 décembre 1952, p. 87.

⁴⁸¹ *Ibid.*, p. 88.

⁴⁸² AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Achat d'une ambulance », séance du 21 octobre 1952, p. 69.

⁴⁸³ *Id.*

gare et de l'hôpital nécessite l'usage d'une voiture⁴⁸⁴. Les transports, réalisés dans une camionnette Renault qui sert en outre au transport des marchandises, est jugé « indécent⁴⁸⁵ » par le Dr Sizaret. Décision est prise de faire l'acquisition d'une ambulance⁴⁸⁶.

5. Quelques changements concernant la population

Entre 1946 et 1953, la population évolue peu⁴⁸⁷. Pourtant, dans les détails, un certain nombre de changements s'opèrent. Alors que le pourcentage de malades à la charge du département de Maine-et-Loire était approximativement identique à celui à la charge des autres départements en 1946, le pourcentage des malades des autres départements diminue ensuite progressivement (de 34 % à 12 %). Dans le même temps, on assiste à une augmentation de la part des indigents du département de Maine-et-Loire (de 37 % à 58 %). Ce mouvement s'explique en partie par le retour d'un certain nombre de malades réfugiés pendant la guerre.

Parallèlement, on assiste à un certain nombre de changements concernant la prise en charge des malades. La 4^e classe de pensionnaires en 1947, puis la 3^e classe en 1949 disparaissent faute de malades⁴⁸⁸. La grande nouveauté tient à la part grandissante des malades pris en charge par la Sécurité sociale qui passe de 3 % à 17 % entre 1946 et 1953. Ce système de protection sociale pose le principe d'une solidarité qui vise à couvrir l'ensemble des risques sociaux. Elle prend le relais des assurances sociales. Pour l'instant, elle ne couvre qu'une partie de la population.

Conclusion

La période qui s'étend de 1946 à 1953 est marquée par un début de la « médicalisation » de l'institution. Avec le développement de la psychopharmacologie et des examens biologiques, on assiste à un renouveau thérapeutique. Les attributs de la médecine apparaissent dans l'institution (appareil de radiologie, ambulance, blouses blanches). La formation du personnel devient obligatoire. Elle contribue à professionnaliser les infirmiers/infirmières et à les homogénéiser. La nomination d'un directeur administratif contraint le médecin à se concentrer sur son activité médicale.

Dans le même temps, la figure homogène de la folie est entamée, les discordances s'accroissent dans la population : séniles, chroniques.

⁴⁸⁴ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Achat d'une ambulance », séance du 21 octobre 1952, p. 69.

⁴⁸⁵ *Id.*

⁴⁸⁶ *Ibid.*, p. 70.

⁴⁸⁷ Cf. Tableau n° 3 : Evolution de la population entre 1945 et 1953.

⁴⁸⁸ Cf. Tableau n° 2 : Prix de journée à la fin du 4^e trimestre de chaque année

La dimension orthopédique de l'asile s'amenuise et avec elle l'« hôpital ghetto ». Une sensibilité nouvelle au bien-être des malades se développe au travers de l'amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et du mobilier mais aussi grâce à des distractions radio, cinéma, théâtre parfois mixte. La coupure intérieure se réduit ainsi que celle l'extérieur.

Les consultations aux hospices d'Angers, puis la mise en place de dispensaires, ébauchent une prise en charge différente de l'internement. Le service social crée un pont entre l'hôpital et le lieu de vie du malade. La Sécurité sociale offre une prise en charge distincte de l'indigence et du pensionnat.

Une pression ministérielle s'exerce plus fortement dans la mise en place du service libre et le recrutement d'effectifs en fonction de la population des malades.

Dans un contexte de reconstruction et de modernisation, la diversification des sources de financement et l'intervention de l'Etat (dommages de guerre, plan quinquennal d'équipement sanitaire) rendent possible l'agrandissement et la modernisation du lieu. Le prix de journée n'est plus l'unique source de financement. La complicité entre le religieux et la psychiatrie s'estompe faute d'effectifs.

Chapitre II. Des premiers neuroleptiques au service libre des adultes (1954-1962)

Introduction

Les années 1954 à 1962, encadre symboliquement deux innovations phares dans l'histoire de l'hôpital et de la psychiatrie: l'usage des premiers neuroleptiques et la création d'un service libre pour adultes. L'année 1954 est aussi marquée par l'ouverture, pour les enfants, de l'Institution Médico-Pédagogique (IMP) ; distincte de l'hôpital psychiatrique topographiquement et dans l'esprit. Comment évolue ce lieu ? A-t-il une influence sur l'hôpital ?

Durant cette période, les problématiques connues de l'asile persistent, comme l'attestent la figure de l'alcoolique et le problème de l'encombrement et du recrutement du personnel. Y a-t-il des évolutions ? A côté de ces permanences l'hôpital est marqué par de nombreuses innovations thérapeutiques, architecturales, organisationnelles et conceptuelle Comment influent-elles sur l'hôpital, les malades ?

A / Entre permanences et évolutions

Dans les années 1950, on assiste au retour de la figure de l'alcoolique. Des évolutions sont-elles perceptibles dans son traitement, sa prise en charge ? Alors que la population s'accroît, l'encombrement revient. Comment se caractérise-t-il ? Quelles stratégies sont développées pour le réduire ?

Pour le personnel, l'insuffisance chronique est doublée par de nombreuses absences. Le retrait des religieuses fragilise aussi les services. Quelles mesures sont prises par la direction ? Durant cette période, comment se comporte le syndicat ? Quel est son mode d'action ?

1. Flux et reflux de la figure de l'alcoolique

1.1. Une montée en puissance de l'alcoolisme au masculin comme au féminin

A la fin des années 1940 on assiste à un retour en force, toute proportion gardée, de la figure de l'alcoolisme au masculin comme au féminin. Il s'agit d'un alcoolisme par le vin, le cidre, très peu à l'eau de vie et les apéritifs⁴⁸⁹.

⁴⁸⁹ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1950, p. 68.

Tableau n° 1 : Diagnostics d'alcoolismes dans les entrées, rechutes, réintégrations et transferts en %

Années	1946	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954
Femmes	1	1	2	3	4	8	7	6	10
Hommes	13	16	29	35	35	47	47	47	54

AC, L 39 Rapport médical, compte moraux et administratif.

En 1954, les alcooliques, chez les hommes, représentent 54 % des admissions⁴⁹⁰. La même année, le Dr Sizaret note aussi l'importance grandissante de l'alcoolisme au féminin, qui représente maintenant 10 % des admissions⁴⁹¹. Comme pour les hommes, il s'agit d'un alcoolisme à domicile avec du vin rouge⁴⁹². En 1955, Le Dr Bobé précise que parmi les transformations de placements volontaires en placements d'office, au nombre de 16 pour l'année, la majorité ont été réalisées pour des alcooliques dangereux en rechutes immédiates et « ramenés trop fréquemment dans le service après comportements anti-sociaux inquiétants⁴⁹³ ». Comment sont traités les alcooliques ?

1.2. Le traitement

Au début des années 1950, le traitement de l'alcoolisme chez les hommes commence par une cure de désintoxication. La majorité des alcooliques sont ensuite soumis à une cure de dégoût par l'antabus⁴⁹⁴. Le Dr Bobé précise que contrairement à ses collègues de la presse médicale, il n'a pas constaté d'accident⁴⁹⁵. Cette méthode est appliquée avec le consentement des malades, lorsqu'ils sont lucides⁴⁹⁶. Seulement la majorité refuse. En 1954, sur 186 hommes hospitalisés, 67 ont accepté la cure de dégoût⁴⁹⁷. Les séjours durent de six semaines à deux mois⁴⁹⁸.

A leur sortie, les malades sont invités à se présenter aux consultations d'hygiène mentale pour un suivi, mais la grande majorité ne s'y présente pas⁴⁹⁹. La postcure fait défaut. En 1954, la nomination d'une assistante sociale au dispensaire d'hygiène mentale d'Angers rassure le Dr Bobé. Son rôle consiste à s'occuper spécialement des alcooliques par une prise de contact dès leur sortie et par des visites régulières⁵⁰⁰. Durant l'année 1955, l'assistante sociale et le Dr Bobé tente de (re) nouer des contacts avec les malades sortis résidant dans l'arrondissement d'Angers. Le Dr Bobé avoue que cette démarche est

⁴⁹⁰ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1954, p. 60.

⁴⁹¹ *Ibid.*, p. 55.

⁴⁹² AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1955, p. 50.

⁴⁹³ *Ibid.*, p. 55.

⁴⁹⁴ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1950, p. 68

⁴⁹⁵ *Id.*

⁴⁹⁶ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1953, p. 65.

⁴⁹⁷ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1954, p. 60.

⁴⁹⁸ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1955, p. 55.

⁴⁹⁹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1953, p. 65.

⁵⁰⁰ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1954, p. 60.

difficile pour deux raisons. Premièrement, le malade redevenu sobre ne voit pourquoi il irait consulter au dispensaire ; et deuxièmement, le malade « qui récidive dans ses habitudes d'intempérance », craint que la consultation au dispensaire d'hygiène mentale soit « l'antichambre de l'HP »⁵⁰¹. Selon lui, l'alcoolique devrait être suivi immédiatement après sa sortie par l'assistante sociale du service dans lequel il a été traité⁵⁰². A cet effet, il déplore le manque d'assistantes sociales attachées à l'établissement⁵⁰³. La relation avec le convalescent et sa famille faciliterait le contact de l'assistante sociale, et en cas de rechute lui permettrait de les convaincre plus facilement⁵⁰⁴. Pour mener à bien cette « surveillance », il souhaite, mais sans conviction, que plusieurs assistantes sociales soit attachées à l'établissement⁵⁰⁵.

Tableau n° 2 : Evolution des alcooliques dans les admissions entre 1954 et 1962 (en %)

Années	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962
Hommes (Service A)	54	58	51	46	47	52	56	56
Hommes (Service B)		57	52	56	55	51	50	
Femmes (Service A)	10	9	8	6				
Femmes (Service B)				5				

Sources : AC, L 31, Rapports de fonctionnement.

En 1956, dans le service A des hommes du Dr Bobé, l'alcoolisme atteint un sommet avec 58 % des admissions. Devant cette accentuation de l'alcoolisme, il demande des mesures prophylactiques sur le plan national : « suppression des débits de boissons, heures de consommations limitées⁵⁰⁶. » La présence d'une unique assistante sociale pour tout l'hôpital, soit 1600 malades, devient inacceptable : il en demande une dans son service⁵⁰⁷. Qu'en est-il dans le service B des hommes, celui du Dr Conseil (créé à la fin de l'année 1955) ?

Le Dr Conseil fait état d'admissions d'alcooliques dans un état de confusion mentale grave, avec agitation psychomotrice qui cesse grâce au traitement au bout de 8 jours⁵⁰⁸. Pour calmer les alcooliques, il utilise des injections de sulfate de magnésium. Cette méthode lui semble moins toxique que l'usage des neuroleptiques (Résérpine) qui fatiguent le cœur des alcooliques qui présentent souvent une myocardie à partir de la cinquantaine⁵⁰⁹. Sur les 11 décès qu'il a constatés dans son service, 7 étaient des alcooliques qui sont morts d'un collapsus cardiaque⁵¹⁰.

⁵⁰¹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1955, p. 55.

⁵⁰² *Id.*

⁵⁰³ *Ibid.*, p. 56.

⁵⁰⁴ *Ibid.*, p. 55.

⁵⁰⁵ *Ibid.*, p. 56.

⁵⁰⁶ *Ibid.*, p. 61.

⁵⁰⁷ *Id.*

⁵⁰⁸ *Ibid.*, p. 66.

⁵⁰⁹ *Id.*

⁵¹⁰ *Id.*

Il constate que sur les 15 auto-placements (les malades viennent d'eux-mêmes) réalisés dans son service, 12 étaient des alcooliques. Il avoue accorder le maximum de liberté à cette catégorie de malades qui redoute la claustration : « La liberté, ils la trouvent non seulement dans le fait de se promener librement dans les jardins de l'établissement, mais aussi et surtout dans la possibilité de travailler, de se distraire, de ne pas s'ennuyer⁵¹¹. » Il s'agit pour lui de favoriser un bon souvenir et ainsi un retour volontaire à ses consultations⁵¹². Ce statut spécifique a une contrepartie. Selon le Dr Henry, les malades alcooliques, bénéficiant d'une relative liberté, organisaient de véritables trafics : « une chaîne s'organisait entre les malades du dedans et ceux qui pouvaient sortir⁵¹³. »

Comme le Dr Bobé, le Dr Conseil déplore, l'absence d'assistante sociale attachée à son service pour « surveiller la postcure⁵¹⁴ ». Au milieu des années 1950, les médecins constatent un reflux de l'alcoolisme.

1.3. Reflux de l'alcoolisme et nouvelles thérapeutiques

Entre 1955 et 1956, le Dr Sizaret note une légère régression de l'alcoolisme féminin qui passe de 10 % à 9 % des admissions⁵¹⁵. En 1957, le Dr Bobé constate à son tour un recul dans le taux d'admission des alcooliques. Il s'interroge : « L'alcoolisme mental serait-il en régression⁵¹⁶ ? »

Il émet des hypothèses : « Serait-ce le premier résultat de la campagne antialcoolique pourtant fort discrète⁵¹⁷ ? » « Serait-ce l'augmentation du coût de la vie, et particulièrement du prix du vin, qui aurait freiné la consommation du vin en particulier, et des boissons alcoolisées en général⁵¹⁸ ? »

La France est, à cette date, frappée par une inflation liée essentiellement à l'alourdissement des charges dues à la Guerre d'Algérie⁵¹⁹. En 1958, la diminution est confirmée. Le Dr Bobé se demande si les alcooliques ne vont pas « se faire traiter ailleurs, détournés de l'HP par une propagande orientée⁵²⁰ ». Malgré cela, le facteur décisif de régression des admissions reste selon lui la cherté du vin et des boissons alcoolisées, associée à une stagnation du pouvoir d'achat : « Les buveurs boivent moins, mais ils boivent toujours. Buvant moins, les troubles mentaux qu'ils présentent sont moins aigus et peuvent être traités ailleurs⁵²¹. » La désintoxication à l'hôpital d'Angers a ses limites : « qu'un malade en cure de désintoxication vienne à présenter des troubles aigus fracassants, alors vite il est amené à l'hôpital

⁵¹¹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1956, p. 67.

⁵¹² *Id.*

⁵¹³ Jacques Henry, Psychiatre et psychanalyste (1959-1993), entretien enregistré le 16 mars 2006.

⁵¹⁴ *Id.*

⁵¹⁵ *Ibid.*, p. 74.

⁵¹⁶ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1957, p. 66.

⁵¹⁷ *Id.*

⁵¹⁸ *Id.*

⁵¹⁹ Charles-Jean Asselain, *Histoire économique de la France du XVIII^e siècle à nos jours, II, De 1919 à la fin des années 1970*, Paris, Seuil, 1984, p. 121-122.

⁵²⁰ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1958, p. 74.

⁵²¹ *Ibid.*, p. 75.

psychiatrique. Le malade halluciné, hurlant, menaçant, terreur d'un personnel hospitalier non qualifié, redevient le lot de l'hôpital psychiatrique⁵²². »

En 1959, le Dr Bobé évoque un progrès dans le traitement avec l'usage de l'implant d'Espéral qu'il essaye de faire accepter aux malades avant leur sortie. La technique chirurgicale de l'implant a été mise au point par le Dr Joly, chirurgien à l'hôpital d'Angers. Selon le Dr Bobé, les malades qui acceptent l'implant rechute peu⁵²³. Cette « technique prophylactique » associée à un suivi dans les dispensaires lui semble vouée à des résultats remarquables⁵²⁴.

A la même date, le Dr Henry⁵²⁵, qui vient d'arriver dans le service B des hommes en remplacement du Dr Conseil, note que « le réseau de dispensaire d'hygiène mentale permet de suivre et de surveiller les alcooliques désintoxiqués, mais aussi de traiter les mentaux en postcure en évitant ainsi la rechute⁵²⁶ ». Des malades viennent « consulter spontanément ou sur le conseil de leur médecin »⁵²⁷. Il pense qu'il serait judicieux de créer « une nouvelle modalité de placement, mieux adapté au peu de gravité de ces cas » : « En admettant le principe du placement en cure libre, c'est agir dans l'intérêt du malade et de l'hôpital, une heureuse transition étant ainsi assurée entre l'homme normal et l'interné trop souvent abhorré du profane⁵²⁸. »

Outre l'Espéral, le Dr Henry mentionne l'apparition de nouveaux traitements qui viennent enrichir l'arsenal contre l'alcoolisme aigu et subaigu comme le Viadril, l'Hemaurine, et améliorent le pronostic du malade⁵²⁹. Selon lui, grâce aux dispensaires et au développement de la poste-cure induite pour « les mentaux et éthyliques », il est plus facile d'accorder des permissions « aux malades améliorés » qui trouvent dans ces centres l'aide dont ils ont besoin pour « leur séjour extérieur⁵³⁰ ».

En 1960, le Dr Bobé est plus optimiste, la combinaison de la cure de dégoût par l'Espéral, par voie orale ou sous forme d'implants, et le suivi au dispensaire d'hygiène mentale d'Angers empêche les rechutes⁵³¹. Les produits se diversifient encore. Le Dr Bobé mentionne l'usage de l'Equanil à haute dose pour le traitement des syndromes subaigus⁵³². Le Dr Henry, quant à lui, mentionne l'intensification de l'implant de Disulfure de Tétrachyl-Thiourame qu'il a administré à 1 alcoolique sur 3⁵³³.

⁵²² AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1958, p. 74.

⁵²³ *Ibid.*, p. 77.

⁵²⁴ *Id.*

⁵²⁵ Le Dr Jacques-Emile Henry est né en 1925 à Beaulieu-sur-Loire (45). Il étudie la médecine à Paris, Besançon et Nancy. En 1951, il réussit le concours de l'internat de Nancy. En 1956, après l'obtention du clinat, il devient chef de clinique à la faculté de médecine de Nancy. En 1957, il réussit le concours du médocat des hôpitaux psychiatriques. Après le refus d'un poste de médecin-directeur, il opte pour un poste de médecin-chef à Blida en Algérie. Il se retrouve à la tête d'un service de 1000 femmes (musulmanes et européennes). Il participe à la mise en place d'un service libre initié par Franz Fanon. Le 1^{er} novembre 1959, il arrive à Sainte-Gemmes-sur-Loire dans le service B des hommes comme Médecin-Chef.

⁵²⁶ *Ibid.*, p. 87.

⁵²⁷ *Ibid.*, p. 88.

⁵²⁸ *Id.*

⁵²⁹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1959, p. 86.

⁵³⁰ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1960, p. 93.

⁵³¹ *Ibid.*, p. 82.

⁵³² *Ibid.*, p. 81.

⁵³³ *Ibid.*, p. 90.

En 1961, si le Dr Bobé constate un retour marqué de l'alcoolisme avec un taux de 56 % des admissions, dans le service du Dr Henry le taux est stable à 50 %⁵³⁴.

Au début des années 1960, le Dr Henry noue un partenariat avec deux associations d'anciens buveurs de Maine-et-Loire : Vie libre et Croix d'or.

Ces deux associations, par les démarches qu'elles font auprès des entrepreneurs, contribuent au « reclassement » difficile des malades alcooliques⁵³⁵.

Dans les années 1950, les alcoolique, préfigure une évolution au sein de la psychiatrie : les traitements s'améliore, la prise en charge s'oriente vers plus de liberté, une postcure, des contacts se développent avec des associations pour la réinsertion.

2. Augmentation de la population : répercussions et stratégies de contournement

Entre 1954 et 1962, alors que les sorties s'accroissent grâce en partie à l'action des neuroleptique, la population résidente et traitée continue d'augmenter du fait de l'amplification des admissions.

Tableau n° 3 : Evolution de la population entre 1954 et 1962

Années	Décès	Adm	Sorties	Pop au 31 décembre	Pop annuelle traitée	Taux de décès	Taux d'admissions	Taux de sorties	Différentiel
1953	58	856	800	1289	1995	3%	43%	40%	- 0,1%
1954	52	1155	939	1453	2174	2%	53%	43%	8%
1955	69	1188	1038	1534	2316	3%	51%	45%	3%
1956	83	1476	1302	1625	2631	3%	56%	49%	3%
1957	69	1263	1072	1664	2575	3%	49%	42%	5%
1958	72	1003	919	1611	2667	3%	38%	34%	0,45%
1959	70	1302	1011	1835	2913	2%	45%	35%	8%
1960	86	1148	1076	1821	2983	3%	38%	36%	-0,47%
1961	68	1186	1065	1874	3007	2%	39%	35%	2%
1962	103	1437	1254	1954	3311	3%	43%	38%	2%

Sources : AC, L 31, 32, Comptes moraux et administratifs et Rapports de fonctionnement.

En 1954, Germain Paris note que cette croissance de la population supprime « tout confort aux hospitalisés, créé un « climat défavorable, nuit à la thérapeutique [et] rend impossible la réfection intérieure de locaux d'hospitalisation faute d'exutoire » (il faut acheminer les malades dans un autre service pour pourvoir faire des travaux)⁵³⁶. Le projet d'utiliser le pavillon Seguin après le départ des enfants éducatifs garçons pour la Roche, pour accueillir ponctuellement les malades dont le pavillon

⁵³⁴ AC, L 31, Rapport de fonctionnement, 1961, p. 79

⁵³⁵ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1962, p. 71.

⁵³⁶ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1954, p 50.

était en réfection, n'a pas aboutit. Le rythme de l'encombrement a pris de cours le directeur. Germain Paris note : « Nous avons été pris de vitesse par la cadence des admissions et le quartier Seguin a dû être restitué d'urgence au service des hommes, dont la population a augmenté de 75 malades entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 1954⁵³⁷. » Une solution s'impose : « construire »⁵³⁸.

A cette date le problème de l'encombrement, jusqu'alors cantonné au service des femmes, se généralise. Le Dr Bobé commence à manifester son inquiétude : « Certains [pavillons] ont presque doublé leur effectif normal ; les malades sont entassés aussi bien dans les dortoirs que dans les salles de réunions et le réfectoire⁵³⁹. » Dans un contexte de sous-effectif, les problèmes de thérapeutique et de surveillance dans un contexte sont soulevés⁵⁴⁰. Il ajoute que « le climat social dans les locaux surencombrés est extrêmement pénible pour les malades, le personnel et nous-mêmes⁵⁴¹ ». L'un des pavillons le plus encombré est celui des vieillards déments⁵⁴². Il déplore être obligé de s'occuper de 700 malades alors que le règlement en préconise 400⁵⁴³. Avec le nombre des admissions, il admet ne s'occuper que des malades aigus qui nécessitent « des thérapeutiques urgentes », et délaier les psychothérapies pour les chroniques⁵⁴⁴. Pour lui, il faut aménager des hospices pour le département, en dehors du cadre psychiatrique⁵⁴⁵.

Cette même année, côté femmes, dans le service du Dr Sizaret, alors que le chiffre optimum devrait être de 334, il est de 728⁵⁴⁶. L'année suivante, le Dr Ariste-Le-Bas, lors de son arrivée dans le service B des femmes est frappé « par le caractère vétuste, triste presque concentrationnaire de ces grands dortoirs où 40 à 50 lits s'alignent sans intervalle suffisant⁵⁴⁷ ».

Dans ce contexte, la figure de « la sénile » devient de moins en moins acceptable. Le Dr Sizaret rappelle au préfet que : « Ni les familles, ni les hospices, ni les hôpitaux ne les acceptent ou ne les gardent – et l'hôpital psychiatrique départemental devient peu à peu le refuge des femmes âgées, plus ou moins impotentes, et qui ne peuvent bénéficier d'un traitement spécialisé par suite de leur sénilité irréversible – Cet afflux de vieillards aggrave le problème de l'encombrement⁵⁴⁸. » Cette fois sa confiance dans le progrès, l'espérance de vie mais aussi la pharmacologie, est évaluée négativement : « Etant donné l'allongement de la durée moyenne de la vie et de la résistance des vieillards aux maladies infectieuses grâce aux antibiotiques, il semble que nous ne soyons pas près de revenir à un chiffre de population

⁵³⁷ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1954, p 51.

⁵³⁸ *Id.*

⁵³⁹ *Ibid.*, p. 60.

⁵⁴⁰ *Id.*

⁵⁴¹ *Id.*

⁵⁴² *Id.*

⁵⁴³ *Ibid.*, p. 64.

⁵⁴⁴ *Id.*

⁵⁴⁵ *Ibid.*, p. 60.

⁵⁴⁶ *Ibid.*, p 56.

⁵⁴⁷ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1955, p. 58.

⁵⁴⁸ *Ibid.*, p. 51.

normale⁵⁴⁹. Le Dr Sizaret revient sur le projet des hospices psychiatriques : « Il paraît donc rationnel de s’orienter soit vers l’aménagement et la spécialisation de certains hospices déjà existants, soit vers la création d’un hospice psychiatrique apte à recueillir des séniles ou des infirmes mentaux, pour qui la loi de 1838 n’est pas indispensable⁵⁵⁰. » De son côté, le Dr Bobé avoue son soulagement avec la nomination de son collègue. Le Dr Conseil, à son arrivée en mars 1956, prend en main l’IMP et une partie des hommes dans le nouveau service B⁵⁵¹. A cet date, le Dr Bobé, décrivant trois de ses pavillons, parle de « malades entassés », d’« ambiance d’excitation permanente » qui n’autorise pas de psychothérapie de groupe⁵⁵². Dans deux d’entre eux, il n’a pas de bureau médical, « le colloque avec le malade s’établit dans les lavabos⁵⁵³ ! » La même année, le projet d’un hospice psychiatrique est repoussé par les services ministériels⁵⁵⁴. Germain Paris se console en espérant que des transferts se feront sur des hospices aménagés pour recevoir les malades chroniques ou séniles « même s’ils sont parfois perturbateurs et malpropres⁵⁵⁵ ». Avec le Dr Conseil, l’amertume laisse place à l’angoisse : « Les malades s’entassent. On ne peut guère passer entre les lits. L’atmosphère des dortoirs est irrespirable. Si un incendie s’y déclarait le soir, j’ose à peine penser à l’effroyable hécatombe qu’il provoquerait⁵⁵⁶. » Au début des années 1960, les entrées ne concernent (à quelques exceptions près) que les malades ayant un domicile de secours dans le Maine-et-Loire : « Notre surpopulation nous conduit à rejeter systématiquement toute les demandes de placement volontaire de malades étrangers au département⁵⁵⁷. » En 1961, Germain Paris, constate une diminution de la durée moyenne des séjours (nombre de journées d’hospitalisation/nombre de malades traités), qui atteste, selon lui d’un accroissement du mouvement des entrées et sorties jamais atteint à ce jour⁵⁵⁸. Dans nos calculs la diminution des moyennes des séjours n’est pas encore très tangible, mais elle s’amorce. Il semble qu’elle matérialise une petite décreue des admissions et parallèlement une augmentation sensible des taux de sorties.

Tableau n° 4 : Evolution de la durée des séjours entre 1957 et 1962

Années	1957	1958	1959	1960	1961	1962
DMS en jours	223	223	227	223	221	209

Sources : AC, L 31, L 32, Rapports de fonctionnement.

⁵⁴⁹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1955, p. 52.

⁵⁵⁰ *Id.*

⁵⁵¹ *Ibid.*, p. 57.

⁵⁵² AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1956, p. 63.

⁵⁵³ *Id.*

⁵⁵⁴ *Ibid.*, p. 58.

⁵⁵⁵ *Id.*

⁵⁵⁶ *Ibid.*, p. 69

⁵⁵⁷ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1960, p. 11.

⁵⁵⁸ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1961, p. 70.

En 1961, des projets de construction et le départ de réfugiés donnent un peu d'optimisme. Germain Paris attend avec hâte la construction prévue en 1963 du service libre extra-muros, qui doit donner 80 lits intra-muros⁵⁵⁹

En juin 1962, le départ de 53 malades (23 hommes et 30 femmes), arrivée en 1944 de l'hôpital Saint Jacques de Nantes, permet de décongestionner les services pour un temps⁵⁶⁰.

Au même moment, la mise en chantier de trois pavillons pour enfants dont l'exploitation est envisagée pour octobre 1963 et, corrélativement, la restitution de deux pavillons aux adultes, donnent à Germain Paris un peu d'espoir⁵⁶¹. Le pavillon n° 14, composé de 57 lits pour les « garçons débiles profonds » sera ouvert en 1964. Le n° 12, de 50 lits pour les « fillettes débiles », et le « 13 » pour « garçons débiles moyens » seront achevés en 1965⁵⁶².

En 1962, Germain Paris constate que le nombre de journées d'hospitalisation s'amplifie et que la population continue d'augmenter. Dans le même temps, la mise en place du service libre fait diminuer le nombre global des journées d'hospitalisation en recevant des « psychopathes légers ». En 1962, alors que la durée moyenne des séjours pour les adultes est de 207 jours, elle est de 56 jours pour le service libre⁵⁶³. Germain Paris félicite le corps médical pour « ce rendement thérapeutique » mais regrette que cette « rotation » ne permette pas d'équilibrer voire de contrebalancer des placements toujours plus nombreux⁵⁶⁴. A cette date, le placement des séniles et des infirmes dans les hospices, « qui veulent bien les recevoir », apparaît comme « une solution temporaire », les pensionnaires revenant dans une large proportion⁵⁶⁵. Parallèlement, la prise en charge de la Sécurité sociale s'accroît.

3. Une prise en charge croissante de la Sécurité sociale

Entre 1954 et 1962, alors que les journées d'hospitalisation continuent d'augmenter, on assiste à une petite révolution. La Sécurité sociale qui ne prenait en charge que 20 % des malades au début des années 1950 en prend maintenant 50 %. Elle protège de plus en plus de gens. Avec cette assurance, l'épargne de précaution n'est plus nécessaire, la population se libère de l'indigence. L'hôpital psychiatrique, la folie et indigence sont découplés. Parallèlement, le département de Maine-et-Loire et les communes voient le nombre de journées d'hospitalisation d'indigents diminuer. La diminution des journées d'hospitalisation des autres départements tient en partie à la restriction des entrées pour éviter d'aggraver l'encombrement. Si la Sécurité sociale a contribué à faire disparaître la 4^e et la 3^e classes, la

⁵⁵⁹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1961, p. 70.

⁵⁶⁰ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1962, p. 58.

⁵⁶¹ *Id.*

⁵⁶² *Centre psychothérapique départementale de Sainte-Gemmes-sur-Loire. 1843-1973, de la commission de surveillance au conseil d'administration, de l'asile d'aliénés au centre psychothérapique. 130 ans d'assistance psychiatrique en Maine-et-Loire, 1973, p. 32.*

⁵⁶³ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1962, p. 58.

⁵⁶⁴ *Id.*

⁵⁶⁵ *Id.*

1^{ère} et la 2^e classes, qui offrent un confort substantiel, résistent. Pendant cette période, le personnel fait toujours défaut.

Tableau n° 5 : Répartition des journées d'hospitalisation entre 1953 et 1962

Années	Assistés					Pensionnaires			Total des journées
	Maine-et-Loire	Etat	Divers départements	Divers ministères	Assistance publique	Sécurité sociale	1 ^{ère} classe	2 ^{ème} classe	
1953	264 809	8 968	58 332	1 427	16 948	77 759	3 924	19 328	451 495
1954	296 878	9 489	52 527	977	17 461	94 025	2 833	19 198	493 388
1955	315 479	12 306	49 200	1 388	14 526	114 913	3 352	20 724	531 888
1956	302 659	11 708	48 178	1 300	14 198	162 277	4 962	23 463	568 745
1957	295 123	12 021	47 479	1 132	13 822	172 961	5 955	26 477	574 970
1958	301 614	12 144	46 514	1 225	11 338	185 604	5 998	29 653	594 090
1959	309 745	12 714	47 250	1 113	11 115	243 871	5 824	30 751	662 383
1960	303 057	12 742	44 406	1 165	11 078	260 869	4 801	29 417	667 535
1961	308 456	12 778	40 116	1 838	9 311	262 305	4 374	27 156	666 334
1962	285 409	14 571	29 293	1 299	10 804	336 309	3 481	21 471	702 637

Tableau n° 5 bis : Répartition des journées d'hospitalisation entre 1953 et 1962 (en %)

Années	Assistés					Pensionnaires			Total des journées
	Maine-et-Loire	Etat	Divers départements	Divers ministères	Assistance publique	Sécurité sociale	1 ^{ère} classe	2 ^{ème} classe	
1953	59	2	13	0,32	4	17	1	4	451 495
1954	60	2	11	0,20	4	19	1	4	493 388
1955	59	2	9	0,26	3	22	1	4	531 888
1956	53	2	8	0,23	2,50	28	1	4	568 745
1957	51	2	8	0,20	2	30	1	5	574 970
1958	51	2	8	0,21	2	31	1	5	594 090
1959	47	2	7	0,17	2	37	1	5	662 383
1960	45	2	7	0,17	2	39	1	4	667 535
1961	46	2	6	0,28	1	39	1	4	666 334
1962	41	2	4	0,18	2	48	0,50	3	702 637

Sources : AC, L 31, L 32, L 33 bis, Rapports de fonctionnement.

4. Le problème du personnel

4.1. Une insuffisance chronique

a. Des difficultés de recrutement

En 1954, 18 élèves infirmiers et 7 élèves infirmières sont recrutés⁵⁶⁶. Dès 1955, les syndicats CGT et CFDT demandent la création de postes dans les services médicaux⁵⁶⁷. Germain Paris estime, en tenant compte des prescriptions ministérielles, à 98 le nombre d'infirmiers et d'infirmières à recruter⁵⁶⁸. La

⁵⁶⁶ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1953, p. 16.

⁵⁶⁷ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Revendications du personnel », séance du 21 mars 1955, p. 324.

⁵⁶⁸ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Recrutement du personnel pour les services médicaux », séance du 21 mars 1955, p. 328.

commission de surveillance, après discussion avec les médecins chefs, demande au préfet la création progressive de 50 postes d'élèves infirmiers et infirmières⁵⁶⁹.

Ce manque de personnel pose problèmes dans les services. Madame le Dr Ariste-Le-Bas illustre les problèmes liés au manque de personnel dans le service des entrants⁵⁷⁰. Ce service qui comprend 95 malades « particulièrement à surveiller », a pendant l'été été confié à la garde de 2 ou 3 infirmières sous l'autorité de 2 religieuses⁵⁷¹. L'insulinothérapie qualifiée de « sportive » est bientôt suspendue⁵⁷². La surveillance et l'opération thérapeutique sont à nouveau mises en péril. En 1957, elle estime à 50 %, l'écart entre l'effectif réel et celui prescrit par la norme ministérielle⁵⁷³. En 1959⁵⁷⁴, puis en 1960, sous la pression du ministère de la santé⁵⁷⁵, Germain Paris, devant l'augmentation constante du nombre d'hospitalisés et du nombre de journées d'hospitalisations (qui passe de 558 000 à 662 000 entre 1957 à 1959), demande, à nouveau, la création de nouveaux postes médicaux et généraux⁵⁷⁶.

En 1960, le Dr Ariste-Le-Bas, devant l'insuffisance de personnel, doit supprimer les groupes d'ergothérapie ainsi que les sortie de malades accompagnés dans le parc et à l'extérieur de l'établissement⁵⁷⁷. Elle considère que « la tactique quotidienne du bouche trou » est « préjudiciable à la bonne marche du service »⁵⁷⁸.

En 1961, le recrutement du personnel, notamment masculin, est particulièrement critique⁵⁷⁹. Lors des trois derniers examens organisés pour recruter des élèves infirmiers et infirmières, 135 candidats ont été inscrits et seuls 87 se sont présentés aux épreuves⁵⁸⁰. Seuls 36 candidats ont été retenus grâce à « un repêchage » allant jusqu'à deux et trois points en dessous de la moyenne. Ce recrutement ne comble par les départs pour décès, retraites, démissions, licenciements, etc⁵⁸¹. Germain Paris impute cette situation à la suppression des aides soignants dans les hôpitaux psychiatrique⁵⁸². Il estime qu'un rétablissement de cette fonction et un recrutement dans une proportion du tiers de l'effectif soignant permettraient non seulement d'atteindre les normes quantitativement mais aussi « l'exécution des besognes courantes dont trop souvent on charge de vieux chroniques et que demain plus personne ne voudra faire⁵⁸³ ».

⁵⁶⁹ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Recrutement du personnel pour les services médicaux », séance du 21 mars 1955, p. 328.

⁵⁷⁰ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1956, p. 85.

⁵⁷¹ *Id.*

⁵⁷² *Id.*

⁵⁷³ *Id.*

⁵⁷⁴ AC, L 21, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Effectif du personnel hospitalisé », séance du 21 septembre 1959, p. 861.

⁵⁷⁵ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Création d'emploi », séance du 12 septembre 1960, p. 131.

⁵⁷⁶ *Id.*

⁵⁷⁷ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1960, p. 107.

⁵⁷⁸ *Id.*

⁵⁷⁹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement 1961, p. 71

⁵⁸⁰ *Id.*

⁵⁸¹ *Id.*

⁵⁸² *Id.*

⁵⁸³ *Id.*

Un basculement s'opère. Le Dr Bobé craint que cette insuffisance d'agent engage, dans certain cas, la responsabilité du médecin et de l'administration⁵⁸⁴. « Cette insuffisance numérique du personnel « en service » me cause de graves soucis quotidiens et, par exemple, ce n'est pas sans une certaine anxiété qu'il ne m'est pas possible d'affecter plus d'un veilleur « en service » dans un pavillon de deux étages ou sont placés plus de 180 malades⁵⁸⁵. » Lui aussi préconise de rétablir d'urgence les aides soignants maintenu dans les hôpitaux généraux⁵⁸⁶. En ce qui concerne les assistantes sociales, Germain Paris avoue avoir renoncé à toute publicité « après d'innombrables échecs »⁵⁸⁷. Germain Paris préconise de laisser aux secrétaires de service les tâches matérielles et les démarches administratives, pour laisser aux deux assistantes en place le temps pour les missions spécifiques, et notamment les liaisons avec leur collègue des centres de prophylaxie mentale du département⁵⁸⁸.

En 1962, deux examens d'entrée sont organisés ; sur 116 inscrits, 67 candidats se sont présentés et 35 ont réussi les épreuves (12 élèves infirmiers et 23 élèves infirmières) et ce malgré l'indulgence du jury⁵⁸⁹. L'appel fait « aux rapatriés d'Algérie » a fourni 14 postes⁵⁹⁰. Germain Paris, de concert avec la psychologue et les médecins chefs, pensent que les candidats refusés feraient d'excellents aides soignants⁵⁹¹.

Parallèlement, l'absentéisme, en recrudescence (autour de 22 journées en moyenne⁵⁹²), gêne le « rendement des services »⁵⁹³. En 1954, un carnet de santé avait été élaboré conjointement avec le directeur général de la santé, afin de permettre un meilleur contrôle de l'état sanitaire et de l'absentéisme⁵⁹⁴. Son impact est limité.

De manière générale, tous les postes spécialisés font défaut : assistantes sociales, préparateurs en pharmacie, laborantins, infirmiers⁵⁹⁵. Le manque de personnel est amplifié par des départs de religieuses.

b. Le retrait programmé des religieuses

Ce manque de personnel est amplifié par une « perturbation » importante liée au « retrait brutal » de 4 religieuses, chefs de services de la cuisine et de la blanchisserie⁵⁹⁶. Alors qu'aucun recrutement n'est

⁵⁸⁴ AC, L 31, Rapports de fonctionnement 1961, p. 81

⁵⁸⁵ *Id.*

⁵⁸⁶ *Id.*

⁵⁸⁷ *Ibid.*, p. 72.

⁵⁸⁸ *Id.*

⁵⁸⁹ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1962, p. 59.

⁵⁹⁰ *Id.*

⁵⁹¹ *Id.*

⁵⁹² *Ibid.*, p. 23.

⁵⁹³ *Ibid.*, p. 59.

⁵⁹⁴ AC, L 31, Rapport de fonctionnement, 1954, p. 16.

⁵⁹⁵ *Id.*

possible dans ces secteurs à ce moment où la saison touristique n'est pas terminée, Germain Paris parle de services « décapités⁵⁹⁷ ». En 1963, il informe la commission de surveillance qu'il a reçu une lettre de la supérieure générale de la congrégation de la charité Ste-Marie qui, faute de recrutement, envisage un retrait des sœurs de l'hôpital⁵⁹⁸. Depuis 1960, elles sont au nombre de 12⁵⁹⁹. Germain Paris tente de rassurer la commission en lui notifiant que le retrait ne sera possible que six mois après sa notification officielle⁶⁰⁰. Le départ des sœurs entraînera la nomination de 2 surveillantes en chefs, 2 surveillantes et 24 cheftaines d'unité de soins pour les 2 équipes de 12 pavillons⁶⁰¹. Nous nous permettons d'anticiper ici la chronologie : en 1964, Sœur Jeanne, la mère supérieure, annonce qu'elle réduira de 50 % l'effectif des sœurs en les faisant passer de 12 à 6⁶⁰². En 1965, se sera chose faite⁶⁰³. En 1969, la communauté religieuse arrêtera sa collaboration avec l'établissement. Deux religieuses resteront à titre civil⁶⁰⁴.

4.2. Une évolution de la revendication du personnel

Dans les années 1940, le syndicat unique des deux sexes se fragmente. La Confédération Générale du Travail, première née, et les nouveaux syndicats Force Ouvrière⁶⁰⁵ et la Confédération Française des Travailleurs Chrétiens⁶⁰⁶ revendiquent, en ordre dispersé, sur des thèmes que l'on pourrait qualifier de locaux, quotidiens, mineurs.

En 1951, un comité intersyndical se noue entre la CGT et la CFTC autour d'une rétroactivité de traitement⁶⁰⁷. En février 1955, à nouveau, les syndicats CFTC et CGT adressent des revendications communes aux membres de la commission de surveillance⁶⁰⁸. Elles portent essentiellement sur l'augmentation de l'effectif du personnel⁶⁰⁹.

⁵⁹⁶ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Création d'emploi », séance du 12 septembre 1960, p. 131.

⁵⁹⁷ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1960, p. 74.

⁵⁹⁸ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Communauté religieuse », séance du 21 octobre 1963, p. 618.

⁵⁹⁹ *Ibid.*

⁶⁰⁰ *Ibid.*

⁶⁰¹ *Ibid.*

⁶⁰² AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Communauté religieuse », séance du 15 juin 1964, p. 746.

⁶⁰³ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1965, p. 16.

⁶⁰⁴ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1969, p. 19.

⁶⁰⁵ AC, L 17, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Requête du syndicat FO, séance du 16 mars 1948, p. 389.

⁶⁰⁶ AC, L 17, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Demande du syndicat CFDT », séance du 5 avril 1949, p. 91-92.

⁶⁰⁷ AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Requête du comité intersyndical CFTC, et CGT », séance du 20 novembre 1951, p. 255-256.

⁶⁰⁸ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Revendications du personnel, séance du 21 mars 1955, p. 324.

⁶⁰⁹ *Id.*

Jusqu'aux années 1960, les syndicats sont sur la défensive : « Le rôle des syndicats est alors essentiellement de tenter de défendre le personnel contre les sanctions qui pleuvent. Le moindre incident donne lieu à un blâme, les réunions du conseil disciplinaire ne sont pas exceptionnelles⁶¹⁰. »

A partir de l'année 1961, ils deviennent plus offensifs et revendicatifs. Des journées de grèves commencent à émailler l'histoire de l'hôpital. Ces manifestations représentent une rupture, un coup de force contre la direction. Elles sont le plus souvent organisées par le Secrétaire général de la CGT et infirmier Raymond Pourias : il incarne la nouvelle forme d'un syndicalisme qui ose transgresser l'ordre établi⁶¹¹. Sa formation auprès de Benoît Frachon⁶¹² et sa connaissance du droit en font, selon lui, un « interlocuteur éclairé »⁶¹³. Le 9 mai 1962, dans l'établissement se produit une grève décidée sur le plan national par les fédérations des services de santé⁶¹⁴. C'est l'occasion pour le personnel de l'établissement de relayer des doléances nationales mais aussi de faire part au préfet des revendications locales⁶¹⁵. Dans les revendications générales, une volonté de reconnaissance statutaire et de traitement par l'assimilation du diplôme d'infirmier psychiatrique au diplôme d'infirmier d'Etat est demandée⁶¹⁶. Germain Paris précise que le ministère souhaite, en contrepartie d'une revalorisation des traitements, fixer le niveau de l'examen d'entrée au CEP⁶¹⁷. Seulement, dans les établissements où cela est déjà appliqué, en raison du manque de candidat, le repêchage se fait deux à trois points au dessous de la moyenne⁶¹⁸. L'augmentation des effectifs est aussi demandée. La commission répond que la solution n'est pas dans la suppression de la sélection mais dans le rétablissement des aides soignants⁶¹⁹.

Le personnel souhaite aussi le passage des 40 heures en 5 jours. La commission répond que si cette revendication était acceptée il faudrait recruter 80 agents supplémentaires pour les services médicaux, dont 40 agents masculins⁶²⁰. Condition *sine qua non*, il faudrait rétablir les cadres des aides soignants ou servants⁶²¹.

Parmi les revendications « locales », on retiendra le souhait du personnel de voir disparaître l'engagement de 3 ans à 5 ans associé à la formation professionnelle gratuite de 2 ans : 5 ans à compté

⁶¹⁰ Jean Colmin, « Psychiatrie et syndicalisme infirmier », in *La folie. Actes du colloque de Milan*, Folio, Paris, 1976, p. 315.

⁶¹¹ Raymond Pourias est né en 1928 à Baracé (49). En 1948, il obtient un CAP de menuisier. Il exerce ce métier pendant 12 ans. En 1956, il est embauché à l'hôpital de Sainte-Gemmes-sur-Loire. Il obtient son diplôme d'infirmier en 1958. En 1959, il est secrétaire adjoint de la CGT. Il est proche de Benoît Frachon. En 1961, il devient Secrétaire général. En 1972, il devient surveillant chef dans le service du Dr Jean-Louis Colmin. Il restera dans ce service jusqu'à son départ à la retraite en 1984.

⁶¹² Benoît Frachon (1893-1975) est secrétaire général de la CGT et membre du bureau politique du Parti Communiste Français.

⁶¹³ Raymond Pourias, Infirmier (1956-1972) puis Surveillant-chef (1972-1984), Secrétaire général de la CGT (1961-1984), entretien enregistré le 2 mai 2003.

⁶¹⁴ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Revendications du personnel », séance du 18 juin 1962, p. 429.

⁶¹⁵ *Id.*

⁶¹⁶ *Id.*

⁶¹⁷ *Id.*

⁶¹⁸ *Id.*

⁶¹⁹ *Id.*

⁶²⁰ *Ibid.*, p. 430.

⁶²¹ *Id.*

de l'obtention du diplôme, 2 ans dans le cas d'une mutation⁶²². La commission estime que cette disposition est justifiée et doit être maintenue⁶²³. A la fin de l'année 1962, cette pratique, jugée extra-légale, est désavouée par le ministre de la Santé publique⁶²⁴. La commission, dans un climat de recrutement difficile, et alors qu'elle considère avoir fait un effort pour la promotion sociale en réalisant une formation professionnelle et générale intensive gratuite et même payée sur le temps de travail, regrette cette mesure qui permet « une stabilisation du personnel soignant »⁶²⁵. Cette grève nationale relayée localement préfigure un mouvement de revendications dans l'institution qui trouvera son point d'orgue en 1968.

B / La Roche Morna (1954-1960)

En 1954, l'Institut médico-pédagogique de la Roche Morna à Port Thibaut ouvre ses portes. Quel est l'esprit de ce lieu géographiquement distinct ? Bientôt des innovations marquent l'institution avec l'arrivée d'une psychologue, l'organisation de colonies de vacances, la création d'un service ouvert. Comment expliquer ces réalisations ?

1. Un lieu « autre »

L'Institut médico-pédagogique ouvre ses portes en mai 1954⁶²⁶. Dans un premier temps il n'accueille que 61 garçons « éducatibles ». Les « inéducables » garçons ainsi que les filles « éducatibles » et « inéducables » restent dans l'enceinte de l'hôpital⁶²⁷. A l'ouverture, le personnel mixte est composé d'une éducatrice sortant de l'école d'Angers et de trois instituteurs⁶²⁸. Le Dr Bobé, qui a la charge du service, faute de pouvoir recruter facilement des éducateurs, déplore la faiblesse de l'encadrement éducatif⁶²⁹. En 1956, il est remplacé par le Dr Félix Conseil qui prend aussi la responsabilité du service B des hommes⁶³⁰. L'Institut Médico Pédagogique (IMP) devient un lieu d'innovation qui se déconnecte progressivement de l'hôpital. A la rentrée 1956-1957, le personnel a changé : il est composé maintenant d'un éducateur chef, trois « élèves » éducatrices et trois « élèves » éducateurs⁶³¹. A défaut d'une formation spécifique, le Dr Conseil propose de donner aux élèves éducateurs/éducatrices une

⁶²² AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Revendications du personnel », séance du 18 juin 1962, p. 431.

⁶²³ *Id.*

⁶²⁴ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Formation professionnelle des infirmiers », séance du 19 novembre 1962, p. 475.

⁶²⁵ *Id.*

⁶²⁶ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1954, p 51.

⁶²⁷ *Ibid.*, p. 63.

⁶²⁸ *Id.*

⁶²⁹ *Id.*

⁶³⁰ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1956, p. 11.

⁶³¹ *Ibid.*, p. 71.

formation proche de celle reçue dans les écoles d'éducateurs⁶³². Le corps des instituteurs, lui, est composé de 4 instituteurs qualifiés pour l'IMP⁶³³. En dehors des temps de classes, les enfants en groupe de 12 à 15 sont confiés aux éducateurs qui mettent place des ateliers (gravure sur bois, sur lino, pyrogravure, vannerie, aéromodélisme) afin d'éduquer leur sensibilité, leur système sensoriel et leur motricité⁶³⁴. Des ateliers de pré-apprentissage sont aussi organisés pour le fer, le bois et l'électricité⁶³⁵. Les enfants font des promenades, du sport, des jeux de plein air⁶³⁶. Une assistante sociale sert de lien avec les parents⁶³⁷. Des infirmières de l'hôpital interviennent aussi⁶³⁸. En octobre 1956, 23 fillettes « éducatibles » rejoignent les 62 garçons⁶³⁹. Dans son premier rapport médical, le Dr Conseil précise qu'il n'apprécie pas l'utilisation du terme d'« anormaux » pour désigner des enfants non aliénés : « Ce sont des enfants inadaptés : des déficients mentaux légers au comportement perturbé par des causes souvent affectives. C'est pourquoi je m'insurge contre un règlement aveugle qui oblige d'admettre des enfants sous le régime de la loi du 30 juin 1938⁶⁴⁰. » L'internement n'est plus jugé adapté. Il déplore aussi l'usage du papier à en tête des dossiers et papiers de correspondance où est encore inscrit « Hôpital psychiatrique départemental : « Ce détail a son importance et bien des parents m'ont déclaré au cours de mes consultations d'hygiène mentale en être profondément choqués : « Mon enfant n'est pas fou ». Et ils ont raison...⁶⁴¹. » La folie comme catégorie large se fissure. Il s'agit d'enfants qui n'ont de place à l'école ni dans leur famille. Des « petits caractériels ». La plupart sont issus de « familles défavorisées ». Les plus jeunes arrivent dès 4 ans. La durée de présence est variable : parfois un an, parfois toute la scolarité. A l'âge de 16 ans, ils quittent l'institution pour dans un Institut-Médico-professionnel, un apprentissage, et une minorité intègre l'hôpital psychiatrique⁶⁴².

L'Institut Médico Pédagogique, s'il dépend de l'hôpital, en est séparé géographique mais aussi dans l'esprit : « A tel point que le personnel soignant ne disait jamais aux familles que ça dépendait de Sainte-Gemmes⁶⁴³. »

En 1956, grâce à l'adjonction d'une nouvelle parcelle, un terrain de sport est aménagé. Des articles de sports sont achetés : ballons et nécessaire pour faire du ping-pong, du ping-foot, du volley-ball et du basket-ball⁶⁴⁴. Du matériel éducatif est aussi acheté : une collection d'insectes, des modèles réduits, des tubes à essai, un petit outillage pour le bricolage, un radio-phono, un poste de TSF, des micro-disques,

⁶³² AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1956, p. 11.

⁶³³ *Id.*

⁶³⁴ *Ibid.*, p. 72.

⁶³⁵ *Id.*

⁶³⁶ *Id.*

⁶³⁷ *Ibid.*, p. 71.

⁶³⁸ *Id.*

⁶³⁹ *Ibid.*, p. 14.

⁶⁴⁰ *Ibid.*, p. 73.

⁶⁴¹ *Id.*

⁶⁴² Jeannine Niogret, Psychologue (1956-1995), entretien enregistré le 23 mars 2006.

⁶⁴³ Jeannine Niogret, entretien enregistré par l'Unité A1 « Genres et territoire » le 4 avril 2005.

⁶⁴⁴ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Acquisition de terrain à Sainte-Gemmes-sur-Loire, séance du 7 novembre 1956, p. 267.

une lanterne de projection et des films⁶⁴⁵. La même année, un car est affrété pour voir le Tour de France. Les enfants vont chaque semaine au cinéma à Sainte-Gemmes. Ils participent à une représentation du cirque Pinder, font des visites aux musées d'Angers et d'usines⁶⁴⁶. Dans l'institution, l'enfant prime sur les raisons de sa présence. Une masseuse, professeur de gymnastique, vient donner des leçons collectives aux enfants de l'IMP⁶⁴⁷.

En 1957, le rapport médical devient tribune : « Avant de conclure sur l'activité de l'institut, je voudrais dire encore combien je déplore que rien n'ait été fait pour libérer les enfants de l'Institut des entraves de la loi de 1838 sur les malades mentaux. Si incroyable que cela puisse paraître en 1957, à un époque où tous les hôpitaux psychiatriques cherchent à n'être plus que des services ouverts, l'Institut Médico-pédagogique de Maine-et-Loire, qui héberge des enfants d'intelligence normale, mais au caractère déséquilibré par des causes affectives, des enfants non aliénés, non psychopathes, reste un établissement fermé, où chaque enfant est signalé aux autorités administratives et judiciaires à l'entrée, puis au bout de quinze jours, au même titre que les alcooliques, les mélancoliques, les déments de l'hôpital psychiatrique. Il ne s'agit pas de dévaloriser les pensionnaires des services psychiatriques. Je crois au contraire, qu'il faut réviser les conceptions habituellement admises quant à l'hospitalisation des mentaux. A plus forte raison, lorsqu'il s'agit d'enfants qui devront être remis, après rééducation, dans un milieu familial et scolaire⁶⁴⁸ ». La pratique carcérale, homogène est dénoncée, une prise en charge différenciée, individualisée, est préconisée. En 1959, les filles et garçons qualifiés d'« inéducables », réunis dans un premier temps dans un bâtiment du service B des hommes, arrivent à leur tour à l'IMP. En 1954, l'IMP inaugure la première colonie de vacances.

2. Des colonies de vacances à l'achat de la « Parée du jonc » (1954-1957)

En 1954, pour la première fois, les garçons de la Roche-Morna partent en colonie⁶⁴⁹. En 1953, trois lieux avaient été envisagés : la colonie départementale de Primel-Trégastel, celle de l'Assistance publique à St-Jean-de-Monts et celle de Trélazé à St-Brévin-les-Pins⁶⁵⁰. La colonie de « L'Ardoise fine » de Trélazé, du fait de sa proximité, du climat doux, des belles places et de la diversité des activités possibles, avait été retenue⁶⁵¹. Les médecins- chefs et l'inspecteur de l'Enseignement primaire y sont

⁶⁴⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Acquisition de terrain à Sainte-Gemmes-sur-Loire, séance du 7 novembre 1956, p. 267.

⁶⁴⁶ *Ibid.*, p. 268.

⁶⁴⁷ AC, L 21, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Leçons de gymnastique aux enfants de l'IMP », séance du 28 mars 1957, p. 531.

⁶⁴⁸ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1957, p. 79-80.

⁶⁴⁹ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Colonies de vacances pour les enfants de la Roche », séance du 19 mai 1954, p. 235-236.

⁶⁵⁰ *Ibid.*, p. 235.

⁶⁵¹ *Ibid.*, p. 236.

favorables⁶⁵². Le séjour se déroule du 29 mai au 25 juin, le transport se fait en car. L'encadrement est assuré par le personnel de la Roche Morna⁶⁵³. A l'issue du séjour, le Dr Bobé juge très profitable cette expérience⁶⁵⁴. Décision est prise de la renouveler⁶⁵⁵. En 1955, les enfants éducatifs hospitalisés (filles de l'hôpital psychiatrique et garçons de la Roche) sont envoyés à Notre-Dame-de-Monts (Vendée), à la « Colonie Bleue » qui appartient à l'Association départementale des prisonniers de guerre⁶⁵⁶. 12 filles y séjournent du 13 juin au 5 juillet et 60 garçons de la Roche Morna pendant quatre semaines en septembre⁶⁵⁷.

Considérant que les médecins trouvent le séjour profitable et que le prix de journée n'est pas plus onéreux dans la colonie, la commission de surveillance décide de prospecter pour trouver une colonie autonome sur la côte Atlantique avec ses propres moyens⁶⁵⁸. Une propriété nommée « Pen Castel » au Croisic est visitée par la commission de surveillance⁶⁵⁹. Suite à l'échec de ce projet pour des raisons financières, Germain Paris signale un nouveau terrain à Saint-Jean-de-Monts au lieu dit « La Parée du Jonc⁶⁶⁰ ». La commission de surveillance se déclare favorable à cet achat⁶⁶¹. Le conseil général, considérant que les travaux seront réalisés sur les fonds disponibles de l'hôpital, que d'autre part un surveillant maçon et des malades réaliseront les bâtiments et que seul le ciment sera acheté, se déclare favorable à l'acquisition de terrain⁶⁶². Le projet comprend la construction d'un bâtiment pour les douches, cuisine et réfectoire, un autre pour les douches et la buanderie, 3 dortoirs et un préau léger pour les WC⁶⁶³. En mars 1957, la propriété de la Parée des Joncs est achetée pour environ 2 000 000 F⁶⁶⁴. Cette même année, la colonie est utilisée entre le 17 juillet et le 17 septembre⁶⁶⁵. Lieu d'innovation, l'IMP accueille la 1^{ère} psychologue de l'établissement.

⁶⁵² AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Colonies de vacances pour les enfants de la Roche », séance du 19 mai 1954, p. 235-236.

⁶⁵³ *Id.*

⁶⁵⁴ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Colonie de vacances des enfants de la Roche : Remboursement des frais », séance du 20 septembre 1954, p. 259.

⁶⁵⁵ *Id.*

⁶⁵⁶ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Colonie de vacances des enfants hospitalisés », séance du 20 juin 1955, p. 357.

⁶⁵⁷ *Id.*

⁶⁵⁸ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Colonie de vacances », séance du 19 septembre 1955, p. 362.

⁶⁵⁹ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Séance extraordinaire du mercredi 27 septembre au Croisic », séance du 19 septembre 1955, p. 362.

⁶⁶⁰ AC, L 21, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Colonie de vacances », séance du 20 février 1956, p. 424.

⁶⁶¹ *Id.*

⁶⁶² BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Colonie de vacances », séance du 7 novembre 1956, p. 265.

⁶⁶³ AC, L 21, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « IMP colonie de St-Jean-de-Monts », séance du 17 juin 1957, p. 561.

⁶⁶⁴ AC, L 21, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Terrain de St-Jean de Monts pour la colonie sanitaire », séance du 18 mars 1957, p. 528.

⁶⁶⁵ AC, L 21, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « IMP colonie de St-Jean-de-Monts », séance du 17 juin 1957, p. 560.

3. L'arrivée de la première psychologue (1957)

En 1957, Madame Niogret, 1^{ère} psychologue de l'établissement arrive. La psychologie semble avoir fait son apparition dans l'établissement quelques années auparavant. En 1952, un étudiant suisse, licencié en psychologie, avait demandé à réaliser un stage dans l'établissement comme assistant de psychologie⁶⁶⁶. Le Dr Sizaret y est favorable. Il pense que cet assistant pourra se rendre utile en réalisant des tests⁶⁶⁷. La commission de surveillance donne son accord⁶⁶⁸. Nous ne savons pas si ce stage a eu lieu. Selon les propres termes de Madame Niogret : elle est alors « une espèce inconnue »⁶⁶⁹. Elle a alors 25 ans. Après des études de philosophie et de psychologie à la Sorbonne, elle a fait de la psychopathologie à Ste Anne dans le service de Lagache et Delay. Elle est recrutée, à la demande du Dr Conseil, par Germain Paris et via une offre d'emploi⁶⁷⁰. Elle sera la seule psychologue de l'établissement pendant 11 ans⁶⁷¹. Elle partage son temps entre l'IMP et l'hôpital psychiatrique⁶⁷². Alors que l'espace est fragmenté, elle pratique l'institution sans entrave et dispose pour ce faire d'une clé qui lui permet de passer du côté hommes au côté femmes⁶⁷³. Elle fait des groupes de paroles avec les adultes, des tests, des entretiens avec les enfants⁶⁷⁴. Elle travaille à l'école où elle participe aux sélections des candidats et donne des cours⁶⁷⁵. En 1960, le service libre, tant attendu dans l'institution psychiatrique, est inauguré pour les enfants.

4. Le service libre (1960)

En 1956, le Dr Boissin, conseiller général, déplore que les enfants de la Roche-Morna considérés comme rééducables soient toujours internés : « La Roche Morna ne doit pas être vue sous l'angle « garderie » mais sous l'angle « éducation »⁶⁷⁶.

Chose importante, le préfet lui annonce qu'il s'est entretenu avec le directeur départemental de la santé, mais aussi avec le Dr Conseil à ce sujet et qu'un service ouvert pour les enfants est à l'étude⁶⁷⁷. « Nous

⁶⁶⁶ AC, L 19, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Demande d'autorisation de stage », séance du 15 janvier 1952, p. 280.

⁶⁶⁷ *Id.*

⁶⁶⁸ *Id.*

⁶⁶⁹ Jeannine Niogret, Psychologue (1956-1995), entretien enregistré par l'Unité A1 « Genres et territoire » le 4 avril 2005.

⁶⁷⁰ Jeannine Niogret, entretien enregistré le 23 mars 2006.

⁶⁷¹ Jeannine Niogret, entretien enregistré par l'Unité A1 « Genres et territoire » le 4 avril 2005.

⁶⁷² *Id.*

⁶⁷³ *Id.*

⁶⁷⁴ Jeannine Niogret, entretien enregistré le 23 mars 2006.

⁶⁷⁵ *Ibid.*

⁶⁷⁶ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Acquisition de terrain à Sainte-Gemmes-sur-Loire », séance du 7 novembre 1956, p. 269.

⁶⁷⁷ *Id.*

voulons qu'ils soient non seulement gardés, soignés, mais plus encore : rééduqués, réadaptés pour jouer dans leurs vies d'hommes un rôle normal⁶⁷⁸. »

La même année, le conseil général décide d'ériger un service libre à la Roche Morna sous le nom d'Institut Médico-Pédagogique, section des enfants anormaux éducatibles. Il s'agit de permettre d'appliquer le placement des hôpitaux généraux⁶⁷⁹. Le projet du Dr Baruk se matérialise enfin. Est-ce un hasard s'il est inauguré dans ce lieu distinct de l'hôpital ? Le directeur propose d'appliquer le service libre à tous les pavillons de la Roche Morna⁶⁸⁰. En 1957, le ministre de la Santé publique se prononce favorablement à l'extension de ce régime aux enfants inéducables et semi-éducables « traités extra-muros⁶⁸¹ ». Seuls les « cas exceptionnels », les enfants dangereux, seront admis en service fermé, selon les principes de la loi de 1838⁶⁸². La prise en charge se diversifie. L'internement devient minoritaire. Le conseil général apprécie le geste « humanitaire » et l'encourage⁶⁸³. Une page vient de se tourner. Deux sections sont envisagées : une section de semi-éducables composée de 45 lits garçons et de 30 lits de filles et une section d'inéducables (mixte) de 45 lits⁶⁸⁴. Le service libre est effectif en 1960⁶⁸⁵. En 1959, le Dr Conseil quitte l'IMP pour un poste de médecin-directeur dans un hôpital psychiatrique nouvellement construit à Brienne-le-Château (Aube). Sa personnalité et sa volonté de changer les choses rapidement ont précipité son départ⁶⁸⁶. L'inflexion est donnée. Le service est repris par le Dr Bobé, qui a le service A des hommes. En 1961, les grilles d'évaluation des enfants changent, le Dr Bobé souhaite voir disparaître du vocabulaire de l'établissement l'expression « semi éducatible », qu'il juge « péjorative » et qui « nuit aux enfants » et « peine les familles »⁶⁸⁷. Les enfants placés à la Roche Morna sont selon lui « éducatibles » à des degrés divers. Il préfère le vocable d' « éducatible moyen » en référence au quotient intellectuel de Terman-Merrill qui se situe entre 60 et 70⁶⁸⁸.

En 1962, il demande la création d'un centre médico-professionnelle⁶⁸⁹. S'il considère que les résultats obtenus sont satisfaisants, ils apparaissent incomplets pour certains enfants qui à l'âge de 14 ou 15 ans ne peuvent entrer en apprentissage avec « des adolescents normaux⁶⁹⁰ ». Aussi préconise-t-il la création

⁶⁷⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Acquisition de terrain à Sainte-Gemmes-sur-Loire », séance du 7 novembre 1956, p. 269.

⁶⁷⁹ AC, L 21, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Service ouvert de la Roche », séance du 20 janvier 1958, p. 608.

⁶⁸⁰ *Id.*

⁶⁸¹ *Id.*

⁶⁸² *Id.*

⁶⁸³ *Id.*

⁶⁸⁴ *Id.*

⁶⁸⁵ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1960, p. 6.

⁶⁸⁶ Jeannine Niogret, Psychologue (1956-1995), entretien enregistré le 23 mars 2006.

⁶⁸⁷ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1961, p. 83.

⁶⁸⁸ *Id.*

⁶⁸⁹ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1962, p. 66.

⁶⁹⁰ *Id.*

d'un centre médico-professionnel qui, par des méthodes appropriées, permettrait de donner à ces enfants des métiers⁶⁹¹. Observons maintenant les innovations qui se déroulent dans l'hôpital.

C / Innovations

Entre 1954 et 1962, un bouleversement architectural, thérapeutique, réglementaire et organisationnel se produit. D'un point de vue architectural, les travaux se multiplient. Comment sont-ils financés ? Quels principes sous-tendent cette politique ? Quel impact ont ces travaux dans la vie des malades ?

Pour ce qui est des thérapeutiques, l'usage de la psychochirurgie et des « traitements agressifs » sont concurrencés par une montée en puissance de la chimiothérapie. La chimiothérapie, et spécifiquement les neuroleptiques, marquent une rupture dans la psychiatrie, l'institution et pour la maladie mentale. Pour quelles raisons ? Dans le même temps, l'ergothérapie est requalifiée. Un glissement s'opère de la rééducation vers la réadaptation sociale. Que révèle cette modification ?

D'autre part, sous l'influence du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, un mouvement de réforme est entamé. Quels sont ses objectifs ? Comment cette volonté de changement se matérialise dans l'institution ? Au même moment, dans l'hôpital, de nouvelles infrastructures et pratiques se développent pour les malades. Quelle sensibilité nouvelle marque ce mouvement ?

Avec l'arrivée d'un troisième médecin puis d'un quatrième, la mise en place d'une mixité soignante et surtout la création d'un service libre, les changements organisationnels foisonnent. Comment et pourquoi ces innovations apparaissent-elles à ce moment ?

1. Construire et rénover (1955-1962)

1.1. Un nouveau programme de construction (1955)

En 1955, suite à une inspection des représentants de la direction de l'Hygiène sociale, un programme de modernisation est mis au point⁶⁹². Il reprend le plan quinquennal de l'Équipement de 1951⁶⁹³. Il ne s'agit pas d'augmenter la capacité de l'hôpital dont le plafond ne doit pas excéder 1500 lits, mais de « décongestionner les services et améliorer les conditions de vie des hospitalisés ainsi que d'ajouter les éléments que nécessitent les techniques médicales nouvelles⁶⁹⁴ ». En d'autres termes, il s'agit de lutter contre l'encombrement et favoriser le confort des malades. Le programme comprend cinq projets : un service pour enfants « semi-éducables » et « inéducables » de 40 lits pour chaque sexe (sur le site de la Roche Morna), un service ouvert pour adultes de 30 lits pour chaque sexe, une unité de soins pour chaque sexe de 50 lits, un hospice psychiatrique de 50 lits pour chaque sexe. Un bloc thérapeutique

⁶⁹¹ I AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1962, p. 66.

⁶⁹² AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1954, p. 49.

⁶⁹³ *Ibid.*, p. 52.

⁶⁹⁴ *Ibid.*, p. 49.

pour la petite chirurgie est aussi inscrit⁶⁹⁵. Ce programme, estimé à 300 000 000 F, bénéficie d'un triple financement : département, état et sécurité sociale⁶⁹⁶. A ce projet, Germain Paris ajoute une dépense de 100 000 F pour un service d'admissions d'accueil⁶⁹⁷. La diversité des financements associés à la bonne santé financière de l'institution autorisent des évolutions architecturales qui répondent aux problématiques du moment.

En 1955, l'hôpital obtient les subventions pour le service des garçons « éducatifs » de 80 lits, un pavillon d'accueil de 40 lits et le service des fillettes « éducatifs » de 60 lits⁶⁹⁸.

La construction du service des garçons « éducatifs » à « la Roche » est effective en 1956 et celle des fillettes « éducatifs » en 1959⁶⁹⁹.

En 1956, une infirmerie/admission est achevée dans le service B des femmes⁷⁰⁰. Le Dr Ariste-Le-Bas considère cette création comme « une étape importante de la vie du service⁷⁰¹ ». Les principes modernes de constructions apportent une nouvelle vie aux malades : « Le nouveau bâtiment, vaste, lumineux, aux couleurs franches et aux harmonies contrastées, offre aux malades des possibilités de repos et de vie sociale qu'elles n'avaient jamais connues⁷⁰². » Le premier étage est affecté aux entrantes et aux traitements. Le rez-de-chaussée est composé de deux salles de séjour : une pour la détente des convalescentes et l'autre pour les activités de rééducation⁷⁰³.

En 1959, du côté des femmes, deux pavillons sont construits (le n° 10 de 40 lits et le n° 12 de 55 lits)⁷⁰⁴. En 1960, le pavillon n° 11 des hommes est construit (55 lits) et en 1962 le pavillon n° 7 (80 lits)⁷⁰⁵. Au total, entre 1954 et 1962, l'hôpital bénéficie de 414 lits supplémentaires : 184 lits pour les enfants (nous avons ajouté les 34 lits réalisés pour la Roche Morna en 1954) et 230 lits pour les adultes (95 pour les femmes et 135 pour les hommes)⁷⁰⁶.

1.2. L'amélioration de la situation financière, aménagement, rénovation et constructions complémentaires

Le « déverrouillage » du bâti est lié au « planisme », aux subventions mais aussi à l'amélioration de la situation financière de l'hôpital. En effet, entre 1952 et 1959, la situation financière de l'établissement

⁶⁹⁵ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1954, p. 49.

⁶⁹⁶ *Id.*

⁶⁹⁷ *Id.*

⁶⁹⁸ AC, L 31, Rapport de fonctionnement, 1955, p. 47.

⁶⁹⁹ *Centre psychothérapique départementale de Sainte-Gemmes-sur-Loire. 1843-1973, de la commission de surveillance au conseil d'administration, de l'asile d'aliénés au centre psychothérapique. 130 ans d'assistance psychiatrique en Maine-et-Loire*, 1973, p. 32.

⁷⁰⁰ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1956, p. 49.

⁷⁰¹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1959, p. 98.

⁷⁰² *Id.*

⁷⁰³ *Id.*

⁷⁰⁴ *Centre psychothérapique départementale de Sainte-Gemmes-sur-Loire. 1843-1973, de la commission de surveillance au conseil d'administration, de l'asile d'aliénés au centre psychothérapique. op. cit.*, p. 32.

⁷⁰⁵ *Id.*

⁷⁰⁶ *Id.*

est bonne. Grâce à un excédent budgétaire lié à l'augmentation de la population, l'hôpital dispose d'un fond de roulement qui lui permet le paiement rapide des salaires et des fournisseurs⁷⁰⁷. Cette situation permet d'obtenir, pour tous les marchés, des conditions intéressantes⁷⁰⁸. En 1952, le directeur et la commission de surveillance ont même décidé de diminuer de 3 % le prix de journée⁷⁰⁹, réduisant par la même la pression financière sur le département. Les achats de dommages de guerre, qui se montent à 34 699 510 F, sont absorbés par l'exercice de 1953. Déficitaire, le budget de l'hôpital redevient, l'année suivante, excédentaire⁷¹⁰. Ainsi, parallèlement au programme de 1955, l'amélioration des finances permet des rénovations de l'existant, des aménagements et des constructions sont réalisés grâce au travail des malades.

Entre 1952 et 1953, plusieurs aménagements sont réalisés. Certains procurent du loisir : ainsi une bibliothèque est installée pour les malades. D'autres permettent de médicaliser l'établissement, avec la même année la création d'un service de radiologie, l'aménagement d'une nouvelle pharmacie/laboratoire, mais aussi d'améliorer la capacité de travail des malades avec l'aménagement d'ateliers d'une surface de 2000 m²⁷¹¹. En 1955, des locaux d'« ergothérapie » sont créés dans les cours des pavillons n° 1, 2, 3, 4 et 5 des hommes (707 m²)⁷¹². En 1956, dans le service des femmes commencent des « boxages » de dortoirs⁷¹³. Germain Paris note que l'amélioration du confort dans un pavillon qui suppose le partage des dortoirs en chambres individuelles et petits dortoirs de 4 à 8 lits à pour « contrepartie » une réduction de 20 à 25 % de la capacité d'un pavillon et accentue la surpopulation des autres pavillons⁷¹⁴. Dans le pavillon qui sert d'infirmerie pour le service A des femmes, les grands dortoirs laissent place à une dizaine de chambres à un ou deux lits⁷¹⁵. Cette nouvelle organisation de l'espace permet l'hospitalisation et « la surveillance » des malades dans de meilleures conditions et notamment de « grouper ceux qui nécessitent des soins attentifs et prolongés » (comas insuliniques)⁷¹⁶.

En 1957, un service d'ergothérapie est réalisé dans les pavillons 6 et 7 des femmes (342 m²). En 1957, le pavillon n° 10 des hommes et le n° 11 des femmes sont rénovés⁷¹⁷. En 1957, Germain Paris admet que les résultats satisfaisants obtenus au compte d'exploitation tiennent par une occupation constante de

⁷⁰⁷ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1952, p. 22

⁷⁰⁸ *Id.*

⁷⁰⁹ *Id.*

⁷¹⁰ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1953, p. 24.

⁷¹¹ *Centre psychothérapique départementale de Sainte-Gemmes-sur-Loire. 1843-1973, de la commission de surveillance au conseil d'administration, de l'asile d'aliénés au centre psychothérapique, op. cit., p. 32.*

⁷¹² *Id.*

⁷¹³ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1956, p. 49.

⁷¹⁴ *Ibid.*, p. 57.

⁷¹⁵ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1957, p. 84.

⁷¹⁶ *Id.*

⁷¹⁷ *Centre psychothérapique départementale de Sainte-Gemmes-sur-Loire. 1843-1973, de la commission de surveillance au conseil d'administration, de l'asile d'aliénés au centre psychothérapique, op. cit., p. 32.*

l'hôpital à plus de 130 % de sa capacité théorique⁷¹⁸. Le surencombrement finance une partie des travaux.

En 1958, c'est le tour du pavillon n° 1 des femmes d'être pourvu d'un atelier d'ergothérapie (300 m²) et des pavillons 6, 8, 9 et 10 pour les hommes (588 m²)⁷¹⁹. La même année, une salle des fêtes de 350 places pour le théâtre et le cinéma est achevée⁷²⁰. En 1959, un terrain de sport est aménagé⁷²¹.

A partir de 1959, la situation financière se dégrade. Si globalement le résultat de l'exercice est positif, la gestion de l'année est déficitaire. Le prix de journée était inférieur au prix de revient⁷²². En 1960, le bilan de l'exercice est à nouveau déficitaire. Seulement, le budget de l'année est à nouveau excédentaire⁷²³. Un effort important est réalisé pour le personnel avec la construction de 28 logements de type « F4 » dans la cité du personnel⁷²⁴. En 1961, le déficit global atteint 351 756 F. Ce déficit tient à l'intégration d'annuité d'amortissement de 1959, et une majoration du traitement des personnels supérieure aux prévisions⁷²⁵.

En 1962, si le bilan global est toujours négatif, il n'est plus que de 188 953 F. La gestion propre de l'année est excédentaire de 162 813 F⁷²⁶. Le creux de la vague semble passé. Rénovations et constructions se poursuivent : le pavillon n° 9 des hommes est rénové⁷²⁷. La même année, un service d'ergothérapie est réalisé dans le pavillon n° 8 des femmes (130 m²)⁷²⁸. A cette date, Germain Paris attire l'attention du préfet sur le fait que la modernisation et la lutte contre l'encombrement s'opposent de façon permanente. Pour moderniser (rénover), il faut évacuer les pavillons, or pour évacuer il faut d'autres pavillons. Lorsque qu'un projet de reconstruction aboutit, le temps qui s'écoule avant sa mise en service fait que dans le même temps la population a tellement augmentée qu'à la livraison du bâtiment la situation est identique aux conditions de départ⁷²⁹. A côté du déverrouillage du bâti, la psychiatrie elle-même influence des changements importants.

⁷¹⁸ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1957, p. 31.

⁷¹⁹ *Centre psychothérapique départementale de Sainte-Gemmes-sur-Loire. 1843-1973, de la commission de surveillance au conseil d'administration, de l'asile d'aliénés au centre psychothérapique. op. cit., p. 32.*

⁷²⁰ *Id.*

⁷²¹ *Id.*

⁷²² AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1959, p. 39

⁷²³ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1960, p. 41.

⁷²⁴ *Centre psychothérapique départementale de Sainte-Gemmes-sur-Loire. 1843-1973, de la commission de surveillance au conseil d'administration, de l'asile d'aliénés au centre psychothérapique. op. cit., p. 32.*

⁷²⁵ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1961, p. 41.

⁷²⁶ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1962, p. 32.

⁷²⁷ *Centre psychothérapique départementale de Sainte-Gemmes-sur-Loire. 1843-1973, de la commission de surveillance au conseil d'administration, de l'asile d'aliénés au centre psychothérapique, op. cit., p. 32.*

⁷²⁸ *Id.*

⁷²⁹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1957, p. 61.

2. Des inflexions notables dans la vie quotidienne des malades

2.1. L'action du syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques

Au début des années 1950, le *syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques*, reprend le travail entamé sous le Front populaire. Il est l'organe d'un courant réformateur animé par de jeunes psychiatres (Bonnafé, Ey, Daumézon, Le Guillant, etc.) qui naît dans l'après guerre et qui a pour objet de réformer le dispositif asilaire et la loi de 1838. Fondé en mai 1945, il est issu de la dissolution de l'Amicale des aliénistes créée en 1907. Jean-Christophe Coffin formule l'hypothèse que la forme même du syndicat, qui supprime l'association, correspondrait à une volonté de redéfinir/réorganiser la psychiatrie à l'issue de la guerre dont elle sort moralement et matériellement blessée. Ce syndicat, qui a dans un premier temps comme secrétaire général Georges Daumézon, permet de revendiquer des réformes concernant la prise en charge des malades et de mieux défendre la psychiatrie au sein du dispositif sanitaire français⁷³⁰. La diffusion des idées se fait par une revue *L'Information psychiatrique* sous-titré *Bulletin du Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques*⁷³¹. Pour Samuel Odier, c'est une revue de combat qui n'hésite pas à guider les médecins-chefs dans l'attitude qu'ils doivent avoir vis-à-vis des conseils généraux⁷³².

Le syndicat « travaille par le haut » à la psychiatrie, en utilisant, au travers de « ses alliés » au ministère, le véhicule politique pour se donner plus de moyens et instiller le changement⁷³³. Il s'agit de contrecarrer le désarroi d'une partie de la profession⁷³⁴. Les textes qui jalonnent cette période tentent de transformer l'hôpital psychiatrique en un instrument de soin, de l'ouvrir sur la cité et d'améliorer l'existence des malades. Parmi ces textes, la circulaire de décembre 1952 rédigée par Marie Rose Mamelet⁷³⁵ et Hubert Mignot⁷³⁶ sur le « fonctionnement des hôpitaux psychiatriques » apparaît comme une « machine de guerre »⁷³⁷.

Dans ce document, le ministre de la Santé publique et de la population rappelle, dans un premier temps, un certain nombre de directives concrètes afin d'harmoniser le fonctionnement administratifs des hôpitaux psychiatriques. Dans un second temps, la circulaire vise une amélioration des conditions

⁷³⁰ Jean-Christophe Coffin, « Un syndicat en psychiatrie : une association d'intérêt ? (1945-1950) », Colloque Syndicats et association, le 25 et 26 novembre 2007.

⁷³¹ Cf. Jean Ayme, « De l'amicale au syndicat », in Jean Ayme, *Chronique de la psychiatrie publique. A Travers l'histoire d'un syndicat*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 1995 p. 19-34.

⁷³² Samuel Odier, *La fin de l'asile d'aliénés dans le Rhône et l'Isère à partir de l'exemple du Vinatier et de Saint-Egrève (1930-1955)*, Université Lyon III, 3 vol., 2004, p. 520.

⁷³³ Jean Ayme, *Chroniques de la psychiatrie publique à travers l'histoire d'un syndicat*, op. cit., p. 52.

⁷³⁴ Cf. Collectif, « Misère de la psychiatrie », Revue *Esprit*, n° 197, décembre 1952.

⁷³⁵ Marie-Rose Mamelet est chef du bureau de la psychiatrie. Fille d'un directeur administratif, elle a passé son enfance dans les hôpitaux psychiatriques. Très engagée, elle souhaite transformer les conditions de soins et de vie des malades.

⁷³⁶ Le père d'Hubert Mignot était médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Toulouse. Cf. Jean Ayme, *Chroniques de la psychiatrie publique à travers l'histoire d'un syndicat*, op. cit., p. 52.

⁷³⁷ Jean Ayme, *Chroniques de la psychiatrie publique à travers l'histoire d'un syndicat*, op. cit., p. 54.

d'existence des malades hospitalisés⁷³⁸. Le ministre insiste sur la nécessité d'affirmer « le caractère d'établissement de soin des hôpitaux psychiatriques ». A cet effet, il demande instamment la disparition des vocables « asile » et « aliénés ». Puis, il préconise des réformes comme la disparition des uniformes du personnel masculin, « survivant d'un passé dans lequel le gardiennage l'emportait sur le soin ». Selon le ministre : « les malades ne doivent plus avoir l'impression d'avoir affaire à des gardiens ». La fin des familiarités avec les malades, et une attention au régime alimentaire sont aussi demandées.

Dans un contexte d'encombrement, de meilleures conditions matérielles d'hébergement doivent être assurées par la création d'extensions nouvelles, des aménagements, mais aussi grâce à l'amélioration de l'équipement sanitaire (WC, tout à l'égout, lavabo, douches, baignoires, bidet) et l'octroi d'un trousseau pour les malades indigents (culottes, serviettes hygiéniques, soins de coiffure). L'accent est mis sur la lutte contre la « désadaptation sociale » en autorisant les malades à garder leur alliance, l'usage de leur nom patronymique et à posséder un vestiaire personnel. Des distractions (terrain de jeux et de sports, radio, TV, bibliothèque, cinéma) et des activités thérapeutiques par le travail sont aussi encouragées.

Enfin, le ministre recommande l'augmentation des effectifs du personnel médical, le chiffre d'un médecin pour 400 malades fixé par le règlement modèle de 1938 est considéré comme un minimum. Des internes, qui doivent être au même nombre que les médecins, et des pharmaciens à temps complet, doivent aussi être recrutés. Quant à l'effectif des infirmiers et infirmières, il doit être de 1 pour 15 dans les pavillons de tranquilles et 1 pour 10 dans les pavillons d'agités. Une attention particulière doit être donnée à la veille de nuit. Le personnel doit, en outre, bénéficier d'une meilleure formation professionnelle. Des assistantes sociales et des secrétaires médicales doivent être recrutées. L'équipement d'investigations médicale doit être développé : radioscopie, radiographie, électroencéphalographie, afin d'éviter les déplacements des malades qui peuvent poser des difficultés, qui sont coûteux financièrement et en personnel. Par ailleurs, la circulaire préconise l'achat de matériel pour pratiquer des examens de laboratoire et d'un appareillage médico-chirurgical. Afin de mieux suivre le fonctionnement des établissements psychiatriques, le ministre modifie les modalités de communication des rapports semestriels et annuels (administratifs et médicaux) et donne un schéma de refonte du contenu de celui-ci. En 1958, un arrêté remplace symboliquement le terme d'« aliéné », dans les différents articles du règlement intérieur type des hôpitaux psychiatriques, par celui de « malade⁷³⁹ ». Il s'agit d'effacer les derniers vestiges de l'asile. En décembre, une autre circulaire énonce que l'« humanisation des hôpitaux » doit être indexée « aux exigences de la vie moderne et à l'évolution du niveau de vie moyen »⁷⁴⁰. Dans ce contexte, y a-t-il des changements notables pour les malades ?

⁷³⁸ Circulaire n° 148 du 21 août 1952 « Fonctionnement des hôpitaux psychiatriques ».

⁷³⁹ Arrêté du 4 février 1958 relatif à l'organisation du travail thérapeutique dans les hôpitaux psychiatrique, *Journal Officiel* du 14 février 1958. Art. 2.

⁷⁴⁰ Circulaire du 5 décembre 1958 relative à l'humanisation des hôpitaux, *Journal Officiel* du 12 décembre 1958.

2.2. De nouvelles distractions et infrastructures pour les malades

Indépendamment de ces textes, à l'hôpital de Sainte-Gemmes, un certain nombre d'achats, d'infrastructures et de pratiques nouvelles soulignent une volonté d'améliorer les conditions de vie des malades, et notamment des distractions, en favorisant une continuité avec l'extérieur. En 1954, 168 livres, 2 jeux de foot de table, un équipement de portique, 3 postes TSF sont achetés⁷⁴¹.

En 1955, dans le cadre de la loi de 1901, un « Comité de patronage aux hospitalisés », est créé : « l'Espoir Angevin »⁷⁴². Il permet aux patients de bénéficier de quelques distractions et notamment d'une kermesse annuelle au mois de juin⁷⁴³. Si cette manifestation est très codifiée et surveillée, elle permet néanmoins aux malades femmes et hommes de se mélanger⁷⁴⁴. Dans le même temps, la création d'un certain nombre d'infrastructures attestent d'une volonté de créer des lieux propices aux activités : une salle des fêtes⁷⁴⁵, une salle de spectacle de 350 places pour le théâtre et le cinéma et un terrain de sport⁷⁴⁶.

Les malades commencent aussi à sortir de l'institution. En 1957, chez les femmes deux excursions en car sont réalisées : une pour les jeunes et une pour les travailleuses⁷⁴⁷. En 1958, l'expérience est reconduite ; deux promenades en car sont à nouveau organisées dont une au bord de la mer.⁷⁴⁸ Un groupe de jeunes femmes, les « Hirondelles » se réunit soirs et dimanche. Elles sortent en ville sous la conduite des religieuses et participent à des activités avec des jeunes filles de l'extérieur. Elles donnent aussi des représentations théâtrales. Lors d'une manifestation organisée par l'association Croix Marine, ce groupe obtient un prix de 2 500 F pour son enregistrement de chœurs sur bande magnétique⁷⁴⁹.

En 1960, les malades du Dr Henry vont au cinéma chaque semaine⁷⁵⁰.

Quotidiennement, ils peuvent aussi suivre des émissions télévisées⁷⁵¹. Le directeur exerce un contrôle notamment pour tout ce qui touche à l'alcoolisme. Le film *Borsalino* est censuré⁷⁵². Le Dr Baudoin (Service A des femmes) note que la télévision intéresse les malades de tout âge et de tout niveau mental⁷⁵³. Les émissions les plus suivies sont la messe dominicale et les émissions enfantines⁷⁵⁴. Le Dr

⁷⁴¹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1954, p. 45.

⁷⁴² AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Constitution d'un comité de patronage aux hospitalisés », séance 21 avril 1955, p. 324.

⁷⁴³ *Id.*

⁷⁴⁴ Jeannine Niogret, Psychologue (1956-1995), entretien enregistré le 23 mars 2006.

⁷⁴⁵ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Acquisition de terrain à Sainte-Gemmes-sur-Loire, séance du 7 novembre 1956, p. 268.

⁷⁴⁶ *Centre psychopathologique départementale de Sainte-Gemmes-sur-Loire. 1843-1973, de la commission de surveillance au conseil d'administration, de l'asile d'aliénés au centre psychothérapique. op. cit.*, p. 31

⁷⁴⁷ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1957, p. 89

⁷⁴⁸ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1958, p. 95.

⁷⁴⁹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1957, p. 88.

⁷⁵⁰ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1960, p. 92.

⁷⁵¹ *Id.*

⁷⁵² Jacques Henry, entretien enregistré le 16 mars 2006.

⁷⁵³ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1960, p. 98.

⁷⁵⁴ *Ibid.*, p. 99.

Ariste-Le-Bas (Service B des femmes) parle de « soirées agréables et goûtées⁷⁵⁵ ». En 1961, le Dr Baudoin, qui ne possède qu'une télévision dans son service, en demande une par quartier⁷⁵⁶. Il évoque des raisons pratiques et psychothérapeutiques. La présence d'un téléviseur unique nécessite de conduire les malades en groupe aux heures d'émissions et d'assurer une surveillance⁷⁵⁷. L'existence d'une télévision par quartier permettrait aux malades, « même affaiblis intellectuellement », qui ne peuvent sortir de leur chambre, de s'intéresser à certaines émissions⁷⁵⁸.

La pauvreté des lectures à la disposition des malades en dehors de la celle de la charité des infirmières et des visiteurs est dénoncé par le Dr Ariste-le-Bas⁷⁵⁹.

Du point de vue vestimentaire, dans le service du Dr Ariste-Le-Bas une maison de confection vient proposer, sur place, un choix de vêtements, fait les essayages et les retouches. Cette pratique permet aux malades d'acheter des vêtements en rapport avec leur pécule⁷⁶⁰.

A côté des ces nouvelles infrastructures et pratiques pour les malades, des changements notables se produisent dans les thérapeutiques.

3. Les thérapeutiques

3.1. Des évolutions dans l'usage

a. Un usage limité de la psychochirurgie et des traitements « agressifs »

Au milieu des années 1950, la psychochirurgie fait toujours partie de l'arsenal thérapeutique. En 1957, le Dr Conseil fait pratiquer à l'hôpital de Rennes 3 lobotomies préfrontales. L'efficacité est jugée relative : « un seul a été amélioré suffisamment pour quitter l'HP⁷⁶¹. » Après un essai chez un patron, « il a préféré rentrer à l'hôpital où il avait ses habitudes et où il pensait et pense encore avoir plus de liberté qu'à l'extérieur⁷⁶² » Le Dr Conseil ajoute, non sans une pointe d'humour : « c'est un raisonnement qui ne paraît pas tellement délirant⁷⁶³. » On observe ici la « désadaptation sociale » qui frappe les malades qui résident, on le suppose ici, depuis longtemps dans l'hôpital. La même année, le Dr Sizaret mentionne deux lobotomies sur deux femmes, les opérations ont été réalisées à Rennes et à Nantes⁷⁶⁴. En 1958, le cas d'un homme en provenance de la prison de Fontevault est notifié. Le Dr Conseil stipule qu'à la suite de l'intervention, pratiquée à Rennes, la personne a pu regagner la prison « qui nous l'avait

⁷⁵⁵ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1960, p. 107.

⁷⁵⁶ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1961, p. 95.

⁷⁵⁷ *Id.*

⁷⁵⁸ *Id.*

⁷⁵⁹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1957, p. 89.

⁷⁶⁰ *Id.*

⁷⁶¹ *Ibid.*, p. 74.

⁷⁶² *Id.*

⁷⁶³ *Id.*

⁷⁶⁴ *Ibid.*, p. 84.

confié⁷⁶⁵ ». De même les traitements dits « agressifs », s'ils sont toujours utilisés, semblent amorcer un déclin.

Entre les années 1950 et les années 1960, l'usage des « traitement agressifs semble être variables selon les services et les médecins chefs. Le danger pour le malade limite la pratique. Le Dr Conseil avoue ne pas utiliser « la vraie cure de Sakel » pour les schizophrènes. Il préfère utiliser de faibles doses. Il associe cette pratique à des électrochocs⁷⁶⁶.

En 1954, dans le service A des femmes du Dr Ariste-le-Bas, les cures insuliniques qui s'effectuent, selon elle, dans « des conditions particulièrement sportives », sont arrêtées, « faute de rendement »⁷⁶⁷. Le jeu n'en vaut pas la chandelle.

En 1958, l'usage de la cure de Sakel, de la sismothérapie et de la pyréthothérapie reste prégnant sous le plume du Dr Sizaret⁷⁶⁸ ; il oppose ces thérapeutiques à la psychothérapie qui reste « irremplaçable »⁷⁶⁹.

Lors de son arrivée, en 1959, le Dr Henry constate une régression des « thérapeutiques agressives », comme la sismothérapie et la cure de Sakel, au profit de la chimiothérapie⁷⁷⁰. Une transition s'opère. Il reconnaît cependant toute la pertinence des électrochocs sous curare pour les mélancolies graves⁷⁷¹. L'année suivante, il note qu'il n'utilise la sismothérapie que pour les mélancolies graves⁷⁷². En 1962, le Dr De Baudoin déplore un décès survenu à la suite d'un électro-choc⁷⁷³. Au même moment, l'ergothérapie est requalifiée.

b. Une requalification progressive de l'ergothérapie

Entre le milieu des années 1950 et le début des années 1960, un glissement sémantique de la (ré) éducation (former par l'éducation, la discipline) à la (ré) adaptation sociale se manifeste au travers d'une nouvelle génération de psychiatres. En 1955, Germain Paris, qui n'est pas praticien, décrit « l'ergothérapie » comme « une conception pratique » qui permet d'occuper les malades utilement aux divers aménagements de l'hôpital sous la conduite de moniteurs ou d'ouvriers spécialisés⁷⁷⁴. « Une rééducation à la fois sociale et professionnelle » qui doit permettre aux malades, à leur sortie, d'être « reclassés comme aides ouvriers dans la profession qu'ils ont eu l'occasion de connaître et d'apprendre pendant leur séjour⁷⁷⁵.

⁷⁶⁵ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1958, p. 81.

⁷⁶⁶ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1953, p. 58.

⁷⁶⁷ *Ibid.*, p. 85.

⁷⁶⁸ *Ibid.*, p. 88.

⁷⁶⁹ *Id.*

⁷⁷⁰ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1959, p. 86.

⁷⁷¹ *Id.*

⁷⁷² AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1960, p. 91.

⁷⁷³ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1962, p. 75.

⁷⁷⁴ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1955, p. 19.

⁷⁷⁵ *Id.*

Au même moment dans les services, cette vision perd de son sens. Le Dr Ariste-Le-Bas déplore que l'activité de raccommodage, bien qu'utile, soit « monotone et désespérante » : « même les plus stéréotypées de nos chroniques poussent des soupirs en voyant arriver les sacs de raccommodage⁷⁷⁶. » Elle espère pouvoir fournir prochainement « des occupations plus variées et rééducatives⁷⁷⁷ ». En 1956, le Dr Conseil rapporte qu'il a aménagé deux boxes à l'infirmerie afin d'isoler les déprimés, les confus agités et les contagieux, nivelé une cour, construit des murs de soutènement et mis en place des massifs de fleurs⁷⁷⁸. Il souligne : « Je dis *nous* car ces travaux ont été réalisés dans le cadre de l'ergothérapie et sans le concours effectif des ouvriers de l'hôpital⁷⁷⁹ ». Il poursuit : « En dehors du matériel, aucune dépense n'a été faite à part le pécule prévu pour les malades travailleurs⁷⁸⁰. » Cette dimension de l'ergothérapie semble agacer le médecin.

En 1960, à côté des « *activités traditionnelles* » qui occupent les malades lors de leur convalescence : ateliers, services agricoles, fabrique de parpaings, service économique, qui ont pour but de les réinsérer dans la société⁷⁸¹, le Dr Henry mentionne qu'« *un embryon d'ergothérapie* » a pu être créé grâce à la mise à disposition d'un petit local⁷⁸². Les travaux réalisés ont été exposés dans la salle des fêtes⁷⁸³. Il s'agit ici, sous le même vocable, de l'émergence d'une autre conception. En 1962, la différenciation est consommée. Le Dr Henry constate que la plupart des malades, durant leur séjour, sont occupés dans les services généraux et économiques, et, en substance, qu'une infime partie « profitent d'une réadaptation dans le service d'ergothérapie⁷⁸⁴ ».

Parallèlement à ce changement conceptuel, les thérapeutiques évoluent avec l'usage des neuroleptiques.

3.2. Les neuroleptiques et autres chimiothérapies : un espoir

a. Les origines

L'historien François Chast résume cette invention comme le fruit d'une conjonction heureuse entre la créativité d'un chirurgien : Henri Laborit (1914-1995), un industriel de Spécia, une filiale de Rhône-Poulenc, et le désarroi d'une discipline clinique, la psychiatrie⁷⁸⁵. Henri Laborit et son anesthésiste Pierre Huguenard, qui menaient des travaux d'anesthésiologique, cherchaient, à partir d'une hibernation artificielle associant vessies de glace et des cocktails « lytiques » (qui permettent de supprimer la dissolution d'une activité nerveuse normale ou pathologique), à obtenir une action sur le stress et le

⁷⁷⁶ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1954, p. 64.

⁷⁷⁷ *Id.*

⁷⁷⁸ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1956, p. 69.

⁷⁷⁹ *Id.*

⁷⁸⁰ *Id.*

⁷⁸¹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1960, p. 92.

⁷⁸² *Id.*

⁷⁸³ *Id.*

⁷⁸⁴ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1962, p. 71.

⁷⁸⁵ François Chast, « Maladie du cerveau, thérapeutique de l'âme », in François Chast, *Histoire contemporaine des médicaments*, Paris, La Découverte, 1995, p. 141.

choc opératoire⁷⁸⁶. Dans le cadre de cette recherche, ils synthétisent « un potentialisateur » dérivé de la phénothiazine : la chlorpromazine (4560 RP). Lors de ces expériences, il constate que non seulement elle prévient le choc opératoire, mais elle donne aussi au réveil du patient un sentiment de relâchement⁷⁸⁷. En janvier 1952, la chlorpromazine est utilisée au Val-de-Grâce pour traiter un maniaque agité. Une sédation sans sommeil est réalisée. C'est un succès, même si le mécanisme n'est pas compris⁷⁸⁸. En février, Jean Delay et Pierre Deniker utilisent à Sainte-Anne des échantillons et constatent à leur tour une efficacité palliative (non curative) pour les manifestations psychotiques et notamment sur les hallucinations. Plusieurs communications donnent une réputation internationale au produit. En octobre, la chlorpromazine est commercialisée sous le nom de Largactil (« de large action »). Delay et Deniker proposent le terme de neuroplégique qui deviendra, en 1957, neuroleptiques⁷⁸⁹. Henri Laborit fait de cette découverte le début la neuro-psychopharmacologie et des neurosciences⁷⁹⁰. Les neuroleptiques incarnent une rupture dans la psychiatrie.

b. Une rupture (1954-1962)

En 1954, le Dr Sizaret mentionne à nouveau la chlorpromazine dans une cure du sommeil⁷⁹¹. Son action sédative et hypothermisante l'inscrit naturellement dans cet usage⁷⁹². Les résultats sont jugés « appréciables », même sur des malades chroniques⁷⁹³. Il constate des « rémissions si prolongées qu'on peut parler de guérison »⁷⁹⁴. L'optimisme thérapeutique est au rendez-vous.

Les thérapies de chocs comme la sismothérapie, l'insulinothérapie et la pyrétothérapie ne sont pas disqualifiées pour autant, mais apparaissent fragilisées. Selon le Dr Sizaret, elles représentent « toujours des moyens d'actions précieux et efficaces quand les indications sont bien posées⁷⁹⁵ ».

Dans la mémoire collective des infirmiers (ières), grâce à l'usage des neuroleptiques, les cris des malades s'estompent du jour au lendemain⁷⁹⁶. Ils diminuent l'agitation psychomotrice des malades, améliorent l'ambiance et la relation soignants/soignés⁷⁹⁷. Avec la disparition des cris et de l'agitation, ce sont les signes extérieurs de la folie comme dangereuse qui s'amenuisent.

⁷⁸⁶ François Chast, « Maladie du cerveau, thérapeutique de l'âme », in François Chast, *Histoire contemporaine des médicaments*, Paris, La Découverte, 1995, p. 141.

⁷⁸⁷ *Ibid.*, p. 142.

⁷⁸⁸ On sait maintenant que les antipsychotiques bloquent les neurotransmissions dopaminergique. François Chast, « Maladie du cerveau, thérapeutique de l'âme », in François Chast, *Histoire contemporaine des médicaments*, Paris, La Découverte, 1995, p. 150.

⁷⁸⁹ Claude Quétel, *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Taillandier, 2009, p. 490.

⁷⁹⁰ Henri Laborit, *Urgences médicales*, Vol. XIII, n° 1-2, 1994, p. 14.

⁷⁹¹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1954, p. 56.

⁷⁹² Jean Ayme, *Chroniques de la psychiatrie publique. A travers l'histoire d'un syndicat*, Raimonville Sainte-Agne, Erès, 1995, p. 56.

⁷⁹³ *Id.*

⁷⁹⁴ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1954, p. 56.

⁷⁹⁵ *Id.*

⁷⁹⁶ Raymond Pourias, Infirmier (1956-1972) puis Surveillant-chef (1972-1984), Secrétaire général de la CGT (1961-1984), entretien enregistré le 19 janvier 2005.

⁷⁹⁷ Raymond Pourias, entretien téléphonique réalisé le 29 septembre 2005 (non enregistré).

L'introduction des neuroleptiques est marquée par des tâtonnements, des problèmes de dosages. La tentation d'une utilisation *universelle* pour calmer l'agitation est bientôt abandonnée. Le Dr Conseil renonce à les utiliser pour calmer « les éthyliques de la cinquantaine », à cause d'une suspicion de collapsus cardiaque létal⁷⁹⁸. Des effets secondaires indésirables apparaissent. Les effets immédiats sont la lenteur du geste, de la parole, de la marche. Des tremblements, des tachycardies, des syncopes ont pu aussi être observées. Parmi les effets secondaires tardifs, on trouve des atteintes hépatiques, gastro-intestinales, endocriniennes, cutanés (érythèmes solaires) et oculaires (pigmentation rétinienne qui peut conduire à une cécité complète) et cardiaques⁷⁹⁹.

En 1955, sous l'action de la chlorpromazine et d'un nouveau neuroleptique, cette fois issu d'un alcaloïde naturel, la réserpine⁸⁰⁰, le Dr Sizaret constate « des améliorations inattendues et spectaculaires » : « Plusieurs rémissions importantes ont permis des sorties après de nombreux mois ou même de nombreuses années de maladie. Jusqu'ici les améliorations « tiennent », mais je pense qu'il est prudent d'exiger un peu de recul pour parler de guérison⁸⁰¹. » Ces améliorations touchent essentiellement les malades atteints de psychoses chroniques⁸⁰². Enthousiaste, l'année suivante, il mentionne « des améliorations rapides, des guérisons inespérées »⁸⁰³. Il poursuit : « Nous avons ainsi la satisfaction de pouvoir rendre à la société des malades dont l'état morbide paraissait il *y a peu de temps encore au dessus des ressources de la thérapeutique*⁸⁰⁴. » C'est une rupture. En 1957, avec un recul de 4 ans, il considère que « la thérapeutique spécialisée » s'est enrichie d'« une efficacité incontestable » qui a non seulement « changé l'atmosphère d'un service » mais aussi permis de « revenir sur la notion de chronicité et d'incurabilité »⁸⁰⁵. Il y a un avant et un après les neuroleptiques.

Avec ces rémissions tardives, le Dr Sizaret constate que certaines de ses patientes « ont pu sortir et reprendre une existence sensiblement normale et gagner leur vie après 10 à 15 ans d'internement⁸⁰⁶ ». En précisant que cela pose parfois des problèmes ardues auprès des familles qui avaient tablé, depuis longtemps, sur une « hospitalisation définitive⁸⁰⁷ ». Les neuroleptiques bousculent l'ordre établi. Seulement, dans certains cas, il ne peut qu'observer la désocialisation opérée par l'hôpital psychiatrique sur certaines de ses patientes : « [Elles] ont finalement perdu le contact avec la réalité et bien que

⁷⁹⁸ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1956, p. 66.

⁷⁹⁹ Michel Tere, *La chimiothérapie retard dans l'évolution de l'hôpital psychiatrique départementale*, Thèse pour le doctorat en médecine, Faculté mixte de médecine et pharmacie d'Angers, Université d'Angers, 1970, p. 28-32.

⁸⁰⁰ La réserpine est issue des racines d'une plante que l'on trouve en Inde : la Rauwolf (*Rauwolfia serpentina*). Connue depuis l'Antiquité, ses constituants actifs font l'objet de tentatives d'extraction à partir des années 1930 par des chercheurs indiens, qui découvrent à cette occasion qu'elle présente une action hypertensive et sédatrice. La réserpine, comme agent hypertenseur et sédatif, est bientôt isolée. Elle est commercialisée en 1953. En 1956, Robert Woodward de Harvard réalise sa synthèse. Elle est qualifiée de premier tranquillisant (*Tranquillizer*). François Chast, « Maladie du cerveau, thérapeutique de l'âme », in François Chast, *Histoire contemporaine des médicaments*, *op. cit.*, p. 144-145.

⁸⁰¹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1955, p. 51.

⁸⁰² Jacques Henry, Psychiatre et psychanalyste (1959-1993), entretien enregistré le 16 mars 2006.

⁸⁰³ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1956, p. 77.

⁸⁰⁴ *Id.*

⁸⁰⁵ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1957, p. 83.

⁸⁰⁶ *Id.*

⁸⁰⁷ *Id.*

considérablement améliorées, ont acquis une mentalité asilaire irréductible dans laquelle elles se complaisent⁸⁰⁸. » Ce processus d'*asilisation*, iatrogène, est décrit par le sociologue Robert Castel comme une adaptation à un univers claustal. L'« intériorisation de la contrainte » induit l'« impuissance à vivre dans tout autre lieu »⁸⁰⁹. Ce phénomène qui conduit à une « dépossession de soi » montre la limite de l'isolement thérapeutique devenu intérieurement de longue durée et son envers, les « mécanismes » qui conduisent le malade, pour s'adapter, à se couper des autres et de lui-même.

En 1959, la chimiothérapie supprime progressivement les traitements de chocs, notamment la sismothérapie et la cure de Sakel⁸¹⁰. Il s'agit des neuroleptiques mais aussi des tranquillisants [mineurs] (anxiolytiques)⁸¹¹ et des thymoleptiques (régulateurs des fluctuations de l'humeur)⁸¹². En 1960, de nouveaux neuroleptiques comme le Majeptil, le Témentil et l'halopéridol [Haldol] font leur apparition⁸¹³.

En effet, suite à la découverte du premier neuroleptique en 1952, puis de la réserpine, d'autres ont suivi en 1959 puis 1960⁸¹⁴. Parallèlement aux neuroleptiques s'ajoutent à partir de 1954 les tranquillisants ou anxiolytiques, réducteur d'anxiété et hypnotique comme l'Equanil et la première benzodiazépine : le librium qui annonce le Valium, le Tranxène, le Lexomil⁸¹⁵. Puis en 1957, c'est le tour des antidépresseurs avec l'Iproniazide et l'Imipramine. Suite à la découverte de la chlorpromazine, la concurrence des laboratoires stimule la recherche, la course aux produits est lancée, elle préfigure des retombées financières énormes⁸¹⁶. La dimension économique de la psychiatrie s'ébauche, elle devient « un secteur clé du développement de l'industrie des médicaments »⁸¹⁷. Les laboratoires commencent à démarcher les psychiatres⁸¹⁸.

Pour consolider et compléter l'usage de ces produits, le Dr Henry préconise la psychothérapie mais aussi l'ergothérapie sous toutes ses formes⁸¹⁹. La psychothérapie ne disparaît pas avec la chimiothérapie, au contraire, elle semble, comme le suggère la psychiatre et historienne Gladys Swain, qu'il y ait interaction entre les deux⁸²⁰. En effet, l'apaisement relatif du service et du malade permet d'accorder

⁸⁰⁸ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1957, p. 83.

⁸⁰⁹ Robert Castel, « Présentation », in Erving Goffman, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minit, 1968, p. 15.

⁸¹⁰ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1959, p. 86.

⁸¹¹ Dans la classification de Delay et Deniker, le tranquillisant se différencie de la classification anglo-saxonne qui le confond avec les neuroleptiques (*Major Tranquillizer*), Postel, p. 486.

⁸¹² AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1959, p. 86.

⁸¹³ Ce neuroleptique, qui voit le jour en 1958, est un dérivé fluoré. Il est 50 fois plus puissant que la chlorpromazine. Cf. François Chast, « Maladie du cerveau, thérapeutique de l'âme », in François Chast, *Histoire contemporaine des médicaments*, Paris, La Découverte, 1995, p. 147-148.

⁸¹⁴ Claude Quélet, *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Taillandier, 2009, p. 491.

⁸¹⁵ *Id.*

⁸¹⁶ François Chast, « Maladie du cerveau, thérapeutique de l'âme », *op. cit.*, p. 146.

⁸¹⁷ *Ibid.*, p. 147.

⁸¹⁸ Jacques Henry, entretien enregistré le 16 mars 2006.

⁸¹⁹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1959, p. 86.

⁸²⁰ Gladys Swain, « Chimie, cerveau, esprit et société. Paradoxes épistémologiques de psychotropes en médecine mentale », in Gladys Swain, *Dialogue avec l'insensé*, Paris, p. 269.

plus d'attention à l'écoute et à la compréhension du discours du patient. La fonction des infirmiers et infirmières est revalorisée.

En 1961, le Dr Baudoin avoue sa difficulté à trouver les bonnes combinaisons entre les différents produits. Auparavant, si le choix s'effectuait entre Largactil et Réserpine, maintenant, avec l'inflation des produits, il doit réaliser plusieurs essais pour trouver la bonne association pour le malade⁸²¹. Le Dr Ariste-Le-Bas, de son côté, note que les traitements se sont singulièrement compliqués depuis 3 à 4 ans⁸²² : « Chaque jour, la simple rédaction du cahier de pharmacie dans chaque division demande près de deux heures. La perception et le contrôle des prescriptions à la pharmacie occupent une infirmière par division pendant environ une heure. La distribution tri-quotidienne des médicaments prend encore un temps appréciable⁸²³. » La chimiothérapie change la nature du travail psychiatrique.

En 1962, le Dr Henry constate que « l'excédent des sorties sur les entrées est dû aux rémissions tardives de malades hospitalisés depuis des années et qui ont bénéficié de l'application de nouveaux neuroleptiques. Afin de faciliter la réinsertion familiale et sociale, 164 congés d'essai, allant de quelques jours à plusieurs mois, ont été accordés au cours de cette année. Parmi ceux-ci, 53 ont été transformés en sorties définitives⁸²⁴ ». Le principe d'incurabilité des psychoses est remis en cause. Une « déchronicisation » est possible⁸²⁵. En favorisant le départ de malades depuis longtemps hospitalisés, les neuroleptiques constituent le levier qui permet d'amorcer le « désencombrement ». La même année, le Dr Henry constate, que sa volonté d'associer les nouvelles médications et la psychothérapie se heurte au manque de personnel⁸²⁶.

Tableau n° 6 : Population adulte de + de 18 ans

	1950	1951	1952	1953	1954	1955
Population des adultes au 31/12	1131	1182	1106	1115	1190	1250
Entrées des + 18	623	497	563	640	774	886
Sorties	530	494	495	414	932	1020

Sources : AC, L 31, Rapports de fonctionnement.

L'usage des neuroleptiques autorise l'externalisation des soins. Petit à petit une partie de la prescription des neuroleptiques est faite par des médecins généralistes. Parallèlement, une prise en charge ambulatoire est rendue possible. Grâce aux psychotropes, l'institution psychiatrique est réintégrée au sein de la structure médicale, l'hôpital universitaire. Selon Gladys Swain, il n'aurait pas été concevable que les services de psychiatries soient intégrés aux hôpitaux généraux, universitaires, sans les moyens de contrôles et les sédations offerts par les neuroleptiques. Non seulement la psychiatrie accède à une

⁸²¹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1961, p 102

⁸²² *Ibid.*, p. 103

⁸²³ *Id.*

⁸²⁴ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1960, p. 90.

⁸²⁵ Jacques Henry, entretien enregistré le 16 mars 2006.

⁸²⁶ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1962, p. 71.

thérapeutique comme les autres disciplines médicales, mais aussi ses patients se présentent comme les autres. La même psychiatrie peut être pratiquée dans des lieux différents⁸²⁷.

Le problème du retour au lieu de vie se pose. Le psychiatre, dans une prise en charge globale, est amené à nouer des contacts avec la famille du patient. L'action de l'assistante sociale devient primordiale⁸²⁸.

En contrepoint, les neuroleptiques, comme les traitements de choc, contiennent dans l'usage les deux ancrages de l'asile : soin/médecine et punition/gardiennage⁸²⁹. Ainsi, les électrodes et les neuroleptiques servent autant au traitement qu'à l'intimidation avec l'utilisation pour l'un de la « torpille⁸³⁰ » et pour l'autre du surdosage⁸³¹. Cet aspect sera utilisé par l'antipsychiatrie. La chimiothérapie a une incidence sur le prix de journée

c. Chimiothérapie et prix de journée

Pendant toute cette période, alors que les prix des médicaments sont stables, la croissance des achats est liée à deux facteurs : l'augmentation du nombre de malades et l'application de thérapeutiques plus nombreuses et plus onéreuses. Dans le tableau ci-dessous, l'évolution des achats pharmaceutiques, bien qu'en partie conditionnée par celle de la population, est totalement indépendante. Reste l'impact spécifique des « nouvelles thérapeutiques ». Compte tenu des éléments disponibles, il est difficile de dire quelle est la part des neuroleptiques, mais nous supposons qu'elle est importante.

Dans les prix des journées d'hospitalisation (nous avons pris ici celles des assistés), la part des médicaments va croissante.

⁸²⁷ Gladys Swain, « Chimie, cerveau, esprit et société. Paradoxes épistémologiques de psychotropes en médecine mentale », in Gladys Swain, *Dialogue avec l'insensé*, Paris, p. 275-276.

⁸²⁸ Jacques Henry, entretien enregistré le 16 mars 2006.

⁸²⁹ Elise Gatesoupe, *De l'aliéné... au malade mentale... au malade – à partir de l'histoire de l'hôpital psychiatrique de Bonneval, 1950-2004-*, mémoire de DEA « Politiques sociales et société » Université Paris 1, Panthéon-Sorbonne, 2004, p. 34.

⁸³⁰ La « torpille » consiste à passer les électrodes sur le corps du malade pour le punir. Cette « électrothérapie » serait un vestige de la Première Guerre mondiale. Elle était utilisée par des psychiatres, notamment Clovis Vincent, contre les névroses traumatiques. Cf. Didier Fassin et Richard Rechtman, *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion 2007, p. 74.

⁸³¹ Madame C, Infirmière (1960-1996), entretien enregistré le 29 février 2005.

Tableau n° 7 : Evolution des journées d'hospitalisation et des achats de produits pharmaceutiques entre 1953 et 1962

Années	Nombre des journées d'hospitalisation	Variation en %	Achats de produits pharmaceutiques en Frs puis en nouveaux Frs	Variation en %	Prix des achats par journées d'hospitalisation	Prix de journée des assistés en Frs	% du prix d'achat des produits pharmaceutiques par journée d'hospitalisation sur le prix de journée des assistés, assurés sociaux et 2 ^{ème} classe
1953	451 295		3 088 699		6,84	835	0,8 %
1954	493 388	+ 9,32	4 767 179	+ 54 %	9,66	825	1,1 %
1955	531 905	+ 7,80	7 168 171	+ 50 %	13,47	810	1,6 %
1956	568 745	+ 6,9 %	11 370 783	+ 59 %	19,99	850	2,35 %
1957	574 970	+ 1,09	13 499 937	+ 18,72 %	23,47	920	2,55 %
1958	594 090	+ 3,32	15 974 824	+ 18,33 %	26,88	920	2,99 %
1959	662 383	+ 11,47	20 023 667	+ 25,34 %	30,22	1085	2,78 %
1960	667 535	+ 0,77	30 622 681 (306 226 Nv. Frs)	+ 52,32 %	45,87 0,45	13 Nv. Frs	3,46
1961	666 334	-0,17	452 797	47,86 %	0,67	13	5,15
1962	692 653	+ 3,94	606 484	33,94	0,87	15	5,8

Sources : AC, L 31, L 32, Rapports de fonctionnement.

Alors que sous l'impact de la chimiothérapie, l'institution psychiatrique est bouleversée, d'autres inflexions se produisent aussi du côté des infirmiers/infirmières.

4. La formation professionnelle (1954-1962)

En 1954, sur les 42 inscrits en 1^{ère} années (1952) et les 10 qui ont réussi le passage en deuxième année, 8 élèves infirmiers et infirmières réussissent l'examen et obtiennent le diplôme⁸³². La formation révèle le faible niveau des candidats dont seul un infime pourcentage est capable de suivre les cours et à fortiori d'obtenir le diplôme. Avec l'arrêté du 28 juillet 1955, la formation professionnelle des infirmiers et infirmières devient non seulement obligatoire, mais aussi uniforme⁸³³. La formation dure deux ans. C'est un temps mixte qui permet une socialisation homogène entre les futurs infirmiers et infirmières. La formation comporte un volet théorique et un volet pratique. Il n'y a plus d'examen intermédiaire entre la 1^{ère} et la 2^e année. Elle est sanctionnée par un examen organisé au niveau régional⁸³⁴. Cette formation permet en outre d'uniformiser le corpus théorique-pratique de la profession et de donner un *habitus* commun aux infirmiers et infirmières. Au travers des promotions, une identité se dessine qui fait le

⁸³² AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1954, p. 17.

⁸³³ Arrêté du 28 juillet 1955, « Réorganisation de la formation professionnelle du personnel soignant des Hôpitaux psychiatriques », *Journal officiel* du 13 août 1955.

⁸³⁴ *Id.*

pont entre les quartiers de femmes et d'hommes⁸³⁵. Dans le programme sont introduits les concepts d'accueil du malade, de réadaptation sociale intra et extrahospitalières et de prophylaxie⁸³⁶.

La même année, « les attributs extérieurs de la médecine⁸³⁷ » font leur apparition dans le quartier des hommes. « Dans tous « les quartiers de soins » et de malades tranquilles, les anciens uniformes constitués par des treillis style « corvée de quartier » ont été remplacés par la blouse blanche médicale, le tablier et la coiffe d'infirmier. Cette nouvelle tenue [est] plus esthétique et plus médicale [...]. Dans les services de malades difficiles, où la blouse peut-être dangereuse, le treillis a été maintenu »⁸³⁸.

En 1956, le Dr Ariste-Le-Bas, qui assume la direction technique de l'école⁸³⁹, note que les élèves-infirmière se « montrent assidues, attentives et travaillent avec application⁸⁴⁰ ». Cependant, elle déplore l'insuffisance du niveau intellectuel des élèves⁸⁴¹. Elle remarque une différence considérable de niveau entre le stagiaire qui a suivi des cours d'adulte et qui est, de ce fait, entraîné à un exercice intellectuel régulier, et celui qui « roule sur ces acquis datant de ses 12 ans⁸⁴² ». Elle souhaiterait, avec ses collègues, que soit institué un concours d'entrée pour tous les candidats, même ceux munis du certificat d'étude⁸⁴³. En 1959, un cours d'instruction générale est créé afin de faciliter le suivi des cours professionnels⁸⁴⁴. Un certain nombre d'élèves infirmiers et infirmières, recrutés avec un CEP et même un CAP, se révèlent incapables de suivre les cours professionnels⁸⁴⁵. Il s'agit « de faciliter [...] la récupération d'éléments dévoués et pleins de bonne volonté⁸⁴⁶ ». Ces cours facultatifs seront sanctionnés par un diplôme d'un niveau « légèrement supérieur au CEP ». Ceux qui obtiennent ce niveau seront admis à suivre les cours d'infirmier l'année d'après⁸⁴⁷. Les cours sont assurés par l'instituteur-éducateur-chef et la psychologue, Madame Niogret⁸⁴⁸. Ils comprennent du calcul, du Français et des sciences, une heure deux fois par semaine⁸⁴⁹.

⁸³⁵ Jeannine Niogret, entretien enregistré le 23 mars 2006.

⁸³⁶ Arrêté du 28 juillet 1955, « Réorganisation de la formation professionnelle du personnel soignant des Hôpitaux psychiatriques », *Journal officiel* du 13 août 1955.

⁸³⁷ Elise Gatesoupe, *De l'aliéné... au malade mentale... au malade – à partir de l'histoire de l'hôpital psychiatrique de Bonneval, 1950-2004-*, mémoire de DEA « Politiques sociales et société » Université Paris 1, Panthéon-Sorbonne, 2004, p. 47.

⁸³⁸ AC, L 20, Procès-verbaux registre des délibérations de la commission de surveillance, « Vêtement de travail », séance du 21 mars 1955, p. 325.

⁸³⁹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1956, p. 86.

⁸⁴⁰ *Id.*

⁸⁴¹ *Id.*

⁸⁴² *Id.*

⁸⁴³ *Id.*

⁸⁴⁴ AC, L 21, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Création de cours d'instruction général », séance du 16 février 1959, p. 773.

⁸⁴⁵ *Id.*

⁸⁴⁶ *Id.*

⁸⁴⁷ *Id.*

⁸⁴⁸ *Id.*

⁸⁴⁹ *Id.*

Tableau n° 8 : Nombre des délivrances du diplôme entre 1954 et 1962

Années	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962
Diplômes	10 (sic) ⁸⁵⁰	12	X ⁸⁵¹	22	19	7	27	16	33

Sources : AC, L 33 bis, Rapport de fonctionnement, 1975, p. 32.

Avec les années le nombre d'obtentions de diplôme s'amplifie, professionnalisant par la même l'institution. Avec l'arrivée des 3^{ème} et 4^{ème} médecin chef, l'organisation de l'hôpital change.

5. L'arrivée du 3^{ème} et du 4^{ème} médecin chef

En 1954, sous la pression du ministre, décision est prise de créer un poste de médecin chef affecté à la Roche Morna⁸⁵². En mai 1955, alors que le troisième médecin chef n'est pas encore arrivé, le ministre de la Santé, en tenant compte du principe 1 médecin pour 400 malades, demande au conseil général d'accepter la création d'un quatrième poste. En juillet 1955, la nomination de M^{me} le Dr Ariste-Le-Bas, qui était auparavant médecin chef du quartier psychiatrique des hospices de Morlaix (Finistère), pérennise enfin le 3^{ème} poste de médecin⁸⁵³. Sa venue donne lieu à une réorganisation des services. Le Dr Sizaret reste à la tête du service des femmes, le Dr Bobé a la charge du service des hommes, et le Dr Ariste-Le-Bas dispose, dans un premier temps d'un « service mixte » composé de pavillons d'hommes et de femmes⁸⁵⁴.

En 1956, avec l'arrivée du 4^{ème} médecin chef, le Dr Félix Conseil⁸⁵⁵, l'organisation est à nouveau modifiée. Les services des hommes et des femmes sont scindés en deux. Le Sizaret prend le service A des femmes et le Dr Ariste-Le-Bas le service B. Le Dr Bobé prend le service A des hommes et le Dr Conseil le service B ainsi que l'Institut-Médico-pédagogique de la Roche-Morna, attribué initialement au Dr Bobé⁸⁵⁶.

Début 1959, le ministre de la Santé Publique attire l'attention du préfet sur la nécessité d'affecter un médecin à temps complet à l'IMP qui comprend plus 150 enfants⁸⁵⁷ (il y a en fait 240 enfants). Or, comme l'effectif des malades adultes est de 1558 en tout, soit 389,5 malades pour chaque médecin et

⁸⁵⁰ Nous avons constaté 8 lauréats.

⁸⁵¹ En 1956, il n'y a pas d'examen. Le 28 juillet 1955, l'examen devient régional.

⁸⁵² BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Création d'un troisième poste de médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire », séance du 11 mai 1954, p. 108.

⁸⁵³ AC, L 20, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Nomination de M^{me} le docteur Ariste-Le-Bas comme 3^{ème} médecin-chef », séance du 20 juin 1955, p. 358.

⁸⁵⁴ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1955, p. 58.

⁸⁵⁵ AC, L 21, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Travaux garçons la Roche et logement du médecin chef de l'IMP », séance du 16 avril 1956, p. 441.

⁸⁵⁶ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1956, p. 65.

⁸⁵⁷ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Création d'un cinquième poste de médecin », séance du 22 mai 1959, p. 136.

qu'il faudrait de ce fait maintenir quatre médecins-chefs, il s'agirait d'un nouveau poste⁸⁵⁸. Consultés les médecins de Sainte-Gemmes sont partagés quant à la création d'un cinquième poste, ils sont en revanche unanimes pour s'opposer à la création d'un poste à temps complet pour le service des enfants⁸⁵⁹. Trois raisons sont avancées : le peu d'activité du service, l'absence de malades aigus et le risque déconnexion : « de perte d'entraînement aux méthodes thérapeutiques en pleine évolution⁸⁶⁰. » Tous sont favorables à ce que le médecin des enfants ait aussi en charge un service d'adulte « aux effectifs proportionnés »⁸⁶¹. Germain Paris explique que la création d'un 5^{ème} service médical entraînera la nomination d'un cinquième médecin, la création d'une maison, mais aussi des postes de collaborateurs : internes, surveillants, secrétaire médicale, assistante sociale, etc. L'investissement de départ est estimé à 15 millions et la dépense annuelle à 6 millions⁸⁶². La commission de surveillance sursoit sa décision, d'autant qu'au même moment circule la rumeur de la création d'un deuxième établissement psychiatrique ou d'un service de désintoxication et d'un service de neuro-psychiatrie au centre hospitalier d'Angers. Ces créations auraient pour effet de réduire l'effectif de l'hôpital psychiatrique⁸⁶³. Le conseil général, tenant compte de l'avis donné par la commission de surveillance, fait de même⁸⁶⁴.

En avril 1959, avec le départ du Dr Félix Conseil, les services sont à nouveau reconfigurés. Le Dr Bobé prend 4 pavillons d'hommes (infirmerie, pensionnat, pavillon de agités et pavillon des tranquilles), définis comme le service A, et la Roche Morna qui comprend 240 enfants (130 éducatibles et 110 inéducatibles), soit un total de 517 malades⁸⁶⁵. Le service B des hommes, resté vacant, comprend le pavillon neuf de 60 lits, un quartier d'agités de 108 lits, un pavillon de séniles (145 malades) et deux quartiers de travailleurs de 134 et 75 personnes, soit en tout 522 malades⁸⁶⁶. L'effectif est largement au dessus de l'article 71 du règlement modèle de 1938. En mai 1959, le Dr Guy De Baudoin est nommé par le ministre en remplacement du Dr Conseil⁸⁶⁷. Il était médecin-chef à Hoerd (Bas-Rhin)⁸⁶⁸. Lors de sa première rencontre avec la commission de surveillance, il souhaite, et obtiendra, le service A des femmes qui va être vacant avec le départ à la retraite du Dr Sizaret⁸⁶⁹. Le quatrième médecin arrive en

⁸⁵⁸ BUA, Conseil général, 1959, 3^{ème} commission, « Création d'un cinquième poste de médecin », p. 115.

⁸⁵⁹ AC, 21, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Création d'un 5^{ème} service médical », séance du 16 février 1959, p. 774.

⁸⁶⁰ *Id.*

⁸⁶¹ *Id.*

⁸⁶² *Ibid.*, p. 775.

⁸⁶³ *Ibid.*, p. 776.

⁸⁶⁴ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Création d'un cinquième poste de médecin », séance du 22 mai 1959, p. 136.

⁸⁶⁵ AC, L 21, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Répartition des services médicaux de la division des hommes », séance du 27 avril 1959, p. 816.

⁸⁶⁶ *Ibid.*

⁸⁶⁷ AC, L 21, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Nomination du docteur De Baudoin », séance du 25 mai 1959, p. 825.

⁸⁶⁸ *Id.*

⁸⁶⁹ *Id.*

novembre 1959, il s'agit du Dr Jacques Henry, qui était médecin-chef à Blida-Joinville (Algérie)⁸⁷⁰. Il prend en charge le service B des hommes⁸⁷¹. A cette date il y a deux services de femmes, l'un tenu par le Dr De Baudouin et l'autre par le Dr Ariste-Le-Bas. Il y a aussi deux services d'hommes, le A et le B, l'un est assuré par le Dr Bobé et l'autre par le Dr Henry. Le Dr Bobé s'occupe en outre de l'Institut-Médico-pédagogique.

Tableau n° 9 : Organisation de l'hôpital au 31 décembre 1959

	Femmes		Hommes		Enfants	
	Service A	Service B	Service A	Service B	Educables	Inéducables
Médecin-chef	Dr De Baudouin	Dr Ariste-Le-Bas	Dr Bobé	Dr Henry	Dr Bobé	
Types de Pavillon et effectif	Infirmier	Accueil	Infirmier	2^{ème} Division	Inéducables garçons/filles	
	54 admissions	43 admissions	41 admissions	115 (1/2 agités)	64 garçons et 31 filles	
	Pensionnat	1^{ère} Division	Pensionnat	3^{ème} Division	Educables garçons /filles	
	41 tranquilles	169 tranquilles	102 tranquilles	151 gâteaux	105 garçons et 34 filles	
	2^{ème} Division	4^{ème} Division	1^{ère} Division	4^{ème} Division		
	131 tranquilles	81 gâteuses	109 tranquilles	138 gâteaux		
	3^{ème} Division	5^{ème} Division	6^{ème} Division	5^{ème} Division		
	46 gâteuses	36 agitées	49 agités	49 agités		
	6^{ème} Division	8^{ème} Division				
84 agitées	73 agitées					
Total	356	279	301	543	234	

Sources : AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1959, p 22-23.

En décembre 1959 puis en août 1960, le ministre de la Santé publique et de la population, demande au préfet la création d'un cinquième poste de médecin, mais aussi de deux assistantes sociales et de deux internes par médecin chef, et d'un psychologue (qui serait le ou la deuxième de l'établissement)⁸⁷². Germain Paris fait remarquer à la commission de surveillance que la création d'un cinquième service médical « entrainera automatiquement » la création de divers autres postes⁸⁷³. Aussi, il s'agit de recruter 1 médecin-chef, 6 internes (5X2 – 4 en place), 2 assistantes sociales (5-3 en place)⁸⁷⁴, 1 psychologue, 1 secrétaire médicale, 1 surveillant chef⁸⁷⁵. Indépendamment de cela, l'augmentation des journées d'hospitalisation, qui sont passées de 558 000 en 1957 à 662 000 en 1959, mais aussi la défection de 4 religieuses, chef de service de la cuisine et de la blanchisserie, nécessite la création de 28 postes : un coiffeur et une coiffeuse, 20 agents médicaux, ainsi que 4 cuisiniers et cuisinières, 1 maitresse lingère et 1 lingère⁸⁷⁶. Au final, la commission de surveillance émet un avis favorable à la création d'un cinquième

⁸⁷⁰ AC, L 21, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Installation du 4^{ème} médecin-chef », séance du 19 octobre 1959, p. 883.

⁸⁷¹ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1959, p. 84.

⁸⁷² AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Création d'emploi », séance du 12 décembre 1960, p. 131.

⁸⁷³ *Id.*

⁸⁷⁴ En 1960, deux postes d'assistantes sociales sont effectivement occupés, l'un pour les adultes et l'autre pour les enfants. Un poste est vacant. Cf. BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Création et transformations d'emploi », séance du 9 décembre 1960, p. 219.

⁸⁷⁵ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Création d'emploi », séance du 12 décembre 1960, p. 131.

⁸⁷⁶ *Ibid.*, p. 132.

service à condition que le médecin dispose d'un logement décent, et que le ministère subventionne rapidement la construction des pavillons d'enfants pour qu'un bâtiment de l'hôpital puisse être transformé en infirmerie/admissions pour le cinquième service⁸⁷⁷.

En décembre 1960, au motif qu'il n'y a toujours pas eu de construction de pavillon pour des enfants semi éducatable et inéducables et de mise en place du service libre, le financement du ministère n'étant pas assuré (subvention de 30 %), le conseil général réitère sa décision de sursoir à la création d'un cinquième service médical⁸⁷⁸.

Un conseiller général, le Dr Boissin, attire l'attention sur la situation dramatique que vivent les familles des enfants qualifiés de semi éducatables et éducatables, qu'il considère comme inéducables⁸⁷⁹. Il rappelle que ces enfants n'ont plus de place dans les établissements de Maine-et-Loire (Sainte-Gemmes-sur-Loire et Les Ricollets à Doué la Fontaine) : « Pour mettre un enfant hors d'état de nuire, il faut attendre qu'une place soit libre à l'hôpital psychiatrique. Attendre qu'une place soit libre, cela veut dire attendre la mort d'un autre enfant⁸⁸⁰. » Le conseil général accepte la création de deux postes d'internes supplémentaires et des 28 postes liés à l'augmentation des journées d'hospitalisation⁸⁸¹. En mai 1961, le ministère confirme la mise en chantier des pavillons d'enfants en 1963-1964⁸⁸².

Ces créations devaient permettre aux adultes de réintégrer les divisions 2 et 7 de l'hôpital. Sur cette base, c'est-à-dire la création de trois pavillons pour les enfants et d'un service libre⁸⁸³, la commission de surveillance et les médecins chefs, confirment, sur le principe, la création d'un cinquième service médical⁸⁸⁴. Pour les médecins chefs, il s'agit de disposer, dans chaque service, « d'une gamme d'unités de soins » permettant de répartir les malades suivants un certain nombre de catégories de maladies mentales⁸⁸⁵. Germain Paris, revenant sur l'aspect prématuré de la création conclut : « Ce médecin qui serait affecté à ce nouveau service travaillerait dans de mauvaises conditions, il deviendrait très vite un récriminateur, tout en perturbant les services actuels de ses confrères⁸⁸⁶. »

⁸⁷⁷ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Création d'emploi », séance du 12 décembre 1960, p. 132.

⁸⁷⁸ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Création et transformation d'emplois », séance du 9 décembre 1960, p. 219.

⁸⁷⁹ *Ibid.*, p. 218.

⁸⁸⁰ *Ibid.*, p. 219.

⁸⁸¹ *Ibid.*, p. 221.

⁸⁸² AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Création d'un cinquième service médical », séance du 18 septembre 1961, p. 287.

⁸⁸³ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Création d'un cinquième service médical », séance du 21 mars 1963, p. 532.

⁸⁸⁴ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Création d'un cinquième service médical », séance du 18 septembre 1961, p. 287.

⁸⁸⁵ *Id.*

⁸⁸⁶ *Id.*

En décembre de la même année, le conseil général, sur l'avis de la commission de surveillance sursoit à la décision⁸⁸⁷. Au même moment, par manque de personnel masculin, une expérience de mixité soignante est réalisée dans le service du Dr Henry.

6. Une expérience de mixité soignante en 1960

En 1960, le Dr Henry décide de faire venir des infirmières dans son service d'hommes. Son service comprend quatre pavillons : « les admissions », « les 1/2 agités », et deux pavillons de « gâteaux⁸⁸⁸. » L'effectif des malades est de 543 pour 70 soignants⁸⁸⁹ : soit 1 soignant pour 18 patients le matin et l'après midi et 1 pour 54 la nuit⁸⁹⁰. Face à la pénurie de personnel masculin, le Dr Henry persuade Germain Paris d'embaucher 10 élèves-infirmières dans son service⁸⁹¹. Les exigences de recrutement - tests psychologiques, visite médicale, absence de lunettes, taille supérieur à 1 m 62⁸⁹² - la Guerre d'Algérie et la peur du fou expliquent la rareté du personnel masculin. Les infirmières côté femmes avaient refusé de travailler dans le service B des hommes par « crainte des malades, mais aussi des infirmiers »⁸⁹³.

Indépendamment de l'expérience réalisée durant la Première et la Deuxième guerre mondiale, la mixité du personnel avait un précédent. En 1958, le Dr Conseil qui allait prendre la direction de l'hôpital psychiatrique de Brienne-le-Château (Aube) avait souhaité former des infirmières et ainsi pallier à l'absence de personnel masculin. 6 élèves infirmières stagiaires étaient alors venues dans son service. Elles sont restées dans la mémoire collective comme « Les filles de Brienne ». Cette expérience échoue au bout d'un an. Des relations autres que professionnelles s'étaient nouées entre les infirmiers et les infirmières.

Les premières élèves infirmières arrivent en janvier 1960⁸⁹⁴. Elles sont toutes affectées au pavillon le plus médicalisé, celui des « admissions ». Ponctuellement, elles font des remplacements dans le « service des travailleurs » et « le service des gâteaux » ; les autres services, jugés dangereux, leurs sont interdits⁸⁹⁵. Elles ne font pas les nuits.

Certains membres du personnel, les plus anciens, sont rétifs à leur présence. Ils n'admettent pas que les élèves infirmières parlent avec les patients et établissent des liens avec les infirmiers. Ils craignent le

⁸⁸⁷ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Création d'un cinquième service médical », séance du 21 mars 1963, p. 532.

⁸⁸⁸ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1959, p. 24.

⁸⁸⁹ *Id.*

⁸⁹⁰ *Id.*

⁸⁹¹ Jacques Henry, entretien enregistré le 14 décembre 2004.

⁸⁹² *Id.*

⁸⁹³ Raymond Pourias, infirmier (1956-1972) puis surveillant-chef (1972-1984), secrétaire général de la CGT (1961-1984), entretien enregistré le 2 mai 2003.

⁸⁹⁴ Madame C, Infirmière (1960-1996), entretien enregistré le 29 février 2005

⁸⁹⁵ *Id.*

blâme car ils doutent de la capacité des infirmières à empêcher les évasions⁸⁹⁶. Elles sont l'objet d'un bizutage en règle : « les bêtises fusaient [...] les anciens se délectaient à nous montrer des scènes d'homosexualité⁸⁹⁷. » Madame C précise : « Ce n'était en aucun cas de la sexualité, cela ne pouvait être que perversion ou un truc risible⁸⁹⁸. » Selon le psychiatre et psychanalyste Jacques Hochmann, dans les hôpitaux psychiatriques, la sexualité est « admise [...] à condition d'être déguisée, désinvestie, grotesque⁸⁹⁹ ». Au travers de ce filtre, elle devient une perversion. L'autre manière de s'en prémunir est de ne pas en parler et ainsi Madame C de conclure : « Personne n'en parlait, c'était un sujet tabou⁹⁰⁰. »

Dans un autre registre, le Dr Henry se souvient d'une rivalité dans le soin : les élèves infirmières s'approprient les soins corporels, elles ont envie de mettre en pratique les cours de l'« école d'infirmiers⁹⁰¹ ». Les infirmiers, privés de la « fonction noble », sont, selon le Dr Henry, angoissés à l'idée d'être cantonnés à un travail ingrat de surveillance⁹⁰². Pour la psychologue Pascale Molinier, l'usage de la force, dans l'univers psychiatrique, est une virilité sans gloire, car elle est l'envers du travail psychique⁹⁰³. Au final, ce n'est pas tant la présence des infirmières qui inquiètent les infirmiers mais plutôt le changement induit. Ici, c'est peut-être la sociabilité des gardiens, mais aussi la socialisation asilaire, qui sont remises en cause.

Selon le Dr Henry, outre la compensation des effectifs, les infirmières apportent une nouvelle dimension thérapeutique dans le service. Ainsi, alors que les soignants sont obligés d'être psychothérapeutes, certains ont peur de s'entretenir avec les patients, peur de se dévoiler, les infirmières, quant à elles, ont plus de facilité⁹⁰⁴. De plus, devant les infirmières, certains malades sont plus réservés : « il y a quelque chose de l'ordre de la séduction⁹⁰⁵. » La même année, profitant des nouvelles promotions d'infirmiers et d'infirmières, plus malléables que les anciennes, le Dr Henry modifie les horaires du personnel en faisant tourner les équipes sur les trois temps de travail : le matin, l'après-midi et la nuit⁹⁰⁶. Seulement, en décembre 1961, huit des dix élèves infirmières sont affectées dans les services de femmes sans raison officielle. Pour Madame C, des liaisons entre infirmiers et infirmières expliquent cette affectation. Une rumeur se répand : « On couchait avec les infirmiers d'abord, [...] puis les malades et cela se passait dans les baignoires⁹⁰⁷. » Cette rumeur, qui prend appui sur une relation entre soignants, perçue comme incestueuse, libère le fantasme de la relation

⁸⁹⁶ Jacques Henry, Psychiatre et psychanalyste (1959-1993), entretien enregistré le 14 décembre 2004.

⁸⁹⁷ Madame C, Infirmière (1960-1996), entretien enregistré le 29 février 2005

⁸⁹⁸ *Id.*

⁸⁹⁹ Jacques Hochmann, *Pour une psychiatrie communautaire, thèses pour une psychiatrie des ensembles*, Paris, Seuil, 1974, p. 115.

⁹⁰⁰ Madame C, Infirmière (1960-1996), entretien enregistré le 29 février 2005

⁹⁰¹ Jacques Henry, entretien enregistré le 7 septembre 2005.

⁹⁰² Jacques Henry, entretien enregistré le 14 décembre 2004.

⁹⁰³ Pascale Molinier, « Faire l'homme dans un travail de femme : souffrance et défense des infirmières psychiatriques », in Michèle Fernand et Catherine Marry (dir.), *Du côté des hommes*, document de travail, n° 1, Paris, CNRS-MAGE, 1999, p. 51.

⁹⁰⁴ Jacques Henry, entretien enregistré le 16 mars 2006.

⁹⁰⁵ *Id.*

⁹⁰⁶ Jacques Henry, entretien enregistré le 27 avril 2003.

⁹⁰⁷ Madame C, Infirmière (1960-1996), entretien enregistré le 29 février 2005.

soignantes/patients et révèle l'angoisse de la mixité. Seules deux infirmières, « les plus âgées [...], celles à qui on avait rien à reprocher », resteront dans le service⁹⁰⁸.

Pour les élèves infirmières qui vont dans le service des femmes, l'accueil est très froid. Pendant les deux premiers mois, elles ne sont pas autorisées à sortir du pavillon⁹⁰⁹. Amendement, punition ? A cette occasion, Madame C peut comparer la sociabilité et les pratiques entre les services d'hommes et de femmes, le contraste entre un service de femmes très marqué par la règle religieuse et un service d'homme plus libéral.

Tout d'abord, chez les femmes, les postes clés de surveillantes chefs sont occupés par des religieuses : « on ne pouvait plus rien faire⁹¹⁰. » *A contrario*, dans le service des hommes, elles avaient le droit de faire les soins⁹¹¹. De plus, avec les religieuses, le port du voile est obligatoire⁹¹². Celui-ci, selon Pierrette Lhez, « ne permet ni fantaisie ni coiffure personnalisée », « il rappelle la religieuse tout en étant démocratique [...], il signe l'ordre moral de l'hôpital »⁹¹³. Chez les hommes, seuls la blouse et le tablier sont obligatoires⁹¹⁴. Outre cette mixité, la naissance d'un service libre pour les adultes constitue une autre innovation.

7. La naissance du service libre pour les adultes (1962)

7.1. Une lente maturation

Le projet d'un service ouvert à l'hôpital de Sainte-Gemmes est ancien. L'extension aux militaires démobilisés et autres civils du service de neuropsychiatrie de guerre avait échoué. Dans l'après Deuxième Guerre mondiale, les médecins - directeurs, le Dr Sizaret et le Dr Bobé, émettent à nouveau le souhait de créer « un service ouvert ». L'obstacle semble matériel. La disposition des bâtiments en « deux blocs hospitaliers » l'un pour les hommes et l'autre les femmes « ne paraît pas apte à une telle installation en l'état »⁹¹⁵.

En 1949, le ministre de la Santé relance la création des « services libres »⁹¹⁶. Les malades traités dans un service ouvert doivent être assimilés aux malades en traitement dans un service ordinaire d'hôpital, notamment en ce qui concerne les conditions d'admission, de sortie et la gestion des biens⁹¹⁷. Le ministre insiste sur la nécessaire intervention de la loi de 1838 lors du passage entre le service ouvert et

⁹⁰⁸ Madame C, Infirmière (1960-1996), entretien enregistré le 29 février 2005.

⁹⁰⁹ *Id.*

⁹¹⁰ *Id.*

⁹¹¹ *Id.*

⁹¹² *Id.*

⁹¹³ Pierrette Lhez, *De la robe de bure à la tunique pantalon. Etude sur la place du vêtement dans la pratique infirmière*, Paris, InterEditions, 1995, p. 79.

⁹¹⁴ Madame C, Infirmière (1960-1996), entretien enregistré le 29 février 2005.

⁹¹⁵ AC, L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945, p. 64.

⁹¹⁶ Circulaire n° 6 du 1^{er} mars 1949, « Organisation des services libres pour le traitement des malades mentaux ».

⁹¹⁷ *Id.*

le service fermé. Enfin, afin d'assurer son indépendance géographique, il demande que le service ouvert soit situé en annexe de l'hôpital psychiatrique. Une dénomination spéciale est préconisée. A cette occasion, le Dr Sizaret rappelle que l'existence d'un tel service à Sainte-Gemmes, pour les hommes et les femmes, achoppe sur l'indépendance géographique du service ouvert par rapport au service fermé et, de façon concomitante, la séparation des hospitalisés en service libre et ceux hospitalisés en service fermé : « Il n'existe pas, en effet, à proximité de l'Hôpital Psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire, d'immeuble ou de propriété pouvant être affectés à un tel usage. Il rappelle que « la disposition des locaux hospitaliers en deux blocs, l'un pour les hommes, l'autre pour les femmes, ne permet pas la séparation souhaitée des psychopathes, internés ou non⁹¹⁸. » A défaut d'une nouvelle construction, le Dr Sizaret suggère d'utiliser l'existant. Pour les femmes, il pense à l'utilisation du pavillon de l'infirmerie, le seul bâtiment séparé de l'ensemble ; pour les hommes il évoque « le dernier pavillon », qui a une entrée séparée⁹¹⁹. Malgré l'économie qui pourrait en résulter, le Dr Sizaret évoque la nécessité d'aménagements intérieurs pour supprimer le dortoir et faire des chambres séparés⁹²⁰. S'il est souhaité, dans un contexte marqué par la nécessité de grands travaux, le service libre n'apparaît pas comme prioritaire. A défaut d'une construction *ex nihilo*, la transformation de l'existant semble faire obstacle.

En 1951, une nouvelle circulaire clarifie plusieurs points concernant « les services libres⁹²¹ ». Conformément à la circulaire antérieure, le ministre se montre satisfait de la réalisation d'un certain nombre de services ouverts. Cependant, il déplore leur assimilation à une clinique ouverte analogue à celle des hôpitaux ordinaires. L'esprit est d'éviter au malade l'internement tout en lui assurant les soins appropriés. Aussi il ne doit pas y avoir de différence dans les frais d'hospitalisation et le fonctionnement technique par rapport aux services fermés. Bien qu'isolé, le service ouvert est rattaché à l'hôpital. Or il constate que dans certains hôpitaux, chaque médecin réclame son service ouvert, dans d'autres on prévoit un personnel spécialisé, et dans la quasi-totalité des cas, il est demandé un prix de journée parfois 150 % au dessus de celui appliqué dans les services fermés. Comme nous avons pu le remarquer avec le PVG, on assiste à un détournement de l'esprit du service ouvert. Afin de mettre fin à ces « errements » le ministre décide que les services ouverts seront maintenant dénommés *service libres* pour éviter toute confusion. Bien qu'indépendant topographiquement, le service libre doit s'inscrire dans le cadre général administratif de l'hôpital et le prix de journée pratiqué doit être le même. Enfin la tenue du service doit être confiée à un seul médecin.

⁹¹⁸ AC, L 39, Compte moral et administratif, 1948, p. 12.

⁹¹⁹ *Id.*

⁹²⁰ *Id.*

⁹²¹ Circulaire n° 41 (Santé), du 28 février 1951 relative au fonctionnement des services libres des Hôpitaux psychiatriques.

En 1955, suite à une inspection des représentants de la direction de l'Hygiène sociale dans le cadre d'un programme de modernisation, la question du service libre est évoquée⁹²². L'objectif visé par le service libre n'est pas d'augmenter la capacité de l'hôpital psychiatrique, dont le plafond est de 1500 lits, mais au contraire de « décongestionner les services fermés et améliorer les conditions de vie des hospitalisés » et d'« ajouter des éléments que nécessitent des techniques médicales nouvelles »⁹²³. En 1956, le ministère de la Santé et de la Population « donne son accord pour la création en dehors de l'hôpital d'un service libre pour les psychopathes légers »⁹²⁴. Le préfet et le conseil général donnent leur accord pour que l'hôpital fasse l'acquisition d'une parcelle hors de l'enceinte de l'hôpital (sans doute le terrain Boumier)⁹²⁵. Parallèlement, le conseil général décide de transformer le service des enfants de la propriété de la Roche Morna en service libre médico-pédagogique⁹²⁶. Il ne reste plus qu'à dresser les plans⁹²⁷. Les quatre médecins-chefs sollicités demandent la création d'« un service de 50 lits pour chaque sexe et en deux unités distinctes⁹²⁸ ». Ils souhaitent que 50 % des chambres soient à deux lits et le reste en petits dortoirs de 3 à 5 lits⁹²⁹. En 1958, le ministère de la Santé publique donne son aval au projet⁹³⁰. En 1960, un terrain adjacent vient compléter le terrain Boumier⁹³¹. En octobre 1960, à l'invitation des services ministériels, la commission de surveillance accepte la création d'un service *provisoire* en attendant la construction du service extra-muros⁹³².

7.2. Les résistances masquées

En 1957, Jean Sauvage, président de la commission de surveillance, rappelait que la création de services libres hors du régime de la loi de 1838 et pour les psychopathes non dangereux, a été retardée, depuis plusieurs années dans le département, par l'impossibilité matérielle de constituer « une section isolées⁹³³ ». Indépendamment de cela, plusieurs autres facteurs contribuent à l'inertie. Ils sont d'ordres juridico-administratifs, pratiques et liés à la représentation même de la folie. Juridico-administratif car le service libre fait cohabiter, au sein de l'hôpital psychiatrique, des malades de statuts différents. Pratique,

⁹²² AC, L 21, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Création de services ouverts pour les enfants et adultes », séance du 21 janvier 1957, p. 517.

⁹²³ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1955, p. 46.

⁹²⁴ BUA, JP43, Conseil général, 1956, Rapports supplémentaires, « Acquisition du terrain à Sainte-Gemmes-sur-Loire, p. 36.

⁹²⁵ AC, L 21, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Création de services ouverts pour les enfants et adultes », séance du 21 janvier 1957, p. 517.

⁹²⁶ *Id.*

⁹²⁷ *Id.*

⁹²⁸ *Id.*

⁹²⁹ *Id.*

⁹³⁰ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Avant projet pour construction d'un service libre ouvert extra-muros », séance du 20 mars 1961, p. 231.

⁹³¹ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Implantation du service libre – Achat du terrain Vigan », séance du 12 septembre 1960, p. 130.

⁹³² AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Création d'un service libre provisoire pour les malades adultes des deux sexes », séance du 19 juin 1961, p. 263-264.

⁹³³ AC, L 21, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Création de services ouverts pou les enfants et adultes », séance du 21 janvier 1957, p. 516.

car il induit des comportements, attitudes et usages proches de l'hôpital : liberté de mouvement, possibilité de refuser les traitements, de garder ses affaires privées, qui autorise un confort, une intimité. Enfin le service libre apporte une modification profonde de la relation entre le soignant et le soigné, le eux/nous⁹³⁴. Au final, avec le service libre, ce sont les fondements de l'asile, en rupture (isolement) et disciplinaire qui se brouille.

Avec le service libre, on assiste au dernier rebondissement d'une diversification de la prise en charge des malades indexé à la pluralité de la folie, initié par le retour à l'esprit de loi de 1838 avec l'utilisation du placement volontaire gratuit (l'internement de malades indigents non dangereux) réalisé en 1912 par le Dr Baruk la réalisation des dispensaires et l'auto-placement. En 1958, le ministère de la Santé publique donne son aval pour la construction du service libre extra-muros⁹³⁵. En 1960, un terrain adjacent au terrain Boumier est acheté par l'hôpital⁹³⁶. En attendant la réalisation d'un service libre extra-muros, un service intra-muros ouvre ses portes.

7.3. Le lancement du service libre intra-muros

En octobre 1960, la commission de surveillance accepte la création d'un service *provisoire* intra-muros en attendant la construction d'un service extra-muros⁹³⁷. Cette décision a été prise « à l'invitation des services ministériels⁹³⁸ ». Y a-t-il eu une injonction ? Le service comprend 100 lits : 50 pour les hommes (25 dans le service A et 25 dans le service B) et 50 pour les femmes (25 dans le service A et 25 dans le service B)⁹³⁹. Les malades peuvent être au compte du département de Maine-et-Loire, des familles et des organismes de Sécurité sociale⁹⁴⁰. Dans la limite des places disponibles, des malades des autres départements peuvent être accueillis⁹⁴¹. Le service est assuré par le médecin chef assisté d'un personnel spécialisé recruté dans « les gens de l'établissement⁹⁴² ». La nouveauté : les conditions d'admission et de sortie sont identiques à celles des hôpitaux ordinaires⁹⁴³. Ce contournement de l'internement, attendu depuis les années 1920 par les psychiatres de l'hôpital, devient réalité. L'admission est faite par le directeur sur présentation d'un certificat médical du médecin traitant et une confirmation du médecin-

⁹³⁴ Claude Forget, Attaché de direction (1960-1992), entretien réalisé et enregistré par l'Unité A1 « Genres et territoire » (Eléonore Lafond, Benjamin Brovelli, Patrick Martin-Mattera et Vincent Guérin), 2005.

⁹³⁵ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Avant projet pour construction d'un service libre ouvert extra-muros », séance du 20 mars 1961, p. 231.

⁹³⁶ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Implantation du service libre – Achat du terrain Vigan », séance du 12 septembre 1960, p. 130.

⁹³⁷ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Création d'un service libre provisoire pour les malades adultes des deux sexes », séance du 19 juin 1961, p. 263-264.

⁹³⁸ *Id.*

⁹³⁹ *Ibid.*, p. 265.

⁹⁴⁰ *Id.*

⁹⁴¹ *Id.*

⁹⁴² *Id.*

⁹⁴³ *Ibid.*, p. 266.

chef⁹⁴⁴. Une fiche d'admission comprenant les renseignements pour l'identification du malade est réalisée⁹⁴⁵. Le directeur ordonne la sortie à la demande du médecin-chef, du malade ou de sa famille⁹⁴⁶. Si le médecin s'y oppose, la sortie se fait après signature d'une attestation désengageant l'hôpital⁹⁴⁷. Il s'agit de ce prémunir contre tout accident après la sortie. Aucun passage entre services libre et fermé n'est possible⁹⁴⁸. Les malades du service fermé qui peuvent intégrer le service libre devront dans un premier temps sortir définitivement du service fermé pour ensuite être admis en service libre⁹⁴⁹. L'étanchéité est totale.

Ce nouveau statut des malades induit de nouvelles pratiques. Les malades gèrent leurs biens. Ils peuvent soit déposer leurs argent, bijoux, objet de valeur, etc. à la garde de l'administration, soit les conserver « à leur risque et périls⁹⁵⁰ ». De même, s'ils le désirent, ils peuvent conserver leur linge et vêtements personnels⁹⁵¹. Dans ce cas, ils en assument l'entretien. Les prix de journée (1^{ère} classe et régime commun) sont identiques à ceux appliqués aux malades relevant de la loi de 30 juin 1838⁹⁵². Le rapporteur, au nom de la commission, émet le souhait que ce service, lorsqu'il sera implanté extra-muros, contribuera aux malades mentaux légers à se faire soigner « avant qu'il ne soit trop tard » en dépassant « l'appréhension de l'internement »⁹⁵³. Quel bilan est fait au bout de la première année ?

7.4. Une première année de fonctionnement

Durant l'année 1962, 276 adultes (167 hommes et 109 femmes) passent par le service libre⁹⁵⁴. Alors que la durée moyenne de l'hospitalisation dans les services fermés est de 209 jours, dans le service libre elle n'a été que de 56 jours⁹⁵⁵. Le type de population, les « psychopathes légers », explique cette spécificité⁹⁵⁶. Le Dr Ariste-Le-Bas constate que l'ouverture du service libre favorise l'augmentation du nombre de névroses, de désadaptés⁹⁵⁷, mais aussi qu'il ouvre des possibilités prophylactiques : « Il permet de traiter plus précocement les malades en instance de rechute qui acceptent plus volontiers d'y rester⁹⁵⁸. » Le service libre permet de capter une « population périphérique », de soigner plus précocement mais aussi

⁹⁴⁴ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Création d'un service libre provisoire pour les malades adultes des deux sexes », séance du 19 juin 1961, p. 266.

⁹⁴⁵ *Id.*

⁹⁴⁶ *Id.*

⁹⁴⁷ *Id.*

⁹⁴⁸ *Id.*

⁹⁴⁹ *Id.*

⁹⁵⁰ *Id.*

⁹⁵¹ *Id.*

⁹⁵² *Id.*

⁹⁵³ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Création d'un service libre provisoire », séance du 8 novembre 1961, p. 105.

⁹⁵⁴ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1962, p. 3.

⁹⁵⁵ *Ibid.*, p. 58.

⁹⁵⁶ *Id.*

⁹⁵⁷ *Ibid.*, p. 79.

⁹⁵⁸ *Id.*

de garder plus facilement les malades. Le Dr Baudoin précise qu'alors que « les malades jouissent du maximum de liberté » ; cette première expérience s'est passée sans incident⁹⁵⁹. La liberté des malades, tant redoutée, n'a pas généré les incidents escomptés. Il note que parmi les entrées, beaucoup étaient d' « anciens malades venus spontanément se faire hospitaliser⁹⁶⁰ ». Parallèlement au service libre, le Dr Baudoin a ouvert, tous les jeudis après-midi, une consultation postcure à la disposition de ses anciennes malades et des autres personnes⁹⁶¹.

Tableau n° 10 : Evolution des premières admissions en % entre 1960 et 1963

Années	PO	PV	PL	Total	PO %	PV %	PL %
1960	56	645	105	806	7	80	13
1961	94	729	88	911	10	80	10
1962	63	677	374	1114	6	61	34
1963	39	687	296	1022	4	67	29

Sources : AC, L 31, L 32, Rapports de fonctionnement.

Entre 1961 et 1962, l'ouverture du service libre pour les adultes fait passer le placement libre de 10 % à 34 % des premières admissions. De manière concomitante, le placement libre fait « fondre » l'internement en placement volontaire. Un changement de nom s'impose.

Epilogue : « le centre psychothérapeutique de Maine-et-Loire » (1962)

En 1962, Jean Sauvage exprime que la mise en place d'un service libre pour les adultes, les rénovations et les succès thérapeutiques qui donnent « un équipement complet pour le traitement de toutes les catégories mentales », ont contribué à atténuer « les préjugés défavorables » sur les hôpitaux psychiatriques⁹⁶². Ce changement doit se répercuter dans la dénomination⁹⁶³. Il serait, selon lui, « opportun psychologiquement » de changer l'appellation des services de l'établissement départemental⁹⁶⁴. Jean Sauvage informe que « cette formule » a déjà été adoptée par des hôpitaux psychiatriques. Il cite Fleury-Les-Aubrais, Nancy, Sarreguemines, Ste Anne et Quimper⁹⁶⁵. En accord avec le directeur et les médecin-chefs, il propose trois nouvelles dénominations.

Pour le service fermé des adultes : Centre psychothérapeutique de Maine-et-Loire ; pour le service ouvert des adultes : Clinique psychothérapeutique départementale ; et enfin pour le service des enfants : Centre

⁹⁵⁹ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1962, p. 73.

⁹⁶⁰ *Id.*

⁹⁶¹ *Ibid.*, p. 76.

⁹⁶² AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Proposition de nouvelle dénomination de l'établissement », séance du 15 janvier 1962, p. 353.

⁹⁶³ *Id.*

⁹⁶⁴ *Id.*

⁹⁶⁵ *Id.*

départemental de neuro-psychiatrie infantile⁹⁶⁶. Le ministre de la Santé publique donne son accord aux deux premiers⁹⁶⁷.

Conclusion

Entre 1954 et 1962, une conjonction de phénomènes accélère le processus de changement et offre de nouvelles perceptives. Avec l'amplification des moyens de financement exogènes et endogènes, on assiste à un « déverrouillage » du bâti qui favorise des réalisations immédiates, modernes, qui offrent plus de confort thérapeutique et social.

L'aliénation comme catégorie massive se fragmente. L'évolution de la perception de l'enfant permet d'inaugurer un lieu distinct, qui par ces innovations influe sur l'hôpital psychiatrique. La Sécurité sociale dissocie psychiatrie, folie et indigence. Au travers d'une amélioration du bien-être général des malades entamée dans l'après-guerre (hygiène, distractions, confort), de la naissance d'un service social, c'est maintenant avec l'ergothérapie que l'image de l'aliéné à rééduquer est disloquée au profit d'un malade à réinsérer.

Dans le même temps, sous l'action du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, une psychiatrie réformatrice reprend l'offensive. Un certain nombre de textes ministériels encourage le changement.

Tous ces phénomènes, préexistants, se retrouvent au milieu des années 1950, catalysés, amplifiés par des découvertes dans la chimiothérapie qui contribuent & remodeler l'image de la psychiatrie, celle de la folie, mais aussi la vie institutionnelle. La perception du fou comme dangereux est entamée. La prise en charge ambulatoire est facilitée. Par le médicament, la folie et la psychiatrie se retrouvent médicalisées. Pour la première fois, on assiste à l'émergence d'un optimisme thérapeutique. Avec la diminution de l'agitation, du bruit, de la chronicité, la vie institutionnelle change, les relations entre soignants et soignés s'améliorent et deviennent plus thérapeutiques. C'est dans ce contexte qu'apparaît, localement, un service libre pour adultes qui, à son tour, induit de nouvelles pratiques et une nouvelle perception des malades.

Latéralement, un mode de revendications des infirmiers/infirmiers de plus en plus politisé se développe. Il va marquer la décennie 1960 et le début des années 1970.

⁹⁶⁶ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Proposition de nouvelle dénomination de l'établissement », séance du 15 janvier 1962, p. 353.

⁹⁶⁷ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Nouvelle dénomination de l'établissement », séance du 18 juin 1962, p. 420.

Chapitre III. Une transition vers l'inconnu (1963-1970)

Introduction

Dans les années 1960-1970, le monde est en pleine effervescence, la psychiatrie n'est pas en reste. Une véritable transition institutionnelle se produit. Alors que la chimiothérapie et le service libre se conjuguent, quelle sont les changements, les répercussions ?

En 1965, le Dr Colmin nouvellement arrivé met en place une psychothérapie collective dite institutionnelle. Qu'a-t-elle de singulière ?

Parallèlement, les neuroleptiques atteignent leur maturité. Comment cela se manifeste-t-il ?

A l'échelle nationale et locale, des revendications couvent. En 1968, c'est l'explosion. Que s'est-il produit dans l'hôpital et dans la psychiatrie en général ? Y a-t-il eu des avancées notables pour les malades, les soignants ? Des problèmes restent-ils en suspens ?

A / Evolution concernant les malades (1963-1970)

Entre 1963 et 1970, la population des malades subit une véritable mutation quantitative et qualitative. Que révèle l'analyse des statistiques ? Quels sont les effets corrélés ? Que révèle l'étude spécifique des alcooliques ?

Les années 1960 sont dominées par le problème récurrent de l'encombrement. Si du point de vue matériel, les constructions et les rénovations se poursuivent, elles entretiennent l'encombrement. Comment expliquer ce paradoxe ? Face à l'encombrement, un certain nombre de projets innovants font leur chemin comme un foyer postcure, une hospitalisation de nuit et l'ouverture du service libre. De quelle manière peuvent-ils lutter contre l'encombrement ? Que révèle l'évolution des activités proposées aux malades ?

1. Une mutation quantitative et qualitative

1.1 Développement du service libre et décréue des journées d'hospitalisation

Si le nombre des journées d'hospitalisation va croissant entre 1963 et 1968, à partir de 1969 on observe un point de bascule et l'amorce d'une décréue. Parallèlement à ce phénomène, la répartition entre internement (placement d'office, placement volontaire) et service libre se modifie. Dans la partie

« ascendante », entre 1963 et 1968, alors que le placement d'office diminue et que le placement volontaire se maintient, le service libre augmente. A partir de 1969, alors que les journées d'hospitalisation diminuent, le placement volontaire entame à son tour une décrue. Seul le placement libre continue à croître.

En 1963 l'internement représentait 81 % (13 % pour le placement d'office et 68 % pour le placement volontaire) et le service libre 17 %, en 1970 il ne représente plus que 65 % (5 % pour le placement d'office et 60 % pour le placement volontaire) contre 33 % pour le service libre. L'internement comme mode de prise en charge asilaire s'efface progressivement au profit d'un mode de prise en charge hospitalier : le service libre.

Tableau n° 1 : Evolution du nombre des journées d'hospitalisation entre 1960 et 1970

Années	Total	PO	PV	SL
1960	667 535	127 852	449 408	90 275
1961	666 334	104 703	470 601	91 030
1962	692 653	98 971	478 683	114 999
1963	719 016	96 435	495 922	126 659
1964	735 835	90 231	485 231	160 373
1965	734 999	64 967	500 664	169 368
1966	748 233	75 555	504 738	167 940
1967	750 575	68 985	508 443	173 147
1968	759 506	61 854	512 356	185 296
1969	738 859	55 019	489 019	194 841
1970	720 298	40 879	435 465	243 954

Sources : Hélène Michot, *Approche épidémiologique en psychiatrie*, Thèse de doctorat en médecine, Université d'Angers, 1982, p. 12.

Tableau n° 1 bis : Evolution du nombre des journées d'hospitalisation entre 1960 et 1970 en %

Années	Total	PO	PV	SL
1960	100	19	67	14
1961	<i>Id</i>	16	71	14
1962	<i>Id</i>	14	69	17
1963	<i>Id</i>	13	69	18
1964	<i>Id</i>	12	66	22
1965	<i>Id</i>	8	68	23
1966	<i>Id</i>	10	67	22
1967	<i>Id</i>	9	68	23
1968	<i>Id</i>	8	67	24
1969	<i>Id</i>	8	66	26
1970	<i>Id</i>	6	60	34

Sources : Hélène Michot, *Approche épidémiologique en psychiatrie*, *Op. cit.*, p. 14.

L'observation des 1^{ères} admissions, qui amorcent le changement, révèle, dans un premier temps, une transition rapide entre 1962, date de la l'ouverture du service libre des adultes, et 1969, date à laquelle

L'internement et le service libre devient *ex aequo* à 50 %, puis, dans un second temps, l'« effondrement » en 1970 de l'internement au profit du service libre avec 28 % pour 74 % des 1^{ères} admissions.

Tableau n° 2 : Evolution des premières admissions en % entre 1960 et 1970

Années	PO	PV	PL	Total	PO %	PV %	PL %
1960	56	645	105	806	7	80	13
1961	94	729	88	911	10	80	10
1962	63	677	374	1114	6	61	34
1963	39	687	296	1022	4	67	29
1964	36	583	399	1018	4	57	39
1965	39	467	342	848	5	55	40
1966	36	593	314	943	4	63	33
1967	31	609	321	961	3	63	33
1968	29	600	365	994	3	60	37
1969	54	502	501	1057	5	47	47
1970	74	177	718	969	8	18	74

Sources : Hélène Michot, *Approche épidémiologique en psychiatrie, op. cit.*, p. 20.

Avec le développement du service libre, mais aussi de façon sous-jacente à la chimiothérapie, des effets corrélés sont induits.

1.2. Effets corrélés et inter-agissants

a. Diminution de la durée des séjours et augmentation des réadmissions

Grâce au développement du service libre, les malades passent de moins en moins de temps à l'hôpital. Alors que la durée moyenne des séjours diminue tangiblement à partir de 1965, entre 1968 et 1970, le phénomène s'accroît.

Tableau n° 3 : Durée moyenne des séjours entre 1963 et 1970

Années	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
DMS en jours	215	216	209	205	197	193	185	177

Sources : Hélène Michot, *Approche épidémiologique en psychiatrie, op. cit.*, p. 25.

L'observation des réadmissions à moins de 6 mois montre à partir de 1969 une augmentation notable. Si les malades passent moins de temps dans l'établissement, il revient plus souvent.

Tableau n° 4 : Evolution des réadmissions à moins et plus de 6 mois entre 1960 et 1970

Années	Moins de 6 mois		Plus de 6 mois	Total
	Nombre	%		
1960	119	36	212	331
1961	91	33	184	275
1962	102	32	221	323
1963	120	33	242	362
1964	139	36	246	385
1965	290	47	325	615
1966	216	31	474	690
1967	392	49	411	803
1968	309	37	428	837
1969	404	48	428	832
1970	607	59	425	1032

Sources : Hélène Michot, *Approche épidémiologique en psychiatrie, op. cit.*, p. 22.

b. Diminution de la moyenne journalière des malades hospitalisés

Si on prend maintenant la moyenne journalière des malades hospitalisés (nombre de journées d'hospitalisation de l'année/365 jours) on constate que les phénomènes observés font progressivement baisser l'effectif moyen de l'établissement. Ici encore l'année 1968 apparaît comme le point de bascule.

Tableau n° 5 : Moyenne journalière des malades hospitalisées entre 1960 et 1970

Années	Total	PO	PV	SL
1960	1828	350	1231	247
1961	1825	286	1292	247
1962	1897	271	1311	315
1963	1969	264	1358	347
1964	2015	247	1329	439
1965	2013	178	1372	463
1966	2049	207	1383	459
1967	2056	185	1393	478
1968	2080	169	1404	507
1969	2074	151	1340	533
1970	1973	112	1193	668

Sources : Hélène Michot, *Approche épidémiologique en psychiatrie, op. cit.*, p. 16.

Jusqu'en 1968, la population résidente au 31 décembre s'apprécie du fait du différentiel entre les admissions et les sorties, au profit de premières. A cette date, elle atteint son acmé avec 2110 malades. Puis, à partir de 1969, elle commence à fléchir, alors que la population traitée continue d'augmenter par le biais du service libre. A ce moment, les sorties prennent le pas sur les admissions/réadmissions.

Tableau n° 6 : Evolution de la population entre 1963 et 1970

Années	Décès	Admissions	Sorties	Pop au 31 décembre	Pop Traitée	Tx de décès en %	Tx des admissions en %	Tx de sortie en %	Différentiel en %
1963	110	1384	1230	1998	3338	3	41	37	1
1964	87	1403	1263	2051	3401	3	41	37	2
1965	89	1468	1407	2023	3519	3	42	40	-1
1966	97	1640	1477	2089	3663	3	45	40	2
1967	106	1758	1656	2085	3847	3	46	43	-0,10
1968	110	1832	1710	2110	3917	3	47	44	0,31
1969	94	1930	1878	2068	4040	3	48	46	-1
1970	82	2001	2028	1959	4069	2	49	50	-3

Sources : AC, L 32, L 33 bis, Rapports de fonctionnement.

Au travers des statistiques du Dr Henry, les seules disponibles, observons une population type : les alcooliques.

c. Une évolution spécifique : l'alcoolisme

Un mouvement en deux temps est observable. En 1963, avec plus de 56 % des admissions, le nombre de buveurs en cure de désintoxication va croissant dans le service B des hommes du Dr Henry⁹⁶⁸. Cette augmentation des entrées est liée, selon le Dr Henry, à l'action des mouvements d'anciens buveurs comme Vie Libre et Croix d'Or qui permettent « un dépistage plus large et plus précoce »⁹⁶⁹. Le développement de « cette fructueuse collaboration » permet de diminuer le nombre de délires alcooliques aigus et de *délirium tremens*⁹⁷⁰. Le pourcentage des névroses diminue au profit d'états névrotiques⁹⁷¹.

Tableau n° 7 : Evolution du nombre d'alcooliques chroniques (en dehors des psychoses alcooliques) dans le service B des hommes en %

Années	1962	1963	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970
SF	165	194	128	100	125	122	94	?	?
SL	47	37	64	71	40	50	81	?	?
Total	212	231	192	171	165	172	175	Pas de rapport	Pas de rapport
% des admissions	49 %	56 %	52 %	54 %	43 %	42 %	41	Pas de rapport	Pas de rapport

Sources : AC, L 32, Rapport de fonctionnement.

⁹⁶⁸ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1963, p. 70.

⁹⁶⁹ *Ibid.*, p. 71.

⁹⁷⁰ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1964, p. 71.

⁹⁷¹ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1966, p. 68.

A partir de 1966, le nombre de malades alcooliques diminue dans les admissions. Ce déclin s'explique par l'accroissement des cures ambulatoires dans le cadre des centres de prophylaxie mentale (dispensaires) et par la coopération des mouvements d'anciens buveurs⁹⁷². L'alcoolique se trouve pris dans un réseau, dans lequel le psychiatre est partie prenante, qui permet une prise en charge précoce, et aussi de lutter contre la rechute. Une composante de l'asile se dissipe petit à petit. Autre phénomène, les pensionnaires de la Sécurité sociale deviennent majoritaires

1.3. Les pensionnaires de la Sécurité sociale deviennent majoritaires

Sur cette période, les assistés au compte de l'Etat et des collectivités locales et les pensionnaires au compte des familles de 2^e classe diminuent, alors que les pensionnaires de la Sécurité sociale deviennent majoritaires. La prise en charge asilaire est dépassée. Si cette période est marquée par l'amorce d'une diminution du nombre des hospitalisés, elle reste dominée par le problème de l'encombrement.

Tableau n° 8 : Répartition des journées d'hospitalisation entre 1962 et 1970 (effectifs et %)

Années	Assistés					Pensionnaires			Total des journées
	Maine-et-Loire	Etat	Divers départements	Divers ministères	Assistance publique	Sécurité sociale	1 ^{ère} classe	2 ^e Classe	
1963	265 403	14 325	23 919	517	13 968	377 524	4 401	18 959	719 016
1964	261 063	17 420	20 238	534	16 484	393 636	6 166	20 294	735 835
1965	250 713	13 712	21 142	179	24 222	399 455	6 347	19 229	734 999
1966	253 478	12 513	21 561	481	25 340	407 761	5 712	21 387	748 233
1967	250 267	12 988	21 452	183	27 938	410 230	6 946	20 571	750 575
1968	243 351	12 107	20 184	209	31 674	427 735	4 744	19 502	759 506
1969	225 138	13 323	19 260	323	34 521	429 529	3 151	13 634	738 879
1970	130 210	13 519	8 769	90	31 825	524 413	1 857	9 443	720 126

Années	Assistés					Pensionnaires			Total des journées
	Maine-et-Loire	Etat	Divers départements	Divers ministères	Assistance publique	Sécurité sociale	1 ^{ère} classe	2 ^e classe	
1963	37	2	3	0,07	2	53	1	3	719 016
1964	35	2	3	0,07	2	53	1	3	735 835
1965	34	2	3	0,02	3	54	1	3	734 999
1966	34	2	3	0,06	3	54	1	3	748 233
1967	33	2	3	0,02	4	55	1	3	750 575
1968	32	2	3	0,03	4	56	1	3	759 506
1969	30	2	3	0,04	5	58	0,43	2	738 879
1970	18	2	1	0,01	4	73	0,26	1	720 126

Sources : AC, L 31, L 32, L 33 bis, Rapports de fonctionnement.

⁹⁷² AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1968, p. 70

2. L'encombrement (1963-1968)

2.1. Les manifestations de l'encombrement

En 1967, Le Dr Ariste-le-Bas résume la vie d'un service surpeuplé : « Un œil sur la cote d'alarme des effectifs, l'autre scrutant dans les quartiers toute malade susceptible d'être transférée en hospice, ne serait-ce que pour quelques semaines, afin de laisser la place à une entrante, nous brassons les individus et effectuons des changements à la chaîne pour recevoir une admission ou assurer surveillance et traitements particuliers (agitées, malades fatiguées, cures spécialisées). Le roulement se fait vite et bien souvent les entrantes partent précocement avec des traitements massifs et une instabilité qui nécessite multiplication des contrôles de postcure, échange abondant de correspondance et de coups de téléphone avec la famille, le médecin-traitant, l'assistante sociale... et parfois, en dépit de tous les efforts, des réadmissions qui pourrait être évitée si nous avions la place voulue et aussi un nombre raisonnable de médecins pour s'occuper des malades⁹⁷³. » Elle ajoute : « Les malades, qui partent en permission, sont maintenant certaines de ne pas retrouver leur place au retour⁹⁷⁴ ! » Avec la problématique de l'encombrement persiste celle de la présence du malade chronique. Selon le Dr Bobé, leur nombre élevé, et la nature des troubles mentaux empêchent les sorties dans les familles ou dans les hospices⁹⁷⁵. De manière générale, il déplore les difficultés rencontrées lors des placements dans des hospices cantonaux : « Nos malades y sont mal acceptés en raison du préjugé persistant sur les maladies mentales ; mal tolérés, ils sont surveillés sans indulgence et, le plus souvent, vite ramenés à l'hôpital psychiatrique⁹⁷⁶. » Parmi les réponses possibles pour lutter contre cet encombrement, un cinquième poste de médecin est créé.

2.2. La création d'un cinquième poste de médecin (1963-1964)

En mars 1963, le ministre de la Santé publique et de la population attire à nouveau l'attention du préfet en stipulant qu'un cinquième médecin est nécessaire à l'hôpital de Sainte-Gemmes en fonction du nombre de malades traités⁹⁷⁷. La commission de surveillance considère que l'ouverture de ce service ne sera possible que lorsque les trois pavillons d'enfants projetés seront achevés et auront libérés deux unités d'adultes, et que le pavillon de service libre sera créé⁹⁷⁸.

⁹⁷³ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1967, p. 71.

⁹⁷⁴ *Id.*

⁹⁷⁵ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1963, p. 66.

⁹⁷⁶ *Id.*

⁹⁷⁷ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Création d'un cinquième service médical », séance du 21 mars 1963, p. 532.

⁹⁷⁸ *Id.*

Les quatre médecins maintiennent leur position : l'état actuel des locaux ne permet pas la répartition des hospitalisés en cinq services, il faut donc attendre la fin des travaux⁹⁷⁹. Le bâti fait obstacle. Germain Paris préconise déjà un 6^e poste de médecin. Son argumentation est révélatrice de la coupure avec le centre médico-pédagogique : il s'agit d'éviter un service d'enfants autonomes, qui écarterait « le médecin de la psychiatrie active⁹⁸⁰ ».

En avril, le conseil général se déclare favorable à la création du 5^{ème} médecin du fait du nombre de malades dans l'établissement, mais également des besoins de plus en plus grands des consultations mentales dans les dispensaires. Ces derniers sont victimes de leur succès. Toutefois, suivant les arguments de la commission de surveillance et des médecins, il demande que cette création ne se fasse pas avant l'achèvement des travaux⁹⁸¹ ». La création d'un 6^{ème} médecin, jugé indispensable pour la répartition des malades, est repoussée, dans l'immédiat, à cause du nombre de pavillons disponibles⁹⁸². Un médecin doit disposer d'un pavillon d'admission/accueil avec infirmerie et de trois pavillons pour répartir les malades « selon les soins qu'ils nécessitent⁹⁸³ ». En septembre 1963, un logement provisoire est réservé dans la cité du personnel pour le 5^{ème} médecin, en attendant la création d'une maison composée de deux logements dans le bourg de Sainte-Gemmes⁹⁸⁴. C'est une condition *sine qua non* pour la création d'un poste. La loi de 1838 exige que le médecin soit hébergé par l'hôpital. Ce texte fait obstacle à la lutte contre l'encombrement, ou plutôt il le conditionne.

En novembre, Germain Paris et les quatre médecins décident de la répartition des hommes en trois services : A, B et C. Le Dr Bobé prend le service A, qui comprend les pavillons d'enfants, soit 300 lits, et deux pavillons d'adultes (l'infirmerie de 52 lits et le pavillon Séguin de 98 lits) soit au total 450 lits⁹⁸⁵. Le Dr Henry prend la tête du service B qui comporte un pavillon d'accueil de 50 lits ainsi que les divisions 5, 6, 7 et 15, soit 421 lits⁹⁸⁶. Enfin, le service C est attribué au nouveau docteur, il comprend le pensionnat et les 2^e, 3^e, 4^e et 8^e divisions soit 430 lits⁹⁸⁷. La 3^{ème} division, en cours de construction, sera l'infirmerie/ accueil du service⁹⁸⁸

En 1964, Le Dr René Dubois prend la tête du service C des hommes⁹⁸⁹. La création de ce service permet de diminuer proportionnellement les admissions des deux autres services d'hommes⁹⁹⁰.

⁹⁷⁹ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Création d'un cinquième service médical », séance du 21 mars 1963, p. 532.

⁹⁸⁰ *Id.*

⁹⁸¹ BUA, JP43, Procès-verbaux des délibérations du conseil général, « Création d'un 5^{ème} service médical », séance du 24 avril 1963, p. 38.

⁹⁸² *Ibid.*, p. 39.

⁹⁸³ *Id.*

⁹⁸⁴ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Création d'un cinquième service médical », séance du 16 septembre 1963, p. 597.

⁹⁸⁵ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Répartition des malades avec le 5^{ème} service médical », séance du 18 novembre 1963, p. 643.

⁹⁸⁶ *Id.*

⁹⁸⁷ *Id.*

⁹⁸⁸ *Id.*

⁹⁸⁹ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1964, p. 65.

⁹⁹⁰ *Id.*

Seulement, le Dr Dubois reste peu de temps, il part en 1965⁹⁹¹. Le Dr Bobé prend le relais⁹⁹². Au final, c'est seulement à partir de novembre 1965, avec la nomination du Dr Colmin, que le service se pérennise⁹⁹³. Une autre réponse à l'encombrement, indissociable de celle vue précédemment, repose sur l'évolution du bâti.

2.3. L'évolution du bâti entre 1963 et 1970

En 1963 et 1970, les constructions et les rénovations se multiplient. Plusieurs types de constructions peuvent être distingués. En 1966, pour le loisir des malades, une cafétéria et un foyer-cantine de 150 places sont réalisés⁹⁹⁴. En 1969, deux pavillons intra-muros sont construits pour les médecins⁹⁹⁵. En 1970, le bloc médico-chirurgical est enfin réalisé⁹⁹⁶.

Entre 1964 et 1965, au centre médico-pédagogique, trois pavillons sont construits : un pavillon de 57 lits, un de 50 lits et un autre de 30 lits⁹⁹⁷. En 1970, un terrain de sport est aménagé⁹⁹⁸. En 1964, fait important, Germain Paris remarque une stagnation des admissions adultes (+ 29 par rapport à 1963). La population augmente essentiellement grâce aux enfants arrivés en grand nombre lors de la mise en service des trois pavillons neufs⁹⁹⁹.

Dans l'enceinte de l'hôpital, entre 1963 et 1970, dix pavillons sont rénovés (quatre du côté des hommes et six du côté des femmes¹⁰⁰⁰). En 1970, quatre nouveaux pavillons sont construits : deux de 52 lits intra-muros et deux extra-muros de 50 lits pour la clinique (un pour chaque sexe à chaque fois)

Entre 1963 et 1970, la capacité de l'établissement est augmentée de 137 lits pour les enfants et de 204 pour les adultes. Comment expliquer la persistance de l'encombrement ? Indépendamment de l'évolution de la population, plusieurs facteurs aggravants contribuent à saturer les pavillons.

⁹⁹¹ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1965, p. 15.

⁹⁹² *Ibid.*, p. 75.

⁹⁹³ AC, L 23, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Remboursement frais de déménagement du Dr Colmin », séance du 15 novembre 1965, p. 969.

⁹⁹⁴ *Centre psychothérapique départementale de Sainte-Gemmes-sur-Loire. 1843-1973, de la commission de surveillance au conseil d'administration, de l'asile d'aliénés au centre psychothérapique. op. cit.*, p. 32.

⁹⁹⁵ *Id.*

⁹⁹⁶ *Id.*

⁹⁹⁷ *Id.*

⁹⁹⁸ *Id.*

⁹⁹⁹ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1964, p. 59.

¹⁰⁰⁰ *Id.*

2.4. Facteurs aggravants

a. Rénovations et diminution de la capacité hospitalière

En 1964, l'encombrement est exacerbé par la modernisation simultanée de trois pavillons (un chez les hommes et deux chez les femmes) dont les malades ont été répartis dans les pavillons restants¹⁰⁰¹. Fait paradoxale à première vue : la rénovation entraîne l'encombrement. Germain Paris précise que « les médecins-chefs et la commission de surveillance ont opté pour cette formule expéditive de la modernisation au prix d'une gêne plus grande momentanément¹⁰⁰² ». De fait, le Dr Henry se plaint de ce surencombrement « qui nuit à l'efficacité de l'action socio-psychothérapeutique¹⁰⁰³ ».

De même, le Dr Ariste-Le-Bas (côté femmes) constate que malgré la rotation plus rapide des hospitalisations des malades aiguës, mais aussi l'envoi précoce en maison de convalescents et le transfert des vieillards en hospice, son service est à nouveau encombré¹⁰⁰⁴. Ce propos nous rappelle que les transferts vers d'autres structures constituent un autre levier pour lutter contre l'encombrement. Par ailleurs, les bâtiments rénovés, lorsqu'ils autorisent un retour des malades, ont perdu leur capacité d'antan. En 1965, Germain Paris mentionne que les trois pavillons d'adultes rénovés ont perdu 20 % de leur capacité hospitalière. Du même coup deviennent impossibles « les bourrages qui étaient autrefois possibles dans les vastes dortoirs¹⁰⁰⁵ ». Dans un mémoire sur l'histoire de l'hôpital psychiatrique de Fains, un interne fait le même constat : « Le grand dortoir rendait moins sensible la surcharge numérique¹⁰⁰⁶. » Le blocage des admissions au centre médico-pédagogique contribue aussi à saturer les services des enfants.

b. Un blocage des admissions au Centre médico-pédagogique

En 1965 une circulaire ministérielle recommande de ne pas placer des adolescents de moins de 16 ans dans les services d'adultes (contre 14 ans auparavant). Il résulte de cette application des sorties limitées et, faute de place, un blocage des admissions au centre médico-pédagogique¹⁰⁰⁷. En 1967, malgré les 360 lits de l'établissement, le placement des enfants mentalement déficients pose problème¹⁰⁰⁸. Germain Paris pense que la création par l'Education Nationale de deux écoles de perfectionnement avec internat

¹⁰⁰¹ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1964, p. 59.

¹⁰⁰² *Id.*

¹⁰⁰³ *Ibid.*, p. 73.

¹⁰⁰⁴ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1965, p. 82.

¹⁰⁰⁵ *Ibid.*, p. 58.

¹⁰⁰⁶ Yvan Bart, *Contribution à l'étude du devenir d'un hôpital psychiatrique ancien (Centre Hospitalier Spécialisé de Fains)*, Thèse de médecine, Université de Nancy, 1985, p. 6.

¹⁰⁰⁷ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1965, p. 67.

¹⁰⁰⁸ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1967, p. 60.

est susceptible, à la rentrée de 1968, de dégager quelques lits au CMP en opérant un glissement en faveur des débilés moyens et des débilés profonds qui ne peuvent être accueillis et traités dans d'autres établissements¹⁰⁰⁹. Le statut des médecins, le recrutement et le turn over sont aussi des facteurs d'encombrement.

c. Statut des psychiatres, recrutement et turn over

En 1965, compte tenu de la population des malades et de son mouvement, Germain Paris renouvelle son souhait de voir la création d'un 6^{ème} poste de médecin. Il en envisage déjà un 7^{ème}¹⁰¹⁰. Malheureusement, ces créations de postes se heurtent toujours à la nécessité de loger les médecins¹⁰¹¹. Selon la loi de 1838, les médecins-chefs doivent être hébergés dans l'établissement. A cet égard, il fonde un espoir sur l'assimilation prochaine des psychiatres à la deuxième catégorie des médecins hospitaliers à temps plein, et la disparition de fait de leurs avantages en nature. Le recrutement serait ainsi dissocié de la nécessité de leur procurer un logement¹⁰¹².

En 1966, le service libre est enfin achevé, mais l'ouverture est différée : les conditions fonctionnelles d'exploitation des locaux n'ont pas été arrêtées par le corps médical et le recrutement du personnel pose problème¹⁰¹³.

En 1967, le Dr De Baudoin, part pour l'hôpital psychiatrique de Rouffach et n'est pas remplacé¹⁰¹⁴. Les quatre autres médecins doivent, à tour de rôle, assurer son remplacement en plus de leur services déjà saturés avec près de 400 malades¹⁰¹⁵. A cette date, avec un nombre de journées d'hospitalisation de 750 575, et en tenant compte d'une capacité règlementaire de 1673 lits, la surpopulation est évaluée à 23 % par rapport aux normes en vigueur¹⁰¹⁶. Le recrutement d'un 6^{ème} et 7^{ème} médecin permettrait d'abaisser à 300 le nombre de malades par service¹⁰¹⁷. C'est seulement en septembre 1968 que le Dr Gaston Josse le remplace le Dr Baudoin¹⁰¹⁸. En 1968, la création d'un sixième service médical est à nouveau différée faute de pouvoir loger son titulaire. La création d'un septième service est prévue pour le quatrième trimestre 1969¹⁰¹⁹.

Avec la loi du 31 juillet 1968, le statut des psychiatres est modifié, l'obstacle au recrutement est levé. Le nouveau statut ne lie plus la création d'un poste médical à un logement de fonction. En janvier 1969, le

¹⁰⁰⁹ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1967, p. 60.

¹⁰¹⁰ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1965, p. 59.

¹⁰¹¹ *Id.*

¹⁰¹² *Id.*

¹⁰¹³ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1966, p. 59.

¹⁰¹⁴ *Ibid.*, p. 18.

¹⁰¹⁵ *Ibid.*, p. 60.

¹⁰¹⁶ *Id.*

¹⁰¹⁷ *Id.*

¹⁰¹⁸ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1968, p. 18.

¹⁰¹⁹ *Ibid.*, p. 63.

Dr Claude Martin prend le service A des femmes en remplacement du Dr Gaston Josse¹⁰²⁰. En avril de la même année, le Dr Monique Martin prend en charge le service C des femmes (6^{ème} poste créé)¹⁰²¹. La création de postes de psychiatres-assistants est maintenant envisagée¹⁰²².

Germain Paris relève que les créations de postes alourdissent les charges hospitalières par les dépenses nouvelles et par la réduction des journées d'hospitalisations pour service qu'elles induisent¹⁰²³. Il demande « aux autorités de tutelle » d'en tenir compte lors de la présentation du prix de journée¹⁰²⁴. En 1970, la nomination du septième psychiatre, qui doit assumer des fonctions hospitalo-universitaire, est encore différée, cette fois pour des « raisons corporatives¹⁰²⁵ ».

Outre la création de postes et l'évolution du nombre de pavillons, plusieurs projets sont formulés pour endiguer l'encombrement : un foyer postcure, une hospitalisation partielle de nuit et un service libre extérieur.

2.5. Un foyer postcure, une hospitalisation partielle et un service libre extérieur

En 1962, afin de répondre à l'encombrement des pavillons, et indépendamment de « la simple surveillance dans les dispensaires » et des placements en hospice, le Dr Henry suggère la création d'un centre de postcure et de réadaptation¹⁰²⁶. Ce centre, à proximité de l'hôpital mais aussi de la ville d'Angers, permettrait « une réinsertion socioprofessionnelle progressive et plus efficace »¹⁰²⁷. Il s'agit d'améliorer le « circuit postcure/réadaptation pour accroître les sorties »¹⁰²⁸. A cette date, l'hygiène mentale et la postcure n'existent dans le département qu'au travers des dispensaires et des consultations réalisées à l'hôpital d'Angers dans certains services¹⁰²⁹.

En 1964, un projet se concrétise : un foyer de postcure ainsi qu'une hospitalisation partielle de nuit sont envisagés¹⁰³⁰. Le service d'hospitalisation partielle serait composé de 30 lits pour les adultes hommes sans famille. Dans les deux cas, il s'agit de poursuivre le traitement « après la thérapeutique active et la réadaptation sociale contrôlée¹⁰³¹ ». La même année, le service libre se matérialise. L'adjudication d'un service libre extra-muros de 100 lits en 4 unités de soins est réalisée. L'« exploitation » est annoncée pour l'année 1966¹⁰³². Tous ces bouleversements induisent de nouvelles inquiétudes.

¹⁰²⁰ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1969, p. 18.

¹⁰²¹ *Id.*

¹⁰²² *Ibid.*, p. 61.

¹⁰²³ *Id.*

¹⁰²⁴ *Id.*

¹⁰²⁵ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1970, p. 60.

¹⁰²⁶ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1962, p. 71.

¹⁰²⁷ *Id.*

¹⁰²⁸ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1963, p. 72.

¹⁰²⁹ *Ibid.*, p. 78.

¹⁰³⁰ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1964, p. 60.

¹⁰³¹ *Id.*

¹⁰³² *Id.*

3. Interrogations résiduelles

3.1. Diminution de la population et du budget

En 1970, face à la diminution des journées d'hospitalisation, Germain Paris manifeste son inquiétude sur le plan budgétaire. Entre 1969 et 1970, il y a eu 18 500 journées d'hospitalisation en moins (20 000 entre 1968 et 1969), le manque à gagner est évalué à 700 000 F¹⁰³³. Ce « trou dans les rentrées financières » se produit alors que les dépenses sont en augmentation, notamment celles concernant le personnel (promotion de 1968 et 1969), et que l'activité des services s'accroît avec une augmentation notable des admissions qui passent entre 1969 et 1970 de 1878 à 2001¹⁰³⁴.

La durée moindre des séjours, fait que malgré l'augmentation des admissions, les journées d'hospitalisation diminuent. Si Germain Paris se montre satisfait de la réduction de la durée moyenne des hospitalisations, des avantages sociaux accordés au personnel soignant et des mesures préconisées pour l'humanisation des hôpitaux, il demande des moyens financiers¹⁰³⁵. Pessimiste, il redoute l'accroissement du phénomène avec l'application de la sectorisation, un projet de découpage du département pour prendre en charge plus précocement le malade dans son lieu de vie, et la multiplication des soins à domicile : « Les rentrées financières s'atténueront encore, mais les frais généraux, personnel compris, ne seront pas en régression¹⁰³⁶. ». A cet effet, il demande une augmentation du prix de journée. La « liberté » nouvelle des malades est aussi une source d'inquiétude.

3.2. Assouplissement, humanisation et responsabilités

En 1967, Germain Paris, faisant le constat de nouvelles méthodes basées sur la « liberté » des malades mentaux tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'établissement, met en garde sur cette orientation qui n'est « pas sans risque ». Il mentionne le drame de Perray-Vaucluse où un médecin et un malade ont perdu la vie¹⁰³⁷. En octobre 1967, un malade avait blessé par arme à feu un infirmier et tué un médecin, le Dr Yves Bertherat, il avait ensuite blessé un malade et retourné l'arme contre lui¹⁰³⁸. Cet événement avait provoqué un « coup de tonnerre dans le monde psychiatrique¹⁰³⁹ ». Le Dr Bertherat venait de rédiger dans la revue *Esprit* un article sur la violence dans les hôpitaux psychiatrique¹⁰⁴⁰.

Selon Germain Paris, la loi de 1838 conçue comme une loi d'assistance et de police qui place le malade dans la situation juridique de mineur n'est pas modifiée par « les circulaires d'assouplissement et

¹⁰³³ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1970, p. 59

¹⁰³⁴ *Id.*

¹⁰³⁵ *Id.*

¹⁰³⁶ *Ibid.*, p. 60.

¹⁰³⁷ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1967, p. 61.

¹⁰³⁸ Jean Ayme, *Chronique de la psychiatrie publique. A travers l'histoire d'un syndicat*, *op. cit.*, p. 142.

¹⁰³⁹ *Ibid.*, 144.

¹⁰⁴⁰ *Ibid.*, 143.

d'humanisation ainsi que les tolérances »¹⁰⁴¹. Le problème de la délimitation des responsabilités devant la juridiction pénale et civile est soulevé¹⁰⁴². Il demande un nouveau cadre législatif¹⁰⁴³.

Autre point d'inquiétude, le service libre amène l'établissement à accueillir une nouvelle population qui a de nouvelles exigences.

3.3. Le service libre : nouvelle population, nouvelles exigences

Alors que le service libre représente, entre 1963 et 1970, environ 24 % des journées d'hospitalisation en moyenne¹⁰⁴⁴, l'exigence de ses malades s'accroît et pèse sur la pratique. Le Dr Ariste-Le-Bas dans le service B des femmes témoigne de plaintes formulées sur l'alimentation : « Il s'agit le plus souvent de névrosées, déprimées, souvent anorexiques et difficiles souffrants de troubles digestifs, habituées à un choix restreints d'aliments¹⁰⁴⁵. » Selon elle la dénomination de clinique psychothérapique induit une confusion avec les cliniques chirurgicales et fait espérer « des petits plats de légumes savamment assaisonnés et des desserts variés, légers, présentés de façon appétissante [...]. Nous ne pouvons que leur offrir en remplacement un beefsteak quotidien dont la présentation au bout de quelques jours, provoque dégoût et répulsion et, pour les régimes, un boule compacte de poireaux ou de salades vertes, servie sans assaisonnement, amenant vite à des réactions et des récriminations¹⁰⁴⁶ ». Le Dr Ariste-Le-Bas préconise, devant l'augmentation du nombre des malades en service libre, et avant l'ouverture du service libre extérieur, de prendre « des mesures diététiques¹⁰⁴⁷ ». Symptomatique du changement qui s'opère, dans les années 1960, les activités des malades sont en pleine mutation.

3.4. Une mutation des activités de loisirs et ergothérapique

Au début des années 1960, Germain Paris témoigne d'une usure rapide et une difficulté à renouveler les loisirs qui se déploient essentiellement autour de séances de cinéma, de variétés, cirques, conférences, promenades en cars, manifestations sportives et musicales, télévision¹⁰⁴⁸.

En 1966, il note que si les séances cinématographiques de films récents et en couleurs regroupent une moyenne de 300 personnes, les variétés et les conférences ont moins de succès depuis l'installation de la

¹⁰⁴¹ AC, L 32 Rapports de fonctionnement, 1967, p. 61.

¹⁰⁴² *Id.*

¹⁰⁴³ *Id.*

¹⁰⁴⁴ Hélène Michot, *Approche épidémiologique en psychiatrie, op. cit.*, p. 14.

¹⁰⁴⁵ AC, L 33, Rapports de fonctionnement, 1965, p. 82.

¹⁰⁴⁶ *Id.*

¹⁰⁴⁷ *Ibid.*, p. 83.

¹⁰⁴⁸ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1964, p. 60.

télévision : « Les malades voient trop de grandes vedettes de tous ordres sur le petit écran pour porter intérêt aux petites troupes théâtrales itinérantes¹⁰⁴⁹. »

Chez les enfants, il remarque que l'arbre de Noël ne suscite pas d'enthousiasme, « sachant qu'il ne leur sera pas distribué des trains électriques ou des engins téléguidés¹⁰⁵⁰ ».

En 1969, ce sont les séances de cinéma qui à leurs tour « perdent de leur attrait » auprès des hospitalisés qui sont « gâtés par la télévision »¹⁰⁵¹. Les malades, téléspectateurs, consommateurs, « deviennent plus exigeants sur la qualité des distractions offertes¹⁰⁵² ».

Par contre, les promenades en autocars, à la belle saison, restent très appréciées. En septembre 1968, 280 adultes ont été en quatre convois faire un séjour à la colonie de Saint-Jean-de-Monts¹⁰⁵³. Germain Paris remarque que la colonie, autant pour les adultes que pour les enfants, permet de rapprocher le personnel d'encadrement des malades¹⁰⁵⁴.

D'autre part, la mutation de l'ergothérapie entrevue dans le chapitre précédent se concrétise. Les activités se multiplient et ce, même dans les services de « déments », afin de favoriser une rééducation psychomotrice. Dans le même temps, s'opère une distinction entre les corvées jugées peu thérapeutiques et de nouvelles activités. En 1964, le Dr Dubois, qui a en charge le service C des hommes, dénonce à nouveau le fait qu'il n'y a pas d'ergothérapie « au sens moderne du terme » : « Seules existent les traditionnelles corvées d'efficacité thérapeutique insuffisante¹⁰⁵⁵. » Il souhaite développer une ergothérapie, à l'intérieur du service, comme moyen d'occuper les malades « pour les orienter vers la guérison¹⁰⁵⁶ ».

Le Dr Colmin, quant à lui, dénonce l'absence de personnel qui empêche « l'existence d'une ergothérapie et d'une sociothérapie réellement thérapeutiques¹⁰⁵⁷ ». En 1966, il introduit des ateliers d'ergothérapie dans les quatre pavillons de son service : des ateliers de vannerie, de reliure, de menuiserie, de dessin et des activités d'école¹⁰⁵⁸. Grâce à ces activités et à celle offertes par les services généraux, à la fin de l'année les 2/3 des malades bénéficie d'une occupation¹⁰⁵⁹. Il s'agit pour lui de lutter contre ce qu'il qualifie de « pourrissement asilaire¹⁰⁶⁰ ». Il envisage, dans l'avenir, de greffer sur l'ergothérapie une activité sociothérapique¹⁰⁶¹. Au travers des loisirs, de l'ergothérapie et de la sociothérapie, c'est la lutte

¹⁰⁴⁹ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1964, p. 60.

¹⁰⁵⁰ *Id.*

¹⁰⁵¹ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1968, p. 63.

¹⁰⁵² *Id.*

¹⁰⁵³ *Id.*

¹⁰⁵⁴ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1966, p. 61.

¹⁰⁵⁵ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1964, p. 75.

¹⁰⁵⁶ *Ibid.*, p. 76.

¹⁰⁵⁷ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1965, p. 75.

¹⁰⁵⁸ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1966, p. 73.

¹⁰⁵⁹ *Ibid.*, p. 74.

¹⁰⁶⁰ *Id.*

¹⁰⁶¹ *Id.*

contre la désadaptation et la possibilité d'un retour dans la cité qui se jouent. En 1965, le Dr Colmin tente de réformer l'institution au travers d'une psychothérapie collective dite « institutionnelle ».

B / La psychothérapie institutionnelle

A partir de 1965, le Dr Jean-Louis Colmin développe une pratique qualifiée de « psychothérapie institutionnelle » dans son service. Quelle est la nature de cette psychothérapie ? Quelle est sa généalogie ? Quelle est son ambition, son mode d'action ?

Qui est le Dr Jean Colmin ? Quelle est sa formation, son parcours ? Concrètement, comment procède-t-il ? Quelles sont ses réalisations ? Y a-t-il des succès ? Quelles réactions suscite l'action du Dr Colmin ?

1. Une refonte de l'institution psychiatrique ?

Le terme de psychothérapie institutionnelle apparaît pour la première fois sous la plume de Georges Daumézon et Philippe Koechlin en 1952¹⁰⁶². Elle s'inscrit dans le courant réformateur de l'après guerre porté par le syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques. Les travaux récents de l'historien et sociologue Nicolas Henckes réinscrivent son l'histoire dans celle plus globale des « psychothérapies collectives » en France dans l'après guerre.

Dans sa thèse, il reprend les deux arguments généralement évoqués pour justifier du développement de ces psychothérapies dans les institutions psychiatriques et apporte une perspective. En premier lieu, il rapporte une volonté d'humaniser les hôpitaux, en réaction à l'Occupation et la découverte des camps. Il souligne que ce projet reprend le schéma classique d'un passage progressif de l'obscurantisme aux lumières¹⁰⁶³. L'autre argument, complémentaire : la psychothérapie collective serait un moyen stratégique pour les psychiatres fonctionnaires de justifier l'hôpital psychiatrique, et ainsi sauver ce groupe en l'absence de thérapie efficace au moment où s'affirme la concurrence des hôpitaux généraux. Cet argument est en partie contrarié par l'existence des traitements biologiques (traitements de chocs, pyrétothérapie, insulinothérapie, psychochirurgie). Pour autant, si ces thérapies donnent un espoir thérapeutique, elles ne suffisent pas à fonder le travail psychiatrique. D'autant que, comme nous avons pu le constater, l'enthousiasme est tout relatif. Dans d'autres institutions, l'espoir suscité

¹⁰⁶²Georges Daumézon et Philippe Koechlin, « La psychothérapie institutionnelle française contemporaine », *Anais Portugueses de Psiquatria*, n° 4, décembre 1952.

¹⁰⁶³Nicolas Henckes, *Le nouveau monde la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme de l'hôpital psychiatrique en France de l'après-guerre aux années 1970*, Thèse de doctorat de sociologie, 2007, p. 195-196.

s'essouffle¹⁰⁶⁴. Ces deux explications, si elles recouvrent une réalité, ne sont pas jugées suffisantes par Nicolas Henckes¹⁰⁶⁵. Aux travers d'une analyse d'un corpus d'articles dans les revues de psychiatrie, il met au jour les tentatives des psychiatres réformateurs pour inscrire la psychothérapie collective comme un renouveau susceptible de réformer l'établissement psychiatrique et le dispositif dans son ensemble. Ainsi, en 1946, les Dr Daumézon et Bonnafé faisaient état d'un projet de réforme de la psychiatrie ayant pour objet de modifier l'attitude du public à l'égard de la folie, d'améliorer les moyens et corrélativement, indépendamment des thérapies biologiques, de « repenser l'action hospitalière » comme « un instrument » de traitement, en organisant de façon thérapeutique la vie sociale des malades au sein de l'hôpital et de ses annexes par le biais d'une psychothérapie collective.

En 1948¹⁰⁶⁶, Georges Daumézon mentionne des initiatives disparates récentes pour améliorer la vie sociale du malades (travail rémunéré, jeux, théâtre, cercles de malades, etc.)¹⁰⁶⁷. Il s'agit de légitimer les thérapies collectives comme une nouvelle manière efficace et humaine de faire de la psychiatrie.

Si les activités collectives ne sont pas une nouveauté dans l'hôpital, il s'agit de les requalifier afin d'en faire « un mode d'intervention purement psychiatrique¹⁰⁶⁸ ». Cette affirmation ne fait pas l'unanimité, des psychiatres pour qui la psychiatrie est organisée autour des thérapies biologiques, formulent des critiques. La querelle entre « le biologique » et « le psychopathologique » revivifiée par les traitements des chocs n'est pas nouvelle. Daumézon répond, dans une vision qui se veut plus large, que la dimension biologique ne doit pas occulter la psychothérapie¹⁰⁶⁹.

Henckes rappelle à cet effet que la psychothérapie a fait un retour en force au début du siècle et dans l'entre-deux-guerres, avec la Société Psychanalytique de Paris et la Société de l'Évolution psychiatrique, et que dans l'après guerre elle a été l'objet de disputes entre les psychiatres, psychologues et psychanalystes¹⁰⁷⁰. La nouveauté, avec la psychothérapie collective, réside dans le dépassement de sa forme restreinte, individuelle à l'ensemble de la population de l'hôpital psychiatrique¹⁰⁷¹. Elle permet de renouer avec les origines « psychologiques » de la psychiatrie en la revitalisant des apports nouveaux de la psychopathologie¹⁰⁷². Le ratio résultant du « succès » de l'asile (nombre des entrées) avec l'absence de moyens thérapeutiques efficaces (thérapeutique, personnel, etc.) et la faiblesse des sorties, avait

¹⁰⁶⁴ Samuel Odier, *La fin de l'asile d'aliénés dans le Rhône et l'Isère à partir de l'exemple du Vinatier et de Saint-Egrève (1930-1955)*, Université Lyon III, 3 vol., 2004, p. 534.

¹⁰⁶⁵ Nicolas Henckes, *Le nouveau monde la psychiatrie française. Les psychiatres, l'État et la réforme de l'hôpital psychiatrique en France de l'après-guerre aux années 1970*, op. cit., p. 196.

¹⁰⁶⁶ Georges Daumézon, « Les fondements d'une psychothérapie collective », *Évolution psychiatrique*, n° 3, 1948, p. 57-85.

¹⁰⁶⁷ Nicolas Henckes, *Le nouveau monde la psychiatrie française. Les psychiatres, l'État et la réforme de l'hôpital psychiatrique en France de l'après-guerre aux années 1970*, op. cit., p. 203.

¹⁰⁶⁸ *Ibid.*, p. 207.

¹⁰⁶⁹ *Id.*

¹⁰⁷⁰ *Ibid.*, p. 209.

¹⁰⁷¹ *Ibid.*, p. 210.

¹⁰⁷² *Ibid.*, p. 211.

rapidement contribué à encombrer le l'asile/l'hôpital, rendant inopérante toute psychothérapie individuelle. C'est « le poids des structures » dénoncé par Georges Daumézon¹⁰⁷³.

Deux influences participent à cette « redécouvertes ». Et en premier lieu les travaux du psychiatre allemand Hermann Simon (1867-1942) sur le développement du travail thérapeutique dans les asiles. De cette expérience, les psychiatres réformateurs retiennent l'idée que le comportement pathologique des malades peut être influencé par un dysfonctionnement du groupe dans lequel ils sont insérés. L'équipe, le pavillon, l'asile, comme « un être en soi », peut présenter une maladie¹⁰⁷⁴. A côté de l'influence allemande d'Hermann Simon, on trouve les thérapies de groupes développés par les Anglo-saxons. Ce concept élaboré initialement aux Etats-Unis dans les années 1920-1930 pour préserver le moral des malades atteints de tuberculose a été ensuite repris par les psychiatres et psychanalyses pour les malades atteints de névrose et de psychose¹⁰⁷⁵. La seule participation à un groupe produit, par identification, un effet. Cet ensemble éclectique comporte des groupes de parole où l'on discute des concepts freudiens, des groupes où sont pratiqués des associations libres, mais aussi l'utilisation du psychodrame¹⁰⁷⁶ de Jacob Levy Moreno¹⁰⁷⁷ et la sociométrie basée sur la dynamique de groupe, etc. En Angleterre, ces méthodes sont adaptées, pendant la guerre, aux névrosés de guerre¹⁰⁷⁸. En 1945, lorsque les psychiatres français ont accès aux thérapies de groupe, c'est un mouvement constitué (revues, société etc.) : l'accueil est enthousiaste¹⁰⁷⁹. Seulement, les thérapies de groupe, en l'état, sont inapplicables dans les hôpitaux psychiatriques. A défaut d'une application stricte, elles représentent « une valeur heuristique¹⁰⁸⁰ ».

A partir de 1952, Daumézon commence à esquisser une psychothérapie collective adaptée à l'établissement au travers d'une analyse de la pratique et d'« un regard sociologique¹⁰⁸¹ ». Il s'agit de « travailler la dimension thérapeutique des comportements de chacun » et de « constituer l'hôpital en lieu thérapeutique ». Le « travail prospectif » porte sur « les manières d'organiser les interactions à l'hôpital ». Une attention particulière est portée à l'admission et à « la société » du pavillon¹⁰⁸². Pour ce faire, le médecin doit s'imprégner des sociabilités spécifiques de chaque lieu, analyser le rôle social des

¹⁰⁷³ Georges Daumézon, « Le poids des structures », *Esprit*, n° 12, décembre 1952, p. 935-944.

¹⁰⁷⁴ Nicolas Henckes, *Le nouveau monde la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme de l'hôpital psychiatrique en France de l'après-guerre aux années 1970*, *op. cit.*, p. 212.

¹⁰⁷⁵ *Ibid.*, p. 213.

¹⁰⁷⁶ Le psychodrame est une technique de jeu improvisée collective, basée sur le théâtre impromptu, qui vise, chez le malade, à produire un effet cathartique.

¹⁰⁷⁷ Nicolas Henckes, *Le nouveau monde la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme de l'hôpital psychiatrique en France de l'après-guerre aux années 1970*, *op. cit.*, p. 214.

¹⁰⁷⁸ *Id.*

¹⁰⁷⁹ *Id.*

¹⁰⁸⁰ *Ibid.*, p. 216.

¹⁰⁸¹ Nicolas Henckes, *Le nouveau monde la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme de l'hôpital psychiatrique en France de l'après-guerre aux années 1970*, *op. cit.*, p. 217.

¹⁰⁸² *Id.*

personnalités essentielles du service, afin de déboucher sur une critique des relations et y remédier¹⁰⁸³. Cette nouvelle pratique, en partie utopique, s'appuie sur des activités collectives comme le travail mais aussi récréatives comme le sport, le théâtre, la rédaction de journaux, etc. De manière générale il s'agit de rendre potentiellement thérapeutique l'ensemble du fonctionnement de l'établissement, du soin effectué par le personnel soignant à la gestion administrative¹⁰⁸⁴. Georges Daumézon, comme nous avons pu le voir dans sa thèse, accorde beaucoup d'importance au rôle de l'infirmier¹⁰⁸⁵. Il a créé en 1949, avec Germain Le Guillant, des stages de formation : les Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active (Ceméa)¹⁰⁸⁶. Il s'agit de stages dans lesquels les infirmiers vivent une situation inversée : durant les activités qu'ils pourront proposer par la suite, ils sont à la place des malades¹⁰⁸⁷. Si la psychothérapie collective se développe dans de nombreux hôpitaux psychiatriques, c'est « l'expérience » menée à l'hôpital psychiatrique départemental de Saint-Alban en Lozère qui apparaît, ou est en tout cas présenté par les psychiatres qui ont fait l'histoire de la psychothérapie institutionnelle, comme le foyer le plus emblématique.

2. Saint-Alban : « la Mecque » de la psychothérapie institutionnelle

Selon Jean Ayme « la psychothérapie institutionnelle » est née à Saint-Alban dans les années 1940, pendant la résistance clandestine à l'occupation nazie. Elle a pour catalyseur l'arrivée, en 1941, d'un réfugié catalan libertaire, psychiatre et psychanalyste : François Tosquelles (1912-1994)¹⁰⁸⁸. François Tosquelles apporte avec lui deux livres : l'un du psychiatre allemand Hermann Simon l'autre étant la thèse de Jacques Lacan sur la personnalité paranoïaque¹⁰⁸⁹. Au premier, il emprunte l'idée que pour soigner le malade il faut aussi soigner l'établissement. Hermann Simon insiste sur l'importance de l'initiative et de la responsabilité des malades dans le travail et par la créativité. Au second, Jacques Lacan, il emprunte une nouvelle lecture du discours du psychotique s'appuyant sur les découvertes freudiennes. Pour faire de l'hôpital un lieu de soin, François Tosquelles préconise deux leviers thérapeutiques : le travail avec l'ergothérapie et le langage avec la sociothérapie ; le travail comme processus d'humanisation et le langage comme articulation avec le sujet. Pour lui, la psychothérapie

¹⁰⁸³ Nicolas Henckes, « Réformer et soigner. L'émergence de la psychothérapie institutionnelle en France, 1944-1955 », in Jacques Arveiller (dir.) *Psychiatries dans l'histoire*, Caen, PUC, 2008, p. 278.

¹⁰⁸⁴ Nicolas Henckes, *Le nouveau monde la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme de l'hôpital psychiatrique en France de l'après-guerre aux années 1970*, *op. cit.*, p. 195.

¹⁰⁸⁵ Jean Ayme, « La psychothérapie institutionnelle : origine, histoire, tendances », in Patrick Martin (dir.), *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, Paris, L'Harmattan 1995, p. 30

¹⁰⁸⁶ *Id.*

¹⁰⁸⁷ *Id.*

¹⁰⁸⁸ *Ibid.*, p. 27.

¹⁰⁸⁹ *Id.*

marche sur deux jambes : une jambe politique, marxiste et une jambe analytique, freudienne¹⁰⁹⁰. » L'ambition est ici, au travers d'une grille politico-analytique marxienne et psychanalytique, de faire de l'hôpital un instrument analytique afin qu'il devienne thérapeutique¹⁰⁹¹.

Cette histoire largement hagiographique et mythologique donne à voir un nouveau départ de la psychiatrie qui, comme le souligne Isabelle von Buelzingsloewen, gomme les avancées des années 1930¹⁰⁹². Selon ses recherches à partir des rapports d'activités, Paul Balvet, médecin directeur, développe dès 1939 l'ergothérapie alors que l'encombrement est exacerbé par les réfugiés d'Alsace-Lorraine. Rejoint en 1940 par François Tosquelles, profitant de ce qui est offert par ce lieu « coupé du monde », ils font conjointement évoluer l'hôpital dans un sens thérapeutique¹⁰⁹³. Il s'agit de sortir l'ensemble des malades de l'oisiveté qui serait responsable de l'aggravation de leur état¹⁰⁹⁴.

Parallèlement, le personnel « est encouragé à promouvoir une approche éducatives¹⁰⁹⁵ ». Dans un contexte de pénurie, et afin de contribuer à leur subsistance, les malades travaillent dans les jardins, certains sont employés dans une ferme, d'autres à des travaux de coutures pour les gens du village¹⁰⁹⁶. Le projet d'humanisation qui deviendra « asile-village », amorcé par Paul Balvet, est poursuivi par André Chauvand qui arrive en 1941, puis par Lucien Bonnafé qui remplace Balvet en 1943¹⁰⁹⁷. La sociothérapie a pour objet de redonner le sens des responsabilités et de l'initiative aux malades, favoriser les échanges, entre malades et entre malades et soignants, et grader le contact avec l'extérieur afin de faciliter la réinsertion sociale¹⁰⁹⁸.

A Sainte-Gemmes-sur-Loire la psychothérapie institutionnelle arrive en 1965 avec le Dr Jean-Louis Colmin. Comme chez François Tosquelles, elle comporte une dimension politique et psychanalytique, marxiste et freudienne¹⁰⁹⁹. Chez le Dr Colmin, le militant anime le thérapeute¹¹⁰⁰. Sa *praxis*, qui conjugue un travail sur l'aliénation sociale et psychique¹¹⁰¹, a pour ambition de favoriser les échanges langagiers, économiques et sexuels (au sens psychanalytique)¹¹⁰².

Avant tout chose, revenons plus en détails sur le parcours du Dr Jean-Louis (ou Jean) Colmin.

¹⁰⁹⁰ Jean Ayme « Contribution à l'Histoire de la psychothérapie institutionnelle », *L'Information Psychiatrique*, Vol. 59, n° 3, mars 1983, p. 408.

¹⁰⁹¹ Robert Castel, « L'institution psychiatrique en question », *Revue française de sociologie*, XII, 1971, p. 65.

¹⁰⁹² Isabelle von Buelzingsloewen, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier, 2007, p. 369.

¹⁰⁹³ *Id.*

¹⁰⁹⁴ *Ibid.*, p. 370.

¹⁰⁹⁵ *Id.*

¹⁰⁹⁶ *Id.*

¹⁰⁹⁷ *Ibid.*, p. 371.

¹⁰⁹⁸ *Id.*

¹⁰⁹⁹ Gérard Mercier, Psychiatre au CESAME, entretien réalisé le 17 septembre 2003

¹¹⁰⁰ *Id.*

¹¹⁰¹ Alain Buzaré, Psychiatre au CESAME, entretien enregistré le 25 juillet 2003.

¹¹⁰² Jean-Louis Colmin, « Psychanalyse et hiérarchie infirmière dans le secteur public », *L'Information psychiatrique*, Vol. 56, n° 4, mai 1980, p. 427.

3. Jean-Louis Colmin (1930-1984) : entre politique et psychiatrie



Photographie n° 6 : Le Dr Jean-Louis Colmin
Sources : Jean Colmin, *L'Aventure du quartier Ney*, Paris, Scarabée, 1980, (Photo Denis Bordat).

Jean-Louis Colmin est né à Oucques (Loir-et-Cher) en 1930. Elève brillant, il réussit le concours de l'externat en 1949 et est nommé externe en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris¹¹⁰³. Entre 1950 et 1953, il est successivement externe à l'hospice Bicêtre, à l'hôpital Bichat, puis à l'Hôtel Dieu¹¹⁰⁴. En mai 1953, il est appelé sous les drapeaux. Après un très court séjour à Casablanca, il est désigné pour suivre le peloton des Elèves Officiers de Réserve Section Administrative à Lyon. En octobre, il intègre la 1^{ère} Section d'Infirmiers Militaires (SIM)¹¹⁰⁵. En 1954, il est promu au grade de sous-lieutenant d'Administration de réserve. Il est libéré le 1^{er} novembre 1954¹¹⁰⁶. De retour à la vie civile, il poursuit son externat à l'hôpital Saint-Antoine, à la clinique Sainte-Anne dans le service du Pr Delay et à l'hospice de la Salpêtrière dans le service du Dr Michaux¹¹⁰⁷. D'avril à mai 1956, il est interne provisoire à Saint-Alban auprès de François Tosquelles¹¹⁰⁸. En avril 1956, le conseil des ministres décide de rappeler 70 000 hommes, et en mai 50 000 hommes afin de renforcer les effectifs en Algérie. Les contingents de 1952, 1953 et 1954 sont mobilisés¹¹⁰⁹. Jean-Louis Colmin est réaffecté à la 1^{ère} SIM. Il débarque à Alger en juillet 1956¹¹¹⁰. Dans son livre, *L'Aventure du quartier Ney*, il mentionne un internat à l'hôpital psychiatrique de Blida-Joinville auprès du célèbre psychiatre Frantz Fanon¹¹¹¹. Le Dr Jean Ayme le confirme¹¹¹². Frantz Fanon avait été à Saint-Alban entre 1952 et 1953¹¹¹³. Nommé médecin-chef de service à Blida-Joinville en novembre 1953, il démissionne en juillet 1956 pour raison

¹¹⁰³ Archives du Centre Hospitalier Interdépartemental de Clermont de l'Oise, Dossier de Jean-Louis Colmin, Certificat du Secrétaire Général de l'Assistance Publique à Paris daté du 5 septembre 1957.

¹¹⁰⁴ *Id.*

¹¹⁰⁵ Archives du Bureau central d'archives administratives militaires, « Etats des services » de Jean-Louis Colmin.

¹¹⁰⁶ *Id.*

¹¹⁰⁷ Archives du CHS Navarre, Dossier de Jean-Louis Colmin, Administration générale de l'assistance Publique à Paris.

¹¹⁰⁸ Archives de l'Hôpital François Tosquelles de St Alban, Dossier de Jean-Louis Colmin.

¹¹⁰⁹ Bernard Droz et Evelyne Lever, *Histoire de la guerre d'Algérie, 1954-1962*, Paris, Seuil, 1982. p. 95.

¹¹¹⁰ Archives du Bureau central d'archives administratives militaires, « Etats des services » de Jean-Louis Colmin.

¹¹¹¹ Jean-Louis Colmin, *L'aventure du quartier Ney*, Paris, Editions du Scarabée, 1980.

¹¹¹² Jean Ayme, Psychiatre, psychanalyste, entretien enregistré le 21 novembre 2003 avec Anne Lacoste (Sociologue, EHESS).

¹¹¹³ Michel Plon et Elisabeth Roudinesco, *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Librairie Arthème Fayard, 2000. p. 299.

politique¹¹¹⁴. Les états de service de Jean-Louis Colmin ne nous révèlent aucune affection à Blida-Joinville mais une autre en qualité d'externe à l'Hôpital militaire Maillot à Bab-el-Oued du mois de juillet au 17 novembre 1956, date de son embarquement [sic]¹¹¹⁵. Jean Colmin est libéré en décembre 1956¹¹¹⁶. Jean Ayme évoque l'appartenance de Jean-Louis Colmin au Parti Communiste Algérien, comme Azoulay et Sanchez, deux internes de Franz Fanon¹¹¹⁷, il évoque aussi une proximité avec le Front de Libération Nationale¹¹¹⁸. Chez Jean Colmin, formations psychiatrique et politique sont liées. Les dix mois qui suivent son retour d'Algérie restent obscurs. De septembre 1957 à août 1958, il est successivement interne à l'hôpital psychiatrique interdépartemental de Clermont de l'Oise dans le service de Jean Ayme, qui nous dit avoir « recasé » [sic] Jean-Louis Colmin de retour d'Algérie, puis à l'hôpital Psychiatrique d'Evreux Navarre¹¹¹⁹ et enfin à l'hôpital de Melun¹¹²⁰. En août 1958, il revient dans le service de Jean Ayme à Clermont de l'Oise Il y reste jusqu'en octobre 1960¹¹²¹. Jean Ayme insiste sur la grande proximité que noue Jean-Louis Colmin avec les infirmiers et notamment avec le surveillant-chef¹¹²². Il le décrit comme quelqu'un de « dévoué, sur la brèche, accrocheur, exigeant, avec beaucoup de rigueur sur le plan théorique »¹¹²³. C'est Jean Ayme et son épouse qui conduisent Jean-Louis Colmin à la première réunion du Groupe de Travail sur la Psychothérapie et Sociothérapie Institutionnelle (GT/PSY) qui a lieu à Saint-Alban le 1^{er} mai 1960¹¹²⁴.

Le Groupe de Travail sur la Psychothérapie et Sociothérapie Institutionnelle est un groupe de travail théorico-pratique créé en 1960 autour de Jean Oury et de François Tosquelles. Il naît de la disparition du Groupe de Sèvres, mit en place par Georges Daumézou, qui avait donné lieu à six réunions entre 1957 et 1959¹¹²⁵. « Son ambition est de mettre en commun des expériences dispersées nourries par des influences marxistes, lacaniennes, existentialistes, structuralistes, phénoménologiques et plus encore « d'introduire une démarche analytique dans le groupe lui-même¹¹²⁶. » Le GTPSI comportera douze rencontres entre le 1^{er} mai 1960 et le 31 octobre 1965¹¹²⁷. Les réunions durent 2 jours, le week-end. C'est lors de la deuxième réunion en décembre 1960, à Villers-Cotterêts, qui a pour thème l'argent à l'hôpital psychiatrique, que Jean-Louis Colmin présente sa thèse de médecine intitulée *Les Echanges*

¹¹¹⁴ Claude Razanajao et Jacques Postel, « La vie l'œuvre », *L'Information psychiatrique*, Numéro spécial sur Frantz Fanon, Vol. 51, n° 10, décembre 1975, p. 1054.

¹¹¹⁵ Archives du Bureau central d'archives administratives militaires, « Etats des services » de Jean-Louis Colmin

¹¹¹⁶ *Id.*

¹¹¹⁷ En 1924, le PCF met en place une section de militants européens. En 1935, cette section se transforme en organisation distincte le PCA, qui fonctionne sous sa tutelle. Le Parti Communiste Algérien sera interdit le 12 décembre 1955.

¹¹¹⁸ Jean Ayme, Psychiatre, psychanalyste, entretien enregistré le 21 novembre 2003 avec Anne Lacoste (Sociologue, EHESS).

¹¹¹⁹ Archives du CHS Navarre, Dossier de Jean-Louis Colmin.

¹¹²⁰ Archives du Centre Hospitalier interdépartemental de Clermont de l'Oise, Dossier de Jean-Louis Colmin.

¹¹²¹ *Id.*

¹¹²² Jean Ayme, entretien enregistré le 21 novembre 2003 avec Anne Lacoste (Sociologue, EHESS).

¹¹²³ *Id.*

¹¹²⁴ *Id.*

¹¹²⁵ Jean Ayme, *Chronique de la psychiatrie publique à travers l'histoire d'un syndicat*, Toulouse, Editions Erès, 1995, p. 98.

¹¹²⁶ Jean Ayme, entretien enregistré le 21 novembre 2003 avec Anne Lacoste (Sociologue, EHESS).

¹¹²⁷ Jean Ayme, « Contribution à l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », *L'Information psychiatrique*, n° 3, mars 1983, p. 407.

*Economiques, Elément de Thérapie Institutionnelle dans un service d'Hôpital Psychiatrique*¹¹²⁸. C'est aussi lors de son internat à Clermont qu'il commence son analyse didactique auprès du psychiatre et psychanalyste Serge Leclair (1924-1994)¹¹²⁹. En novembre 1960, Colmin quitte Clermont pour l'hôpital Charcot à Plaisir. Cet établissement vient d'ouvrir, le directeur est Philippe Koechlin¹¹³⁰. Il y restera jusqu'en octobre 1961¹¹³¹. La plaquette de l'établissement se termine par cette formule : « Ici le véritable directeur c'est le malade »¹¹³². Dans cet hôpital, « la relation psychanalytique » est omniprésente. Jean-Louis Colmin soutient sa thèse à Paris en avril 1961 devant un jury présidé par le Pr Delay. Elle est le fruit de l'observation d'un des dix services de l'hôpital de Clermont de l'Oise. La même année, il est reçu brillamment quatrième au concours du Médecin devant Georges Lantéri-Laura¹¹³³.

En septembre 1961, Jean-Louis Colmin est mis à la disposition du préfet de Loir-et-Cher comme psychiatre départemental, sans hôpital. « Un général sans armée¹¹³⁴ » dit Jean Oury. Il exerce cette fonction de 1961 de 1963. Obtenant rapidement la réouverture du service de psychiatrie du Centre Hospitalier Paul Coursaget de Blois¹¹³⁵, Jean Colmin devient, à partir de mars 1963, médecin-chef du quartier psychiatrique de Blois, poste qu'il exercera jusqu'en février 1964. En mars, il devient médecin-directeur de l'Hôpital psychiatrique de Saint-Lizier dans l'Ariège. Il occupera ce poste jusqu'en septembre 1965. Cette expérience fait de lui un bon connaisseur des rouages administratifs. En juillet 1965, il pose sa candidature pour le poste vacant de médecin-chef à Sainte-Gemmes-sur-Loire¹¹³⁶. En septembre 1965, Il prend en main le service C des hommes comme médecin-chef¹¹³⁷. Grâce à un article de Jean Colmin¹¹³⁸, la thèse de médecine du Dr Claire Valez, son interne¹¹³⁹, et le rapport de fonctionnement, nous pouvons nous faire une idée d'une expérience de psychothérapie menée entre septembre 1965 et février à 1966.

4. Un exemple de psychothérapie institutionnelle « analytique »

D'un point de vue architectural, le service C des hommes comporte quatre pavillons distincts définis en fonction du comportement des malades. Le pavillon n° 1, « la première », est le plus vaste mais aussi le

¹¹²⁸ Jean-Louis Colmin, *Les échanges économiques. Eléments de Thérapie Institutionnelle dans un service d'hôpital psychiatrique*, Thèse de médecine, Paris, 1961.

¹¹²⁹ Jean Ayme, entretien enregistré le 21 novembre 2003 avec Anne Lacoste (Sociologue, EHESS).

¹¹³⁰ Jean Ayme, « Essais sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », in Delion (Pierre) (dir.), *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, Vigneux, Editions Matrice, 1994. p. 57.

¹¹³¹ Archives de l'hôpital Charcot, Dossier personnel de Jean-Louis Colmin.

¹¹³² Jean Ayme, « Essais sur l'Histoire de la psychothérapie institutionnelle », *op. cit.*, p. 57.

¹¹³³ Archives privées de Jean Ayme, Annuaire du médecin des Hôpitaux psychiatriques 1961.

¹¹³⁴ Jean Oury, « Traitement, formation et recherche sont inséparable », *Psychiatrie Française*, n° 1, 1997. p. XX

¹¹³⁵ Jean Ayme, *Chronique de la psychiatrie publique à travers l'histoire d'un syndicat*, Toulouse, Editions Erès, 1995. p. 72.

¹¹³⁶ AC, Dossier Jean-Louis Colmin, « Lettre à Monsieur Paris datée du 29 juillet 1965 ».

¹¹³⁷ AC, L 24, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, séance du 27 septembre 1965. p. 921.

¹¹³⁸ Jean-Louis Colmin, Claire Hamoud-Vallez et M-E Lantrain, « Psychanalyse et ouverture d'un atelier d'ergothérapie », *Revue de Neuropsychiatrie de l'Onest*, n° 16, mai 1967. p. 74 ; Jean Colmin, « Psychiatrie et syndicalisme infirmier », in *La Folie. Actes du colloque de Milan*, Folio, Paris, 1976, p. 313-332.

¹¹³⁹ Claire Valez, *Contribution à l'étude de l'introduction de la psychothérapie institutionnelle dans un service d'hôpital psychiatrique*, thèse pour le doctorat en médecine, Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie d'Angers, 1970.

plus vétuste¹¹⁴⁰. Il est occupé par des malades calmes, tranquilles et travailleurs¹¹⁴¹. Jusqu'en 1955, ce pavillon était affecté aux pensionnaires de 1^{ères} classes. Il aurait été occupé par Hervé Bazin¹¹⁴². En 1965, il comprend 189 malades¹¹⁴³. Claire Valez parle d'un « fourre-tout » constitué de malades « ne posant pas de problèmes immédiats »¹¹⁴⁴. Dans ce pavillon, « les travailleurs » bénéficient de circulations fonctionnelles : ils sortent pour réaliser les « corvées » de l'hôpital de 8 h à 12 h et de 14 h à 18 h (buanderie, cuisine, boulangerie, maçonnerie, jardin, ferme, etc.)¹¹⁴⁵. Le pavillon n° 2, dit « d'admission », ou « infirmerie », est un pavillon refait à neuf. C'est dans ce pavillon que s'effectue la période d'observation : le malade y est alité pendant une dizaine de jours. « La 2 », où l'action thérapeutique peut avoir un effet, est considérée par les infirmiers comme le pavillon noble. Le médecin-chef y fait une visite quotidienne pour des raisons administratives et médicales. Le pavillon n° 4, celui des « gâteux », « la défectologie », comprend 85 malades qualifiés de déments, séniles, paralytiques généraux, débiles profonds, infirmes moteurs cérébraux et vieux schizophrènes. La plupart des patients y est entravée. Claire Valez décrit ce pavillon comme l'« antichambre de la mort »¹¹⁴⁶. Enfin, « la 8 », le pavillon « des difficiles », « des agités » est, comme le pavillon 4, un lieu de rejet. 48 malades y résident¹¹⁴⁷. Chaque pavillon comporte un étage qui sert de dortoir, un rez-de-chaussée qui fait office de salle commune et de salle à manger, ainsi qu'une cour. En 1965, avec 383 malades pour une capacité théorique de 293, le service C est surpeuplé¹¹⁴⁸. Quant au personnel soignant, il est composé d'un surveillant-chef, Emile Lantrain, un sous-surveillant, huit chefs de pavillon et 60 infirmiers diplômés et élèves infirmiers¹¹⁴⁹. Cette équipe est organisée en trois huit (matin, après-midi et nuit, et par pavillon). Jean-Louis Colmin est aussi assisté de deux internes en médecine : Claire Hamoud-Valez et Ivette Quemener. Elles avaient effectué leurs formations médicales au CHU d'Angers et étaient en psychiatrie depuis peu¹¹⁵⁰.

Dès son arrivée, le Dr Colmin est sensible à l'étiquette de « chroniques », « gâteux », « agités » qui pèse sur les malades et sur les infirmiers affectés à ces pavillons, et qu'il considère être les attributs d'« un asile classique »¹¹⁵¹. Il décide de changer les choses. Claire Valez souligne que Jean-Louis Colmin envisage le service « comme un organisme vivant qui peut présenter une maladie qu'il convient

¹¹⁴⁰ Claire Valez, *Contribution à l'étude de l'introduction de la psychothérapie institutionnelle dans un service d'hôpital psychiatrique*, thèse pour le doctorat en médecine, *op. cit.*, p. 36.

¹¹⁴¹ *Id.*

¹¹⁴² On peut lire à cet effet son roman *La tête contre les murs* qui décrit l'internement de son héros dans le pensionnat de Sainte-Gemmes-sur-Loire.

¹¹⁴³ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1965. p. 17.

¹¹⁴⁴ Claire Valez, *Contribution à l'étude de l'introduction de la psychothérapie institutionnelle dans un service d'hôpital psychiatrique*, *op. cit.* p. 36-37.

¹¹⁴⁵ *Ibid.*, p. 37.

¹¹⁴⁶ *Ibid.*, p. 35.

¹¹⁴⁷ AC, L 32, Rapport de fonctionnement, 1965. p. 37.

¹¹⁴⁸ *Ibid.*, p. 17.

¹¹⁴⁹ Claire Valez, *Contribution à l'étude de l'introduction de la psychothérapie institutionnelle dans un service d'hôpital psychiatrique*, *op. cit.*, p. 25.

¹¹⁵⁰ Jean-Louis Colmin, Claire Hamoud-Valez et M-E Lantrain, « Psychanalyse et ouverture d'un atelier d'ergothérapie », *Revue de Neuropsychiatrie de l'ouest*, n° 16, mai 1967, p. 79.

¹¹⁵¹ *Ibid.*, p. 75.

d'étudier de façon globale pour y porter remède¹¹⁵² ». Nous sommes bien dans le cadre d'une psychothérapie collective. Ainsi, face à ce qu'il considère être « un malade », il se refuse à être directif afin de ne pas « renforcer l'image hiérarchique du médecin-chef détenant le pouvoir d'enfermer les malades et de sanctionner les infirmiers¹¹⁵³ ». Il cite Jean Oury : « le mode de relation qui existe entre le groupe des médecins et le groupe des infirmiers se transmet tel quel entre le groupe des infirmiers et le groupe des malades¹¹⁵⁴. »

Afin de découvrir le service, il décide de « se mouler dans un rôle attendu par les personnes en place », celui du *médecin chef*, et réalise une visite des malades dans chaque pavillon en présence du surveillant chef, des internes et du chef de pavillon. Il adopte, lors de cette visite, une « écoute psychanalytique » afin de découvrir « le point névralgique » du service et « les personnes utilisables »¹¹⁵⁵. Au travers « des lapsus, des actes manqués, des gestes et mimiques », il découvre progressivement une cartographie du service qui fait apparaître l'existence d'« un asile dans l'asile » : « la 8 », le pavillon des « agités »¹¹⁵⁶. Ce pavillon, qu'il qualifie tout à la fois de « moderne » et « carcéral », apparaît comme un obstacle à la « désaliénation » du service¹¹⁵⁷. Dans ce pavillon, selon le Dr Colmin, les malades, qui recouvrent plusieurs catégories nosographiques, ont en commun d'être hospitalisés depuis longtemps et d'avoir eu, à un moment ou un autre, « une agitation psycho-motrice ». Ils souffrent d'un double étiquetage : celui d'agités et celui de chroniques¹¹⁵⁸. En agissant sur « la 8 », sur les malades pour qui rien ne peut-être fait, Jean-Louis Colmin souhaite démontrer que pour tous les malades quelque chose peut-être entrepris. Le Dr Mercier reconnaît en lui « un provocateur qui prend des risques¹¹⁵⁹ ».

Selon lui, ce pavillon « figé », chargé d'« angoisse », contient une « énergie mobilisable » qu'il faut manipuler avec prudence¹¹⁶⁰. Afin d'éviter « un raptus collectif », il décide d'utiliser les deux internes novice en psychiatrie et le surveillant chef comme « médiateurs »¹¹⁶¹. Le psychiatre Roger Gentis dit que « le surveillant chef est un rouage essentiel, la clé de voûte [...] Il est le garant de la tradition et de l'ordre établi¹¹⁶² ». Il précise que « Le médecin, [...] n'apprend que ce que le surveillant chef veut bien lui apprendre [...] c'est un véritable écran, une bouche, une vanne entre le service et le médecin, il est le seul maître de l'information¹¹⁶³ ». L'approche commence par l'écoute et l'analyse psychologique des deux internes et du surveillant chef. A cet égard, il remarque la sensibilité de ce dernier « aux aspects

¹¹⁵² Claire Valez, *Contribution à l'étude de l'introduction de la psychothérapie institutionnelle dans un service d'hôpital psychiatrique*, *op. cit.*, p. 26.

¹¹⁵³ Jean-Louis Colmin, Claire Hamoud-Vallez et M-E Lantrain, « Psychanalyse et ouverture d'un atelier d'ergothérapie », *op. cit.*, p. 75.

¹¹⁵⁴ *Id.*

¹¹⁵⁵ *Ibid.*, p. 76, 84 et 85.

¹¹⁵⁶ *Id.*

¹¹⁵⁷ *Ibid.*, p. 76.

¹¹⁵⁸ Jean-Louis Colmin, Claire Hamoud-Vallez et M-E Lantrain, « Psychanalyse et ouverture d'un atelier d'ergothérapie », *op. cit.*, p. 76.

¹¹⁵⁹ Gérard Mercier, Psychiatre au CESAME (Secteur I), entretien réalisé le 17 septembre 2003.

¹¹⁶⁰ *Id.*

¹¹⁶¹ Jean-Louis Colmin, Claire Hamoud-Vallez et M-E Lantrain, « Psychanalyse et ouverture d'un atelier d'ergothérapie », *op. cit.*, p. 77.

¹¹⁶² Roger Gentis, *Les Murs de l'asile*, Paris, FM / petite collection Maspero, 1970. p. 64.

¹¹⁶³ *Ibid.*, p. 65.

carcéraux de la vie quotidienne des malades, et surtout aux malades de la huit¹¹⁶⁴ ». Selon Jean-Louis Colmin, son statut de prisonnier en 1940 « n'était pas étranger à ce sentiment¹¹⁶⁵ ». C'est au cours du rituel quotidien des visites inter-pavillonnaires qu'il entame son travail psychanalytique. Selon Colmin, si les internes et le surveillant chef attendent des instructions, ils n'osent pas verbaliser leurs demandes. Afin d'éviter les ordres en cascade qui se répercuteraient jusqu'aux malades, il préfère suggérer. Mettant à profit les confidences des infirmiers de Clermont, il comprend que le surveillant chef lui exprime à demi-mot sa peur de la sanction¹¹⁶⁶. Aussi décide-t-il d'utiliser les deux internes comme « des surfaces réfléchissantes » en développant avec eux des petits détails aliénants, mais aussi des expériences qu'il avait menées auparavant en présence du surveillant chef, afin de produire chez lui ce que le Dr Colmin appelle une abréaction (en psychiatrie ou en psychothérapie, ce terme désigne une décharge émotionnelle qui permet à un sujet d'extérioriser un affect lié à un souvenir traumatique et de se libérer)¹¹⁶⁷. Jean Oury nous éclaire sur ce point en précisant qu'« une intervention sur une personne peut résoudre [...] une situation très complexe, si cette personne est le point nodal d'un vaste système en réseau¹¹⁶⁸ ». Le Dr Colmin constate que le surveillant chef devient plus pressant, dépasse ses inhibitions, pose des questions, demande des instructions, commence à suggérer un atelier¹¹⁶⁹. Il agit comme un relais entre les infirmiers, dont il est issu, et le médecin-chef, en enregistrant les objections des infirmiers qui craignent pour leur sécurité avec les malades difficiles¹¹⁷⁰. Le dialogue entre le surveillant chef et le médecin ne noue, indépendamment de la présence des internes. Jean-Louis Colmin reste évasif : il attend un projet. Après une absence de quelques jours en février 1966 pour des raisons personnelles, Jean-Louis Colmin, lors de son retour au mois de mars 1966, découvre un atelier de vannerie dans le pavillon des agités¹¹⁷¹.

Cette expérience nous livre un regard, une sensibilité à l'institution. Ce service est présenté comme une microsociété organisée en trois castes (ou classes) : le médecin-chef, les infirmiers avec à leur tête le surveillant chef et les malades. Cette structure pyramidale fonctionne « en scission »¹¹⁷². Jean Colmin tente de combler la béance entre le médecin-chef et le surveillant chef afin que cela puisse se répercuter jusqu'au malade. Il cite à cet effet une phrase de Jean Oury : « le mode de relation qui existe entre le groupe des médecins et le groupe des infirmiers se transmet tel quel entre le groupe des infirmiers et le

¹¹⁶⁴ Roger Gentis, *Les Murs de l'asile*, Paris, FM / petite collection Maspero, 1970. p. 79.

¹¹⁶⁵ *Id.*

¹¹⁶⁶ Jean-Louis Colmin, Claire Hamoud-Vallez et M-E Lantrain, « Psychanalyse et ouverture d'un atelier d'ergothérapie », *op. cit.*, p. 80. Cf. Jean Ayme, entretien enregistré le 21 novembre 2003 avec Anne Lacoste (Sociologue, EHESS).

¹¹⁶⁷ *Id.*

¹¹⁶⁸ Jean Oury, « Analyse de l'entourage immédiat du malade dans le cadre de la psychothérapie institutionnelle », in Jean Oury, *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*. Paris, Payot, 1977. p. 39.

¹¹⁶⁹ Jean-Louis Colmin, Claire Hamoud-Vallez et M-E Lantrain, « Psychanalyse et ouverture d'un atelier d'ergothérapie », *op. cit.*, p. 81.

¹¹⁷⁰ *Id.*

¹¹⁷¹ *Ibid.*, p. 82.

¹¹⁷² Jacques Hochmann, *Pour une psychiatrie communautaire, Thèses pour une psychiatrie des ensembles*, Paris, Seuil, 1971, p. 95.

groupes des malades¹¹⁷³. » Le but est de dépasser les rôles afin de nouer une relation intersubjective, amorcer une transformation de la relation figée, du médecin/infirmier hérité du couple aliéniste/gardien et par extension de celle du soignant/soigné en levant les résistances du surveillant. L'ouverture de l'atelier est présentée comme un symptôme du passage d'un « groupe assujetti » à un « groupe sujet »¹¹⁷⁴.

Au travers de ce récit, la psychanalyse apparaît comme le levier du changement, et le médecin chef, qui la pratique, comme un chef d'orchestre occulte. Si une psychothérapie et une sociothérapie préexistaient avant l'arrivée de Jean Colmin, elles sont revivifiées dans son service par la psychanalyse et par la politique¹¹⁷⁵. En avril 1966, un autre atelier se met en place à « la 8 »¹¹⁷⁶. Mais des résistances apparaissent. L'évolution du service ne fait pas l'unanimité parmi les infirmiers¹¹⁷⁷. En février 1967, Jean-Louis Colmin tente aussi de faire évoluer la relation médecin/ infirmier en mettant en place des réunions. En mars, il neutralise la sanction en décidant de rédiger les rapports lui-même et en dégageant la responsabilité de son personnel, nouant ainsi une relation de confiance avec les infirmiers et les responsables syndicaux qui trouvera son point d'orgue en mai-juin 1968¹¹⁷⁸. Indépendamment à la psychothérapie, nous sommes aussi dans l'âge d'or de la chimiothérapie.

C / La maturité de la chimiothérapie

Au milieu des années 1960, la chimiothérapie a atteint sa pleine maturité. Comment cela se manifeste-t-il dans le travail ? Y a-t-il une répercussion financière ? Son usage fait l'objet d'un silence assourdissant dans les rapports médicaux, comment l'expliquer ?

1. Quelques reflets de la pratique

En 1964, le Dr De Baudoin note que le progrès des thérapeutiques chimiques met à la disposition des médecins des médicaments variés qui ont un impact sur la quantité et la variété des traitements prescrits¹¹⁷⁹. La quantité de prescription est telle, dans son service, qu'elle occupe deux journées d'infirmière à temps complet¹¹⁸⁰.

¹¹⁷³ Jean-Louis Colmin, Claire Hamoud-Vallez et M-E Lantrain, « Psychanalyse et ouverture d'un atelier d'ergothérapie », *op. cit.*, p. 75.

¹¹⁷⁴ Félix Guattari, « Introduction à la psychothérapie institutionnelle », in Félix Guattari, *Psychanalyse et transversalité*, Paris, La Découverte, 2003, p. 42.

¹¹⁷⁵ En 1975, le Dr Colmin ouvre une cellule communiste au sein de l'établissement.

¹¹⁷⁶ Claire Valez, *Contribution à l'étude de l'introduction de la psychothérapie institutionnelle dans un service d'hôpital psychiatrique*, *op. cit.*, p. 35.

¹¹⁷⁷ Christian Géraud, *L'équipe schizophrène, Notation du Personnel dans un service de Psychothérapie Institutionnelle*, Thèse de Médecine, Paris VI, 1980, p. 61.

¹¹⁷⁸ Jean-Louis Colmin, « Psychiatrie et syndicalisme infirmier », in *La Folie* (2), Actes du colloque de Milan 1976, n° 1183, XX, pp. 313-332.

¹¹⁷⁹ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1964, p. 81.

¹¹⁸⁰ *Id.*

Pendant cette période le prix des achats de produits pharmaceutiques augmente plus intensément que le nombre des journées d'hospitalisation. Est-ce les quantités achetées ou le prix de médicament qui évolue plus rapidement que le nombre des journées d'hospitalisation ? En fait les deux phénomènes se conjuguent, l'inflation du prix est liée d'une part à l'augmentation de la consommation des médicaments, et d'autre part à l'apparition des nouveaux médicaments dont le prix de revient est élevé¹¹⁸¹. Ce mécanisme se répercute sur le prix de journée qui va grandissant. Entre 1960 et 1964, il passe de 0,45 F à 1,31 F. En 1965, la majorité des produits consommés à l'hôpital sont des neuroleptiques et des tranquillisants et ils expliquent, à eux seuls, l'augmentation des dépenses¹¹⁸².

Fort de ce constat, elle émet le souhait que cette évolution des thérapeutiques se traduise par une amélioration du « confort » des malades et qu'elle contribue à la diminution des séjours¹¹⁸³.

Afin d'acheter des meilleur produits à un meilleur prix, des marché de gré à gré sont passés avec les fournisseurs les plus importants¹¹⁸⁴. En 1967, des achats par appel d'offres sont réalisés¹¹⁸⁵. En 1970, pour la première fois, on observe une stabilité des dépenses avec une augmentation de 0,5 %¹¹⁸⁶. Pour la pharmacienne, cette stabilité n'exclut pas une relative augmentation du prix de revient par journée d'hospitalisation car le nombre de journée a diminué de 2,5 % dans le même temps¹¹⁸⁷. Cette stabilité s'explique aussi par la fabrication de médicaments à l'hôpital, l'utilisation plus fréquente de thérapeutique-retard qui diminue le coût du traitement¹¹⁸⁸. La pharmacienne mentionne aussi un répit dans l'apparition et l'utilisation de médicaments nouveaux et souvent coûteux. Après deux décennies de découvertes, la chimiothérapie marque le pas¹¹⁸⁹. En 1970, les principales découvertes chimiothérapiques sont faites. Les années 1960 ont été marquées, après les neuroleptiques, les tranquillisants, et les antidépresseurs, par la découverte des neuroleptiques à effet retard (1962) qui arrivent dans les hôpitaux psychiatrique en 1966¹¹⁹⁰ et la réhabilitation en 1967 du Lithium qui agit comme régulateur de l'humeur et qui prévient la maniaco-dépression¹¹⁹¹. En 1973, la diminution des journées d'hospitalisation, la fabrication de médicaments à l'hôpital et la recherche de marchés de gré à gré à de meilleures conditions permettent de réduire les achats¹¹⁹². En 1974, alors que les journées d'hospitalisation continuent de diminuer, on assiste à une nouvelle montée des prix. Avec la loi de finance de 1976, à partir du 1^{er} juin, le taux de TVA sur les médicaments passe de 20 % à 7 %. Ce

¹¹⁸¹ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1964, p. 88.

¹¹⁸² AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1965, p. 77.

¹¹⁸³ *Id.*

¹¹⁸⁴ *Id.*

¹¹⁸⁵ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1967, p. 75.

¹¹⁸⁶ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1970, p. 66.

¹¹⁸⁷ *Id.*

¹¹⁸⁸ *Id.*

¹¹⁸⁹ *Id.*

¹¹⁹⁰ Michel Tere, *La chimiothérapie retard dans l'évolution de l'hôpital psychiatrique départementale*, Thèse pour le doctorat en médecine, Faculté mixte de médecine et pharmacie d'Angers, Université d'Angers, 1970, p. 2.

¹¹⁹¹ Claude Quézel, *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Taillandier, 2009, p. 493.

¹¹⁹² AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1973, p. 61.

changement se traduit par une chute de 13 % du montant des achats de médicaments¹¹⁹³. En 1977, la diminution des achats est liée à la diminution du nombre de journées, elle-même liée au départ, en octobre, d'un certain nombre de malades à l'hôpital de Cholet¹¹⁹⁴.

Tableau n° 9 : Evolution comparée des journées d'hospitalisation et des dépenses en pharmacie (1960-1977)

Années	Journées d'hospitalisation totales	Variation par rapport à l'année antérieure	Achats de produits pharmaceutiques en F	Variation par rapport à l'année antérieure en %	Prix des achats par journées d'hospitalisation	Prix de journées des assistés, assurés sociaux, 2 ^e classe en F	% du prix d'achat des produits pharmaceutiques par journée d'hospitalisation sur le prix de journée des assistés, assurés sociaux et 2 ^e classe
1960	667 535		306 226	+ 50%	0,45	13	4 %
1961	666 334	-0,17%	452 797	+ 46%	0,67	13	5 %
1962	692 653	+4%	606 484	+ 34%	0,87	15	6 %
1963	719 016	+4%	714 743	+ 18%	0,99	16,80 18	6 %
1964	735 835	+2%	964 458	+ 28%	1,31	19,50	7 %
1965	734 999	-0,11 %	1 043 514	+ 8 %	1,41	20	7 %
1966	748 233	+2%	1 269 640	+ 15,5 %	1,69	21,20	8 %
1967	750 575	+0,31%	1 425 177	+12%	1,89	22,80	8 %
1968	759 506	+1 %	1 842 937	+ 22,5 %	2,42	25,30	10 %
1969	738 879	-3%	2 031 264	+ 10 %	2,74	35	8 %
1970	720 298	- 2,5 %	2 049 777	+ 0,5	2,84	39,50	7 %

Sources : AC, L 31, L 32, Rapports de fonctionnement.

La part du prix des achats pharmaceutiques dans le prix de journée atteint un sommet en 1968 avec un dixième du prix de journée. Grâce à l'augmentation du prix de journée d'une part, mais aussi à la réduction de la TVA, le prix des achats tombe à moins de 2% en 1977.

Pendant cette période, la psychochirurgie (neurochirurgie) persiste. Nous avons répertorié sept opérations entre 1965 et 1968, pratiquées soit à Rennes soit à Nantes. Seul le Dr Colmin les mentionne. Les thérapeutiques de choc (cure de Sakel, électrochocs, etc.), même si elles sont toujours utilisées, ne sont pas non plus mentionnées dans les rapports médicaux. De même, la chimiothérapie est peu mentionnée. Comment interroger ce silence ?

2. Interroger un silence : les paradoxes de la chimiothérapie

2.1. Un déni ?

A la fin des années 1980, la psychiatre et historienne Gladys Swain relevait un certain nombre de paradoxes concernant les psychotropes en médecine mentale. Le premier, « qui contient [selon elle]

¹¹⁹³ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1976, p. 61.

¹¹⁹⁴ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1977, p. 58.

tous les autres », concerne « la discrétion sur l'omniprésence » des psychotropes dans « une profession éminemment réflexive » ; un silence comparé « aux montagnes » de la littérature sur la psychothérapie et le fonctionnement institutionnel¹¹⁹⁵. Nous sommes tentés de projeter ce constat sur le contenu des rapports médicaux entre 1953 et 1977. Si entre 1953 et 1961, les Dr Sizaret et Henry mentionnent l'usage de psychotropes (substances, effets), il n'y a plus rien ensuite. Le discours porte exclusivement sur l'ergothérapie, la sociothérapie, la psychothérapie et la sectorisation, etc. Selon Gladys Swain « l'utilisation de l'ensemble des psychotropes en psychiatrie n'est pas réfléchie¹¹⁹⁶ ». Ce silence se justifierait par deux raisons : l'utilisation « subjective » et « empirique » du dosage des psychotropes qui peut aller de 1 à 5, voire de 1 à 10, ainsi que leurs associations, mais aussi une prescription en partie extérieure à la psychiatrie, par des médecins généralistes (antidépresseurs, tranquillisants et neuroleptiques)¹¹⁹⁷. Avec les psychotropes, la thérapeutique psychiatrique devient en partie extérieure. Le deuxième paradoxe, qui justifie le premier, est que la pénétration des psychotropes s'est accompagnée, selon elle, d'un « déni théorique ». En schématisant : sur un fond d'antipsychiatrie, elle considère que la prescription des neuroleptiques et des antidépresseurs « inavouables » est recouverte par un discours sur la psychothérapie comme « objet culturel digne ». Sans nier l'antériorité des psychothérapies, l'usage des neuroleptiques et des antidépresseurs rendent possibles et portent la domination des courants psychothérapeutiques¹¹⁹⁸. « La psychiatrie biologique [...] a fait le jeu de son adversaire en plus du sien¹¹⁹⁹. » Autre effet réfracté : « [...] un progrès de la puissance sur le corps a produit l'expansion d'une croyance dans le pouvoir de l'âme¹²⁰⁰. » Selon elle la psychanalyse, indépendamment de ses succès antérieurs, n'aurait pas eu « cette diffusion de masse » « sans l'appui caché apporté par les psychotropes¹²⁰¹ ». Elle appuie sa démonstration sur la chronologie parallèle entre la percée de la psychanalyse dans la psychose et celle des neuroleptiques et antidépresseurs¹²⁰². On peut rapprocher cette analyse des propos du Dr Tere, qui a été interne dans le service du Dr Ariste-Le-Bas, et qui considère que les propriétés anti-psychotiques et sédatives des neuroleptiques ont « permis aux médecins de quitter un rôle contemplatif d'observation, pour entamer un véritable dialogue¹²⁰³ ». Il va plus loin en disant que cette relation en apparence semblable à celle d'un médecin somaticien est progressivement apparu comme utilisable dans le cadre thérapeutique¹²⁰⁴. Selon lui, jusqu'alors « les disciples de Freud » ont utilisé la communication comme seul moyen thérapeutique. Dans ce schéma

¹¹⁹⁵ Gladys Swain, « Chimie, cerveau, esprit et société. Paradoxes épistémologiques de psychotropes en médecin mentale », in Gladys Swain, *Dialogue avec l'insensé*, Paris, p. 266-267.

¹¹⁹⁶ *Id.*

¹¹⁹⁷ *Ibid.*, p. 267-268.

¹¹⁹⁸ *Ibid.*, p. 269.

¹¹⁹⁹ *Ibid.*, p. 270.

¹²⁰⁰ *Id.*

¹²⁰¹ *Id.*

¹²⁰² *Ibid.*, p. 271.

¹²⁰³ Michel Tere, *La chimiothérapie retard dans l'évolution de l'hôpital psychiatrique départementale*, Thèse pour le doctorat en médecine, Faculté mixte de médecine et pharmacie d'Angers, Université d'Angers, 1970, p. 37.

¹²⁰⁴ Michel Tere, *La chimiothérapie retard dans l'évolution de l'hôpital psychiatrique départementale*, *op. cit.*, 1970, p. 37.

classique, celle-ci a été facilitée par la réduction de la symptomatologie psychotique, obtenue grâce aux psychotropes. Au travers de cette expérience, « les psychiatres classiques » se sont rendus compte que pour que « la prescription médicamenteuse » soit efficace, elle devait s'accompagner d'un transfert positif. « [...] la drogue, à priori ressentie comme un mauvais objet, ne peut être acceptée et investie de bons effets que si elle vient du *bon médecin*. Cette notion est d'autant plus essentielle que le médicament a des effets secondaires désagréables. La prescription médicamenteuse présente une résonance affective qui est ressentie par le malade, et qui ne doit rester ignorée du psychiatre.¹²⁰⁵ » Selon Gladys Swain, si la psychothérapie institutionnelle a redécouvert la capacité thérapeutique de l'institution et la possibilité d'extérioriser le soin avant la découverte des neuroleptiques, ceux-ci lui ont donné « un support », « un relais »¹²⁰⁶. Les psychotropes ne sont pas la cause, mais l'outil qui fait interaction avec le préexistant¹²⁰⁷. De même la critique de l'asile est antérieure : elle cite Edouard Toulouse pour les services libre, le Guillard pour les dispensaires. Il s'agit de la rencontre entre l'aspiration et les moyens. Avec la chimiothérapie « l'exception est devenue l'ordinaire, le banal le quotidien¹²⁰⁸ ». Dernier effet paradoxal, l'effet en retour des neuroleptiques a fait disparaître en partie la nosographie classique¹²⁰⁹.

2.2. « Entre tentation médicale et tentation sociale »

Selon Gladys Swain, l'histoire de la psychiatrie s'articule autour de la tentation médicale et de la tentation sociale¹²¹⁰. Dès sa naissance, la psychiatrie est traversée par la question de son appartenance à la médecine. Selon elle « tantôt c'est l'effort qui consiste à la réintégrer qui l'emporte, tantôt au contraire c'est la volonté de nettement s'en démarquer¹²¹¹ ». Indépendamment du « mouvement dominant », des psychiatres sont soit favorables au « rattachement de la psychiatrie à la médecine » ou à « son autonomie ». En arrière plan se joue la compréhension du trouble mental comme une psychogénèse et une organogénèse.

Toujours selon Gladys Swain, tout commence avec le lieu d'exercice de la psychiatrie. Son véritable acte de naissance est le transfert en 1802 du traitement des aliénés de l'Hôtel-Dieu à la Salpêtrière, de l'hôpital ordinaire à l'hospice. « [...] la psychiatrie acquière une dignité médicale en se séparant du lieu privilégié d'exercice de la médecine savante que devient, au même moment, l'hôpital. » « La psychiatrie s'est médicalisée en s'installant à côté de la médecine. » Elle évoque deux épisodes pour « surmonter cette coupure » et créer un « pont » entre la psychiatrie et la médecine. Il s'agit premièrement de

¹²⁰⁵ Michel Tere, *La chimiothérapie retard dans l'évolution de l'hôpital psychiatrique départementale*, *op. cit.*, 1970, p. 37.

¹²⁰⁶ Gladys Swain, « Chimie, cerveau, esprit et société. Paradoxes épistémologiques de psychotropes en médecine mentale », *op. cit.*, p. 271.

¹²⁰⁷ *Ibid.*, p. 272.

¹²⁰⁸ *Id.*

¹²⁰⁹ *Ibid.*, p. 273.

¹²¹⁰ *Ibid.*, p. 274.

L'identification de la paralysie générale comme lésion cérébrale par Bayle en 1820, mais c'est un échec. L'aliénation résiste à son assimilation à la médecine. C'est ici que « s'impose » la doctrine de la dégénérescence non comme lésion mais comme anomalie dans la constitution du corps. Selon Gladys Swain c'est en fonction de son idéal de médicalisation qu'il faut comprendre la volonté de Morel et Magnan de dépasser l'asile. La clinothérapie, vue précédemment, illustre le souci de substituer un lieu de soin au lieu de vie¹²¹². Mais c'est grâce aux psychotropes qu'« un pont solide est créé au plan pratique et théorique qui permet de réintégrer l'institution psychiatrique au sein de la structure médicale », l'hôpital universitaire. Selon Gladys Swain, il n'est pas concevable que les services de psychiatrie eussent été intégrés aux hôpitaux généraux, universitaires, sans les moyens de contrôle et les sédations offerts par les neuroleptiques. Non seulement la psychiatrie accède à une thérapeutique comme les autres, mais elle est capable de présenter un patient comme les autres. La même psychiatrie peut être pratiquée dans des lieux différents¹²¹³. Pendant cette période, quelles sont les évolutions et les permanences pour le personnel.

D / Evolutions et permanences pour le personnel

La période qui va de 1963 à 1970 est marquée par le problème chronique du recrutement du personnel secondaire, aggravé par l'absentéisme. Quel impact cette insuffisance numérique du personnel a dans l'organisation des services et la vie des malades ? Quelles mesures sont prises pour l'endiguer ? L'évolution du travail en psychiatrie a-t-il une incidence sur ce phénomène ?

Dans ce climat, on assiste à une montée en puissance des revendications du personnel et une politisation de l'action. Comment se manifestent-elles ? Qui en sont les acteurs ?

1. Recrutement, absentéisme et formation du personnel

A partir de 1963, alors que jusqu'alors le recrutement était difficile pour les hommes, il le devient aussi pour les femmes. Germain Paris parle d'une « pénurie généralisée » et ce « malgré des conditions de recrutement de plus en plus libérales »¹²¹⁴. Les agents sortants sont tout juste remplacés, sans augmenter les effectifs¹²¹⁵. Il relève que si dans les sections de femmes l'effectif est apparemment plus important, il s'avère que le personnel est moins élevé par le jeu des congés de maladie et de maternité¹²¹⁶.

¹²¹² Gladys Swain, « Chimie, cerveau, esprit et société. Paradoxes épistémologiques de psychotropes en médecine mentale », *op. cit.*, p. 275.

¹²¹³ *Ibid.*, p. 276.

¹²¹⁴ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1963, p. 60.

¹²¹⁵ *Id.*

¹²¹⁶ *Id.*

En 1963, le rapport des journées d'absence par agent est de 30 jours pour les femmes contre 12 pour les hommes. Si l'on retranche les congés maternité et les congés longue durée, on obtient encore une différence de plusieurs points pour les femmes. Dans ce contexte, le départ annoncé des religieuses, elles mêmes victimes du recrutement, est redouté¹²¹⁷. Comment les remplacer ?

La perspective de la semaine de 40 heures est aussi angoissante¹²¹⁸. L'idée du rétablissement dans les hôpitaux psychiatriques du cadre des aides soignantes (maintenu dans les hôpitaux généraux), qui permettrait de pallier aux difficultés de recrutement, est à nouveau soulevée¹²¹⁹.

En 1963, afin de lutter contre l'absentéisme, une prime d'assiduité est instaurée¹²²⁰. Cette même année, l'absentéisme est plus faible qu'en 1962 en ce qui concerne les congés maladie (- 13 %) et les accidents du travail (- 44,96), en revanche, les congés maternité s'accroissent fortement avec + 104 %¹²²¹. En 1964, les arrêts maladie et maternité augmentent à nouveau¹²²². Paris avoue que les deux moyens de récompenser l'assiduité, la prime de service et la notation, n'apportent pas de frein à l'absentéisme¹²²³.

En 1964, quatre examens d'entrée sont réalisés. 196 inscriptions sont réunies, en majorité féminines. 109 candidats et candidates se présentent aux épreuves, 62 sont admis avec des « repêchages » en dessous de la moyenne. Au final, 57 personnes acceptent un poste d'élèves infirmiers ou infirmière¹²²⁴. Si on retranche les départs par démission, mutation, disponibilité et admission à la retraite, l'effectif soignant en plus, pour l'année, n'est que de 18 personnes soit, selon Germain Paris, un tiers des besoins réels¹²²⁵. L'année suivante, deux examens sont à nouveau réalisés. Sur les 195 candidatures, 60 élèves ont été recrutés. Dans le même temps, 49 membres du personnel quittent l'établissement pour des mises en disponibilité – personnel féminin- démissions ou mutations pour mariage¹²²⁶. Au final, l'effectif s'est apprécié de 11 personnes seulement¹²²⁷. Pour expliquer ce problème du recrutement, Paris évoque le frein des « servitudes hospitalières » comme le travail du dimanche, des fêtes qui « éloignent « quelques candidats valables » et aussi l'« épouvantail du vieux préjugé contre les maladies mentales »¹²²⁸. L'idée de l'asile persiste. Parmi les candidats, la proportion pouvant citer comme référence un parent ou un ami travaillant dans l'établissement est grande. Leur connaissance de l'hôpital psychiatrique fait qu'ils savent qu'ils seront recrutés comme infirmiers soignants et non comme « catcheurs »¹²²⁹. Germain Paris n'est pas favorable à la diminution du niveau, « déjà peu élevé » des

¹²¹⁷ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1963, p. 60.

¹²¹⁸ *Id.*

¹²¹⁹ *Id.*

¹²²⁰ *Ibid.*, p. 61.

¹²²¹ *Ibid.*, p 23.

¹²²² AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1964, p. 24.

¹²²³ *Id.*

¹²²⁴ *Ibid.*, p. 61.

¹²²⁵ *Id.*

¹²²⁶ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1965, p. 60.

¹²²⁷ *Id.*

¹²²⁸ *Id.*

¹²²⁹ *Id.*

infirmiers psychiatriques, au moment où les exigences de la psychiatrie croissent et où les « autorisés » (membres du personnel recrutés avant 1955 qui n'ont pas fait la formation) sont dépassés par les nouvelles thérapeutiques¹²³⁰.

Cette insuffisance numérique du personnel a un impact direct sur l'organisation du service et la vie des malades¹²³¹. Dans le service A des hommes, le Dr Bobé évoque la surveillance dans les cours, les salles de réunion, qui est réduite au minimum, les infirmiers étant affectés prioritairement aux « soins délicats »¹²³². Les promenades intérieures et extérieures sont suspendues¹²³³. Dans certains cas, le personnel est obligé de se faire assister par des convalescents¹²³⁴. Le Dr Bobé demande un recrutement important. A défaut d'élèves infirmiers, il réclame, lui aussi, des aides-soignants comme garçons de salle à qui ils pourraient confier des tâches ménagères et la surveillance des « corvées » extérieures au pavillon¹²³⁵. La même année, le Dr Colmin considère que l'insuffisance de personnel, qu'il évalue à la moitié de la norme du ministère, empêche l'existence d'une ergothérapie et d'une sociothérapie réellement thérapeutiques¹²³⁶. Pour le Dr Ariste-Le-Bas, dans le service B des femmes, les défections et le surcroît de travail qui en découle entraînent « un surmenage chronique » du personnel¹²³⁷. Les infirmières vont au plus pressé et déplorent de n'avoir pas la possibilité d'écouter les malades, de converser avec eux, de participer à leurs distractions tant elles sont absorbées par les tâches ménagères et le repassage du linge du quartier¹²³⁸.

Dans le même temps le Dr Ariste-Le-Bas décrit des réalités nouvelles de la psychiatrie qui accentuent l'effet délétère de ce manque de personnel. Notamment, l'accentuation des prescriptions pharmaceutiques, dont la rédaction couvre chaque jour 46 pages recto verso d'un cahier de 30/22, mobilise de plus en plus les infirmières ; mais aussi les progrès de la médecine prolongeant la vie des malades, permet de les faire survivre avec des escarres profondes nécessitant la présence prolongée, matin et soir, de deux infirmières¹²³⁹.

En 1966, deux examens permettent de voir 230 candidatures, 22 élèves infirmiers et 44 élèves infirmières sont recrutés¹²⁴⁰. L'augmentation des promotions, de plus en plus nombreuses à partir de 1964, pose le problème de l'enseignement¹²⁴¹. En 1967, le Dr Ariste-Le-Bas institue des répétiteurs volontaires, qui font relais avec l'école pour des matières comme l'hygiène et l'anatomie¹²⁴². Des

¹²³⁰ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1965, p. 60.

¹²³¹ *Ibid.*, p. 64.

¹²³² *Id.*

¹²³³ *Id.*

¹²³⁴ *Ibid.*, p. 65.

¹²³⁵ *Ibid.*, p. 64.

¹²³⁶ *Ibid.*, p. 75.

¹²³⁷ *Ibid.*, p. 83.

¹²³⁸ *Id.*

¹²³⁹ *Ibid.*, p. 83.

¹²⁴⁰ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1966, p. 59.

¹²⁴¹ *Ibid.*, p. 77.

¹²⁴² AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1967, p. 73.

moniteurs assurent, par des travaux pratiques, la formation technique des élèves¹²⁴³. Dans le même service, le recours aux diplômées et des réunions de quartier sont expérimentés afin d'assurer la formation des élèves-infirmières dont les effectifs augmentent sensiblement¹²⁴⁴. Des thèmes comme l'organisation du travail et des activités, des sujets médicaux, des observations sur le comportement des malades, la conduite à tenir, mais aussi les modifications souhaitables sont discutés¹²⁴⁵. Au travers de ce travail d'équipe naissent une chorale, un groupe de gymnastique et de danses folkloriques et un groupe de « culture physique élémentaire¹²⁴⁶ ». En 1966, le rapport agents/soignant est toujours inférieur à la norme. Si l'absentéisme régresse, selon Paris, les abus subsistent. A ce sujet, il évoque l'application de nouvelles dispositions concernant l'attribution de la prime de service et espère qu'elle aura « un effet salubre sur les indispositions anormalement allongées à l'époque de la pêche, de la chasse ou des troubles infantiles de l'hiver »¹²⁴⁷. Dans ce climat, on assiste à une montée en puissance des revendications du personnel spécialisé.

2. La montée en puissance de la revendication du personnel

2.1. Les infirmiers et infirmières

A partir de 1963, l'action syndicale évolue. A cette date, les syndicats représentent 80 % du personnel : 60 % à la CGT, 30 % à la CFDT et 10 % à FO¹²⁴⁸. Le Dr Colmin parle d'un climat de sanction, dans lequel le syndicat apparaît comme un rempart¹²⁴⁹. Une infirmière nous a confié que l'adhésion au syndicat est quasi obligatoire. Chaque syndicat sollicite. Celle-ci a adhéré à la CGT, les réunions ont lieu en dehors de l'hôpital, au café l'hôtel de la Loire à Sainte-Gemmes. Elles sont mixtes¹²⁵⁰.

Le 15 mars, contrairement à l'habitude, les trois organisations syndicales (CGT, CFDT et FO) organisent conjointement une journée de revendications¹²⁵¹. Surpris, Germain Paris souligne que les organisations syndicales, n'ont pas demandé d'audience préalable. La journée de grève est signalée l'avant veille par une communication téléphonique du secrétaire d'un syndicat, sans doute celui de la CGT, Raymond Pourias¹²⁵². Une audience des trois organisations est demandée au directeur le jour même. A 14 h 30, les organisations demandent à être reçues par le préfet à la Mairie de Sainte-Gemmes-sur-Loire, sans doute

¹²⁴³ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1967, p. 73.

¹²⁴⁴ *Ibid.*, p. 72.

¹²⁴⁵ *Id.*

¹²⁴⁶ *Id.*

¹²⁴⁷ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1966, p. 60.

¹²⁴⁸ Jean Colmin, « Psychiatrie et syndicalisme infirmier », in *La folie. Actes du colloque de Milan*, Folio, Paris, 1976, p. 315.

¹²⁴⁹ *Id.*

¹²⁵⁰ Maryvonne Compagnon, *Infirmière (1960-1996)*, entretien enregistré le 29 février 2005.

¹²⁵¹ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Revendications du personnel hospitalier « Manifestation du 15 mars 1963 », séance du 21 mars 1963, p. 538.

¹²⁵² *Id.*

pour plus de neutralité¹²⁵³. Germain Paris est contourné. Une motion lui est cependant remise comprenant 19 points¹²⁵⁴. Il apprend par voie de presse qu'une seconde motion a été transmise au ministre de la Santé publique¹²⁵⁵. Les 19 points contestent des décisions, des applications. Elles concernent la discipline, l'organisation du travail (horaires, indemnités des heures supplémentaires, primes de service), etc¹²⁵⁶. Des conversations ont lieu avec les délégués du personnel à l'hôpital, puis à la préfecture¹²⁵⁷. Le 26 mai, la commission rencontre les délégués du personnel afin de trouver « une solution transactionnelle¹²⁵⁸ ». Un bon nombre de points sont acceptés par la commission de surveillance, à l'exception d'une décision disciplinaire et d'éléments administratifs indépendants de son pouvoir décisionnel¹²⁵⁹. Cette action d'un nouveau genre dans l'établissement est un succès.

Le rythme des mouvements syndicaux s'intensifie. Le 17 juillet de la même année, un mouvement de protestation est organisé entre 13 h et 15 h contre le projet gouvernemental de réglementer le droit de grève, il est suivi, selon Germain Paris, par la majorité du personnel¹²⁶⁰. Le 1^{er} octobre, une journée de revendications est à nouveau déclenchée. Le mouvement est suivi par la totalité des services généraux, 50 % des services administratifs et 80 % des services médicaux¹²⁶¹. Les représentants des organismes syndicaux ont été reçus par le directeur et le préfet. Deux motions sont déposées, une nationale et une locale¹²⁶². Parmi les revendications nationales, la principale porte sur le retour des 40 heures¹²⁶³. Alors qu'il y a pénurie d'infirmiers et d'infirmières et que le recrutement compense difficilement les départs, Germain Paris manifeste son inquiétude¹²⁶⁴.

Dans les revendications locales, on retrouve essentiellement le problème de la prime de service¹²⁶⁵. Cette prime basée sur l'assiduité, décidée en janvier 1963 par la commission de surveillance, avait été payée pour la première fois en juin¹²⁶⁶. Les syndicats demandent une répartition en parts égales. La direction refuse ce partage qui la priverait d'un outil de lutte contre l'absentéisme¹²⁶⁷. Derrière la prime de service, il y a le problème de la notation annuelle. Il semblerait que le personnel ne comprenne pas

¹²⁵³ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Revendications du personnel hospitalier « Manifestation du 15 mars 1963 », séance du 21 mars 1963, p. 538.

¹²⁵⁴ *Id.*

¹²⁵⁵ *Id.*

¹²⁵⁶ *Id.*

¹²⁵⁷ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Revendications du personnel », séance du 13 mai 1963, p. 560.

¹²⁵⁸ *Ibid.*, p. 561.

¹²⁵⁹ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Revendications du personnel », séance du 19 juin 1963, p. 575.

¹²⁶⁰ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Protestation du personnel contre la réglementation du droit de grève », séance du 19 septembre 1963, p. 589.

¹²⁶¹ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Revendications du personnel, Grève du 1^{er} octobre 1963 », séance du 24 octobre 1963, p. 613.

¹²⁶² *Id.*

¹²⁶³ *Id.*

¹²⁶⁴ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1963, p. 60.

¹²⁶⁵ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Revendications du personnel, Grève du 1^{er} octobre 1963 », séance du 24 octobre 1963, p. 613.

¹²⁶⁶ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1963, p. 60.

¹²⁶⁷ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Revendications du personnel, Grève du 1^{er} octobre 1963 », séance du 24 octobre 1963, p. 613.

comment les médecins chef, qui connaissent mal leur personnel, peuvent le noter et encore moins comment le directeur, qui ne passe jamais dans les services, peut corriger la notation, le plus souvent à la baisse. Or, la notation a une répercussion directe sur l'avancement de grade, d'échelon et sur le montant de la prime de service¹²⁶⁸.

Au printemps 1966, les trois organisations syndicales, lors d'une audience avec le directeur, lui transmettent deux motions. La première, nationale, adressée au gouvernement, est composée de trois revendications : le reclassement indiciaire des diverses catégories d'agents hospitaliers et l'amélioration des retraites ; la semaine de 40 heures sur 5 jours et l'augmentation du nombre d'agents soignants¹²⁶⁹. La motion locale comprend six points, dont notamment l'augmentation des effectifs et à nouveau le problème de la prime de service basée en partie sur l'assiduité¹²⁷⁰. La commission de surveillance, compte tenu des revendications qu'elle juge mineures, déduit qu'il n'y pas de différent sérieux avec le personnel¹²⁷¹.

En 1967, le Dr Colmin, dans son service, décide d'attribuer les notes en réunion, en présence de l'intéressé avec la participation des ses collègue. Cette méthode doit favoriser une meilleure notation¹²⁷². Il s'agit de se rapprocher stratégiquement de la sphère syndicale, tout en neutralisant la sanction qui était facteur d'« angoisse » : selon lui, la mise en œuvre d'une approche psychothérapeutique ne peut s'effectuer sans l'assentiment des syndicats qui représentent plus de 80 % des soignants¹²⁷³. Cette manœuvre politique et psychanalytique va à l'encontre de l'autorité du directeur. Au milieu des années 1960, les psychiatres ont aussi des revendications et commencent à se manifester.

2.2. Les psychiatres (1966-1967)

Le 14 mars 1966, le Dr Henry fait parvenir au président de la commission, Jean Sauvage, une lettre signée des cinq psychiatres pour l'informer d'une journée de protestation organisée sur le plan national le 21 mars¹²⁷⁴. Les psychiatres, médecins hospitaliers à plein temps depuis plus d'un siècle, sont classés dans la médecine hospitalière et souhaitent être incorporés dans le statut des médecins à plein temps des établissements hospitaliers de 2^e catégorie¹²⁷⁵. Comme le remarque Jean Sauvage, il s'agirait d'un changement considérable dans la psychiatrie et notamment en termes d'impact budgétaire¹²⁷⁶.

¹²⁶⁸ Jean Colmin, « Psychiatrie et syndicalisme infirmier », in *La folie. op. cit.*, p. 315.

¹²⁶⁹ AC, L 23, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Revendication du personnel hospitalier », séance du 18 avril 1966, p. 1040.

¹²⁷⁰ *Ibid.*, p. 1041.

¹²⁷¹ *Ibid.*, p. 1042.

¹²⁷² Jean Colmin, « Psychiatrie et syndicalisme infirmier », in *La folie. op. cit.*, p. 315.

¹²⁷³ *Id.*

¹²⁷⁴ AC, L 23, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Revendication des médecins psychiatres », séance du 14 mars 1966, p. 1024.

¹²⁷⁵ *Id.*

¹²⁷⁶ *Id.*

En novembre 1967, les psychiatres de Sainte-Gemmes passent à l'action. Germain Paris fait part à la commission de surveillance de l'adhésion des médecins-chef de l'établissement à un mouvement national de protestation contre la lenteur de l'application de leur changement de statut¹²⁷⁷. Cette protestation se manifesterait par une interruption, à partir de mi novembre, de la rédaction et la signature des feuilles de prise en charge des séjours de malades par la Sécurité sociale¹²⁷⁸. Un préavis légal a été adressé au ministre et au préfet du Maine-et-Loire¹²⁷⁹. Germain Paris redoute l'impact sur la trésorerie. Le contrôle médical des caisses de la Sécurité sociale ne pouvant s'effectuer, les règlements des frais d'hospitalisation seront suspendus¹²⁸⁰. Le manque à gagner pour le 4^e trimestre de l'année est estimé à 20 %¹²⁸¹. Germain Paris redoute un prolongement de l'action au 1^{er} trimestre de 1968 : se serait alors 50 % des rentrées qui seraient réduites¹²⁸². Les règlements de la Sécurité sociale, par leur importance, deviennent un moyen de pression. Dans ce scénario, le fond de roulement de l'établissement est absorbé par les principaux budgets, à savoir les dépenses de personnel et l'alimentation. L'établissement se retrouverait de l'impossibilité de régler les fournisseurs mais aussi de mandater les traitements sans l'aide d'une avance par les services du trésor¹²⁸³. Nous ne savons pas dans quelles circonstances la grève a pris fin. Il n'y a pas eu d'incidence sur le budget de l'année 1967. En mai 1968, Germain Paris considère le nouveau statut comme imminent¹²⁸⁴. Alors que les revendications montent depuis les années 1960, en mai-juin 1968, une coalescence des mécontentements se produit, une grève massive se déroule dans l'hôpital.

E / 1968 : la coalescence

En mai-juin 1968, l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire est le théâtre d'une subversion sans précédent. Comment se déroule la grève dans l'hôpital ? Quelles sont les actes symboliques, les revendications ? Localement et à l'échelle nationale quelles satisfactions sont obtenues ? Dans l'établissement, que reste-il du mouvement au début des années 1970 ?

¹²⁷⁷ AC, L 23, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Grève administrative des psychiatres. Répercussions sur la situation de trésorerie », séance du 20 novembre 1967, p 1265.

¹²⁷⁸ *Id.*

¹²⁷⁹ *Id.*

¹²⁸⁰ *Id.*

¹²⁸¹ *Id.*

¹²⁸² *Id.*

¹²⁸³ *Id.*

¹²⁸⁴ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1967, p. 60.

1. Dans l'établissement
- 1.1. Le carnaval de mai-juin
- a. De l'expectative à l'action

La première semaine « des événements » s'est déroulée dans l'expectative. Germain Paris parle d' « un attentisme vigilant » de la part du personnel¹²⁸⁵. Le lundi 20 mai, à l'initiative du secrétaire de la CGT, Raymond Pourias, les délégués syndicaux des trois organisations s'invitent à la commission de surveillance et apportent une motion composé de revendications¹²⁸⁶. Les organisations syndicales donnent l'assurance, en raison de la « qualité de l'établissement » et de la pénurie de personnel, de ne pas participer à la grève générale¹²⁸⁷. Pourtant, le 21 mai, la grève est décidée dans une réunion intersyndicale hors de l'hôpital à l'hôtel de la Loire à Sainte-Gemmes¹²⁸⁸. Raymond Pourias, porté par le climat ambiant semble submergé : « ça chauffe ! et *nous sentons très bien qu'il faut y aller* et après diverses discussions avec des hauts et des bas, nous décidons la grève pour le mercredi matin à partir de 6 h 30 en invitant l'ensemble du personnel à y participer¹²⁸⁹. » Le 22 mai, au matin, les grévistes investissent l'hôpital¹²⁹⁰. Dans son compte rendu de la grève, Raymond Pourias se déclare soulagé : « C'est fait ! Nous sommes en grève et heureusement car l'ensemble des personnel étaient prêts, à notre grande surprise et, en plus, sans s'occuper de la perte de salaire¹²⁹¹. » Pendant 14 jours, dans un climat de transgression, les territoires sont pour un temps neutralisés, les circulations rendues possibles. Les infirmiers découvrent pour la première fois le service des femmes¹²⁹². Comme ailleurs, et peut-être ici plus qu'ailleurs, on assiste au plaisir de la rencontre, à l'abolition des frontières¹²⁹³. Le matin même de la grève, les délégués syndicaux sont reçus par le directeur pour mettre au point la sécurité et la continuité des soins¹²⁹⁴. Des permanences obligatoires sont organisées, mais aussi le fonctionnement des services indispensables comme la cuisine, la buanderie, etc¹²⁹⁵. La salle des fêtes est investie pour une première réunion générale¹²⁹⁶. Par roulement, le personnel assure le piquet de grève à la « porterie », le fonctionnement des services médicaux, et participe à des réunions d'information organisées par les

¹²⁸⁵ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1968, p. 65.

¹²⁸⁶ Archives privées de Raymond Pourias, « Compte rendu sur les journées d'action du mai 1968 au CPD de Sainte Gemmes s/Loire ».

¹²⁸⁷ AC, L 24, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Mouvements sociaux de mai 1968. Participation du personnel hospitalier à la grève générale », séance du 27 juin 1968, p. 1398.

¹²⁸⁸ Raymond Pourias, infirmier puis surveillant chef, secrétaire général de la CGT, entretien enregistré le 2 mai 2003

¹²⁸⁹ Archives privées de Raymond Pourias, « Compte rendu sur les journées d'action du mai 1968 au CPD de Sainte Gemmes s/Loire ».

¹²⁹⁰ Raymond Pourias, infirmier puis surveillant chef, secrétaire général de la CGT, entretien enregistré le 2 mai 2003.

¹²⁹¹ Archives privées de Raymond Pourias, « Compte rendu sur les journées d'action du mai 1968 au CPD de Sainte Gemmes s/Loire ».

¹²⁹² *Id.*

¹²⁹³ Kristin Ross, *Mai 68 et ses vies ultérieures*, Paris, Complexe, 2005, p. 24.

¹²⁹⁴ AC, L 24, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Mouvements sociaux de mai 1968. Participation du personnel hospitalier à la grève générale », séance du 27 juin 1968, p. 1398.

¹²⁹⁵ *Id.*

¹²⁹⁶ Archives privées de Raymond Pourias, « Compte rendu sur les journées d'action du mai 1968 au CPD de Sainte Gemmes s/Loire ».

syndicats¹²⁹⁷. Lors des assemblées, les participants sont invités à présenter des revendications¹²⁹⁸. 185 points seront présentés¹²⁹⁹.

b. Des revendications diverses

Toujours le 22 mai, en fin de matinée, des contacts sont noués avec les Dr Colmin et Henry, l'idée d'un comité de gestion, comme dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine, est dans l'air¹³⁰⁰. Il s'agit de prendre part aux décisions de l'hôpital. Le secrétaire général de la CGT parle d'un rêve¹³⁰¹. Le jeudi 23 mai les trois médecins chef (les Dr Henry, Colmin et Ariste-le-Bas) rejoignent le mouvement¹³⁰². A la suite de la grève, une alliance syndicats-médecins se noue, puis se phénomène se diluera avec l'arrivée de nouveaux médecins « prenant des positions plus réservées vis-à-vis des syndicats¹³⁰³ ». Lors d'une réunion en plein air, les médecins, les internes et les militants syndicaux décident de créer le « comité de gestion ». Toute la journée, tous s'affèrent à l'élaboration du projet¹³⁰⁴.

Dans le même temps, le personnel est invité à faire part de ses revendications, 94 sont retenues¹³⁰⁵. L'essentiel des revendications, qui fonctionnent de façon cathartique, portent sur l'amélioration du travail des soignants et des conditions de vie des patients. On retrouve ici de vieilles antiennes, dont en premier lieu la mise en place des 40 heures et l'embauche immédiate de personnel soignant, à la pharmacie, mais aussi de médecins et d'internes, la présence d'une assistante sociale et d'un psychologue par service, ainsi que l'augmentation du prix de journée¹³⁰⁶. Des demandes symboliques sont aussi présentes comme la suppression de la pointeuse et l'élimination du mur d'enceinte. La volonté de faire aboutir des projets en attente comme l'ouverture du service libre (le bâtiment extra-muros), et celui du foyer des malades¹³⁰⁷. Certaines font résonances avec les réformes en cours comme la sectorisation de l'hôpital, la création d'ateliers protégés, le développement de l'ergothérapie dans tous les services, etc¹³⁰⁸. Il y a aussi des revendications farfelues¹³⁰⁹. Lors des débats, le travail des patients est remis en cause¹³¹⁰. Le Dr Colmin le considère comme une exploitation qui empêche le recrutement du

¹²⁹⁷ AC, L 24, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Mouvements sociaux de mai 1968. Participation du personnel hospitalier à la grève générale », séance du 27 juin 1968, p. 1398.

¹²⁹⁸ *Id.*

¹²⁹⁹ *Id.*

¹³⁰⁰ Archives privées de Raymond Pourias, « Compte rendu sur les journées d'action du 22 mai 1968 au CPD de Sainte Gemmes s/Loire ».

¹³⁰¹ *Id.*

¹³⁰² AC, L 24, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Mouvements sociaux de mai 1968. Participation du personnel hospitalier à la grève générale », séance du 27 juin 1968, p. 1398.

¹³⁰³ Jean Colmin, « Psychiatrie et syndicalisme infirmier », in *La folie. op. cit.*, p. 320.

¹³⁰⁴ Archives privées de Raymond Pourias, « Compte rendu sur les journées d'action du mai 1968 au CPD de Sainte Gemmes s/Loire ».

¹³⁰⁵ *Id.*

¹³⁰⁶ Archives privées de Raymond Pourias, « Liste des 94 revendications ».

¹³⁰⁷ *Id.*

¹³⁰⁸ *Id.*

¹³⁰⁹ Raymond Pourias, entretien enregistré le 2 mai 2003.

¹³¹⁰ Jacques Henry, entretien enregistré le 16 mars 2006.

personnel¹³¹¹. Le soir, le directeur est invité à un dialogue, le lendemain à 14 heures, devant tout le personnel¹³¹². Le vendredi 24, au matin, le projet est discuté lors d'une réunion générale¹³¹³. Selon Raymond Pourias l'ambiance est onirique : « C'est la surprise pour beaucoup, y compris nous-mêmes et nous demandons si nous ne rêvons pas, après tout nous avons bien le droit de rêver¹³¹⁴. » Une délégation, composée des Dr Henry et Colmin et des trois infirmiers représentant les organisations syndicales, remettent au directeur leur décision de créer trois organismes de gestion de l'établissement : une assemblée générale mensuelle, constituée de tout le personnel, un conseil de gestion bimensuel composé des délégués de toutes les composantes de l'établissement (25 membres) et un bureaux du conseil de gestion se réunissant chaque jour et composé de 6 personnes dont l'ordonnateur (directeur) et un médecin chef¹³¹⁵. Dans un communiqué intersyndical l'objectif apparaît, dans un souci « de réforme totale et permanente des structures hospitalières », « d'éviter les décisions unilatérales tant dans l'intérêt des malades que du personnel »¹³¹⁶. Dans un premier temps Germain Paris conteste cette création qu'il juge « extra-réglementaire »¹³¹⁷. Pourtant, après avoir reçu l'assurance que le texte n'était qu'une base de discussion et qu'il serait pleinement associé aux discussions, Germain Paris accepte le principe du comité de gestion et décide d'y assister¹³¹⁸.

Le 27 mai, après six heures de discussions¹³¹⁹, le conseil décide à l'unanimité l'application des 40 heures par semaine sur cinq jours¹³²⁰. Cette mesure sera appliquée à partir du 3 juin 1968 dans les ateliers, l'exploitation agricole et les services administratifs, et pour les autres services dès qu'elle sera techniquement possible par le recrutement d'une centaine d'agent¹³²¹. Pour ce faire, les modalités de recrutement sont assouplies : le critère physique sera uniquement de la compétence du médecin du travail, les candidats possédant un certificat d'études primaires ou un diplôme de niveau supérieur seront admis sans examen¹³²². Pour les autres, un examen de niveau CEP sera organisé. Les tests psychotechniques préalables sont supprimés¹³²³.

En tenant compte « des possibilités immédiates », l'embauche de 100 personnes est envisagée dans les différentes catégories (infirmiers, services généraux et administratifs)¹³²⁴. D'autre part, il est décidé que

¹³¹¹ Claude Forget, Attaché de direction (1960-1992), entretien enregistré le 16 juillet 2003.

¹³¹² Archives privées de Raymond Pourias, « Compte rendu sur les journées d'action du mai 1968 au CPD de Sainte Gemmes s/Loire ».

¹³¹³ *Id.*

¹³¹⁴ *Id.*

¹³¹⁵ AC, L 24, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Mouvements sociaux de mai 1968. Participation du personnel hospitalier à la grève générale », séance du 27 juin 1968, p. 1399.

¹³¹⁶ Archives privées de Raymond Pourias, « Réforme des structures à l'Hôpital psychiatrique », *Ouest-France*, lundi 27 mai 1968, p. 6.

¹³¹⁷ AC, L 24, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Mouvements sociaux de mai 1968. Participation du personnel hospitalier à la grève générale », séance du 27 juin 1968, p. 1399.

¹³¹⁸ *Id.*

¹³¹⁹ Archives privées de Raymond Pourias, « Compte rendu sur les journées d'action du mai 1968 au CPD de Sainte Gemmes s/Loire ».

¹³²⁰ Archives privées de Raymond Pourias, « Conseil de gestion du CDP de Sainte-Gemmes-sur-Loire, séance du 27 mai 1968 ».

¹³²¹ *Id.*

¹³²² *Id.*

¹³²³ *Id.*

¹³²⁴ *Id.*

la prime de service sera répartie selon un nouveau mode et que les journées de grève seront payées¹³²⁵. Enfin, le foyer des malades ouvrira le 28 mai¹³²⁶.

Le mardi 28 mai, à la demande des délégués syndicaux, le président de la commission de surveillance, Jean Sauvage, les reçoit afin de faire le point sur les revendications professionnelles¹³²⁷. Il se déclare favorable aux revendications du personnel hospitalier, dont en premier lieu le recrutement d'agents ainsi que les moyens pour activer ce recrutement : les 40 heures, l'amélioration des conditions de travail du personnel et des conditions d'hospitalisation et de traitement des malades¹³²⁸. Quand à la création du conseil de gestion, il considère, en tant que représentant du conseil général et de la commission de surveillance, qu'il ne peut pas prendre position pour « un organisme non prévu par les textes » né dans « des circonstances exceptionnelles »¹³²⁹. Toutefois, il comprend la position de chacun et rappelle qu'il souhaite que le projet de la réforme hospitalière prévoie des représentants du personnel au sein de la commission administrative qui remplacera la commission de surveillance¹³³⁰.

c. Un bal des malades

Suite à cette conférence le foyer des malades est inauguré à 18 heures¹³³¹. Dans l'après midi, dans un climat d'euphorie, de carnaval, le personnel avait « forcé les portes du foyer » des malades, inoccupé depuis des années¹³³². Le Dr Colmin organise spontanément, de 14 h à 17 h, un bal, le premier de l'histoire de l'hôpital, pour les malades des deux sexes, les grévistes et leurs familles¹³³³. Un camion vient livrer des jus de fruits qui sont distribués gratuitement¹³³⁴. Malgré les réticences de la commission de surveillance qui craint pour sa responsabilité¹³³⁵, les « bals thérapeutiques » sont institutionnalisés et se poursuivront dans le foyer, sous la responsabilité du Dr Colmin. La gestion est confiée à « L'Espoir Angevin »¹³³⁶. Ces bals autorisent une hétérosensualité entre patients et rapprochent les soignants des différents services, ils anticipent et esquissent la mixité des patients.

¹³²⁵ Archives privées de Raymond Pourias, « Conseil de gestion du CDP de Sainte-Gemmes-sur-Loire, séance du 27 mai 1968 ».

¹³²⁶ *Id.*

¹³²⁷ AC, L 24, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Mouvements sociaux de mai 1968. Participation du personnel hospitalier à la grève générale », séance du 27 juin 1968, p. 1399.

¹³²⁸ Archives privées de Raymond Pourias « Procès-verbal de l'entretien des délégués syndicaux (CGT, CFDT, FO) du personnel de l'établissement avec le président de la commission de surveillance ».

¹³²⁹ *Id.*

¹³³⁰ *Id.*

¹³³¹ AC, L 24, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Mouvements sociaux de mai 1968. Participation du personnel hospitalier à la grève générale », séance du 27 juin 1968, p. 1399.

¹³³² Claude Forget, entretien enregistré le 16 juillet 2003.

¹³³³ *Id.*

¹³³⁴ Raymond Pourias, entretien enregistré le 2 mai 2003.

¹³³⁵ AC, L 24, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Fonctionnement du Foyer des malades – Bals Thérapeutiques », séance du 20 janvier 1969, p. 1481.

¹³³⁶ *Id.*

d. Autour de la grève

Le 29 et le 30 mai, après deux déclarations politiques d'« un participant », l'assemblée réagit contre le glissement de son mouvement revendicatif¹³³⁷. Germain Paris constate que le ressaisissement a été rapide chez les responsables syndicaux¹³³⁸. Si des libertés ont été prises, aucune exaction n'a été commise¹³³⁹. Pendant la durée de la grève, les agents domiciliés loin de l'établissement sont ravitaillés en carburant pour assurer leur tour de garde¹³⁴⁰. Le 31 mai, un acompte sur traitement est versé à l'ensemble du personnel : « certaines familles se trouvant dans des situations difficiles par la suppression du crédit ou l'absence de salaire des autres membres de la famille¹³⁴¹. »

e. La fin du mouvement

Le 4 juin, après la communication du protocole hospitalier de Grenelle, l'assemblée générale décide de la reprise du travail par 345 bulletins contre 280¹³⁴². Le protocole d'accord reconnaît notamment le principe de la semaine de 40 heures effective pour l'ensemble du personnel. Sa réalisation est prévue en plusieurs temps : à compter du 1^{er} juin 1968, semaine de 42 heures, à compter du 1^{er} janvier 1969, semaine de 41 heures. A cette date et en fonction des effectifs, le préfet fixera avec la commission de surveillance/administrative, la date d'entrée en vigueur des 40 heures. Il est précisé que les heures supplémentaires effectuées au delà du calendrier fixé seront rémunérées ou compensées¹³⁴³. Un projet vieux de 40 ans se réalise. Rétroactivement, que pensent les acteurs de cet événement ?

Selon le Dr Henry, les événements de mai et juin 1968 ont été l'occasion de sortir du « carcan obsessionnel » de la vieille structure asilaire pour évoluer vers un monde au fonctionnement plus moderne et plus adaptés aux besoins psychiatriques contemporains¹³⁴⁴. Germain Paris, de son côté, évoque l'éclosion d'« une véritable révolution psychiatrique » et ne cache pas son scepticisme : « On peut s'interroger sur les causes de cette explosion, car rien antérieurement ne bloquait l'évolution que pouvaient désirer certains chefs de service. Une libéralisation mesurée, coordonnée, progressive et sans

¹³³⁷ AC, L 24, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Mouvements sociaux de mai 1968. Participation du personnel hospitalier à la grève générale », séance du 27 juin 1968, p. 1399.

¹³³⁸ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1968, p. 60.

¹³³⁹ *Id.*

¹³⁴⁰ *Id.*

¹³⁴¹ *Id.*

¹³⁴² AC, L 24, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Mouvements sociaux de mai 1968. Participation du personnel hospitalier à la grève générale », séance du 27 juin 1968, p. 1399.

¹³⁴³ Archives privées de Raymond Pourias, « Protocole d'accord des réunions tenues les 28, 29, 30 et 31 mai 1968 au ministère des Affaires sociales ».

¹³⁴⁴ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1968, p. 71.

surenchère, aurait peut-être été plus indiquée et plus appréciée par les malades et les familles¹³⁴⁵. » Dans l'immédiat, quel est l'impact de la mise en place des 40 heures, tant redoutée ?

1.2. L'impact immédiat de la mise en place des 40 heures et ses conséquences

a. Une embauche massive

Les 40 heures sur 5 jours contribuent à un recrutement massif de soignants en 1968-1969 et 1970¹³⁴⁶. Cette arrivée massive de personnel, qui grève le budget de l'établissement, favorise une transition générationnelle¹³⁴⁷ ; une équipe soignante jeune, plus malléable, est installée ; elle dilue l'influence des anciens et autorise d'autres changements.

Tableau n° 10 : Evolution des recrutements des élèves soignants entre 1964 et 1971

Années	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971
Elèves	52	52	57	64	154	116	119	54

Sources : AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, année 1975, p. 31.

Fin 1968, le problème de l'effectif s'atténue¹³⁴⁸. Un recrutement de 154 personnes est réalisé¹³⁴⁹. Celui-ci est possible par « une abondance de candidatures » dans le deuxième semestre de l'année mais aussi « des conditions de recrutement assouplies »¹³⁵⁰. Dans le service du Dr Ariste-Le-Bas l'afflux de stagiaires pose des difficultés dans l'exécution des soins et la formation des infirmières. Dans les pavillons le rapport entre les infirmières diplômées et les élèves infirmiers est de 1 pour 4 voire 5. Pendant les temps de cours, il reste dans le service, qui peut comprendre 90 malades difficiles, « une diplômée » avec le chef d'unité de soin¹³⁵¹. L'application des 40 heures ramène les services à la situation de pénurie des années passées¹³⁵².

Alors qu'en 1967 la moyenne des journées d'absence était de 19,15 journées, en 1968, elle passe à 15,11 journées¹³⁵³. En 1969, la moyenne des journées d'absence remonte à 16,89¹³⁵⁴. En 1970, l'absentéisme repart de plus belle. En 1969, 156 agents ont été recrutés, mais 51 ont quittés l'établissement, soit un solde positif de seulement 105 personnes¹³⁵⁵. Alors que le personnel masculin est proche des normes réglementaires, chez les femmes, où l'absentéisme est trois fois plus important (24 jours d'absence en

¹³⁴⁵ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1968, p. 61.

¹³⁴⁶ *Ibid.*, p. 63.

¹³⁴⁷ Madame M, Aide soignante (1944-1972), entretien enregistré le 18 mai 2005.

¹³⁴⁸ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1968, p. 77.

¹³⁴⁹ *Id.*

¹³⁵⁰ *Id.*

¹³⁵¹ *Id.*

¹³⁵² *Id.*

¹³⁵³ *Ibid.*, p. 25.

¹³⁵⁴ *Id.*

¹³⁵⁵ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1969, p. 61.

moyenne par agent contre 8 chez les hommes), l'effectif doit être renforcé¹³⁵⁶. Ce recrutement massif pose des problèmes dans la formation professionnelle.

b. Les répercussions dans la formation professionnelle

Les promotions sont surchargées et les locaux inadaptés¹³⁵⁷. Du fait des embauches massives de 1968/1969, les promotions d'élèves infirmiers sont très importantes, rendant difficile l'organisation des cours et des travaux pratiques¹³⁵⁸. La salle des fêtes est sonorisée pour permettre la diffusion du cours. Une monitrice répétitrice à plein temps entraîne les élèves au travail oral. Dans les services, des infirmiers se sont portés volontaires, pour devenir moniteurs de travaux pratiques. Ils transmettent l'enseignement à des petits groupes¹³⁵⁹. Avec les stages des Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active (CEMEA) et les contacts plus fréquents avec les hôpitaux psychiatriques de la région, le Dr Henry constate, dans son service, que le personnel, développe, indépendamment de l'école, des compétences aux psychothérapies de groupe¹³⁶⁰. D'autre part, les réunions du personnel soignant leur permettent une meilleure connaissance des dossiers et facilitent aussi l'usage des thérapeutiques ergo et sociothérapeutiques¹³⁶¹.

En 1969, à l'échelle de l'établissement, des réunions inter-service sont organisées. Les échanges entre soignants permettent un décloisonnement de la pratique. Les réunions sont à l'origine de comités divers orientés vers la vie sociale des malades¹³⁶². Cependant, de nouvelles difficultés surgissent.

c. De nouvelles difficultés dans les services

En 1969, le Dr Ariste-Le-Bas pointe des problèmes inhérents aux différents changements induits depuis quelques années dans le service des femmes. Elle réitère son inquiétude à propos de l'application des 40 heures et l'impact sur les effectifs du personnel infirmier¹³⁶³. Le nombre égal des infirmières et élèves infirmières fragilise les services. Pendant les temps de cours, les répétitions, les travaux pratiques, le personnel soignant en nombre réduit « se surmène pour assurer le travail des soins »¹³⁶⁴.

Par ailleurs, le départ des religieuses en 1969, à l'exception de deux diplômées, a entraîné la nomination d'infirmières au grade de cheftaines d'unité de soins. Avec leur départ, la diminution du nombre des infirmières diplômées dans les équipes a augmenté la fréquence des tours de veille¹³⁶⁵. Ce phénomène

¹³⁵⁶ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1969, p. 61.

¹³⁵⁷ *Ibid.*, p. 62.

¹³⁵⁸ *Ibid.*, p. 71

¹³⁵⁹ *Id.*

¹³⁶⁰ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1968, p. 71.

¹³⁶¹ *Id.*

¹³⁶² AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1969, p. 69.

¹³⁶³ *Id.*

¹³⁶⁴ *Id.*

¹³⁶⁵ *Id.*

est accentué par le départ de malades travailleuses¹³⁶⁶. De manière général, elle constate, depuis quelques années, que les nouvelles hospitalisées refusent de faire la vaisselle, de participer aux travaux ménagers¹³⁶⁷.

Parallèlement, elle constate que les exigences accrues de confort, de liberté, de communication et d'expression des malades, qui suscitent un intérêt des infirmières et une ouverture vers les activités d'ergothérapie, de relation, demandent du temps. Les activités de groupe, la participation au foyer et aux groupes de travail, les répétitions et représentations données dans les hôpitaux psychiatriques de la région prélèvent en permanence un nombre d'agents non négligeable¹³⁶⁸. Cet amenuisement des effectifs est aggravé par les nombreux congés maternité¹³⁶⁹. Les infirmières qui restent « s'épuisent à la tâche » et sont « démoralisées » si elles comparent leur travail à celui des services d'hommes¹³⁷⁰. Elle regrette que les agents recrutés ces dernières années n'acceptent plus de faire des remplacements de collègues absentes et de changer d'horaire¹³⁷¹. Enfin, une proportion importante de jeunes diplômées se marient et partent ensuite ailleurs¹³⁷². Au début de 1970, que reste-il de l'esprit de mai 1968 ?

1.3. Le Groupe d'Etudes Psychiatriques Angevin (GEPA) et les réunions interservices

Le Groupe d'Etudes Psychiatriques Angevin (GEPA) et les réunions interservices prolongent l'esprit de Mai 68. Le GEPA, né de la dissolution du conseil de gestion, devient un lieu de réflexion psychiatrique et para-psychiatrique de rayonnement régional¹³⁷³. Il regroupe des soignants de différents lieux, comme l'hôpital d'Angers, et des services de l'établissement¹³⁷⁴. Le Dr Martin en est la présidente, Jeannine Niogret la vice-présidente¹³⁷⁵. Le Dr Colmin en est l'animateur¹³⁷⁶. Les réunions, qui regroupent une cinquantaine de personnes, ont lieu le soir dans le foyer. Elles vont se poursuivre pendant deux ans¹³⁷⁷. Elles associent les psychiatres, les psychologues, les soignants et soignantes¹³⁷⁸. Des psychiatres dans la mouvance de la psychothérapie institutionnelle comme Roger Gentis, Jean Oury, Georges Daumézon, Tony Lainé et Pierre Bailly-Salin sont invités¹³⁷⁹. Des thèmes de psychopathologie sont abordés d'un point de vue théorique. La mixité est ici envisagée comme un instrument de soin (thérapeutique), de

¹³⁶⁶ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1969, p. 71.

¹³⁶⁷ *Id.*

¹³⁶⁸ *Id.*

¹³⁶⁹ *Id.*

¹³⁷⁰ *Id.*

¹³⁷¹ *Id.*

¹³⁷² *Id.*

¹³⁷³ Jacques Henry, entretien enregistré le 21 novembre 2007.

¹³⁷⁴ *Id.*

¹³⁷⁵ Jeannine Niogret, entretien enregistré le 4 avril 2005.

¹³⁷⁶ *Id.*

¹³⁷⁷ *Id.*

¹³⁷⁸ Jeannine Niogret, entretien enregistré le 23 mars 2006.

¹³⁷⁹ Jacques Henry, entretien enregistré le 21 novembre 2007.

décloisonnement des services et des catégories socioprofessionnelles (institutionnelles)¹³⁸⁰. « On refaisait le monde » nous dit madame Niogret¹³⁸¹. Parallèlement, dans le même but, des réunions interservices, hommes et femmes ont lieu le vendredi dans le foyer¹³⁸². A l'échelle nationale, l'année 1968 fut aussi riche en changements.

2. Modifications administratives

L'année 1968 commence, sous l'influence de Simone Veil et Henry Ey¹³⁸³, par le vote de la loi du 3 janvier¹³⁸⁴ qui abroge certaines dispositions de la loi de 1838 concernant les droits civils des malades mentaux. Avec cette loi, internement/traitement et incapacité sont dissociés. Jusqu'alors, les malades internés perdaient automatiquement la gestion de leur patrimoine pendant toute la durée de leur hospitalisation. A leur sortie, ils retrouvaient leur capacité juridique. Avec la nouvelle loi, l'incapacité juridique prononcée par un juge des tutelles sur avis du médecin traitant est partielle ou totale, la protection des biens de l'incapable *majeur* est graduelle : curatelle, tutelle et sauvegarde de justice¹³⁸⁵. Pour le sociologue Robert Castel, l'aliénation mentale cesse d'être une catégorisation massive à la fois médicale, administrative et juridique, un statut d'exception¹³⁸⁶. Après le service libre qui donne au malades le statut de l'hospitalisé ordinaire, la loi du 3 janvier 1968 ouvre une nouvelle brèche dans le dispositif de la loi de 1838.

Du point de vue institutionnel, la loi de finance du 31 juillet 1968, modifie le statut juridique des établissements psychiatriques et le statut des psychiatres et des médecins¹³⁸⁷. Ces mesures vont dans le sens d'une harmonisation entre les hôpitaux psychiatriques et généraux, les médecins et les psychiatres, tout en leur garantissant une spécificité¹³⁸⁸.

Premièrement, les hôpitaux psychiatriques, tout en restant départementaux, deviennent des établissements publics autonomes à l'instar des hôpitaux généraux. Deuxièmement, la modification du statut des médecins psychiatres fonctionnaires, tant attendue, est effective : ils deviennent médecins à plein temps des hôpitaux généraux de deuxième catégorie, avec effet au 1^{er} janvier 1968¹³⁸⁹. L'idée d'accorder un statut plein temps aux médecins des hôpitaux psychiatriques datait de 1955¹³⁹⁰. Cette

¹³⁸⁰ Jeannine Niogret, entretien enregistré le 4 avril 2005.

¹³⁸¹ *Id.*

¹³⁸² *Id.*

¹³⁸³ Patrick Clervoy, *Henry Ey 1900-1977, Cinquante ans de psychiatrie en France*, Institut synthélabo, Paris, 1997, p. 282.

¹³⁸⁴ Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs, *Journal Officiel* du 4 janvier 1968.

¹³⁸⁵ Jacques Postel, *Dictionnaire de la psychiatrie et de psychopathologie clinique*, Paris, Larousse/VUEF, 2003, p. 263.

¹³⁸⁶ Robert Castel, *La gestion des risques, de l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, Paris, Minit, 1981, p. 37.

¹³⁸⁷ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1968, p. 60.

¹³⁸⁸ Robert Castel, *La gestion des risques, de l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, *op. cit.*, 1981, p. 41.

¹³⁸⁹ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1968, p. 62.

¹³⁹⁰ Jean Ayme, *Chronique de la psychiatrie publique. A travers l'histoire d'un syndicat*, *op. cit.*, p. 194.

assimilation va de pair avec un triplement du traitement¹³⁹¹ et la possibilité d'avoir une clientèle privée¹³⁹². Par contre, ils n'ont plus d'avantages en nature (logement, restauration). Cette modalité attendue est bien accueillie par les psychiatres

Mai 1968 accélère la mise en œuvre de revendications sectorielles et notamment celles consignées dans le *Livre blanc de la psychiatrie*¹³⁹³. Avec les arrêtés du 30 décembre 1968, la neurologie et la psychiatrie sont dissociées, deux Certificats d'Etudes Spéciales (CES) sont créés simultanément : celui de psychiatrie et celui de neurologie¹³⁹⁴. Ce CES de psychiatrie représentait l'aboutissement d'une stratégie, qui, au travers de la séparation avec la neurologie, faisait de la psychiatrie une spécialité médicale autonome¹³⁹⁵. Dans le cadre de cette réforme, en 1969 le Dr Jean Emile, neurologue, permet la reconnaissance du CHU d'Angers comme lieu d'enseignement de la neurologie¹³⁹⁶. Il fonde en 1970 le certificat d'études spéciales de psychiatrie¹³⁹⁷. Si auparavant les psychiatres, et notamment le Dr Henry, se rendaient une fois par semaine à l'hôpital¹³⁹⁸, avec le CES la collaboration entre l'établissement psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire et le CHU d'Angers se densifie. Les étudiants en médecine, futurs psychiatres en formation clinique, viennent plus nombreux dans l'établissement¹³⁹⁹. En 1968, sur la demande du doyen du CHU d'Angers, le Pr Jean-Claude Renier, le maître de conférences agrégé de psychiatrie aura à sa disposition un service hospitalier de 100 lits¹⁴⁰⁰.

Conclusion

Entre 1962 et 1970, la loi de 1838 et l'organisation asilaire sont submergées de toute part. La volonté réformatrice du ministère, sous-tendue par celle d'une partie de la psychiatrie, est à l'œuvre.

Elle s'exerce aussi dans l'institution sous la pression conjuguée du service libre et de la chimiothérapie. L'internement (volontaire) s'estompe. Le développement de la Sécurité sociale disjoint d'autant plus maladie mentale et indigence. Le malade mental n'est plus nécessairement dangereux et pauvre. En 1968, c'est au tour de l'incapacité d'être dissociée de la maladie mentale.

Avec la décrue de l'internement, la population diminue, un désencombrement s'amorce.

¹³⁹¹ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1968, p. 62.

¹³⁹² Claude Forget, entretien réalisé et enregistré par l'Unité A1 « Genres et territoire » (Eléonore Lafond, Benjamin Brovelli, Patrick Martin-Mattera et Vincent Guérin), le 14 mai 2005.

¹³⁹³ « Livre blanc de la psychiatrie Française, rapports présentés aux journées psychiatriques ». Paris, 19-20 juin 1965, Tome I. *Evolution Psychiatrique* – supplément au n° 3, 1965, 310 p.

« Livre blanc de la psychiatrie Française, deuxièmes journées psychiatriques ». Paris, 5-6 mars 1966, Tome II. *Evolution Psychiatrique* – supplément au n° 3, 1966, 270 p. « Livre Blanc de la psychiatrie Française, troisièmes journées psychiatriques, conclusions ». Paris, 3-4 juin 1967, Tome III. Toulouse, Privat, 1968, 166 p.

¹³⁹⁴ Jean Ayme, *Chronique de la psychiatrie publique. A travers l'histoire d'un syndicat*, op. cit., p. 168.

¹³⁹⁵ Robert Castel, *La gestion des risques, de l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, op. cit., p. 34-35.

¹³⁹⁶ Jacques Henry, entretien enregistré le 21 novembre 2007.

¹³⁹⁷ Jean-Claude Renier, *Le CADUA (Comité d'Action pour le Développement Universitaire d'Angers), La création de l'Université d'Angers*, Angers, 1998, p. 76.

¹³⁹⁸ Jacques Henry, entretien enregistré le 21 novembre 2007.

¹³⁹⁹ *Id.*

¹⁴⁰⁰ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1968, p. 62.

Grâce au service libre, le traitement préventif, l'usage de la chimiothérapie, une nouvelle population arrive à l'hôpital. Des problématiques inconnues émergent. Comment répondre aux exigences d'un malades devenu usager ? Comment équilibrer le budget alors que le nombre de journée diminue ? La liberté des malades pose aussi le problème de la responsabilité .

Parallèlement à ce mouvement, la volonté réformatrice trouve à Sainte-Gemmes des relais dans une psychiatrie subversive, politique et psychanalytique, qui fait des ponts avec des infirmiers/infirmières et appuie leurs revendications. Mai 1968 met un point d'orgue aux revendications communes et individuelles. Les décisions prises localement et nationalement accélèrent encore le changement. Les 40 heures pour le personnel autorise un recrutement massif qui induit un changement de mentalité.

A partir de l'année 1968 , un autre phénomène se met en marche. Il pour objectif l'harmonisation des statuts juridiques des établissements et des médecins.

Chapitre IV. La réaction en chaîne (1971-1977)

Introduction

En 1971 et 1977, une accélération se produit, c'est la réaction en chaîne. La sectorisation intrahospitalière s'amorce. Comment se met-elle en place ? Quelles sont les points de friction ? Progressivement, par petites touches, on assiste à un basculement progressif du modèle asilaire : mixité du personnel, mixité des malades, mise en place de la partie extrahospitalière du secteur (foyers postcure, appartements thérapeutiques, quartier psychiatrique à Cholet). Quelles sont les résistances ?

A / Les débuts de la sectorisation

A quand remonte le concept de la sectorisation ? Quel est son objectif ? La sectorisation en Maine-et-Loire est effective en octobre 1971. Comment se sont déroulés les « pourparlers » entre le ministère et le conseil général ? Comment se déroule le lancement ? Quels sont changements notables, les problèmes qui émergent ?

1. Histoire et définition

Le projet de sectorisation, qui se cristallise par la circulaire du 15 mars 1960, est le fruit d'un travail mené conjointement par le ministère de la Santé publique et de la population et la Commission des maladies mentales entre 1954 et 1959. Il actualise le projet de réforme du syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques de 1945, en lui donnant une forme dans le cadre de la procédure de la planification¹⁴⁰¹. On peut définir sommairement le secteur comme un découpage départemental en secteurs géo-démographiques (un lieu, une population) dans lesquels un malade est pris en charge le plus précocement possible dans son lieu de vie, afin d'éviter la désadaptation sociale, par une même équipe médico-sociale (soins et réadaptation/réinsertions sociale¹⁴⁰²), au travers de structures

¹⁴⁰¹ Nicolas Henckes, *Le nouveau monde la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme de l'hôpital psychiatrique en France de l'après-guerre aux années 1970*, Thèse de doctorat de sociologie, 2 Vol., 2007, p. 575.

¹⁴⁰² AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1975, p. 68.

extrahospitalières (dispensaires, hôpitaux de jour /de nuit, foyers postcure, appartements thérapeutiques, etc.) formant une chaîne de soin articulée avec l'hôpital psychiatrique.

Il s'agit d'offrir une prise en charge diversifiée, adaptée, afin de désencombrer l'hôpital et de rendre le soin plus efficace, mais aussi de diminuer le temps de présence à l'hôpital, voire l'éviter. La circulaire du 15 mars 1960 est un constat et une volonté de dépassement. Elle prend, d'une part, acte d'un certain nombre d'évolutions dans la psychiatrie qui ont modifié la population et la nature même de l'« asile », qui était de placer les malades dangereux, en le transformant en hôpital spécialisé pour malades mentaux : service libre, dispensaires d'hygiène mentale, augmentation des effectifs, formation professionnelle, modernisation des locaux. D'autre part, elle définit les étapes du programme d'équipement à suivre¹⁴⁰³. Il s'agit de déterminer les besoins à venir en lits d'hospitalisation en tenant compte de l'occupation actuelle et des améliorations liées aux travaux en cours, mais aussi de prévoir des organismes extrahospitaliers pour améliorer ces chiffres : dispensaires d'hygiène mentale, foyers postcure, ateliers protégés, hospitalisations de jour¹⁴⁰⁴. La procédure repose sur l'élaboration des Programmes d'Organisation et d'équipement des Départements en matière de lutte contre les maladies mentales (POD) : une carte du département sur laquelle figurent les découpages des secteurs confiés chacun à une équipe médico-sociale, et les équipements existants et à venir¹⁴⁰⁵. Le POD représente « une base de négociations » entre les psychiatres et les autorités administratives locales et centrales¹⁴⁰⁶.

2. La sectorisation dans le Maine-et-Loire

2.1. « Pourparlers » (1968-1971)

Les premières traces relatives de la sectorisation apparaissent en 1961 dans le rapport médical du Dr De Baudouin qui constate qu'elle *n'est pas encore appliquée*. Sans être plus explicite, il estime que « les conditions locales en rendent l'application difficile¹⁴⁰⁷ ». En 1963, la commission de surveillance manifeste son scepticisme. Elle est partagée sur « l'efficacité de cette formule qui semble n'avoir donné satisfaction que dans les grands centres urbains¹⁴⁰⁸ ». Elle souhaite réunir une documentation. Décision est prise d'envoyer une délégation afin d'observer dans deux ou trois départements « ce système de zones d'activités psychiatriques¹⁴⁰⁹ ».

En août 1968, le directeur de la Direction Départemental de l'Action Sanitaire et Sociale (DDASS) présente devant le conseil général un projet de POD. Après avoir insisté sur la création de deux

¹⁴⁰³ Nicolas Henkes, *Le nouveau monde la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme de l'hôpital psychiatrique en France de l'après-guerre aux années 1970*, op. cit., p. 575.

¹⁴⁰⁴ *Ibid.*, p. 574.

¹⁴⁰⁵ *Id.*

¹⁴⁰⁶ *Ibid.*, p. 575.

¹⁴⁰⁷ AC, L 31, Rapports de fonctionnement, 1961, p. 97.

¹⁴⁰⁸ AC, L 22, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Sectorisation », séance du 18 novembre 1963, p. 644.

¹⁴⁰⁹ *Id.*

hôpitaux psychiatriques, à Cholet et à Saumur, et sur le renforcement des dispensaires, il présente le rôle du secteur dans le dépistage et préconise la mise en place de neuf secteurs avec des services de femmes et des services d'hommes¹⁴¹⁰. En 1969, dans une circulaire ministérielle, le terme de « bisexualisation » est utilisé pour désigner cette prise en charge, par un même médecin, d'hommes et de femmes dans des locaux séparés¹⁴¹¹. Le terme de bi-sexualisation renvoie, au sens strict, à une double sexualité. Aujourd'hui le terme de bi-sexuation serait plus approprié. Cette disposition ne contient pas d'évolution : la séparation des sexes persiste. Le conseil général fait un mauvais accueil à ce projet. La sectorisation lui apparaît comme une « boîte de Pandore ». L'appréhension se cristallise autour de la liberté de choix du malade et de la famille¹⁴¹², le mélange des pathologies, ainsi que la « bisexualisation » des entrées, c'est-à-dire l'accueil des hommes et des femmes dans un même secteur, auquel ne se prête pas l'organisation architecturale¹⁴¹³. La circulaire 16 janvier 1969 montre que cette réticence est courante dans les hôpitaux psychiatriques¹⁴¹⁴. Celle du 24 janvier précise que « compte tenu des travaux de rénovation déjà exécutés dans la plupart des établissements, il devrait être possible d'assurer partout la bisexualisation au moins au niveau des admissions, celle-ci s'étendant progressivement ensuite à l'ensemble des services¹⁴¹⁵ ».

En janvier 1970, le conseil général accepte le principe de la sectorisation, mais sur la base d'un découpage qui évacue en partie la bisexualisation¹⁴¹⁶. Une période transitoire est envisagée avec quatre secteurs : trois auraient deux médecins-chefs, un pour les hommes et un pour les femmes ; le dernier, extra-muros, dans la clinique achevée en 1969, serait bisexualisé et confié à un seul psychiatre. Un secteur départemental unique est envisagé pour les enfants¹⁴¹⁷. L'application ne tient pas compte de ces modifications et c'est le projet initial du directeur de la DDASS qui est retenu, c'est-à-dire la création de 9 secteurs psychiatriques : 4 pour l'arrondissement d'Angers, 1 pour Segré, 2 pour Saumur et 2 pour Cholet¹⁴¹⁸. Chaque psychiatre chef de secteur doit prendre en charge, en moyenne, une population de 65 000 habitants¹⁴¹⁹. Six secteurs doivent être rapidement pourvus par les équipes médicales actuellement en fonction dans l'hôpital¹⁴²⁰. Le septième secteur sera doté dès la nomination du

¹⁴¹⁰ Jean Baraer, *La psychiatrie dans le Maine-et-Loire. Mise en place de la sectorisation*, Mémoire pour le Certificat d'Etudes Spéciales de psychiatrie, Université d'Angers, 1979, p. 35.

¹⁴¹¹ Circulaire n° 12 du 24 janvier 1969, « Relative à la bi-sexualisation des hôpitaux psychiatriques » énonce : « [...] les malades d'un secteur, installés dans des locaux séparés, selon le sexe, devraient être regroupés sous l'égide d'un même médecin-chef de service. »

¹⁴¹² Les textes garantissent au malade le libre choix du médecin traitant s'il désire récuser l'équipe sectorielle, Cf. AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1975, p. 67.

¹⁴¹³ AD49, Per 6-1 /25, Procès verbaux des délibérations du conseil général, « Programme général de lutte contre les maladies mentales », séance du 16 janvier 1970, p. 245.

¹⁴¹⁴ Circulaire n° 8 du 16 janvier 1969, « Relative au traitement des malades mentaux ».

¹⁴¹⁵ Circulaire n° 12 du 24 janvier 1969, « Relative à la bi-sexualisation des hôpitaux psychiatriques ».

¹⁴¹⁶ AD49, Per 6-1 /25, Procès verbaux des délibérations du conseil général, « Programme général de lutte contre les maladies mentales », séance du 16 janvier 1970, p. 245.

¹⁴¹⁷ Jean Baraer, *La psychiatrie dans le Maine-et-Loire. Mise en place de la sectorisation*, op. cit., p. 50-51.

¹⁴¹⁸ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1970, p. 60.

¹⁴¹⁹ Id.

¹⁴²⁰ Id.

psychiatre agrégé qui assumera des fonctions hospitalo-universitaire¹⁴²¹. A cette date, Germain Paris précise que les locaux sont disponibles depuis 1969 et que « le candidat attend sa nomination avec impatience¹⁴²² ». Pour le moment, elle a été différée pour « des raisons corporatives ». Il estime que ses raisons sont « mineures par rapport aux intérêts des malades et des étudiants en psychiatrie¹⁴²³ ». L'ouverture du huitième secteur, en raison de la restauration de deux pavillons, l'un d'hommes et l'autre de femmes, ne pourra être effective avant 1973¹⁴²⁴. Quant au neuvième secteur, celui de Cholet, il n'aura pas de service dans l'hôpital, mais dans un service psychiatrique à créer dans l'arrondissement¹⁴²⁵. En attendant, l'hospitalisation des malades de ce secteur, selon la suggestion du directeur de la DASS, se fera « par des moyens de fortune » dans les hôpitaux ou hospices¹⁴²⁶. Pour les enfants, un pédopsychiatre sera installé. Un second poste sera créé pour Cholet et Saumur¹⁴²⁷. La sectorisation se fera sur le mode de la bisexualisation des services hospitaliers afin que chaque psychiatre chef de secteur hospitalise les malades des deux sexes de sa zone géographique. Paris précise que le nombre des services d'admissions devra être doublé, ce qui nécessitera des crédits d'équipement¹⁴²⁸. Point important, sur lequel nous reviendrons, les activités extrahospitalières des secteurs ne seront pas à la charge de l'hôpital mais incomberont au budget départemental de l'action sanitaire est sociale¹⁴²⁹. Une convention départementale déterminera les modalités d'intervention des parties et la répartition des dépenses¹⁴³⁰.

En 1971, à la veille de la mise en place du projet, Germain Paris revient sur les craintes nées du projet. Il rappelle que la sectorisation a pris du retard en partie à cause de la constitution des équipes soignantes mais aussi de la répartition de locaux d'hospitalisation¹⁴³¹. Les unités de soins « trop vastes », composées de 70 lits, se prêtent mal à cette évolution¹⁴³². Du fait du dédoublement des services en une unité pour homme et une pour femmes, une promiscuité risque de naître et gêner les thérapeutiques et les hospitalisés¹⁴³³. Il redoute le mélange des pathologies, craint que les familles l'acceptent mal, et que dans certains services « l'étudiant déprimé soit traité dans le même bâtiment que le sénile plus ou moins désorienté ou turbulent¹⁴³⁴ ». Au final, il craint une désertion de l'hospitalisation publique au profit de

¹⁴²¹ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1970, p. 60.

¹⁴²² *Id.*

¹⁴²³ *Id.*

¹⁴²⁴ *Id.*

¹⁴²⁵ *Id.*

¹⁴²⁶ *Id.*

¹⁴²⁷ *Id.*

¹⁴²⁸ *Id.*

¹⁴²⁹ *Id.*

¹⁴³⁰ *Id.*

¹⁴³¹ *Id.*

¹⁴³² *Id.*

¹⁴³³ *Id.*

¹⁴³⁴ *Id.*

l'hospitalisation privée¹⁴³⁵. En août 1971, le ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale accepte le découpage¹⁴³⁶. Comment se déroule le lancement du projet ?

2.2. Le lancement effectif (octobre 1971)

a. L'ouverture simultanée de sept secteurs

A partir du 1^{er} octobre 1971, sept secteurs (six pour les adultes et un pour les enfants), sur les douze prévus (neuf pour les adultes et trois pour les enfants), se mettent progressivement en place¹⁴³⁷.

En septembre 1971, le Dr Bobé, présent dans l'établissement depuis 1948, prend sa retraite, il est remplacé par deux médecins : le Dr Mazet (6^{ème} médecin) pour le service de pédopsychiatrie¹⁴³⁸ et le Dr Anglade (7^{ème} médecin) dans le service des adultes (Secteur VI)¹⁴³⁹. Pour les adultes, il reste à pourvoir trois secteurs : deux de l'arrondissement de Cholet et le secteur de Saumur-Sud¹⁴⁴⁰. Pour les enfants, un pédopsychiatre couvre la totalité du département en attendant la nomination de deux pédopsychiatres pour les secteurs de Saumur et Cholet¹⁴⁴¹. Les malades mentaux adultes et enfants de l'ensemble du département sont hospitalisés à Sainte-Gemmes, tant que l'arrondissement de Cholet n'est pas en mesure d'assurer l'hospitalisation des malades de son secteur¹⁴⁴². La nomination du professeur de psychiatrie, qui doit prendre en main le secteur hospitalo-universitaire (VII) de Saumur-sud, est toujours attendue¹⁴⁴³. Dans l'hôpital, la sectorisation commence par une admission sectorisée et bi-sexualisée (bi-sexuée)

¹⁴³⁵ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1970, p. 60.

¹⁴³⁶ Jean Baraer, *La psychiatrie dans le Maine-et-Loire. Mise en place de la sectorisation, op. cit.*, p. 52.

¹⁴³⁷ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1971, p. 20.

¹⁴³⁸ *Ibid.*, p. 4.

¹⁴³⁹ *Ibid.*, p. 61.

¹⁴⁴⁰ *Ibid.*, p. 60

¹⁴⁴¹ *Id.*

¹⁴⁴² *Id.*

¹⁴⁴³ *Id.*

Tableau n° 1 : Organisation de la sectorisation psychiatrique en octobre 1971

Secteurs adultes	Médecin chefs	Population desservie en habitants (Recensement 1968)	Canton compris dans le Secteur
I (1971)	M ^{me} le Dr Ariste-Le-Bas	62 939	Angers-Est, Beaufort-en-Vallée, Les Ponts-de-Cé
II (1971)	Dr Henry	67 168	Angers-Sud, Chalonnes, Thouarcé
III (1971)	Dr Colmin	68 078	Angers-Ouest, St Florent-Le-Veil, St Georges-Sur-Loire
IV (1971)	M ^{me} le Dr Martin	64 209	Angers-Nord, Durtal, Seiches
V (1971)	Dr Martin	65 908	Segré, Candé, Châteauneuf-Sur-Sarthe, Le Lion d'Angers, Pouancé, Le Louroux-Béconnais, Tiercé
VI (1971)	Dr Anglade	74 419	Saumur-Nord dont totalité de la ville de Saumur, Allonnes, Baugé, Longué, Noyant, Gennes.
VII	?	51 004	Saumur-Sud, Doué-La-Fontaine, Montreuil-Bellay, Vihiers
VIII	?	62 061	Cholet-Est dont la totalité de la ville de Cholet et Chemillé
IX	?	68 923	Cholet-Ouest, Beaupréau, Champtoceaux, Montfaucon, Montrevault
Secteurs infanto-Juvenile			
I (1971)	Dr Mazet		Secteur départemental

Sources : Jean Baraer, *La psychiatrie dans le Maine-et-Loire. Mise en place de la sectorisation, op. cit.*, p. 55.

b. Une admission par secteur, bi-sexualisée (bi-sexuée)

Si auparavant une ligne de partage séparait la division des hommes de celle des femmes (recoupées en trois services chacune¹⁴⁴⁴), on assiste maintenant à un redécoupage de l'espace en secteur avec leurs pavillons (3 à 4)¹⁴⁴⁵. Chaque secteur représente une entité distincte avec son histoire. Certains gardent une organisation classique en ayant un pavillon pour les admissions et les hospitalisations brèves et un autre pour les séjours prolongés. Dans d'autres secteurs, les pavillons mélangent les pathologies plus largement. Ces mélanges sont cependant relatifs : les « pavillons de force » restent en place. En revanche, dans tous les secteurs, les malades hommes et femmes sont accueillis dans des pavillons distincts. Si pour les premières admissions l'affectation du secteur ne pose pas de problème, ce n'est pas le cas pour les réadmissions et les malades déjà hospitalisés. Un principe est admis : « tout malade sorti

¹⁴⁴⁴ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1970, p. 17.

¹⁴⁴⁵ Jean Baraer, *La psychiatrie dans le Maine-et-Loire. Mise en place de la sectorisation, op. cit.*, p. 66.

même pour un jour est dirigé vers son secteur¹⁴⁴⁶. » Jean Baraer, un interne, note : « Fait pour le moins curieux, les courts séjours au CHR se multipliaient¹⁴⁴⁷. » Des malades sont « échangés » entre secteurs. Reste le hors secteur, le SDF, qui pose problème pour la continuité des soins¹⁴⁴⁸. Cette mise en place du secteur se fait dans un contexte de tensions.

B / Des points de frictions

Au début des années 1970, le climat social dans l'institution est tendu. Les espoirs des psychiatres, nés de 1968, n'ont pas été suivis de réalisations effectives. Comment se manifeste leur mécontentement ? Quel mode d'action est utilisé ? De même, les infirmiers/infirmières ont aussi des revendications. Par ailleurs, concernant la sectorisation, des problèmes restent en suspens dans l'intra-hospitalier. Pour l'extra-hospitalier tout reste à faire.

1. Un climat social tendu (1971-1972)

1.1. La grève administrative des psychiatres (mai à octobre 1971)

Entre mai et octobre 1971, les psychiatres, mécontents de voir sans cesse différer l'application de leur nouveau statut accordée par la loi du 31 juillet 1968, font une grève administrative à l'échelle nationale¹⁴⁴⁹. Parallèlement, les grévistes boycottent le rapport médical de 1970, au motif qu'ils ont le sentiment de ne pas être écoutés¹⁴⁵⁰.

Cette grève aggrave un déficit d'exploitation lié à la réduction du nombre de journées d'hospitalisation¹⁴⁵¹. La trésorerie de l'hôpital est grevée d'un retard de six mois dans le recouvrement des créances sur la Sécurité sociale : une partie des prises en charge des frais d'hospitalisation des assurés sociaux ayant été bloquée pendant cette période¹⁴⁵². En fin d'année, les créances non recouvrées s'élèvent à 2 716 730 F¹⁴⁵³.

La trésorerie est qualifiée de « dramatique¹⁴⁵⁴ ». Germain Paris parle d'« acrobaties administratives » pour payer les traitements¹⁴⁵⁵. Les règlements des fournisseurs ont du être différés au 4^e trimestre¹⁴⁵⁶.

¹⁴⁴⁶ Jean Baraer, *La psychiatrie dans le Maine-et-Loire. Mise en place de la sectorisation*, op. cit., p. 65.

¹⁴⁴⁷ *Ibid.*

¹⁴⁴⁸ *Ibid.*

¹⁴⁴⁹ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1971, p. 59.

¹⁴⁵⁰ *Ibid.*, p. 63.

¹⁴⁵¹ *Ibid.*, p. 32.

¹⁴⁵² *Ibid.*, p. 59.

¹⁴⁵³ *Ibid.*

¹⁴⁵⁴ *Ibid.*, p. 32.

¹⁴⁵⁵ *Ibid.*, p. 59.

¹⁴⁵⁶ *Ibid.*, p. 32.

Cette situation ne s'était jamais présentée¹⁴⁵⁷. Les laboratoires pharmaceutiques doivent attendre des mois pour obtenir le règlement de leurs fournitures¹⁴⁵⁸. En octobre 1971, les médecins obtiennent satisfaction. L'obtention du statut attendu depuis 1968 et la bixexualisation se retrouvent liées. Par ailleurs, les infirmiers et infirmières sont mécontents.

1.2. La grève des infirmiers et infirmières (janvier 1972)

En janvier 1972, une grève du personnel se produit à nouveau dans l'établissement. Elle provoque de « sérieuses perturbations¹⁴⁵⁹ ». Elle a pour objet l'augmentation des effectifs du personnel¹⁴⁶⁰. A ce sujet, Germain Paris, dans le rapport de fonctionnement de 1972, se laisse aller à quelques états d'âme : « l'ère de contestations et de remise en cause permanente dans laquelle nous sommes rentrés depuis quelques années a placé brusquement l'hôpital psychiatrique à la pointe de l'action, par réaction peut-être à quelques complexes nés de sentiments anciens, refoulés, d'isolement, d'un monde à part¹⁴⁶¹. »

La commission paritaire, réunie sous la présidence du préfet, apporte selon la formule de Germain Paris « une heureuse solution au conflit par l'adoption de mesures exceptionnelles et de moyens matériels¹⁴⁶² ». Dans le courant de l'année, 172 agents dont 136 soignants sont recrutés. Alors que dans le même temps il y a eu 104 départs, l'excédent de personnel pour l'année est de 68¹⁴⁶³. Germain Paris, en bon gestionnaire, souligne que cette évolution d'effectif se fait alors que les journées d'hospitalisation diminuent¹⁴⁶⁴. Dans un rapport commun, les psychiatres notent que l'embauche massive de personnel, si combien nécessaire et dénoncée dans de multiples rapports, n'a pu être réalisée qu'après deux mouvements revendicatifs du personnel, en 1968 et en 1972¹⁴⁶⁵. Ils précisent que si le mouvement de 1968 avait des causes dépassant le cadre de l'hôpital, il n'en était pas de même pour le mouvement de janvier 1972¹⁴⁶⁶. En substance ils considèrent que celui-ci aurait pu être évité si les médecins avaient été écoutés¹⁴⁶⁷. Dans l'intérêt des malades, ils souhaitent une bonne collaboration médico-administrative¹⁴⁶⁸. Un certain nombre de problèmes liés à la sectorisation restent en suspens.

¹⁴⁵⁷ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1971, p. 59.

¹⁴⁵⁸ *Id.*

¹⁴⁵⁹ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1972, p. 60

¹⁴⁶⁰ *Id.*

¹⁴⁶¹ *Id.*

¹⁴⁶² *Id.*

¹⁴⁶³ *Id.*

¹⁴⁶⁴ *Id.*

¹⁴⁶⁵ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1971, p. 63.

¹⁴⁶⁶ *Id.*

¹⁴⁶⁷ *Id.*

¹⁴⁶⁸ *Id.*

2. Des problèmes en suspens (mars 1972)

En mars 1972, les sept médecins-chefs de l'établissement font un bilan des premier mois de la sectorisation et adressent un certain nombre de doléances¹⁴⁶⁹. Dans un premier temps, ils rappellent que cette politique, préconisée par le ministère de la Santé publique, consiste à ce que tous les soins extra et intra-hospitaliers d'un secteur géographique donné soient assurés par une même équipe soignante. Ils précisent qu'en 1971, suite à des réunions entre l'administration hospitalière, la commission de surveillance et la direction de l'action sanitaire et sociales, cette politique a été appliquée pour l'intra hospitalier¹⁴⁷⁰. Dans cet esprit, depuis le 1^{er} octobre 1971, les services sont bi-sexués et reçoivent des malades hommes et femmes de leur secteur¹⁴⁷¹. D'autre part, ils font état dans le service « institutionnel » du Dr Colmin de discussions « avec l'administration hospitalière » pour la création d'un comité hospitalier et d'un club de malades qui, selon eux, aurait des effets thérapeutiques « heureux » par la pratique de réunions fréquentes et la gestion d'un budget autonome par les malades¹⁴⁷².

Cependant, il reste des problèmes en suspens. Ils mettent tout d'abord l'accent sur l'ergothérapie. Ils rappellent à cet effet que les techniques actuelles de traitement des malades mentaux demandent que les malades ne soient plus couchés mais debout et que les journées soient occupées¹⁴⁷³. A cet effet, ils déplorent des locaux ridiculement insuffisants et le manque de matériel¹⁴⁷⁴. Ils suggèrent de construire, dans les pavillons, des constructions légères qui seraient réalisées par les malades eux-mêmes qui « viendraient avantageusement remplacer les sauts-de-loups, vestige d'une psychiatrie carcérale aujourd'hui périmée¹⁴⁷⁵ ». Si cette pratique thérapeutique n'a rien de nouvelle, sa justification elle, l'est : « les malades concourant ainsi à transformer leur cadre de vie¹⁴⁷⁶. »

Ils soulèvent ensuite le problème des équipes médicales. Ils souhaitent pourvoir de médecin-chefs les trois secteurs qui n'en ont pas encore. Ils demandent aussi l'ouverture du service libre extérieur terminé depuis 1969, qui doit être attribué à un médecin agrégé. Alors que les services sont surchargés, au point que, dans certains, des lits superposés ont été installés, ce service de bonne « qualité hôtelière » pourrait admettre des malades « dont le niveau socio-culturel fait qu'ils échappent actuellement à l'hôpital psychiatrique¹⁴⁷⁷ ». Ils requièrent aussi le renforcement des équipes médicales. Selon eux, un médecin et trois internes, qui sont en partie occupés par leur formation professionnelle, ne suffisent pas pour

¹⁴⁶⁹ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1971, p. 63-66.

¹⁴⁷⁰ *Ibid.*, p. 63.

¹⁴⁷¹ *Ibid.*, p. 64.

¹⁴⁷² *Ibid.*, p. 63.

¹⁴⁷³ *Ibid.*, p. 64.

¹⁴⁷⁴ *Id.*

¹⁴⁷⁵ *Id.*

¹⁴⁷⁶ *Id.*

¹⁴⁷⁷ *Ibid.*, p. 65.

assurer les besoins d'un secteur¹⁴⁷⁸. A cet effet, ils demandent la création d'un poste d'assistant-chef pour compléter l'équipe médicale¹⁴⁷⁹. Ils précisent que le petit nombre de médecin, en comparaison avec le grand nombre de tâches à réaliser dans les dispensaires, est un obstacle à la multiplication du nombre des consultations. Par ailleurs, ils réclament que les postes d'infirmiers visiteurs, créés par le conseil général, soient mis en fonction¹⁴⁸⁰. Le secteur a non seulement ouvert une brèche dans l'organisation hospitalière ; mais encore il en devient maintenant un levier.

Reste le problème des équipements du secteur extrahospitalier¹⁴⁸¹. A l'exception des dispensaires d'hygiène mentale, il n'y pas d'autre « formation extrahospitalière » : hôpital de jour, de nuit, atelier protégé, foyer postcure, etc¹⁴⁸². Pour les psychiatres, la création de ces « formations » permettrait que les malades mentaux soient mieux traités¹⁴⁸³. Comme conditions préalables à ces créations, ils demandent l'augmentation du personnel soignant, tant médecins que psychologues, infirmiers, assistantes sociales, secrétaire, etc. Si cela suppose des dépenses, il considère que l'investissement serait rentable du fait qu'un plus grand nombre de malades pourrait récupérer leur capacité de travail et leur place dans la société¹⁴⁸⁴. Ils terminent en émettant l'idée qu'« il n'est pas certain que ces dépenses ne soient pas productives et ne se traduisent par des économies si l'on pense au grand nombre de malades chroniques qui actuellement végètent dans des secteurs asilaires ou dans leur famille, en étant totalement à la charge de la Société¹⁴⁸⁵ ». A partir de 1972, le dispositif asilaire cède progressivement du terrain.

C / Le desserrement progressif du dispositif asilaire

A partir de 1972, une intensification du changement se manifeste par un certain nombre de modifications juridiques, institutionnelles et pratiques qui altèrent la nature de l'hôpital en profondeur.

La naissance de l'établissement public spécialisé, la création d'un secteur hospitalo-universitaire, la mise en place d'une hospitalisation partielle et la mixité du personnel donnent un autre visage à l'institution. Comment ont pu être réalisés ces différents changements ?

Pourtant, en 1974, la sectorisation est en panne, l'extrahospitalier n'a pas de moyens. De quelle manière et par quels moyens est telle relancée ? En 1975, avec la mixité des malades, c'est un autre monde qui émerge. Comment s'est déroulée cette mixité, quelles difficultés ont été surmontées ?

¹⁴⁷⁸ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1971, p. 64.

¹⁴⁷⁹ *Id.*

¹⁴⁸⁰ *Id.*

¹⁴⁸¹ *Id.*

¹⁴⁸² *Id.*

¹⁴⁸³ *Ibid.*, p. 65.

¹⁴⁸⁴ *Id.*

¹⁴⁸⁵ *Id.*

A partir de 1976, des structures intermédiaires se développent : foyer postcure, appartements thérapeutiques, quartiers psychiatriques. Quel changement décisif s'est opéré ?

1. L'intensification du changement

1.1. Aspects juridiques et institutionnels

a. Un « Centre Hospitalier Spécialisé » (1972)

En 1971, Germain Paris attend, « sans impatience », la modification de son statut juridique lié à la loi du 31 juillet 1968 devant attribuer la personnalité morale à l'établissement¹⁴⁸⁶. Des décrets individuels ont été pris dans un grand nombre d'établissements similaires, seuls quelques cas particuliers restent en suspens, dont celui de Sainte-Gemmes¹⁴⁸⁷. Le retard est dû à la volonté ministérielle de dissocier de l'établissement le service de pédopsychiatrie et le Roche Morna considéré, à tort, comme institution médico-pédagogique¹⁴⁸⁸. Le conseil général soutient la position du Centre Psychothérapique Départemental. Il est pour le maintien de « l'intégrité de son équipement de lutte contre les maladies mentales des adultes et des enfants¹⁴⁸⁹ ».

Par le décret du 6 décembre 1972, après un délai de quatre ans, l'hôpital psychiatrique obtient la personnalité morale et devient « établissement public ». Il est placé dans la catégorie des « Centres Hospitaliers Spécialisés¹⁴⁹⁰ ». Dans ce cadre d'uniformisation des structures hospitalières, la commission de surveillance disparaît au profit d'un conseil d'administration qui dispose de même prérogative à l'exception de la responsabilité de la gestion des biens des malades hospitalisés abrogé par la loi du 3 janvier 1968¹⁴⁹¹.

Avec le conseil d'administration le cœur décisionnel s'ouvre, les organismes consultatifs s'y multiplient : commission médicale consultative¹⁴⁹², comité technique paritaire¹⁴⁹³. Cette harmonisation hospitalière valorise les psychiatres et modifie les « jeux de pouvoir » au sein de l'institution. Avec la commission de surveillance, l'activité médicale était perçue au travers des incidents. Selon le Dr Henry, les médecins étaient pris à parti et peu écoutés car demandeurs¹⁴⁹⁴. Grâce à la commission médicale consultative, les médecins s'expriment dans le conseil d'administration et pèsent sur les décisions¹⁴⁹⁵. Quatre membres

¹⁴⁸⁶ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1971, p. 61.

¹⁴⁸⁷ *Id.*

¹⁴⁸⁸ *Id.*

¹⁴⁸⁹ *Id.*

¹⁴⁹⁰ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1972, p. 61.

¹⁴⁹¹ *Id.*

¹⁴⁹² La commission médicale consultative comprend 8 psychiatres chefs de service, un représentant consultatif des internes titulaires et le pharmacien. Le 30 décembre 1972, son premier président est le Dr Jacques Henry. Cf. AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1973, p. 4.

¹⁴⁹³ La commission technique paritaire est composée de 18 membres : 9 représentants de l'administration (dont le président du conseil d'administration et le directeur qui sont membres de droit) et 9 représentants du personnel désignés pour 3 ans par les organisations syndicales les plus représentatives, au prorata du nombre de voix obtenues lors des élections aux commissions paritaires. En 1973, il y a 5 représentants pour la CGT, 3 pour la CFDT et 1 pour FO. Cf. AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1973, p. 4.

¹⁴⁹⁴ Jacques Henry, entretien enregistré le 16 mars 2006.

¹⁴⁹⁵ Jacques Henry, entretien enregistré le 27 avril 2003.

du personnel sont présents: le Dr Henry, président de la commission médicale consultative, le Dr Mazet (pédopsychiatre) et le Mme Truelle-Hugon (pharmacienne) comme représentants de la commission médicale consultative et Raymond Pourias, surveillant des services médicaux, secrétaire départemental du syndicat CGT « Branche santé » comme représentant du personnel. Outre Mme Truelle-Huchon on notera la présence d'une seconde femme dans le conseil d'administration, les deux premières dans cette institution : il s'agit de Mme Suzanne Bouvet, conseiller général de Maine-et-Loire et déléguée adjointe au maire d'Angers¹⁴⁹⁶ (Il n'y eut aucune femme dans les 71 membres de la défunte commission de surveillance)¹⁴⁹⁷. Autre évolution, en 1973, le secteur hospitalo-universitaire ouvre ses portes.

b. Le secteur hospitalo-universitaire (VII) (1964-1973)

Depuis 1966, le service libre est achevé, mais son ouverture est différée : les conditions fonctionnelles d'exploitation des locaux n'ont pas été arrêtées par le corps médical et le recrutement du personnel pose problème¹⁴⁹⁸. En 1967, Germain Paris annonce à nouveau l'ouverture prochaine de la « Clinique psychiatrique¹⁴⁹⁹ ». Le septième secteur sera doté dès sa nomination d'un psychiatre agrégé qui assumera des fonctions hospitalo-universitaires. En 1969, le candidat à ce poste attend sa nomination sans cesse différée pour des raisons corporatives¹⁵⁰⁰. C'est seulement au 1^{er} octobre 1973, pour la rentrée universitaire, que le Pr Wartel, titulaire de la chaire de psychiatrie à la Faculté d'Angers, s'installe à la tête de la clinique, qui devient un service hospitalo-universitaire, et du 7^e secteur d'adultes de Maine-et-Loire (Saumur Sud)¹⁵⁰¹. Parallèlement, un service de consultation psychiatrique est créé au CHU d'Angers¹⁵⁰². Le lien entre le CHU et l'hôpital psychiatrique se renforce.

¹⁴⁹⁶ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1973, p. 2.

¹⁴⁹⁷ *Centre psychothérapique départementale de Sainte-Gemmes-sur-Loire. 1843-1973, de la commission de surveillance au conseil d'administration, de l'asile d'aliénés au centre psychothérapique. op. cit.*, p. 19-20.

¹⁴⁹⁸ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1966, p. 59.

¹⁴⁹⁹ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1967, p. 60.

¹⁵⁰⁰ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1970, p. 60.

¹⁵⁰¹ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1973, p. 64.

¹⁵⁰² Jean Baraer, *La psychiatrie dans le Maine-et-Loire. Mise en place de la sectorisation, op. cit.*, p. 67.

Tableau n° 2 : Organisation de la sectorisation (1975)

Secteur adultes	Médecin chefs	Population desservie en habitants (Recensement 1968)	Canton compris dans le Secteur
I (1971)	Dr Ariste-Le-Bas	62 939	Angers III, Beaufort-en-Vallée, Les Ponts-de-Cé
II (1971)	Dr Henry	67 939	Angers IV, Angers V, Chalonnes sur Loire, Thouarcé
III (1971)	Dr Colmin Faisant fonction de médecin assistant : M ^{lle} Le Roux	68 078	Angers VI, Angers VII, Saint Florent-le-Viel, Saint Georges sur Loire
IV (1971)	M ^{me} le Dr Martin	64 209	Angers I, Angers II, Durtal, Seiches sur Le Loir
V (1971)	Dr Martin	65 908	Candé, Châteauneuf sur Sarthe, Le Lion d'Angers, Louroux Béconnais, Pouancé, Segré, Tiercé
VI (1971)	Dr Anglade	68 255	Allonnes, Baugé, Longué, Noyant, Saumur-Nord (totalité de la ville de Saumur)
VII (1973)	Pr Wartel		Doué-la-Fontaine, Gennes, Montreuil-Bellay, Saumur-Sud (moins la ville de Saumur), Vihiers
Secteurs infanto-juvénile	Médecin chefs		Canton compris dans le Secteur
I (1971)	Dr Mazet	314 307	Angers et Segré
III	Dr Roy (Médecin-adjoint)	125 433	Saumur

Sources, AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1975, p. 69

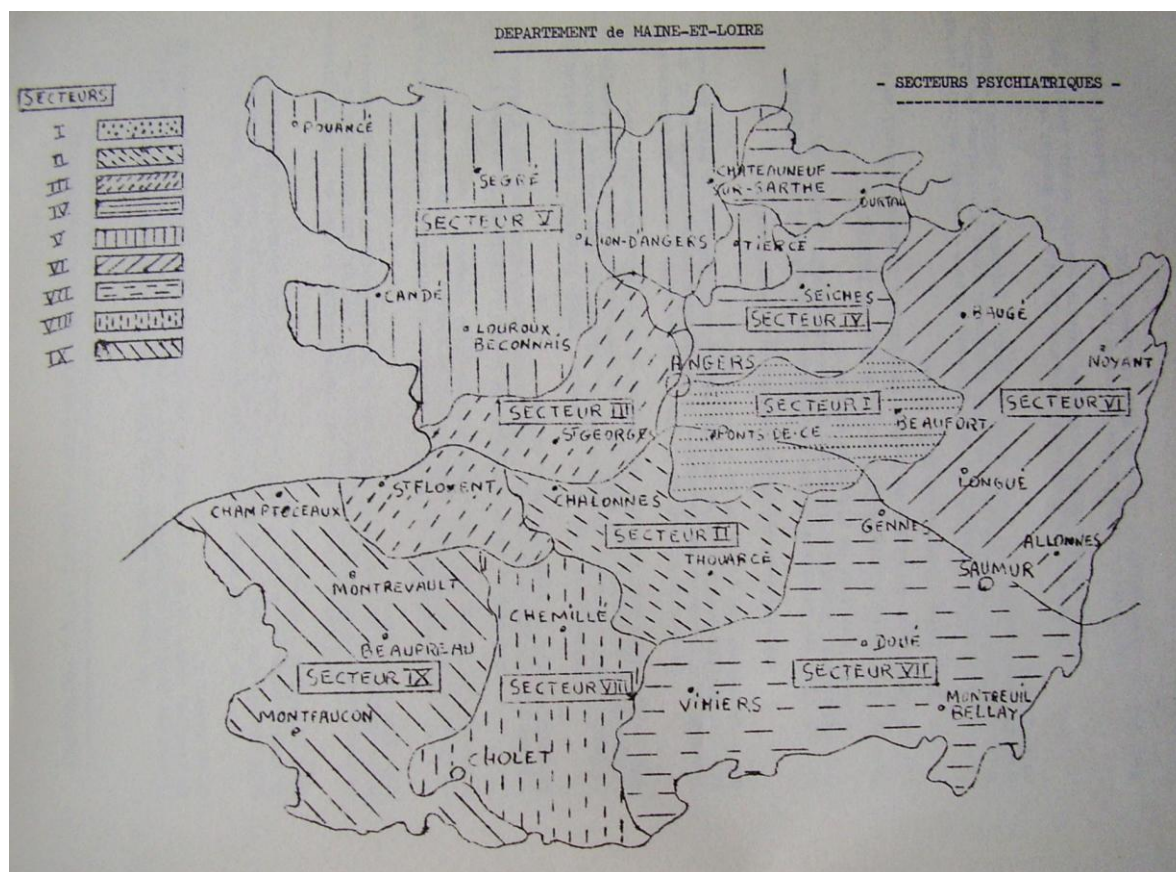
A cette date, la convention qui associe, en matière d'enseignement médical, le centre psychothérapeutique départemental au centre hospitalier Universitaire d'Angers est en cours d'homologation¹⁵⁰³. Germain Paris escompte, avec l'ouverture du service d'enseignement clinique, une fréquentation accrue de l'établissement par les étudiants en médecine d'Angers et par les psychiatres en formation dans les départements voisins, inscrits au CES de psychiatrie¹⁵⁰⁴. Il pense que cet « appoint en personnel médical » permettra de faciliter la formation professionnelle du personnel soignant selon le nouveau programme¹⁵⁰⁵. En 1973, une hospitalisation partielle de jour et de nuit se met progressivement en place.

¹⁵⁰³ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1973, p. 64.

¹⁵⁰⁴ *Id.*

¹⁵⁰⁵ *Ibid.*, p. 65.

Carte n° 4 : La sectorisation en 1975



Sources : Jean Baraer, *La psychiatrie dans le Maine-et-Loire. Mise en place de la sectorisation*, op. cit., p. 57.

c. La naissance d'une hospitalisation partielle de jour et de nuit (1973)

En 1971, la caisse régionale de Sécurité sociale donne son accord à une hospitalisation partielle¹⁵⁰⁶. Il s'agit d'« encourager les malades et les familles à un traitement rapide », mais aussi de contrecarrer la promiscuité induite par la sectorisation susceptible « de freiner des désirs de traitements précoces »¹⁵⁰⁷. Non pas une promiscuité liée au nombre comme auparavant, mais aux mélanges des pathologies¹⁵⁰⁸. A partir de 1973, on assiste au développement, dans plusieurs secteurs, d'une hospitalisation de jour et de nuit¹⁵⁰⁹. La prise en charge se diversifie à nouveau. Les malades qui sont hospitalisés de nuit ont une activité professionnelle dans la journée. Ce sont d'anciens malades internés pour lesquels des essais de remise au travail sont tentés auprès de marâchers locaux (Sainte-Gemmes-sur-Loire était la « ville du chou et du fou »)¹⁵¹⁰. Germain Paris constate que les bénéficiaires ont tendance « à s'incruster dans ce

¹⁵⁰⁶ Jean Baraer, *La psychiatrie dans le Maine-et-Loire. Mise en place de la sectorisation*, op. cit., p. 58.

¹⁵⁰⁷ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1971, p. 60.

¹⁵⁰⁸ *Id.*

¹⁵⁰⁹ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1973, p. 63.

¹⁵¹⁰ *Id.*

système », « le SMIC leur paraissant un pactole, étant totalement défrayés par la collectivité et déchargés de toute préoccupation matérielle »¹⁵¹¹. « Cette situation privilégiée » crée une jalousie entre les malades bénéficiaires du SMIC, qui travaillent à l'extérieur, et ceux qui travaillent à l'intérieur de l'hôpital et ne bénéficient que du pécule¹⁵¹². Les malades hospitalisés dans la journée retournent dans leurs familles le soir. Cette hospitalisation est peu développée : la localisation de l'hôpital, loin de la ville, vestige de l'histoire l'asilaire, pose un problème de transport¹⁵¹³. Pour Germain Paris, cette hospitalisation partielle doit être reconsidérée par une limitation raisonnable de la durée et un regroupement dans des locaux autonomes¹⁵¹⁴. La création du centre spécial en milieu urbain serait, selon lui, la meilleure solution. Ce dispositif pourrait être complété par un hôtel postcure et des ateliers d'aide par le travail¹⁵¹⁵. En 1977, à la fin de notre étude, l'hospitalisation partielle ne représente que 4,5 % du total des journées d'hospitalisation. Dans le même temps, de nouvelles pratiques se développent.

1.2. Mixité et développement de la sectorisation

a. La mixité du personnel soignant (1972)

Au début des années 1970, les médecins-chefs, au masculin comme au féminin, vont dans les services d'hommes et de femmes dans le cadre de remplacements réciproques ou pour des raisons thérapeutiques. Les psychologues, les assistantes sociales, les internes ont aussi cette possibilité. De même, le directeur peut aller dans le service des femmes. Néanmoins, il doit avoir l'autorisation du médecin chef¹⁵¹⁶. L'autorité médicale prend le pas sur l'autorité administrative dans les services.

Pour ce qui est du personnel soignant, infirmiers et infirmières se rencontrent pendant le temps de formation. Par la suite, ils peuvent se rencontrer dans des lieux d'attente pour le service comme la pharmacie, la buanderie, la lingerie et la cuisine¹⁵¹⁷. Jusqu'alors la mixité du personnel avait été réalisée durant la Deuxième Guerre mondiale, où le recrutement de personnel féminin avaient permis de pallier à un manque ponctuel de personnel masculin du fait de la mobilisation. En 1958 et 1960, dans les services des Dr Conseil et Henry, des infirmières avaient aussi été envoyées dans les services des hommes : ces expériences s'étaient soldées par des échecs, en partie alimentés par le fantasme.

En 1972, dans certains secteurs, et dans un contexte d'instabilité chronique du personnel, la mixité des soignants s'instaure progressivement¹⁵¹⁸. En effet la mise en place des secteurs nécessite du personnel supplémentaire. En janvier, le personnel s'était mis en grève pour demander l'augmentation des

¹⁵¹¹ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1973, p. 63.

¹⁵¹² *Ibid.*, p. 64.

¹⁵¹³ *Ibid.*, p. 63.

¹⁵¹⁴ *Ibid.*, p. 64.

¹⁵¹⁵ *Id.*

¹⁵¹⁶ Jacques Henry, entretien réalisé le 16 mars 2006.

¹⁵¹⁷ Raymond Pourias, entretien téléphonique réalisé le 29 septembre 2005 (non enregistré).

¹⁵¹⁸ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1973, p. 65.

effectifs¹⁵¹⁹. En 1972, des réticences sont formulées par des soignants : certains infirmiers redoutent de faire des toilettes aux femmes ; les infirmières craignent les agressions physiques de la part des malades hommes¹⁵²⁰. Cette mise en place s'appuie sur le renouvellement du personnel induit par le recrutement massif de jeunes infirmiers et infirmières entre 1968 et 1970¹⁵²¹. Du côté des malades, certaines femmes âgées redoutent l'arrivée des infirmiers¹⁵²². La mixité des soignants, par l'hétéro-sociabilité qu'elle induit dans les services, offre aux malades une continuité sociale avec l'extérieur. L'arrivée d'infirmières dans les services d'hommes et d'infirmiers chez les femmes se fait, dans un premier temps, sur la base du volontariat¹⁵²³. Par leur complémentarité, les infirmiers et infirmières diversifient la pratique des services et contribuent à les pacifier. Ainsi, si les infirmières considèrent que les hommes ne sont pas assez « pointilleux » dans la façon de faire les lits et les toilettes, elles apprécient l'aide musculaire pour porter les malades et gérer les situations de violence¹⁵²⁴. De leur côté, si les infirmiers perçoivent les infirmières comme « tatillonnes », ils apprécient l'aide pour le ménage et le maternage¹⁵²⁵. Cependant, certains infirmiers estiment que, chez les femmes, ils ne peuvent rien faire : selon eux tout est géré par la surveillante. Il s'agit, toujours selon eux, de la persistance du système des religieuses¹⁵²⁶ qui ont rompu leur contrat en 1969 pour des raisons d'effectifs. En 1973, c'est au tour de l'extrahospitalier de s'amorcer.

b. L'amorce de l'extrahospitalier sectoriel (1973)

Des postes d'infirmiers itinérants et des voitures

En 1972, plusieurs circulaires rappellent le rôle de l'équipe médicale (psychiatres, assistantes sociales, psychologues et infirmiers/ères) de secteur psychiatrique, son activité hospitalière pour les soins lourds et intenses mais aussi son activité extrahospitalière de prévention, soins légers et surveillance de postcure¹⁵²⁷. A cette date l'extrahospitalier est exclusivement réalisé par les psychiatres dans les dispensaires et les divers établissements du département¹⁵²⁸.

¹⁵¹⁹ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1972, p. 60.

¹⁵²⁰ André Jolie, Infirmier (1969-1996), entretien réalisé le 1 juin 2004.

¹⁵²¹ Chantal Ménard, Infirmière, puis cadre (1970-1992), entretien enregistré par l'Unité A1 « Genres et territoire » (Eléonore Lafond, Benjamin Brovelli, Patrick Martin-Mattera et Vincent Guérin) le 4 mai 2005.

¹⁵²² Madeleine Prod'homme, Aide soignante (1945-1979), le 30 mai 2005 et André. Jolie, entretien réalisé le 1 juin 2004.

¹⁵²³ Yvon Guilloteau, Infirmier (1969-1996), entretien réalisé par l'Unité A1 « Genres et territoire » (Eléonore Lafond, Benjamin Brovelli, Patrick Martin-Mattera et Vincent Guérin), le 30 mai 2005.

¹⁵²⁴ Madeleine Prod'homme, entretien réalisé le 30 mai 2005.

¹⁵²⁵ Yvon Guilloteau, entretien réalisé le 30 mai 2005.

¹⁵²⁶ *Id.*

¹⁵²⁷ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1975, p. 67.

¹⁵²⁸ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1971, p. 60.

Tableau n° 3 : Activités des dispensaires entre 1970 et 1977

Années	Consultants				Consultations				Nouveau Consultants				Postcure			
	Hommes	Femmes	Enfants	Total	H	F	E	Total	H	F	E	Total	H	F	E	Total
1970	715	964	719	2398	1681	2998	1329	6008	?	?	?	1050				
1973	1192	1301	563	3056	3014	3541	1027	7582	540	406	399	1345	721	928	5	1654
1974	1393	1392	700	3485	3464	4700	1914	10078	657	513	516	1686	864	1069	2	1935
1975	1569	1507	755	3831	3276	4764	1160	9200	689	498	602	1789	850	1004	1	1855
1976	1222	1592	919	3733	3419	4979	5643	14041	368	450	681	1499	840	1022	1	1863
1977	1201	1659	1169	4029	3331	5186	8067	16584	353	464	811	1628	789	956	6	1751

Sources : Jean Baraer, *La psychiatrie dans le Maine-et-Loire. Mise en place de la sectorisation, op. cit.*, p. 90.

Les psychiatres, absorbés par des tâches extrahospitalières de plus en plus importantes, demandent avec insistance le renforcement des équipes médicales¹⁵²⁹. Germain Paris considère que la norme, qui est de 1 médecin chef et trois internes par secteur de 65 000 habitants, ce qui suppose environ 150 hospitalisés, est d'ores et déjà remise en cause¹⁵³⁰.

L'action extrahospitalière prend une perspective nouvelle avec la création, par le conseil général, de 10 postes d'infirmiers itinérants et le début des soins à domicile¹⁵³¹. Il faut attendre 1973, pour que les huit équipes soignantes extrahospitalières soient dotées de cinq voitures automobiles : une 403 pour l'inter secteur de psychiatrie infanto-juvénile et quatre 2 CV pour les sept secteurs de psychiatrie adultes¹⁵³². Rétrospectivement, Germain Paris considère que cette dotation marque le début de l'« efficacité opérationnelle » de la sectorisation¹⁵³³.

En 1974, après une observation de quelques mois, Germain Paris, se faisant le relai des psychiatres, considère qu'il faut doter chaque secteur d'un véhicule et faire passer de 10 à 16 le nombre d'infirmiers visiteurs¹⁵³⁴. Il précise que cette requête est soumise à l'autorité départementale qui « assume la charge financière des activités extrahospitalières » même si « les opérations comptables transitent par l'établissement »¹⁵³⁵.

Afin de compléter l'efficacité des activités intra et extrahospitalières selon le vœu des psychiatres, Germain Paris annonce la création d'un poste de psychiatre assistant dans chaque secteur pour

¹⁵²⁹ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1971, p. 60.

¹⁵³⁰ *Id.*

¹⁵³¹ *Id.*

¹⁵³² AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1973, p. 64.

¹⁵³³ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1975, p. 67.

¹⁵³⁴ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1973, p. 64.

¹⁵³⁵ *Id.*

améliorer l'efficacité de l'activité psychiatrique¹⁵³⁶. Prudent, il considère que les nominations devraient se faire en 1974 en fonction des candidatures¹⁵³⁷. En 1976, le secteur III du Dr Colmin est doté d'un premier médecin assistant¹⁵³⁸.

L'obstacle financier

Au milieu des années 1970, ce qui fait obstacle au développement de l'extrahospitalier, c'est son financement. En effet, il existe une dualité entre l'hospitalier (intra) qui est financé par la Sécurité sociale comme du soin, et l'activité extrahospitalière qualifiée de dépistage, de prévention, de postcure et qui relève de l'Etat à 83 % et des départements pour le restant¹⁵³⁹. En 1975, le montant de la dépense en Maine-et-Loire s'élève à 2 millions de F¹⁵⁴⁰. Paris considère qu'alors que la sectorisation a pour objectif de traiter plus vite en évitant une hospitalisation traumatisante parfois et plus onéreuse, il est anormal que les organismes sociaux ne participent aux dépenses extrahospitalières que par une prise en charge partielle des produits pharmaceutiques¹⁵⁴¹. Optimiste, il pense que cette question trouvera prochainement une solution : « Les caisses de sécurité sociale semblent actuellement disposées à admettre une contribution de 80 % aux dépenses du secteur psychiatrique¹⁵⁴². »

Tableau n° 4 : Evolution de l'activité extrahospitalière par secteur en 1976

Secteurs d'adultes	Malades vus en dispensaires	Malades reçus en consultations externes	Malades visités à domicile	Malades visités en maison de retraite et autres établissements hospitaliers	Total
Secteur I (Dr Ariste-Lebas)	315	198	86	61	660
Secteur II Dr Henry	414	180	164	374	1132
Secteur III Dr Colmin	422	234	496	173	1325
Secteur IV Dr Martin M.	198	X	63	38	299
Secteur V Dr Martin C.	361	143	414	187	1105
Secteur VI Dr Anglade	285	335	334	125	1079
Secteur VII Pr Wartel	794	3245	1017	99	5155

Sources : AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1976 p. 64.

¹⁵³⁶ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1973, p. 64.

¹⁵³⁷ *Id.*

¹⁵³⁸ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1976, p. 63.

¹⁵³⁹ Marcel Jaeger, *La psychiatrie en France*, Paris, Syros/alternative, 1989, p. 23.

¹⁵⁴⁰ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1975, p. 68.

¹⁵⁴¹ *Id.*

¹⁵⁴² *Id.*

Dans le tableau ci-dessus qui représente l'activité extrahospitalière, en 1976, des sept secteurs d'adultes, de grandes variations sont notables selon les secteurs, le secteur hospitalo-universitaire étant de loin le plus actif.

L'évolution de la prise en charge financière de l'extrahospitalier se fera en deux temps. En 1982, avec les lois de décentralisation, l'extrahospitalier sera confié à la seule charge de l'Etat¹⁵⁴³. Puis, avec la loi du 31 décembre 1985, l'Etat sera déchargé au profit de la Sécurité sociale qui prendra en charge, de façon uniforme, l'intra et l'extrahospitalier¹⁵⁴⁴. L'incohérence du clivage dans la sectorisation entre soin et prévention sera alors réduite¹⁵⁴⁵. En 1974, la sectorisation est relancée.

1.3. Relance et clarification de la sectorisation (1974)

La circulaire du 9 mai 1974 apporte des précisions sur le personnel et l'équipement du secteur¹⁵⁴⁶. L'effectif devra être fonction des malades hospitalisés, mais aussi de ceux suivis en ambulatoire, du regroupement ou de la dispersion des lieux d'activité et du nombre d'établissements¹⁵⁴⁷. Les services qui font baisser leur population ne devront pas être pénalisés par une diminution de leur effectif théorique, l'activité étant compensée par celle de l'extérieur¹⁵⁴⁸. Concernant l'équipement, un effort devra aussi être effectué en direction des structures extrahospitalières qui ont une vocation intersectorielle¹⁵⁴⁹. Par ailleurs, le nombre de lit ne devra pas être augmenté, au contraire, la modernisation doit permettre d'en diminuer le nombre. La circulaire rappelle que l'Etat participe pour 80 % aux dépenses. Enfin, la sectorisation ne peut s'opposer au libre choix du malade¹⁵⁵⁰. A côté de cette clarification, à partir de 1975, la mixité des malades dans l'hôpital décloisonne les services.

2. Le dépassement de l'asile...

2.1. De la ségrégation à la mixité des malades

a. Pratiques clandestines

En 1818, dans son mémoire adressé au ministre de l'Intérieur, Jean-Baptiste-Etienne Esquirol conceptualise l'asile par la séparation des sexes¹⁵⁵¹. Cette structuration de l'espace n'est pas pour

¹⁵⁴³ Marcel Jaeger, *La psychiatrie en France, op. cit.*, p. 23.

¹⁵⁴⁴ *Ibid.*, p. 28-29.

¹⁵⁴⁵ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1975, p. 68.

¹⁵⁴⁶ Jean Baraer, *La psychiatrie dans le Maine-et-Loire. Mise en place de la sectorisation, op. cit.*, p. 12.

¹⁵⁴⁷ *Id.*

¹⁵⁴⁸ *Id.*

¹⁵⁴⁹ *Id.*

¹⁵⁵⁰ *Id.*

¹⁵⁵¹ Jean-Etienne-Dominique Esquirol, « Des établissements consacrés aux aliénés en France et des moyens de les améliorer, Mémoire présenté au ministre de l'Intérieur, en septembre 1818 », in Jean-Etienne-Dominique Esquirol, *Maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, tome II, Paris, J.-B. Baillière, 1838, p. 399-431.

l'époque extraordinaire, elle existe dans les hospices d'Ancien Régime¹⁵⁵². La loi du 30 juin 1838 institue le vœu d'Esquirol¹⁵⁵³. L'ordonnance du 18 décembre 1839, qui complète la loi de 1838, notifie explicitement cette séparation dans les établissements publics et privés¹⁵⁵⁴. Cette sexuation de l'espace sera reprise par la suite dans les règlements intérieurs des asiles en 1858, puis en 1938¹⁵⁵⁵. Conséquence, comme dans tout « milieu fermée », une pratique homosexuelle souvent non consentie se développe¹⁵⁵⁶. Elle est perçue comme une perversité qui apparaît comme un rempart entre le pathologique et le normal et se dilue dans le paysage de la folie¹⁵⁵⁷.

Cependant, à défaut d'être instituée, la rencontre hommes/femmes peut être négociée ou arrachée. Ainsi, lorsque la surveillance s'estompe et/ou se veut complaisante, des échanges sont possibles à la cuisine, à la messe et dans le jardin ; des lettres circulent de main à main¹⁵⁵⁸. Le soignant a une marge de manœuvre par rapport au règlement de l'institution. L'hôpital fonctionne selon le principe de « l'ordre négocié¹⁵⁵⁹ ». Le règlement n'envisage pas tout, il est « retravaillé » au quotidien par les acteurs de l'institution. Plus encore, selon un mythe plus ou moins fantasmé¹⁵⁶⁰, hors du regard, des patients fuguent, franchissent les murs et se retrouvent dans « une géographie de la liberté », les « zones franches¹⁵⁶¹ »

Les lieux comme le parc, « la grotte », le kiosque sont connus, les patients identifiés¹⁵⁶². Les échanges hétérosexuels servent parfois de troc contre une cigarette, vingt centimes.

Lorsque qu'un homme et une femme sont trouvés ensemble, c'est la cellule¹⁵⁶³. Dans la « machine à guérir » la relation entre un homme et une femme est un défaut de socialisation propre au « rôle » assigné au malade ; elle est perçue comme une transgression disciplinaire.

L'aliéniste Ferrus l'avait prévu : « c'est ouvrir la porte aux plus funestes abus que de réunir dans un même local des hommes et des femmes, car il est impossible d'empêcher entièrement toute communication, ce qui est un inconvénient majeur pour les malades ainsi que pour les personnes chargées de les surveiller et de les servir »¹⁵⁶⁴. Ces espaces de transgressions, plus ou moins fantasmés,

¹⁵⁵² Jean-Michel Leniaud « Asiles d'aliénés : plaidoyer pour l'architecture psychiatrique », *Monuments Historiques*, n° 114, avril-mai 1981, p. 54.

¹⁵⁵³ Loi sur les aliénés n° 7443 du 30 juin 1838.

¹⁵⁵⁴ Ordonnance du 18 décembre 1839, art. 34.

¹⁵⁵⁵ En 1937, par décret, les asiles départementaux d'aliénés deviennent hôpitaux psychiatriques.

¹⁵⁵⁶ Jacques Henry, entretien enregistré le 16 mars 2006.

¹⁵⁵⁷ Cf. Vincent Guérin, « L'évolution des rapports hommes/femmes : Ste-Gemmes-sur-Loire 1950-1970 », in Jacques Arveiller (dir.), *Psychiatries dans l'histoire*, Caen, PUC, 2008, p. 289-300.

¹⁵⁵⁸ Raymond Pourias, entretien réalisé et enregistré le 19 janvier 2005.

¹⁵⁵⁹ Anselm Strauss, Leonard Shostmans, Bue Bucher, Danuta Ehrlich, Melvin Sahshin, « The hospital audits negotiated order », in Isabelle Baszanger *La Trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1963, 1992, p. 87.

¹⁵⁶⁰ Les éléments ci-après sont rapportés par une infirmière qui arrive en 1977, au moment où la mixité pavillonnaire se met en place dans le secteur III. Les membres du personnel qui ont vécu cette période, s'ils reconnaissent des éléments de cette nature, sont moins catégoriques. On a l'impression que le fantasme est devenu un mythe et qu'il se substitue en partie à la réalité, et ce au moment crucial où le mélange des sexes cristallise toutes les appréhensions.

¹⁵⁶¹ Erving Goffman, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit, 1968, p. 286.

¹⁵⁶² Madame B, Infirmière, (depuis 1977), entretien enregistré le 10 juin 2005.

¹⁵⁶³ *Id.*

¹⁵⁶⁴ Maximilien Parchappe, *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*, Paris, Masson, 1853, p. 19.

plus ou moins tolérés, non parlés, existent dans tous les hôpitaux¹⁵⁶⁵. Selon l'anthropologue Mary Douglas, ces lieux tabous pourraient remplir un rôle d'exutoire qui protège l'hôpital contre des comportements qui remettraient en cause l'institution¹⁵⁶⁶. Lorsque qu'un homme et une femme sont trouvés ensemble, c'est la cellule¹⁵⁶⁷. Dans la « machine à guérir » la relation entre un homme et une femme est un défaut de socialisation ; elle est perçue comme une transgression disciplinaire.

Outre les échanges sexuels, des patients font des trafics de vin, de médicaments, de nourriture, de cigarettes, mais assurent aussi une protection aux autres patients dans l'institution¹⁵⁶⁸. Certains patients font plus que contourner le règlement, ils disposent d'une autorité dans les services et leur rayonnement dépasse le cadre pavillonnaire¹⁵⁶⁹. Le Dr Henry parle de « kapo ». Selon lui certains malades avaient un vrai pouvoir sur les autres malades et presque sur le personnel, une liberté totale, des responsabilités¹⁵⁷⁰. Un malade peut parfois devenir un allié pour les infirmiers et infirmières, notamment pour régler les problèmes de violence¹⁵⁷¹. On peut assister à un renversement de situation, particulièrement lors du service de nuit : « Si un infirmier était apprécié, il était tranquille¹⁵⁷². » Au final, le règlement est contourné par des populations qui ne relèvent pas toujours de la psychiatrie. Nous sommes ici dans la vie clandestine de l'institution, dans l'« adaptation secondaire »¹⁵⁷³.

A la fin des années 1960, dans « les services institutionnels », les activités mixtes se multiplient.

b. L'activité des « services institutionnels » (1969-1975)

Depuis les années 1950, l'étanchéité entre les hommes et les femmes s'est assouplie. Une mixité instituée, ponctuelle, existe au travers des distractions et notamment du théâtre et des kermesses. A partir de 1969, dans les « services institutionnels », au sein des « comités de loisirs », les activités mixtes se multiplient¹⁵⁷⁴. Des pique-niques, des visites de zoo sont organisés¹⁵⁷⁵. A partir de 1970, le Dr Jean Colmin insuffle aux infirmiers le travail thérapeutique collectif¹⁵⁷⁶. En 1971, il suggère l'idée d'un club.

¹⁵⁶⁵ Nicole Horrassius-Jarrie, « Gène et tabous autour de la sexualité des patients », *Pratiques en Santé mentale*, n° 4, 2000, p. 21.

¹⁵⁶⁶ Mary Douglas, *De la souillure. Etudes sur la notion de pollution et de tabou*, Paris, La Découverte, 1992, p. 1.

¹⁵⁶⁷ Yvon Guilloteau, Infirmier (1969-1996), entretien réalisé et enregistré par l'Unité A1 « Genres et territoire » (Eléonore Lafond, Benjamin Brovelli, Patrick Martin-Mattera et Vincent Guérin), le 30 mai 2005.

¹⁵⁶⁸ Madame B, Infirmière, (depuis 1977), entretien enregistré le 10 juin 2005.

¹⁵⁶⁹ *Id.*

¹⁵⁷⁰ Jacques Henry, entretien enregistré le 16 mars 2006.

¹⁵⁷¹ André Jolie, Infirmier (1969-1996), entretien enregistré le 1 juin 2004.

¹⁵⁷² *Id.*

¹⁵⁷³ Erving Goffman, *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minit, 1968, p. 245.

¹⁵⁷⁴ Grâce aux thèses de médecine réalisées sur les services du Dr Henry et du Dr Colmin qualifiés d'« institutionnels », nous pouvons savoir ce qui s'y fait. Il va sans dire qu'il se passe aussi des choses dans les autres services, pour lesquels nous ne disposons pas de sources.

¹⁵⁷⁵ AC, L 24, Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance, « Comité de loisirs », séance du 22 septembre 1969, p. 1557.

¹⁵⁷⁶ Jean Oury différencie le collectif de la collectivité. La collectivité, c'est l'organisation, la hiérarchie, l'uniforme, l'homogène. A contrario, le collectif est « un opérateur », « une machine abstraite » précaire qui permet d'articuler l'établissement, ses institutions, avec l'individu, en prenant en compte sa singularité, « son désir inconscient ». Cf. Nicolas Philibert, « Entretien avec l'invisible » dans *La moindre des choses*, Paris, Montparnasse, 1995, 147 minutes. Mais aussi, Jean Oury, *Le collectif, le séminaire de Sainte-Anne*, Paris, Champ Social Editions, 1986, 2005, 218 p.

Dans la psychothérapie institutionnelle, le club a pour objet de transformer « la vie quotidienne des malades » en travaillant l'ambiance¹⁵⁷⁷. En 1972, un « comité hospitalier » Croix-Marine se met en place, cette association donne naissance au « club de l'Espérance »¹⁵⁷⁸. La Fédération des Sociétés des Croix-Marines, née en 1952, souhaite, par la création associative, promouvoir l'humanisation et la réinsertion des malades en dépassant les « lourdeurs administratives hospitalière¹⁵⁷⁹. Alors que les bâtiments sont encore séparés, les réunions du club favorisent la rencontre des patients et des patientes. En 1974, un autre « comité hospitalier » est créé dans le service du Dr Henry¹⁵⁸⁰. Les clubs permettent à partir de 1975, grâce au « super-pécule » issu de la vente des objets que les patients confectionnent, d'organiser des sorties camping. Ils donnent une autonomie financière aux médecins et aux malades vis-à-vis de la direction de l'hôpital. En 1975, trois séjours sont organisés. Le dernier est mixte pour les patients. Les soignants accompagnateurs sont des hommes¹⁵⁸¹. La mixité des soignants, très fantasmée, pose problème. C'est seulement en 1976 qu'elle est acceptée dans les sorties camping¹⁵⁸². Au travers du récit d'un interne, on voit des couples se former chez les patients, le passage d'une homo-sensualité à une hétéro-sensualité¹⁵⁸³. « Jean-Pierre me parle de sortir souvent lorsqu'il sera à nouveau à l'hôpital. Il demande d'emmener Chantal avec lui. Avant le camp, Jean-Pierre et Lionel étaient considérés depuis dix ans comme inséparables avec ce que cela suppose dans une vie de pavillon. Après le camp, Jean-Pierre fut considéré comme petit ami de Chantal. Ils se retrouveront, avec quelques difficultés, dans le pavillon par la suite. Leur relation sera diversement acceptée¹⁵⁸⁴. » A partir de 1975, la mixité des malades se met progressivement en place dans les services.

c. Le début de la mixité des patients (1975)

En octobre 1973, le conseil d'administration nouvellement créé, accepte, sous l'influence des médecins, de réaliser la mixité des malades pour des raisons thérapeutiques : « Admettant les arguments thérapeutiques développés, le conseil d'administration souhaite toutefois une application lente et progressive des nouvelles méthodes, invitant les psychiatres à l'indispensable prudence en fonction de

¹⁵⁷⁷ Jean Oury, *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle. Traces et configurations précaires*, Paris, Champ social, 2001, p. 56-99.

¹⁵⁷⁸ AC, L 24, Procès-verbaux des délibérations du conseil d'administration « Création d'un Comité Hospitalier au Secteur III », séance du 26 juin 1972, p. 191.

¹⁵⁷⁹ Françoise Tétard, « La psychiatrie « associative » en mouvement. De la Société d'hygiène mentale du Centre à la Fédération des Sociétés de Croix-Marine (1947-1958) », in Jean-Paul Arveiller (dir.), *Pour une psychiatrie sociale. 50 ans d'action de la Croix-Marine*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 2002, p. 33

¹⁵⁸⁰ Le 1^{er} janvier 1977 « les comités hospitaliers » des secteurs II et III sont rattachés à l'association départementale « Croix Marine d'Anjou »

¹⁵⁸¹ Ambroise Baguenier Desormeaux, *A propos d'une expérience de camping dans le cadre d'un service de psychothérapie institutionnelle*, Thèse de doctorat en médecine, Université d'Angers, 1980, p. 15.

¹⁵⁸² *Ibid.*, p. 17.

¹⁵⁸³ *Ibid.*, p. 73.

¹⁵⁸⁴ *Id.*

l'état des malades qui nous sont confiés¹⁵⁸⁵. » Les raisons sont aussi matérielles : avec l'augmentation du nombre des secteurs, le nombre des pavillons affecté à chaque médecin diminue¹⁵⁸⁶.

En 1975, la mixité des malades commence progressivement dans certains secteurs¹⁵⁸⁷. Pour le malade, il s'agit du passage dans le pavillon d'une homo-sociabilité à l'hétéro-sociabilité. Les femmes âgées et certaines familles appréhendent cette « promiscuité » avec les hommes¹⁵⁸⁸.

La mixité des malades induit une acceptation implicite d'une hétérosexualité qui était jusqu'alors refusée aux malades. Avec la mixité pavillonnaire, des couples se forment. Selon les infirmiers/infirmières, la mixité des malades permet d'adoucir les mœurs dans les pavillons et de diminuer la violence. Seulement, elle est toute relative. Si les malades sont mélangés dans la journée, la nuit ils sont séparés : les femmes et les hommes logent aux deux extrémités d'un pavillon¹⁵⁸⁹. Mais la sexualité des femmes et la gestion de la contraception posent problème. Les soignants sont inquiets, ils ont peur de la procréation : Il faut « éviter les pépins¹⁵⁹⁰ ». Derrière la mixité il y a la contraception. Pour le Dr Henry la pilule a autorisé la mixité¹⁵⁹¹. La contraception n'est pas systématique, elle se fait « au cas par cas »¹⁵⁹². En 1974, une enquête menée dans le milieu psychiatrique montrait que la contraception concernait moins de 10 % des patientes¹⁵⁹³. Plusieurs méthodes sont utilisées : la pilule, le stérilet, la ligature des trompes. Plus tard les « injections anticonceptionnelles » à 3 mois compléteront l'arsenal. Le stérilet est peu utilisé car les patientes peuvent l'arracher¹⁵⁹⁴. Parfois la stérilisation chirurgicale est préférée à la contraception chimique. Des ligatures de trompes sont effectuées, mais elles restent exceptionnelles. Elles sont pratiquées au CHU d'Angers¹⁵⁹⁵. On retrouve ces méthodes dans la majorité des hôpitaux psychiatriques¹⁵⁹⁶. Au final, selon Germain Paris, la mixité des unités de soins, « pratiquée avec prudence selon l'invitation ministérielle », n'a pas posé les problèmes que l'on pouvait redouter¹⁵⁹⁷. Autre évolution : à partir de 1975, l'extrahospitalier se développe avec la naissance de structures dites intermédiaires.

¹⁵⁸⁵ AC, L 24, Procès verbaux des délibérations du conseil d'administration (1973-1975), « Mixité des malades dans les unités de soins », séance du 22 octobre 1973, p. 1622.

¹⁵⁸⁶ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1975, p. 67.

¹⁵⁸⁷ *Id.*

¹⁵⁸⁸ *Id.*

¹⁵⁸⁹ André Jolie, Infirmier (1969-1996), entretien enregistré le 1 juin 2004.

¹⁵⁹⁰ Yvon Guilloteau, Infirmier (1969-1996), entretien réalisé et enregistré par l'Unité A1 « Genres et territoire » (Eléonore Lafond, Benjamin Brovelli, Patrick Martin-Mattera et Vincent Guérin), le 30 mai 2005.

¹⁵⁹¹ Jacques Henry, entretien enregistré le 16 mars 2006.

¹⁵⁹² Yvon Guilloteau, Infirmier (1969-1996), entretien réalisé et enregistré par l'Unité A1 « Genres et territoire » (Eléonore Lafond, Benjamin Brovelli, Patrick Martin-Mattera et Vincent Guérin), le 30 mai 2005.

¹⁵⁹³ Bourgeois, Labrousse, Audebert et Empeiraire, « Enquête sur la contraception en psychiatrie. Premiers résultats pour les 250 réponses provenant des hôpitaux psychiatriques », *Annales médico-psychologiques*, T. II, n° 1, 1974, p. 198.

¹⁵⁹⁴ Madame B, Infirmière depuis 1977, entretien enregistré le 10 juin 2005.

¹⁵⁹⁵ Jacques Henry, psychiatre et psychanalyste (1959-1993), entretien enregistré le 16 mars 2006.

¹⁵⁹⁶ Bourgeois, Labrousse, Audebert et Empeiraire, « Enquête sur la contraception en psychiatrie. Premiers résultats pour les 250 réponses provenant des hôpitaux psychiatriques », *Annales médico-psychologiques, op. cit.*, p. 178-200.

¹⁵⁹⁷ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1975, p. 67.

2.2. Des « structures intermédiaires » et un service psychiatrique à Cholet (1976-1977)

Entre 1971 et 1975, la sectorisation fonctionne dans un maillage qui articule l'hôpital psychiatrique, le CHU d'Angers (un service de consultations psychiatriques), « la clinique de Bel-Air », le service universitaire installé à l'extérieur de l'hôpital de Sainte-Gemmes¹⁵⁹⁸, les dispensaires d'hygiène mentale, les hôpitaux ruraux, ainsi que les hospices et maisons de retraite. Le Maine-et-Loire comporte aussi des structures extrahospitalières privées non sectorisées (les malades qui y séjournent se font suivre par un médecin de leur choix) comme le Centre d'Aide par le Travail ouvert à Saint Barthélémy en 1974 et géré par l'Association Angevine de Parents d'Enfants Inadaptés (AAPEI). Cette structure peut accueillir 100 adultes et en héberger 40 dans son foyer. Il y a aussi deux ateliers protégés gérés par l'AMIPI, dont l'ouverture date aussi de 1974 : un à Cholet de 60 places avec un internat de 40 places et l'autre à Angers de 40 places sans internat (Pons-de-Cé)¹⁵⁹⁹.

En 1976, à initiative des Dr Colmin et Henry, un foyer postcure est créé aux Pons-de-Cé. C'est la naissance de la première structure intermédiaire sectorielle. Nous l'avons vu, dès le début des années 1960, dans le cadre de la lutte contre l'encombrement, indépendamment de la construction de nouveaux bâtiments et de l'accroissement de la capacité d'hébergement, l'amélioration du « circuit postcure/réadaptation » apparaît comme un levier potentiel permettant d'accroître les sorties¹⁶⁰⁰. Pour autant, il faut attendre les années 1970, dans le cadre cette fois de la sectorisation, pour voir les choses évoluer. En 1972, Germain Paris projette, à nouveau, la création, à proximité immédiate du milieu urbain, d'un d'hôtel de postcure sous surveillance médicale¹⁶⁰¹. Il s'agit de réduire la durée des hospitalisations psychiatriques, complètes et partielles, en laissant le malade près de ses activités pendant la période surveillée, mais hors de l'ambiance hospitalière très sécurisante pour certains, mais traumatisante pour d'autres¹⁶⁰².

En 1976, le foyer postcure de Roche-Loire aux Pons-de-Cé ouvre ses portes, c'est une institution mixte composée de 19 lits¹⁶⁰³. Au préalable, une association loi 1901 de Croix marine avait été créée en 1975 par les Dr Colmin et Henry. La Fédération (nationale) des Sociétés de Croix-Marine puis, par la suite, la Fédération d'aide à la santé mentale Croix-Marine a été fondée en 1952¹⁶⁰⁴. Elle est issue de la Société d'Hygiène mentale du Centre créé en 1947¹⁶⁰⁵. Cette association, qui sert de support à la

¹⁵⁹⁸ Jean Baraer, *La psychiatrie dans le Maine-et-Loire. Mise en place de la sectorisation*, op. cit., p. 66.

¹⁵⁹⁹ *Ibid.*, p. 68.

¹⁶⁰⁰ AC, L 32, Rapports de fonctionnement, 1963, p. 72.

¹⁶⁰¹ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1972, p. 59.

¹⁶⁰² *Id.*

¹⁶⁰³ AC, L 30 bis, Procès-verbaux des délibérations du conseil d'administration, « Convention avec le foyer privé de post cure des Pons-de-Cé », séance du 28 juin 1976, p. 36.

¹⁶⁰⁴ Jean-Paul Arveiller, *Pour une psychiatrie sociale. Cinquante ans d'action de la Croix-Marine*, Paris, Erès, 2002, p.7.

¹⁶⁰⁵ *Id.*

psychothérapie institutionnelle, a deux objectifs : humaniser les lieux de soins et faciliter la réinsertion des malades dans la Cité¹⁶⁰⁶. La Croix Marine est une référence à la Croix rouge : alors que la première prend en charge les blessés du corps, la seconde prend en charge les blessés de l'esprit¹⁶⁰⁷. La création de cette association en Maine-et-Loire permet de contourner financièrement le conseil général et l'hôpital¹⁶⁰⁸. Elle permet aux médecins, avec l'appui du préfet, de prendre les choses en main¹⁶⁰⁹. Le foyer est créé grâce à l'appui de certains conseillers généraux, l'apport de l'argent des clubs de malades (super-pécule) et une subvention du Crédit Agricole. Le prix des journées est moins cher. Le budget est autonome¹⁶¹⁰. Le foyer permet à des malades qui travaillent dans la journée chez des maraîchers de quitter l'hôpital de nuit et à d'autres qui n'ont pas de travail, comme des personnes handicapées, de résider à moindre coût¹⁶¹¹. Par la convention du 28 juin 1976, l'hôpital psychiatrique met à disposition le personnel nécessaire à son fonctionnement soit un psychiatre, des infirmiers, un personnel de service et administratif¹⁶¹². Le foyer est autonome financièrement et administrativement¹⁶¹³. En 1977, il n'y a en France que 72 foyers postcure dont 55 pour alcooliques¹⁶¹⁴. Les créations sont le résultat d'initiatives privées hors du secteur hospitalier public¹⁶¹⁵.

Autre innovation, le 1^{er} octobre 1977 s'ouvre le premier appartement thérapeutique dans le secteur I à Angers. C'est un appartement communautaire pour 4 hommes¹⁶¹⁶. Comme le foyer postcure, l'appartement est sous la tutelle de l'association Croix Marine d'Anjou¹⁶¹⁷. L'objectif des appartements thérapeutiques est la réadaptation et la réinsertion sociale des malades. Cela permet à l'hôpital d'être déchargé des malades chroniques stabilisés qui n'ont pas besoin de soins intensifs¹⁶¹⁸. Pour pouvoir y accéder, il faut avoir 18 ans au moins, avoir une relative autonomie sociale et financière, être « stabilisé », être capable de vivre sans surveillance médicale constante, avoir un projet d'insertion et respecter le règlement intérieur¹⁶¹⁹. En janvier 1979, un second appartement pour 4 hommes s'ouvre dans le secteur II à Angers¹⁶²⁰.

Dans le cadre de la politique du ministère de la Santé, qui souhaite éviter les grandes concentrations hospitalières de malades mentaux et promouvoir, dans le cadre du secteur, la création d'unités d'hospitalisation de dimensions plus humaines à proximité des domiciles des malades et de leurs

¹⁶⁰⁶ Jean-Paul Arveiller, *Pour une psychiatrie sociale. Cinquante ans d'action de la Croix-Marine*, Paris, Erès, 2002, p.7.

¹⁶⁰⁷ *Id.*

¹⁶⁰⁸ Jacques Henry, entretien enregistré le 27 avril 2003.

¹⁶⁰⁹ *Ibid.*

¹⁶¹⁰ Jacques Henry, entretien enregistré le 28 novembre 2007.

¹⁶¹¹ Jacques Henry, entretien enregistré le 27 avril 2003.

¹⁶¹² Jean Baraer, *La psychiatrie dans le Maine-et-Loire. Mise en place de la sectorisation*, *op. cit.*, p. 68.

¹⁶¹³ *Ibid.*, p. 69.

¹⁶¹⁴ Robert Castel, *La gestion des risques, de l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, Paris, Minituit, 1981, p. 61.

¹⁶¹⁵ Jean Baraer, *La psychiatrie dans le Maine-et-Loire. Mise en place de la sectorisation*, *op. cit.*, p. 69.

¹⁶¹⁶ Sylvie Lepont, *Les appartements thérapeutiques à Angers*, Thèse pour le doctorat en médecine, Université d'Angers, 1992, p. 13.

¹⁶¹⁷ *Ibid.*, p. 21.

¹⁶¹⁸ *Ibid.*, p. 10.

¹⁶¹⁹ *Ibid.*, p. 6.

¹⁶²⁰ *Id.*

familles, Germain Paris annonce en 1976 qu'un service de psychiatrie ouvrira en octobre 1977 au centre hospitalier de Cholet¹⁶²¹. Un service analogue est projeté au centre hospitalier de Saumur¹⁶²². A cette occasion, il s'interroge sur le devenir de l'hôpital : « Dans ces conditions que sera l'évolution du centre psychothérapique départemental ? Deviendra t-il l'établissement spécialisé pour malades mentaux réduit aux seuls besoin des secteurs d'Angers ou devra-t-il se reconvertir pour assurer d'autre services médicaux, gériatriques¹⁶²³ ? » Avec l'extrahospitalier, les besoins de personnel se font croissant.

2.3. Des besoins croissants de personnel

Au début de l'année 1977, le directeur-adjoint chargé des services administratifs, qui assure la direction par intérim après le départ de Germain Paris, manifeste son inquiétude à propos de l'effectif du personnel soignant qui est inférieur aux besoins. Alors que la population des hospitalisés diminue (- 8 %) et que les journées d'hospitalisation régressent (- 37 707 entre 1975 et 1976), il constate un accroissement des activités des équipes soignantes hors de l'établissement : malade suivis à domicile dans leurs familles, dispensaires, maisons de retraite, et parallèlement des difficultés à déterminer l'effectif du personnel soignant nécessaire pour les nouvelles tâches et les moyens matériels à mettre à leur disposition¹⁶²⁴. En 1977, l'effectif du personnel s'accroît de 74 agents, passant de 1284 à 1358¹⁶²⁵. La même année, chaque secteur est pourvu d'un médecin assistant¹⁶²⁶. En 1977, le personnel tout confondu, soit 1350 personnes, est devenu supérieur au nombre des malades hospitalisés¹⁶²⁷. Pour terminer observons la matérialité du changement dans la prise en charge des malades.

Tableau n° 5 : Evolution du personnel au 31 décembre de chaque année

Années	Psychiatres-chefs de service	Médecin-adjoints et Assistants	Assistants suppléants	Internes titulaires et suppléants	Psychologues	Secrétaires médicales	Assistants sociales	Personnel soignant ¹⁶²⁸	Hospitalisés
1970	6	X	X	17	9	9	9	744	1959
1971	7	X	X	21	9	9	9	751	1866
1972	7	X	X	23	9	9	9	801	1720
1973	8	X	X	24	8	8	8	794	1699
1974	8	X	X	31	5	8	3	830	1612
1975	8	3	X	29	5	8	2	932	1529
1976	8	4	X	34	5	8	2	1015	1409
1977	8	2	6	32	4	11	4	992 ¹⁶²⁹	1242

Sources : AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement.

¹⁶²¹ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1976, p. 65.

¹⁶²² *Id.*

¹⁶²³ *Id.*

¹⁶²⁴ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1976, p. 65.

¹⁶²⁵ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1977, p. 62.

¹⁶²⁶ *Ibid.*, p. 61.

¹⁶²⁷ *Ibid.*, p. 22-23.

¹⁶²⁸ Plein temps et temps partiel.

¹⁶²⁹ Dont 46 agents des Services Hospitalier.

D / La « matérialité » du changement

Entre les années 1960 et 1970, la population hospitalisée évolue qualitativement et quantitativement. Comment se traduit l'impact conjugué de la chimiothérapie, du passage de l'internement au service libre, sans oublier l'évolution de la société sur la maladie mentale ?

Au milieu des années 1970, la Sécurité sociale prend en charge la majorité des malades. Quelle est la répercussion financière pour l'hôpital ?

1. Evolution épidémiologique

1.1. L'approche statistique d'Hélène Michot

En 1982, pour sa thèse de médecine, Hélène Michot a réalisé dans les rapports de fonctionnement, une étude épidémiologique. Elle a établi une liste de maladies présentant le moins de discussion possible entre 1962 et 1978. A partir de chaque catégorie diagnostique, elle suit l'évolution annuelle (au 31 décembre) en pourcentage et en effectif pour les hommes et pour les femmes. Cette étude est complétée par la représentation en pourcentage pour chaque sexe des premières admissions de chaque catégorie à partir de 1969 (avant cette date, les chiffres ne sont pas disponibles). Ils témoignent des nouveaux cas d'hospitalisation et reflète l'évolution de la morbidité par année. Nous avons complété cette analyse par un diagnostic rétrospectif du Dr Henry.

1.2. Analyse

Tableau n° 6 : Répartition de la classification nosographique entre 1962 et 1978 (en %)

Catégories	1962	1978	Différentiel
Schizophrènes	29	27	-2
Alcooliques	23	16	-7
Délire chroniques	20	16	-4
Psychoses maniaco-dépressives	13	7	-6
Etats démentiels	12	26	+14
Délires aigus	4	3	-1
Névroses	2	15	+13

Sources : Hélène Michot, *Approche épidémiologique en psychiatrie*, Thèse de doctorat en médecine, Université d'Angers, 1982, p. 37-38.

A côté des deux classifications stables que sont la schizophrénie et les délires aigus, l'une marquée par sa forte et l'autre par sa faible représentation, on observe sur la période qui va de 1962 à 1978 une diminution significative de l'alcoolisme, des psychoses maniaco-dépressives et dans une moindre

mesures des délires chroniques, mais aussi une forte augmentation des états démentiels et des névroses. Attardons nous sur les plus significatives.

Les schizophrénies chroniques, la plus importante des maladies présentes dans l'hôpital, reste relativement stable dans l'institution (28 % des effectifs de l'hôpital : 1/3 pour les hommes et 2/3 pour les femmes)¹⁶³⁰.

Le Dr Henry considère qu'avec l'usage des neuroleptiques, une « déchronicisation » (départ après plus de 3 ans d'hospitalisation) est observé¹⁶³¹. Il avoue même avoir cru à sa curabilité : « il y a eu des plages de normalisation, pas de guérison¹⁶³² ». Toutefois, il considère que la psychiatrie reste très démunie pour la psychose et notamment la schizophrénie¹⁶³³.

Il en est autrement avec la psychose maniaco-dépressive, quasi exclusivement féminine, dont la représentation décline dans l'institution et les premières admissions. Hélène Michot souligne la sensibilité de cette maladie aux antidépresseurs qui peuvent être prescrit par des médecins généralistes. Les malades ne sont plus nécessairement soignés dans le milieu psychiatrique¹⁶³⁴. La chimiothérapie permet une prise en charge dans la cité.

L'alcoolisme, essentiellement masculin (85 %), est aussi en légère diminution. Ces pourcentages ne représentent que les malades ayant des troubles importants : les psychoses alcooliques et l'alcoolisme chronique. Les autres sont soignés dans des services de médecine pour des troubles somatiques¹⁶³⁵. De même, les toxicomanes sont accueillis au CHU¹⁶³⁶. Là encore, le soin se fait à l'extérieur.

A contrario, sur la même période, et en corrélation avec les chiffres des l'INSERM à l'échelle nationale, on observe une augmentation significative des névroses chez les hommes comme chez les femmes. Le Dr Henry évoque plusieurs pistes¹⁶³⁷. En premier lieu, l'ouverture du service libre qui autorise, en l'absence d'internement et pour des périodes plus courtes, la venue d'une nouvelle population dans l'établissement. Ensuite, le développement de l'écoute psychanalytique, qui en retour modifierait les pratiques de l'institution. A cela on peut ajouter des raisons sociétales avec l'émergence d'une société de la performance, plus exigeante. « La société de responsabilité de soi » décrite par Alain Ehrenberg¹⁶³⁸. Au final, dans une causalité circulaire : la transformation de l'hôpital permet de capter de nouveaux malades qui en retour alimentent son changement (ambiance - apaisement des services - sorties, etc.)¹⁶³⁹.

¹⁶³⁰ Hélène Michot, *Approche épidémiologique en psychiatrie, op. cit.*, p. 53.

¹⁶³¹ Jacques Henry, entretien enregistré le 16 mars 2006.

¹⁶³² Jacques Henry, entretien enregistré le 28 novembre 2007.

¹⁶³³ *Id.*

¹⁶³⁴ Hélène Michot, *Approche épidémiologique en psychiatrie, op. cit.*, p. 60.

¹⁶³⁵ *Ibid.*, p. 41.

¹⁶³⁶ Jacques Henry, entretien enregistré le 16 mars 2006.

¹⁶³⁷ *Id.*

¹⁶³⁸ Alain Ehrenberg, *L'individu incertain*, Paris, Hachette, 1995, p. 14.

¹⁶³⁹ Jacques Henry, entretien enregistré le 16 mars 2006.

Tableau n° 7 : Evolution du pourcentage et de l'effectif des états névrotiques (effectif et %)

Années	Nombre d'hommes malades	% d'hommes	Nombre de femmes malades	% de femmes
1963	12	1	21	2
1964	14	1	17	2
1965	19	2	14	1
1966	13	1	18	2
1967	16	1	15	2
1968	24	2	43	5
1969	41	4	50	5
1970	37	3	49	4
1971	43	4	53	6
1972	62	7	49	6
1973	70	7	68	9
1974	63	7	59	9
1975	56	6	47	7
1976	48	6	54	9
1977	44	6	51	9

Sources : Hélène Michot, *Approche épidémiologique en psychiatrie, op. cit.*, p. 43.

En 1962 et 1977, malgré les transferts, les malades atteints de sénilité et de démence présénile augmentent de façon significative. Les femmes sont deux fois plus représentées. Corrélativement, le troisième âge (+ 65 ans), qui se répartit dans d'autres catégories diagnostiques, est de plus en plus représenté dans l'hôpital. Selon Hélène Michot, cette tendance, que l'on retrouve à l'échelle nationale, est une traduction mécanique du vieillissement de la population¹⁶⁴⁰.

Tableau n° 8 : Evolution de la population des plus de 65 ans sur la population totale (en %)

Années	Hommes en %	Femmes en %	Total en %
1962	7	26	15
1967	10	27	17
1972	11	28	19
1977	12	35	22

Sources : Hélène Michot, *Approche épidémiologique en psychiatrie, op. cit.*, p. 63.

1.3. Compléments cliniques

Le Dr Henry considère que les aspects cliniques ont changés sur cette période. Les symptomatologies comme les névroses hystériques avec manifestations corporelles, qu'il observait dans les années 1950, ont pratiquement disparues¹⁶⁴¹. Selon lui, trois effets conjugués expliquent ce changement. En premier lieu l'action des neuroleptiques comme le Largactil puis le Nozinan qui permettent de mettre en veille les symptômes les plus apparents (délires, hallucinations, etc.)¹⁶⁴². Il insiste sur le fait que si « la réalité

¹⁶⁴⁰ Hélène Michot, *Approche épidémiologique en psychiatrie, op. cit.*, p. 64.

¹⁶⁴¹ Jacques Henry, entretien enregistré le 28 novembre 2007.

¹⁶⁴² *Id.*

revient, le délire est sous-jacent »¹⁶⁴³. Il souligne aussi l'action des dispensaires, du service libre qui permet un dépistage précoce. Enfin, il émet l'idée que la folie a changé en fonction d'un environnement dont elle est le reflet¹⁶⁴⁴. Selon le psychanalyste et anthropologue américain Georges Devereux, « L'individu atteint de désordres psychiques tend à se conformer strictement aux normes du comportement « approprié au fou » qui ont cours dans la société où il vit¹⁶⁴⁵ ».

2. Evolution quantitative des effectifs

2.1. La diminution des journées d'hospitalisation

Entre 1971 et 1977, les journées d'hospitalisation passent de 684 525 à 429 162, soit une diminution de 37 %. Cette régression est doublée d'une modification de leur répartition entre l'internement (en placement d'office et placement volontaire) et le service libre, et à partir de 1973 entre les hospitalisations de jour et de nuit. Alors qu'en 1971 l'internement, placement d'office et placement volontaire confondus, représentait 61 % contre 39 % pour le service libre ; en 1977, l'internement ne représente plus que 31 % contre 69 % pour le service libre.

A partir de 1973, une prise en charge partielle avec l'apparition de l'hospitalisation de jour et de nuit se développe. Cette prise en charge est encore embryonnaire en 1977 : elle ne représente que 4,5 % du total des journées d'hospitalisation.

Dans le détail, alors que le nombre des journées en placement d'office reste stable en valeur relative, c'est le nombre de journées en placement volontaire qui régresse au profit du service libre. L'utilisation de la loi de 1838 devient l'exception.

¹⁶⁴³ Jacques Henry, entretien enregistré le 28 novembre 2007.

¹⁶⁴⁴ *Id.*

¹⁶⁴⁵ Georges Devereux, « La schizophrénie, psychose ethnique ou la schizophrénie sans larmes (1965) », in Georges Devereux, *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, 1977, p. 252.

Tableau n° 9 : Evolution du nombre des journées d'hospitalisation entre 1971 et 1977

Années	Total	PO	PV	SL	HJ	HN	HJ+HN
1971	684 525	28 132	388 146	268 247			
1972	631 757	23 790	319 946	288 021			
1973	598 377	32 357	256 202	302 336	581	6 901	7 482
1974	573 103	20 480	205 280	335 905	995	10 443	11 438
1975	549 551	33 215	150 043	353 741	3 235	9 317	12 552
1976	514 844	15 805	136 643	353 248	636	8 512	9 148
1977	460 162	9 714	114 985	317 700	8 116	10 022	18 138

Sources : Hélène Michot, *Approche épidémiologique en psychiatrie, op. cit.*, p. 12.

Tableau n° 9 bis : Evolution du nombre des journées d'hospitalisation entre 1971 et 1977 (en %)

Années	Total	Placement d'office	Placement volontaire	Service libre	Hospitalisations jour + nuit
1971	100	4	57	39	
1972	<i>Idem</i>	4	51	46	
1973	<i>Idem</i>	5	43	53	1
1974	<i>Idem</i>	4	36	59	2
1975	<i>Idem</i>	6	27	64	2
1976	<i>Idem</i>	3	27	69	2
1977	<i>Idem</i>	2	25	70	4

Sources : Hélène Michot, *Approche épidémiologique en psychiatrie, op. cit.*, p. 14.

Si on observe les premières admissions, l'usage du service libre par rapport à l'internement devient majoritaire en 1970. Par la suite, les premières admissions en placement libre vont s'accroître pour représenter 95 % en 1977¹⁶⁴⁶.

¹⁶⁴⁶ Hélène Michot, *Approche épidémiologique en psychiatrie, op. cit.*, p. 20.

Tableau n° 10 : Evolution des premières admissions entre 1968 et 1977 (effectif et %)

Années	PO	PV	PL	Total	PO %	PV %	PL %
1968	29	600	365	994	3	60	37
1969	54	502	501	1057	5	47	47
1970	74	177	718	969	8	18	74
1971	86	195	811	1092	8	18	74
1972	23	181	781	985	2	18	79
1973	77	54	998	1129	7	5	88
1974	69	49	1121	1239	6	4	90
1975	46	0	1176	1222	4	0	96
1976	39	6	1122	1167	3	1	96
1977	41	5	917	963	4	1	95

Sources : Hélène Michot, *Approche épidémiologique en psychiatrie, op. cit.*, p. 20.

Corrélativement, le déclin de l'internement au profit du service libre contribue à diminuer le nombre de journées d'hospitalisation en réduisant la durée des séjours. Si on calcule la durée moyenne de séjour (nombre de journées d'hospitalisation/nombre de malades traités), qui est un indicateur tout relatif mais qui donne une tendance, on constate qu'elle passe de 161 jours à 115 jours entre 1971 et 1977¹⁶⁴⁷ : la présence dans l'hôpital devient transitoire dans l'histoire du malade.

Tableau n° 11 : Durée moyenne des séjours entre 1970 et 1977

Années	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
DMS en jours	177	161	153	141	130	123	117	115

Sources : Hélène Michot, *Approche épidémiologique en psychiatrie, op. cit.*, p. 20.

Entre 1971 et 1977, nous l'avons vu précédemment, une partie des psychoses maniaco-dépressives et des pathologies liées à l'alcoolisme sont prises en charge à l'extérieur de l'hôpital. Le transfert de « chroniques » et de convalescents vers des maisons de retraite, des hôpitaux ruraux et des hospices entre 1971 et 1973 contribuent aussi à la diminution du nombre de journées et de la durée des séjours¹⁶⁴⁸. La « sédimentation » est exportée dans d'autres structures, qui sont saturées dès 1974¹⁶⁴⁹. Des élus se manifestent pour s'opposer à ce qu'ils considèrent comme une « psychiatrisation » de certaines institutions¹⁶⁵⁰. D'autres lieux prennent le relais de l'hôpital psychiatrique, comme le Centre d'Aide et de Soins qui héberge 95 adultes en 1977, et le Centre d'Aide par le Travail qui héberge 40 personnes¹⁶⁵¹. Un réseau extra-sectoriel, parallèle, commence à se développer au travers des cliniques privées et du service universitaire¹⁶⁵². Le soin précoce, dans les dispensaires notamment, dans lesquels les consultations individuelles augmentent de façon très importante, contribue également à diminuer les

¹⁶⁴⁷ La durée moyenne réelle est plus importante du fait des réadmissions par mutation, des changements de secteur sans modification du nombre de malades.

¹⁶⁴⁸ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1974, p. 63.

¹⁶⁴⁹ *Id.*

¹⁶⁵⁰ Jean Baraer, *La psychiatrie dans le Maine-et-Loire. Mise en place de la sectorisation, op. cit.*, p. 92.

¹⁶⁵¹ *Ibid.*, p. 68.

¹⁶⁵² *Ibid.*, p. 100.

hospitalisations. Ces consultations passent entre 1970 et 1977 de 6 008 à 16 584¹⁶⁵³. Ces phénomènes sont compensés par une relative stabilité des psychoses et une amplification des névroses¹⁶⁵⁴.

Parallèlement à la diminution de la durée moyenne des séjours on assiste à une amplification des réadmissions à moins de six mois, qui supposent une rechute. C'est le début du « syndrome de la porte à tambour¹⁶⁵⁵ ».

Tableau n° 12 : Evolution des réadmissions à moins et plus de 6 mois entre 1960 et 1970

Années	Mois de 6 mois		Plus de 6 mois	Total
	Nombre	%		
1970	607	59	425	1032
1971	566	50	631	1197
1972	679	53	650	1329
1973	743	53	689	1432
1974	792	54	675	1467
1975	938	58	684	1622
1976	1026	60	684	1710
1977	Non précisé			1620

Sources : Hélène Michot, *Approche épidémiologique en psychiatrie, op. cit.*, 1982, p. 22.

Alors que les retours dans un délai inférieur à six mois représentaient environ 50 % des réadmissions en 1971, en 1976 ils en représentent 60 % (nous n'avons pas les chiffres pour 1977) : les malades restent peu de temps, mais ils reviennent plus souvent. Deux psychiatres de Clermont, les Dr Porot et Planche, déclaraient que « les malades les mieux suivis sont ceux qui ont rechutés le plus ». La nécessité de créer des unités de soin restreintes de 25 lits conçus pour « un service intensif à rotation accélérée » se fait sentir¹⁶⁵⁶.

2.2. La diminution du nombre de malades

En calculant la moyenne journalière des malades hospitalisées (nombre de journée d'hospitalisation de l'année/365) on remarque une diminution de l'effectif moyen journalier qui passe de 1875 en 1971 à 1261 en 1977.

¹⁶⁵³ Jean Baraer, *La psychiatrie dans le Maine-et-Loire. Mise en place de la sectorisation, op. cit.*, p. 90.

¹⁶⁵⁴ Hélène Michot, *Approche épidémiologique en psychiatrie, op. cit.*, 1982, p. 43.

¹⁶⁵⁵ Alain Ehrenberg et Anne M. Lovell, « Pourquoi avons-nous besoins d'une réflexion sur la psychiatrie ? » in Alain Ehrenberg et Anne M. Lovell (dir.), *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob, 2001, p. 20.

¹⁶⁵⁶ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1974, p. 63.

Tableau n° 13 : Moyenne journalière des malades hospitalisés entre 1970 et 1977

Années	Total	PO	PV	SL
1970	1973	112	1193	668
1971	1875	77	1063	735
1972	1730	65	877	788
1973	1639	89	702	848
1974	1570	56	562	618
1975	1505	91	411	1003
1976	1410	43	374	993
1977	1261	27	315	919

Sources : Hélène Michot, *Approche épidémiologique en psychiatrie, op. cit.*, p. 16.

L'hôpital héberge de moins en moins de malades. Si on étudie la population présente au 1^{er} janvier de chaque année, on constate que celle-ci, après avoir atteint son acmé en 1969 avec 2110 malades, diminue chaque année en passant de 1859 malades en 1971 à 1409 en 1977.

Cette diminution de la population pourrait signifier, pour les soignants moins d'encombrement, et pour les malades moins de promiscuité. Seulement, dans le même temps, l'aménagement de l'espace en secteurs, la rénovation qui permet le passage du dortoir à la chambre collective à quatre, et qui donne plus de confort et d'intimité aux malades (le maximum autorisé étant de 6 lits¹⁶⁵⁷) réduit la capacité d'accueil de l'hôpital¹⁶⁵⁸.

Tableau n° 14 : Evolution de la population entre 1970 et 1977

Années	Décès	Admissions	Sorties	Pop au 31 décembre	Pop traitée	Tx de décès	Tx des admissions	Tx de sortie	Différentiel
1970	82	2001	2028	1959	4069	2%	49%	50%	-3%
1971	81	2290	2302	1866	4249	2%	54%	54%	-2%
1972	58	2272	2360	1720	4138	1%	55%	57%	-4%
1973	66	2532	2487	1699	4252	2%	60%	58%	-0,5%
1974	54	2727	2760	1612	4426	1%	62%	62%	-2%
1975	60	2838	2861	1529	4450	1%	64%	64%	-2%
1976	45	2879	2954	1409	4408	1%	65%	67%	-3%
1977	41	2584	2670	1282	3993	1%	65%	67%	-3%

Sources : AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement.

Autre point notable, le taux d'hospitalisation dans le département amorçe, pour la première fois depuis l'après Deuxième Guerre mondiale, une diminution.

¹⁶⁵⁷ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1975, p. 72.

¹⁶⁵⁸ Jean Baraer, *La psychiatrie dans le Maine-et-Loire. Mise en place de la sectorisation, op. cit.*, p. 66.

Tableau n° 15 : Taux d'hospitalisation dans le département de Maine-et-Loire et en France (Pour mille habitants)

Années	Population recensée dans le Maine-et-Loire	Population hospitalisée au 31 décembre	Taux pour 100 000 habitants en Maine-et-Loire	Taux pour 100 000 habitants en France
1946	496 068	1127	227	164
1954	518 241	1453	280	228
1962	556 272	1954	351	228
1968	585 563	2110	360	238
1975	629 849	1529	242	203

Sources : France Mesle et Jacques Vallin « La population des établissements psychiatriques : évolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale ? », *Population*, 1981, Vol. 36, n° 6, p. 1039 ; AC, L 36, AD49, 1N, Rapports administratifs et médicaux ; « Les recensements du Maine-et-Loire (49) », URL : http://serf.free.fr/tableaux/departements/recensements_49.html (Consulté le 3 janvier 2009).

3. Extension du régime de la Sécurité sociale

Avec l'extension des divers régimes de Sécurité sociale, et notamment de l'assurance volontaire, on assiste à l'achèvement d'un processus entamé depuis les années 1940 : la fin de l'assistance à la charge des collectivités locales (département de Maine-et-Loire, communes et autres départements) et de l'Etat au profit d'un financement individuel et collectif. Après la disparition de la 4^e classe en 1947 puis de la 3^e classe en 1949, c'est au tour de la première classe de disparaître en 1976. A cette date, seule la 2^e classe subsiste. Cette raréfaction est due à l'augmentation des prix de journées mais aussi à l'extension de la « couverture sociale ».

Tableau n° 16 : Répartition des journées d'hospitalisation entre 1971 et 1977 (effectifs et pourcentage)

Années	Assistés					Pensionnaires			Total des journées
	Maine-et-Loire	Etat	Divers départements	Divers ministères	Assistance publique	Sécurité sociale	1 ^{ère} classe	2 ^e Classe	
1971	67 751	10 979	5 149	210	20 577	571 553	849	7 457	616 774
1972	36 386	7 976	3 164	166	29 698	548 719	612	5 036	595 371
1973	19 327	5 781	2 420	329	23 989	540 872	365	5 294	579 050
1974	11 021	4 227	1 127	258	21 410	530 674	365	4 021	562 082
1975	10 899	2 915	514	260	19 492	511 874	365	3 232	538 652
1976	11 563	3 518	190	X	14 950	481 051	X	694	500 403
1977	11 046	4 552	484	183	10 906	431 091	X	2 275	449 491

Années	Assistés					Pensionnaires			Total des journées
	Maine-et-Loire	Etat	Divers départements	Divers ministères	Assistance publique	Sécurité sociale	1 ^{ère} classe	2 ^e Classe	
1971	9,9	1,6	0,8	0,0	3,0	83,5	0,1	1,1	616 774
1972	5,8	1,3	0,5	0,0	4,7	86,9	0,1	0,8	595 371
1973	3,2	1,0	0,4	0,1	4,0	90,4	0,1	0,9	579 050
1974	1,9	0,7	0,2	0,0	3,7	92,6	0,1	0,7	562 082
1975	2,0	0,5	0,1	0,0	3,5	93,1	0,1	0,6	538 652
1976	2,3	0,7	0,0	X	2,9	94,0	X	0,1	500 403
1977	2,4	1,0	0,1	0,0	2,4	93,6	X	0,5	449 491

Sources : AC, L 33 bis Rapports de fonctionnement.

4. La traduction financière pour les malades et l'institution

En 1971 et 1977, l'augmentation des frais généraux (et spécialement du personnel soignant – infirmiers/infirmières¹⁶⁵⁹) est répartie sur un nombre de journée d'hospitalisation plus restreint du fait de la diminution de nombre des malades hospitalisés et de la durée des séjours¹⁶⁶⁰. Ce ratio se traduit budgétairement par une augmentation du prix de journée qui modifie la prise en charge.

Tableau n° 17 : Evolution des dépenses du personnel soignant (infirmiers/infirmières)

Années	Dépenses de la section d'exploitation	Total soignants	% sur les dépenses médicales	% sur les dépenses totales
1971	32 423 108	16 495 704	77	51
1972	36 714 709	19 016 271	79	52
1973	42 501 062	22 757 931	81	54
1974	49 999 361	26 167 388	81	52
1975	61 915 891	34 870 471	82	56
1976	74 428 208	44 309 913	84	60
1977	92 807 027	58 773 419	87	63

Sources : AC, L 33 bis Rapports de fonctionnement.

Parmi les régimes de Sécurité sociale, l'assurance volontaire hospitalière, qui avait contribué à réduire le nombre des assistés à la charge des collectivités, se révèle maintenant hors de prix. Entre 1971 et

¹⁶⁵⁹ Cf. Tableau n° 17 : Evolution des dépenses du personnel soignant (infirmiers/infirmières) et Tableau n° 24 : Pourcentage des dépenses de fonctionnement par catégorie

¹⁶⁶⁰ Cf. Tableau n° 18 : Répartition des journées d'hospitalisation entre 1971 et 1977 (effectifs et %)

1972, elle passe de 380 F par trimestre à 28 000 F par an¹⁶⁶¹. Germain Paris considère qu'elle ne « permettra bientôt plus aux familles aisées d'assurer, sans le concours de l'aide sociale, la couverture de ses membres non assurés¹⁶⁶² ». De même, le nombre des pensionnaires payants diminue du fait de l'effet conjugué de l'augmentation du prix de journée et de l'extension de la couverture sociale. En 1972, seuls 24 malades ont été soignés au compte de leur revenu ou de celui de leur famille¹⁶⁶³. Toujours selon Germain Paris, à l'avenir la croissance des charges deviendra insupportable et seule la Sécurité sociale, alimentée par l'impôt plus ou moins direct, permettra aux malades de payer le prix de journée¹⁶⁶⁴.

Pour l'hôpital, dès 1971, malgré une augmentation du prix de journée au 1^{er} novembre, le compte d'exploitation est déficitaire de 756 755 F¹⁶⁶⁵. La diminution des journées d'hospitalisation excède les prévisions¹⁶⁶⁶. En 1973, après deux épisodes déficitaires et plusieurs réévaluations du prix de journée¹⁶⁶⁷, mais aussi des économies sur l'alimentation et les médicaments, le compte d'exploitation devient à nouveau positif¹⁶⁶⁸.

¹⁶⁶¹ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1972, p. 60.

¹⁶⁶² *Id.*

¹⁶⁶³ *Ibid.*, p. 59.

¹⁶⁶⁴ *Id.*

¹⁶⁶⁵ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1971, p. 59.

¹⁶⁶⁶ *Id.*

¹⁶⁶⁷ Cf. Tableau n° 18 : Evolution des prix de journée entre 1960 et 1977

¹⁶⁶⁸ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1973, p. 40.

Tableau n° 18 : Evolution des prix de journée entre 1960 et 1977

Années	Prix de journée	Journées d'hospitalisation	Nombre d'agents	Compte d'exploitation
1960	13	667 535	484	
1961	13	666 334	484	
1962	15	692 653	492	
1963	16/18	719 016	503	
1964	19,50	735 835	550	
1965	20	734 999	562	
1966	21,20	748 233	567	
1967	22,80	750 575	603	
1968	25,30/28,50	759 506	730	
1969	28,50	738 859	835	
1970	39,50	720 298	925	
1971	47,40/50,10	684 525	943	-756756 F
1972	54,20/59, 70	631 757	1029	-158 169 F
1973	75,60	598 377	1041	+1 407 485 F
1974	90	573 103	1116	+1 379 515 F
1975	120	549 551	1216	+1 207 945 F
1976	145,50	514 844	1284	-1 051 236 F
1977	182	460 162	1357	-1 576 798 F

Sources : AC, L 33 bis, Rapport de fonctionnement.

Tableau n° 19 : Pourcentage des dépenses de fonctionnement par catégorie

Années	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Médicaments	8	8	7	6	5	4	4	3
Alimentation	12	12	11	10	8	8	7	6
Personnel	65	65	67	68	67	70	74	77

Sources : AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement.

On assiste à l'achèvement du basculement d'un système exclusivement basé sur l'internement vers une hospitalisation différenciée (internement, service libre, hospitalisation partielle), voire une prise en charge autre et conjointement à la disparition de l'assistance à la charge des collectivités locales et de l'Etat, au profit d'une prise en charge par la Sécurité sociale, financée par les individus eux-mêmes (assurance/risque) et le système redistributif.

Conclusion

Sur le temps court qui va de 1971 à 1977, le système asilaire, orthopédique, fondé sur l'association folie/danger, et la crainte de la contamination qui se traduisait par l'internement et les ségrégations en fonction du sexe et du comportement, s'efface. La coupure entre un dedans et un dehors s'estompe.

Avec la psychopharmacologie, les psychothérapies collectives, la sectorisation, une partie des manifestations psychiatriques échappent à l'hôpital voire même à la psychiatrie. L'hôpital accueille essentiellement des malades en crise. Dans le même temps, l'hôpital psychiatrique s'inscrit progressivement dans le système hospitalier et le réseau médico-social. Le financement de la prise en charge se dilue dans celui uniforme de la Sécurité sociale. Dans une causalité circulaire, l'hôpital, la psychiatrie, initialement pensée comme une orthopédie, changent les manifestations de la maladie mentale qui en retour influent sur l'institution et sur la psychiatrie même. En 1977, le réseau sectoriel est loin d'être achevé, le financement de l'extrahospitalier fait encore défaut.

Si l'hôpital psychiatrique reste « une hétérotopie »¹⁶⁶⁹, un lieu autre, le rêve caressé par de nombreux psychiatres, qui souhaitent, dès le milieu du XIX^e siècle, transformer l'asile, s'esquisse.

En 1975, le directeur de l'institution l'actualise par cette formule : « Ne plus être *un monde à part* et s'intégrer pleinement dans les structures sanitaires et sociales¹⁶⁷⁰. »

¹⁶⁶⁹ Michel Foucault, « Des espaces autres » (conférence au Cercle d'étude architecturale, 14 mars 1967), in Michel Foucault, *Dits et écrits*, t.2, 1976-1984, Paris, Quarto/Gallimard, 2001, p. 1571-1581.

¹⁶⁷⁰ AC, L 33 bis, Rapports de fonctionnement, 1975, p. 73.

Conclusion générale

Au cours de cette étude nous avons assisté à l'effacement progressif de l'asile esquirolien basé sur l'isolement thérapeutique. Consubstantiellement, la loi de 1838 se retrouve contournée et le concept d'aliénation comme catégorie globale disloquée. Cette évolution s'est opérée par petites touches additionnelles, et par plusieurs voies, jusqu'au « point de bascule » qui nous situons entre 1973 et 1977. Au terme de cette analyse, quels furent les facteurs décisifs ? Le premier acteur du changement est le Dr Baruk. Il s'appuie sur la législation pour améliorer les conditions de travail et de vie du personnel afin de le recruter et de le stabiliser. En 1912, il réhabilite le placement volontaire gratuit. En réassociant placement volontaire et indigence, il renoue avec l'assistance et le soin. Alors qu'en arrière-plan les causes physiques prennent l'ascendant sur les causes morales, et que l'aliénation comme bloc monolithique est entamée, s'esquisse le projet d'une prise en charge différenciée pour faciliter la précocité du soin, éviter la chronicité et la stigmatisation. Le malade dangereux est distingué des autres. La Première Guerre mondiale, comme contexte d'exception, offre au Dr Baruk l'opportunité d'ouvrir un service ouvert destiné au traitement de militaires. Ce service, distinct de l'asile, contourne la loi de 1838. Dans l'immédiat après-guerre, l'extension du service ouvert aux civils est reportée par le conseil général pour des raisons financières, adjointes à la représentation de la folie comme danger.

A l'articulation des années 1920 et 1930, plusieurs perspectives se dessinent. Les thérapies biologiques par les fièvres, les comas, les chocs (chimiques) se développent. Pour les infirmiers et infirmières se dessine l'esquisse d'une pratique médicale et d'une technicité. L'efficacité thérapeutique est subjective. Au même moment, l'assurance sociale pour les malades dissocie internement et indigence et élargit la prise en charge jusqu'alors limité aux collectivités locales, à l'Etat et aux familles. La maladie mentale devient un risque social. Les lois de finances de 1931, 1935 et 1936 modifient la problématique financière. L'intervention de l'Etat dans la prise en charge de l'indigence permet d'assouplir la dépendance économique de l'asile vis-à-vis du conseil général en modifiant la répartition à la baisse des charges communales et départementales.

Au début des années 1930, grâce à l'amélioration de la situation financière de l'institution, mais aussi à la naissance du syndicat « des deux sexes », les conditions de vie et de travail du personnel évoluent à nouveau avec la mise en place d'une caisse de retraite, d'un statut, d'une école, d'une « externalisation » et de l'instauration de la journée de 12 heures.

Sous le Front populaire, l'action des psychiatres, *via* le ministère de la Santé, s'amplifie. Une volonté de réforme se met en œuvre. Outre un statut homogène pour les infirmiers/infirmières, le temps de travail passe à 45 heures par semaine. Mais les circulaires « Rucart » qui tentent de dépasser l'asile, d'une part

par la mise en place d'une prophylaxie en préconisant la mise en place de dispensaires, de services sociaux et de services ouverts, et d'autre part en modernisant les services fermés afin de lutter contre la désadaptation sociale sont mises en échec par le conseil général pour des raisons financières. L'élan réformateur est brisé par la guerre.

Jusqu'alors les améliorations portent sur le personnel. Menées d'abord par le Dr Baruk, elles se font par la suite conjointement avec le syndicat puis par l'Etat. A l'exception de l'assurance sociale, localement les avancées pour les malades sont limitées. Les nouvelles conceptions psychiatriques ne sont pas traduites institutionnellement. Le conseil général y fait obstacle.

Durant la Seconde guerre mondiale, l'hôpital doit s'adapter à de nouvelles contraintes : désorganisation de l'approvisionnement, rationnement des denrées, absence de personnel, afflux de réfugiés, etc. Dans ce contexte, les carences institutionnelles de « l'asile ghetto », exacerbées par la conjoncture, se traduisent par une surmortalité de près de 1500 malades.

Dans l'après-guerre la réaction est multiforme. En 1944, avec la création d'un service de consultations d'hygiène mentale aux hospices d'Angers, la prophylaxie mentale et la prise en charge ambulatoire s'amorce. A partir de 1945, le prix de journée est décidé par le préfet sur proposition de la commission de surveillance. Le conseil général est dessaisi, le prix de journée toujours sous-évalué est indexé au coût de la vie. En 1946, le dispositif de prophylaxie mentale est complété par la création de dispensaires à Angers, Segré, Cholet, Baugé et Saumur. Une prise en charge distincte de l'hôpital s'amorce. A cette date, la Sécurité sociale amplifie ce qui avait été esquissé par les assurances sociales.

Dans une sensibilité renouvelée par l'expérience de la guerre qui agit comme un repoussoir, des améliorations notables sont réalisées dans les conditions de vie des malades, en termes d'alimentation, d'hygiène corporelle, de vêture, de distractions et de confort. Au début des années 1950, une accélération se produit par plusieurs biais. Par le haut, le syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques *via* le ministère entreprend un lobbying. Des textes se multiplient pour humaniser l'institution et tenter de l'ouvrir. Dans l'hôpital, on assiste conjointement à une médicalisation et une ouverture sur la cité. Administration et soins sont séparés. Un service social articule plus étroitement l'hôpital avec le milieu social. Une école d'infirmiers/infirmière forme le personnel.

Sous l'influence des politiques de reconstruction, du planisme, et du « retour » des malades dans l'institution, on assiste au « déverrouillage du bâti », des rénovations et des constructions nouvelles autorisent la création de nouveaux services.

A ce moment-là, la psychiatrie entre dans l'âge de la chimiothérapie. Elle fait le pont avec la médecine. Les neuroleptiques offrent l'espoir au psychiatre de réduire la chronicité. Ils permettent d'amplifier l'usage des psychothérapies collectives, induisent un changement relationnel entre le soignant et le soigné et facilitent l'ambulatoire. Une psychothérapie collective s'esquisse avec une ergothérapie et une

sociothérapie qui doivent permettre une réinscription sociale. En 1954, l'ouverture de l'Institut Médico-Pédagogique de la Roche-Morna, dans un lieu distinct, permet dans un esprit différent de réaliser des expériences novatrices et notamment un service libre pour enfants.

En 1962, avec l'ouverture d'un service libre intra-muros pour les adultes, l'internement est dépassé. Ce service, qui procure un nouveau statut au malade apporte à l'institution une nouvelle population avec des exigences qui modifient en retour l'institution. A partir de 1966, sous l'influence conjointe des neuroleptiques et du service libre, la durée des séjours commence à diminuer et les réadmissions à six mois s'amplifient. Au milieu des années 1960, le Dr Colmin et Henry, au travers d'un regard psychanalytique et politique, innovent dans la critique qu'ils portent sur l'institution et les actions qu'ils mènent. « Mai 1968 » est un point d'accélération pour l'hôpital et pour la psychiatrie en général. C'est en premier lieu l'aboutissement d'un certain nombre de revendications professionnelles. A l'échelle nationale, les 40 heures sur cinq jours sont acceptées. Dans l'hôpital, cette décision donne lieu à un important recrutement qui permet d'opérer une transition générationnelle dans le personnel. L'année est aussi marquée par la loi sur les incapables majeurs qui assouplit le statut juridique des malades. L'harmonisation des statuts juridiques des établissements psychiatriques sur celui des établissements médicaux, et des psychiatres sur celui des médecins, permet d'entrevoir de nouvelles potentialités.

En 1971, la mise en œuvre progressive de la sectorisation provoque une « réaction en chaîne » qui court-circuite l'organisation asilaire basée sur la compartimentation et décuple le rythme des transformations. Les admissions sont bisexuées et les pathologies partiellement mélangées. En 1972, dans un contexte d'instabilité chronique du personnel, la mixité des soignants s'instaure dans certains secteurs. Dans le cadre d'une uniformisation des structures hospitalières, l'hôpital psychiatrique devient un établissement public autonome placé dans la catégorie des Centres Hospitaliers Spécialisés. La commission de surveillance est remplacée par un conseil d'administration dont le pouvoir décisionnel s'ouvre aux psychiatres et au personnel.

L'année 1973 apparaît comme un « point de bascule ». Le conseil d'administration accepte, sur l'avis des psychiatres, de réaliser la mixité des malades. La prise en charge en service libre devient majoritaire. Une prise en charge partielle se développe. Les différenciations de prises en charge s'accroissent, une individualisation du soin apparaît. L'ouverture du secteur hospitalo-universitaire renforce le CHU d'Angers, la psychiatrie et la médecine. Enfin, l'extrahospitalier sectoriel commence avec la mise en place d'équipes itinérantes. En 1975, la mixité des malades commence dans certains secteurs. La création en 1976, à l'initiative des psychiatres, d'un foyer postcure aux Ponts-de-Cé, inaugure les structures extrahospitalières. En 1977, la création d'un quartier psychiatrique à Cholet déconcentre la prise en charge dans le département.

Au final, plusieurs lignes de force ont commandé le processus du changement/inertie. Ce sont, au sens large, le financement de l'institution, une prise en charge différenciée et la médicalisation. La quatrième ligne de force qui circule, et émerge ça et là, insaisissable, est la représentation de la folie comme danger¹⁶⁷¹. Si nous devons citer les facteurs qui ont permis de dépasser conjointement l'asile, la loi de 1838 et l'aliénation, nous en retiendrions trois : le service libre, la chimiothérapie, et la sectorisation.

Que s'est-il produit depuis les années 70, légalement et institutionnellement ?

Comment nous le pressentions, la loi du 30 juin 1838, attaquée de toute part, a été réformée par celle du 27 juin 1990¹⁶⁷². Dans ce texte, le placement libre est devenu hospitalisation libre. Sous l'appellation hospitalisation sans consentement, on retrouve le placement d'office qui devient hospitalisation d'office (HO) et le placement volontaire devenu hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)¹⁶⁷³. Quels changements ont été opérés ?

Afin de limiter l'arbitraire, les modalités d'hospitalisation à la demande d'un tiers ont été renforcés afin d'éviter « connivence » et « complaisance »¹⁶⁷⁴. Deux formalités préalables déterminent l'admission : la présentation de deux certificats médicaux concordants, contre un seul auparavant, et une demande manuscrite d'admission par le tiers demandeur. Il est exclu que ces documents émanent, pour le premier, des médecins de l'établissement d'accueil, et pour le second, des personnels de garde, de direction et de soin de ce même établissement¹⁶⁷⁵.

En ce qui concerne l'hospitalisation d'office, là encore la loi améliore les garanties de la procédure médico-administrative et récuse la « judiciarisation », contrairement à de nombreuses législations européennes¹⁶⁷⁶. Pour l'hospitalisation d'office, l'arrêté préfectoral ou municipal doit être motivé et détaillé sous peine d'illégalité¹⁶⁷⁷. La loi rend obligatoire le certificat médical préalable rédigé par un médecin extérieur à l'établissement¹⁶⁷⁸. Dans le texte de la loi, les contrôles *a posteriori* sont renforcés par leur caractère obligatoire et par la multiplication des intervenants, notamment la mise en œuvre d'une Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP)¹⁶⁷⁹.

¹⁶⁷¹ La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'évaluation et des Statistiques (DRESS), dans une enquête datée de 2001, donc avant les deux drames de Pau (2004) et Grenoble (2008), montrait la persistance dans le grand public de l'équation folie/ maladie mentale = violence/danger. Cf. Christian Bourdeux, « Pour un autre regard sur la folie », *Soins Psychiatrie*, n° 229, novembre/décembre 2003, p. 15.

¹⁶⁷² Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et leurs conditions d'hospitalisation.

¹⁶⁷³ Assia Boumaza, *Hospitalisation psychiatrique et droits de l'homme, Vol. 1 Le régime médico-administratif de l'hospitalisation psychiatrique*, Paris, CTNERHI, 2002, p. 37.

¹⁶⁷⁴ *Ibid.*, p. 48 et 50.

¹⁶⁷⁵ *Ibid.*, p. 47-51.

¹⁶⁷⁶ *Ibid.*, p. 90.

¹⁶⁷⁷ *Ibid.*, p. 54.

¹⁶⁷⁸ *Id.*

¹⁶⁷⁹ *Ibid.*, p. 62.

La loi de 1990 reprend les voies traditionnelles de main levée dans l'hospitalisation sans consentement : décision médicale (HDT), ou proposition médical (HO), décision préfectoral (HDT et HO), requête d'un tiers (HDT) et enfin par voie judiciaire (HDT et HO)¹⁶⁸⁰.

A ces différentes sorties, la loi ajoute, pour l'HDT, une main levée par négligence. Alors que dans le cas de la loi de 1838, la négligence dans l'établissement pouvait conduire à un maintien « arbitraire », dans la nouvelle loi cette négligence se transforme automatiquement en main levée ; l'hospitalisation doit être renouvelée¹⁶⁸¹. De même, dans le cas de l'hospitalisation d'office, l'absence de confirmation du préfet après réexamen médical conduit à une sortie automatique¹⁶⁸². Comme la loi de 1838, la nouvelle loi contient des procédures spéciales d'hospitalisation sans consentement : une procédure d'hospitalisation d'urgence sur demande d'un tiers et une hospitalisation d'office « urgente » et « médico-légale ». A la différence de la mesure de droit commun, l'HDT d'urgence est liée à une situation de « péril imminent » (L. 332-2), un seul certificat est exigé¹⁶⁸³.

La loi de 1990 reprend les dispositions de la loi de 1838 concernant la possibilité d'intervention rapide des forces de l'ordre en cas de « danger imminent » pour la sécurité publique. Cette mesure est prise par le maire, elle doit être confirmée par le préfet pour être transformée en une hospitalisation d'office. Par soucis de souplesse, un seul avis médical suffit.

Dans la loi de 1838, le malade mental délinquant, irresponsable pénalement, ne faisait pas l'objet d'une procédure d'internement spéciale¹⁶⁸⁴. Avec la loi de 1990, dans le cas d'un malade susceptible de compromettre l'ordre public ou la sureté des personnes, l'autorité judiciaire doit informer la commission départementale et le préfet de sa sortie¹⁶⁸⁵. Ce dernier, sans délai, désigne un médecin extérieur à l'établissement qui doit rédiger un certificat médical circonstancié¹⁶⁸⁶. Avec l'arrêté motivé, le certificat, le délinquant, après jugement, est transféré dans une unité pour malade difficiles (UMD)¹⁶⁸⁷.

Du point de vue institutionnel, avec la sectorisation, la psychiatrie a eu sa révolution ambulatoire. Aujourd'hui, 86 % des malades sont suivis de cette manière¹⁶⁸⁸. Parallèlement, entre 1975 et 2010, l'hôpital psychiatrique a perdu 60 % de ses lits en passant de 133 000 à 56 000 (le nombre de lits moyen serait passé de 150 à 40 par secteur)¹⁶⁸⁹. Par conséquent, l'hôpital psychiatrique accueille maintenant un

¹⁶⁸⁰ Assia Boumaza, *Hospitalisation psychiatrique et droits de l'homme, op.cit.*, p. 70.

¹⁶⁸¹ *Ibid.*, p. 78.

¹⁶⁸² *Ibid.*, p. 78-79.

¹⁶⁸³ *Ibid.*, p. 83-92.

¹⁶⁸⁴ *Ibid.*, p. 89.

¹⁶⁸⁵ *Id.*

¹⁶⁸⁶ *Id.*

¹⁶⁸⁷ *Id.*

¹⁶⁸⁸ Françoise Lalande et Carole Lépine, *Analyse d'accident en psychiatrie et proposition pour les éviter*, Inspection général des affaires sociales, 2011, p. 3.

¹⁶⁸⁹ *Ibid.*, p. 7.

nombre croissant de malades en hospitalisation sans consentement (30 000 en HO et 50 000 en HDT)¹⁶⁹⁰. Le « taux d'occupation » est proche de 100 %¹⁶⁹¹.

Actuellement, certains parlent d'un retour de l'asile, d'un *grand renfermement*¹⁶⁹². Cette crainte se renouvelle dans un contexte de réforme de la loi de 1990. Ainsi, le 31 mai dernier, l'Assemblée nationale a adopté en deuxième lecture un projet de loi qui modifie l'hospitalisation sans consentement¹⁶⁹³. Ce texte a été impulsé par le discours de Nicolas Sarkozy à l'hôpital Erasme, en décembre 2008, et motivé par deux drames : à Pau en 2004 et à Grenoble en 2008. Dans ce discours, le Président de la République annonçait un plan de sécurisation des établissements psychiatriques (système de géo-localisation, unités fermées et chambres d'isolement) ainsi qu'une réforme sanitaire des hospitalisations d'office (obligation de soins en ambulatoire, contrôle encore plus strict des sorties qui ne seront plus autorisées « automatiquement » par les préfets). Il s'agit, selon Nicolas Sarkozy, de trouver « un équilibre entre la réinsertion du malade et la protection de la société »¹⁶⁹⁴. Dans ce schéma, les moyens sont indexés à la réforme. En 2009, 70 millions d'Euros ont été alloués pour bâtir et rebâtir des enceintes, des unités fermées, des chambres d'isolement¹⁶⁹⁵.

En 2011, l'impact de cette politique est déjà mesurable dans les sorties. Le préfet ne valide plus systématiquement les sorties des malades placés en hospitalisation d'office. Fait tangible, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Jean-Marie Delarue, dans un avis rendu le 15 février relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office, constate que la durée moyenne des séjours des personnes hospitalisées d'office¹⁶⁹⁶ a tendance à croître (actuellement de 95 jours)¹⁶⁹⁷. Selon lui, l'usage de l'hospitalisation d'office doit être un « équilibre délicat » entre les exigences de l'ordre public, la nécessité du soin et la considération de la fragilité de la personne en cause. Il rappelle que la privation de liberté ne peut être maintenue qu'au cas où la menace à l'ordre public est établie, et que le soin ne peut-être dispensé qu'à l'hôpital. Or, selon lui, actuellement quatre éléments contribuent à rompre cet équilibre. Premièrement, la faculté donnée aux malades en hospitalisation d'office de contester devant le juge compétent la mesure dont ils font l'objet n'est pas toujours possible du fait d'une notification vague voire inexistante de ce droit. Deuxièmement, il mentionne que « la mise sous clé des unités » pénalise autant les HO que les hospitalisés qui sont venus en consentement « libre ». Il précise qu'il n'y a

¹⁶⁹⁰ Françoise Lalonde et Carole Lépine, *Analyse d'accident en psychiatrie et proposition pour les éviter*, Inspection général des affaires sociales, 2011, p. 3.

¹⁶⁹¹ *Ibid.*, p. 8.

¹⁶⁹² Cécile Prieur, « Réforme de la psychiatrie, le grand renfermement », *Le Monde*, 30 mars 2011, p. 20.

¹⁶⁹³ Projet de loi relatif aux droits et la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et à leurs modalités de prise en charge.

¹⁶⁹⁴ Monsieur Sarkozy au Centre hospitalier Erasme. Anthony – 2 décembre 2008 in http://www.dailymotion.com/video/x7vifj_sarkozy-et-la-psychiatrie-1_news (Consulté le 10 juin 2011).

¹⁶⁹⁵ Cécile Prieur, « Réforme de la psychiatrie, le grand renfermement », *op. cit.*

¹⁶⁹⁶ L'hospitalisation d'office peut-être prolongé sans limite de temps. L'initiative de la sortie vient du psychiatre qui propose au préfet qui décide en dernier ressort. Avant la sortie, le préfet peut autoriser une « sortie d'essai ».

¹⁶⁹⁷ Avis du 15 février 2011 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office, *Journal Officiel de la République Française*, le 20 mars 2011.

pas de recours juridique dans cette situation. Troisièmement, les craintes d'atteinte à l'ordre public rendent les sorties d'essai et les mains levées de mesures d'hospitalisations d'office plus difficiles. L'autorité publique, qui suivait auparavant l'avis médical, est devenue méfiante et ne le fait plus systématiquement pour une sortie d'essai ni pour une fin d'hospitalisation d'office.

Dans une circulaire datée du 11 janvier 2010, le préfet doit s'assurer de la comptabilité de la mesure de sortie avec les impératifs d'ordre et de sécurité publics. « L'appréciation de l'état de santé mentale de la personne revient au seul psychiatre. En revanche il vous appartient d'apprécier les éventuelles conséquences en termes d'ordre et de sécurité publics ». A cet effet, l'avis de la police ou de la gendarmerie est préconisé¹⁶⁹⁸. Le Contrôleur mentionne que les enquêtes, qui rappellent les faits initiaux et le danger, vont dans le sens d'un refus de la proposition du psychiatre. De même, l'hospitalisation d'office de certains détenus est refusée par crainte de l'évasion. Il dénonce aussi une pratique imposée aux responsables médicaux par les autorités chargés de l'ordre public, qui consiste à mettre dans une chambre d'isolement les détenus hospitalisés d'office et à les y maintenir pendant toute la durée de leur hospitalisation. Cette pratique empêche les malades de bénéficier des thérapeutiques collectives et provoque même souvent la demande du malade de réintégrer au plus vite son établissement pénitencier. Si on revient à notre fin d'étude, on assiste à un retournement de situation. L'accroissement du nombre de personnes à l'hôpital, la sur-occupation des chambres d'isolement, conduisent à rendre difficile l'hospitalisation de personnes qui en auraient besoin de manière urgente.

Dans le projet de loi de 2011, il s'agit de lever les obstacles à l'accès aux soins et de garantir la continuité de ces derniers, d'adapter la loi aux évolutions des soins psychiatriques et des thérapeutiques disponibles qui permettent aux patients d'être pris en charge autrement qu'en hospitalisation à temps plein, d'aménager un suivi attentif des patients et parallèlement de renforcer les droits de la personne¹⁶⁹⁹. Dans ce texte, à la notion « d'hospitalisation sans consentement » se substitue la notion de « soins sans consentement ». L'hospitalisation d'office devient « soins sans consentement » sur décision de l'autorité publique (art. 5) et l'hospitalisation à la demande d'un tiers, « soins sans consentement sur demande d'un tiers » (art. 4). Hospitalisation et soins sans consentement sont dissociés. Le soin peut être réalisé en dehors de l'hôpital. Mathieu Bellahsen, psychiatre, et d'autres praticiens¹⁷⁰⁰ redoutent une extension du domaine de la contrainte jusqu'au domicile du malade,

¹⁶⁹⁸ Circulaire du 11 janvier 2010, Modalité d'application de l'article 3211-11 du code de la santé publique. Hospitalisation d'office. Sortie d'essai.

¹⁶⁹⁹ Projet de loi relatif aux droits et la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et à leurs modalités de prise en charge.

¹⁷⁰⁰ Mathieu Bellahsen est chef d'un service de psychiatrie d'un hôpital de l'Essonne. Il est membre du « Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire ».

craignent de devenir « des machines à contraindre » et de voir s'affaiblir la relation soignante au profit d'un échange de médicaments (injections de neuroleptiques à effet retard)¹⁷⁰¹.

D'autre part, les exigences d'entrées, renforcées par la loi de 1990, sont simplifiées, la procédure normale est fusionnée avec la procédure d'urgence. Dans le cas des soins sans consentement sur demande d'un tiers (ancienne HDI), un certificat médical circonstancié suffit pour l'admission¹⁷⁰² (art. 4). Il est suivi du « classique certificat au bout 24 heures » et d'un nouveau certificat à 72 heures.

En cas de « péril immédiat » pour la santé du malade constaté par un médecin, et en l'absence de tiers, un directeur d'établissement peut admettre un patient en soins sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète. Cette observation ne peut excéder 72 heures avant que ne soit décidée la prise en charge à donner au malade : hospitalisation complète, partielle ou soins ambulatoire. A défaut d'un tiers demandeur des soins sans consentement, l'admission est acceptée sous réserve de la production de deux certificats provenant de deux psychiatres différents. Pour certains psychiatres, le punir et le guérir sont plus que jamais d'actualité¹⁷⁰³.

Autre mesure demandée par le Conseil constitutionnel : le juge des libertés et de la détention doit se prononcer sur l'hospitalisation au bout de quinze jours puis tout les six mois¹⁷⁰⁴. Certains psychiatres craignent que l'introduction du juge, plutôt bien perçue par la profession, pose des problèmes d'autorité avec le préfet. Le scepticisme règne autour des moyens évoqués comme l'usage de la visioconférence ou du transport du patient vers le tribunal pour une audience¹⁷⁰⁵. Le texte a aussi pour objet de mieux encadre les sorties. On mesure ici l'évolution importante des problématiques que nous avons vues émerger ainsi que leurs reconfigurations.

Au même moment vient de paraître un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS)¹⁷⁰⁶. Ce rapport fait le constat de la violence dans les hôpitaux psychiatriques et pointe des « dysfonctionnements systémiques » dans la sécurité. Il préconise de mieux filtrer les entrées et sorties, d'équiper le personnel de dispositifs de protection, de favoriser les distractions des malades, de remplacer les chambres collectives par des chambres individuelles, de revenir sur l'accueil de « malades homogènes, sans cohabitation forcée de sujets fragiles et sujets dangereux », et enfin de créer des unités

¹⁷⁰¹ Mathieu Bellahsen « Psychiatrie sous contrainte : une loi inique », in <http://owni.fr/2011/05/10/itw-psychiatrie-sous-contrainte-une-loi-inique> (Consulté le 10 juin 2011).

¹⁷⁰² Il est précisé que dans les départements à faible densité médical, le certificat d'admission pourra être établi par un psychiatre de l'établissement.

¹⁷⁰³ Daniel Zagury, « La loi sur la psychiatrie est l'indice d'un Etat qui préfère punir que guérir. Une logique répressive en quête de responsable, voici la nature du projet », *Le Monde* du 22 mars 2011, p. 26.

¹⁷⁰⁴ Patrick Roger, « Critiquée, la loi sur la psychiatrie créée un psychodrame au sénat », *Le Monde*, 11 mai 2011, p. 12.

¹⁷⁰⁵ Gilles Vidon, « Soins sans consentement en psychiatrie : de la prééminence du juge sur le préfet », *Le Monde*, 25 mai 2011.

¹⁷⁰⁶ Françoise Lalande et Carole Lépine, *Analyse d'accident en psychiatrie et proposition pour les éviter*, Inspection général des affaires sociales, 2011.

fermées¹⁷⁰⁷. « Le collectif 39 contre la nuit sécuritaire » critique ce rapport et dénonce un retour à l'enfermement, la ségrégation, la stigmatisation et le tri par pathologie¹⁷⁰⁸.

Nous n'assistons pas au retour de l'asile au sens propre. Nous sommes dans un paradigme post-esquirolien. En revanche, la sectorisation, avec le développement de l'ambulatoire, a contribué à concentrer dans l'hôpital psychiatrique les malades hospitalisés sans consentement. Avec la diminution du nombre de lits disponibles, la sur-occupation a renforcé la violence du lieu. Certains avancent que c'est le secteur qui est attaqué, mais il s'agirait plutôt de sa modulation terminale qui en serait la cible. Si les sorties devaient être limitées, et corrélativement la durée des séjours augmentée, comme cela est d'ores et déjà le cas, le risque est d'aboutir à une *autoréalisation* en fabriquant un lieu potentiellement explosif et donc nécessairement sécurisé. Nous assistons aux prémices d'une nouvelle mutation de l'hôpital psychiatrique.

¹⁷⁰⁷ Françoise Lalande et Carole Lépine, *Analyse d'accident en psychiatrie et proposition pour les éviter*, Inspection général des affaires sociales, 2011, p. 10.

¹⁷⁰⁸ Mathieu Bellashen et Michael Guyader, « L'IGAS se nourrit de faits divers pour enterrer la psychiatrie de secteur » in <http://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=1975> (Consulté le 10 juin 2011).

SOMMAIRE

TABLE DES DOCUMENTS	p. 543.
TABLEAUX	p. 543.
ICONOGRAPHIE	p. 548.
CARTOGRAPHIE	p. 548.
TABLES DES MATIERES	p. 549.
I / SOURCES	p. 563.
II / BIBLIOGRAPHIE	p. 575.
III / SITES INTERNET	p. 584.
IV / FILMOGRAPHIE	p. 585.
TABLES DES MATIERES	p. 587.

TABLE DES DOCUMENTS TABLEAUX

PREMIERE PARTIE EXPLORATION ET CRISE (1910-1918)

Chapitre I. Le Monde asilaire (1910- juillet 1914)

Tableau n° 1 : Les traitements du personnel en 1909 en F	p.58.
Tableau n° 2 : Taux d'internement dans le département de Maine-et-Loire et en France (Pour cent mille habitants)	p. 71.
Tableau n° 3: Evolution de la population entre 1891 et 1913	p. 72.
Tableau n° 4 : Evolution du nombre des journées d'internement par catégorie de malades	p. 75.
Tableau n° 5 : Placements volontaires et d'office dans les premières admissions entre 1889 et 1910	p. 76.
Tableau n° 6 : Evolution des prix de journées des différentes catégories (en F)	p. 84.
Tableau n° 7 : Placements volontaires et d'office dans les premières admissions entre 1905 et 1913	p. 87.

Chapitre II. L'Epreuve de la Première Guerre mondiale (Août 1914-1918)

Tableau n° 1 : Entrées des militaires dans le service de neuropsychiatrie (1914-1919)	p. 116.
Tableau n° 2 : Evolution de la population internée entre 1910 et 1918	p. 120.
Tableau n° 3 : Evolution comparée des revenus en F des indigents à la charge du département, des pensionnaires et du service de neuropsychiatrie pour l'asile entre 1909 à 1919	p. 125.
Tableau n° 4 : Evolution des prix de journées des différentes catégories entre 1913 et 1918	p. 128.
Tableau n° 5 : Impact de la grippe espagnole sur les hommes et les femmes (morbidité, mortalité)	p. 151.
Tableau n° 6 : Evolution de la mortalité entre 1909 et 1918	p. 153.
Tableau n° 7 : Action directe et indirecte de la guerre sur les affections mentales	p. 154.

DEUXIEME PARTIE

ESQUISSE DU CHANGEMENT 3(1919-1945)

Chapitre I. « Sortie de guerre » (1919-1927)

Tableau n° 1 : Evolution des catégories et barèmes des communes (dates des décisions)	p. 169.
Tableau n° 2 : Prix de journées des différentes catégories d'indigents et de pensionnaires entre 1919 et 1927	p. 178.
Tableau n° 3 : Evolution des traitements annuels des infirmiers et infirmières entre 1909 et 1927 (en F)	p. 178.
Tableau n° 4 : Restes à recouvrer pour l'année 1924 (en F)	p. 181.
Tableau n° 5 : Barème des traitements du personnel de l'asile (en F)	p. 183.
Tableau n° 6 : Prix de revient pour novembre 1926, 1925 et 1926 (en F)	p. 186.
Tableau n° 7 : Evolution de la population entre 1910 et 1927	p. 195.
Tableau n° 8 : Taux d'hospitalisation dans le département de Maine-et-Loire et en France entre 1891 et 1926 (Pour 1000 habitants)	p. 196.

Chapitre II. L'Amorce d'un changement (1928-1931)

Tableau n° 1 : Evolution des prix de journée entre 1928 et 1934 (en F)	p. 207.
Tableau n° 2 : Evolution de la participation des communes, du département et de l'Etat (en F)	p. 210.
Tableau n° 3 : Répartitions des charges respectives de l'Etat, du département et des communes entre 1930 et 1932 (en %)	p. 210.
Tableau n° 4 : Barème des huit classes (1929)	p. 216.
Tableau n° 5 : Evolution de la population entre 1920 et 1931	p. 227.
Tableau n° 6 : Taux d'hospitalisation dans le département de Maine-et-Loire et en France (Pour 1000 habitants)	p. 228.
Tableau n° 7 : Evolution de la durée moyenne de séjour (Nombre de journées d'hospitalisation/nombre de malades traités)	p. 229.

Chapitre III. Vers un déblocage institutionnelle (1932-septembre 1939)

Tableau n° 1 : Prix de journées proposés par le préfet en F (1937)	p. 252.
Tableau n° 2 : Evolution de la population entre 1927 et 1939	p. 267.
Tableau n° 3 : Evolution de la participation des communes, du département et de l'Etat (en F)	p. 267.
Tableau n° 4 : Répartition des journées entre 1932 et 1937 (en F)	p. 275.
Tableau n° 5 : Répartitions des charges respectives entre l'Etat, le département et les communes entre 1930 et 1938 (en %)	p. 275.
Tableau n° 6 : Prix de journées proposés par le Dr Renaux en F (1938)	p. 277.
Tableau n° 7 : Comparaison des prix de journée des indigents dans différents départements entre 1937 et 1938 (en F)	p. 277.
Tableau n° 8 : Evolution des prix de journées entre 1929 et 1939 (en F)	p. 278.

Chapitre IV. Le Temps de la guerre (1939-1945)

Tableau n° 1 : Fluctuations du personnel secondaire entre 1938 et 1945	p. 295.
Tableau n° 2 : Evolution des dépenses de pharmacie en F (1939-1944)	p. 303.
Tableau n° 3 : Evolution de la population entre 1935 et 1945	p. 304.
Tableau n° 4 : Mouvement de la population entre 1938 et 1945	p. 307.
Tableau n° 5 : Evolution du prix de journée moyen en F	p. 309.
Tableau n° 6 : Evolution du prix de journée pendant l'année 1945	p. 313.
Tableau n° 7 : Evolution de la mortalité entre 1934 et 1939	p. 319.
Tableau n° 8 : Population moyenne des hommes et des femmes, différentiel et pourcentage des décès	p. 319.
Tableau n° 9 : Evolution des décès par tuberculose pulmonaire par sexe et sur la mortalité globale et parmi les malades évacués	p. 320.
Tableau n° 10 : Evolution des décès par cachexie simple, par sexe, sur la mortalité globale et parmi les malades évacués	p. 320.
Tableau n° 11 : Mortalité par tranche d'âge entre 1939 et 1942	p. 323.
Tableau n° 12 : Mortalité sur durée des séjours entre 1939 et 1942	p. 323.
Tableau n° 13 : Mortalité par mois entre 1939 et 1945	p. 324.

Tableau n° 14 : Mortalité comparative des habitants de Ste Gemmes-sur-Loire et de l'hôpital	p. 332.
Tableau n° 15 : Admissions par genre du régime commun	p. 333.
Tableau n° 16 : Décès des malades du régime commun entre 1943 et 1945	p. 333.
Tableau n° 17 : Part dans les décès du régime commun des PO/PV entre 1943 et 1945	p. 334.
Tableau n° 18 : Population moyenne, placements volontaires et d'offices	p. 334.
Tableau n° 19 : Mortalité PV/PO sur populations moyennes	p. 334.
Tableau n° 20 : Evolution de la mortalité entre 1934 et 1945	p. 339.

TROISIEME PARTIE

MUTATIONS (1946-1977)

Chapitre I. L'immédiat après-guerre (1946-1953)

Tableau n° 1 : Des dépenses payées et à payer (en F)	p. 349.
Tableau n° 2 : Prix de journée à la fin du 4 ^e trimestre de chaque année (en F)	p. 351.
Tableau n° 3 : Evolution de la population entre 1945 et 1953	p. 353.
Tableau n° 4 : Evolution comparées des achats de la pharmacie et du laboratoire, du nombre d'exams réalisés et du nombre de journées entre 1944 et 1953	p. 387.

Chapitre II. Des Premiers Neuroleptiques au service libre des adultes (1954-1962)

Tableau n° 1 : Diagnostics d'alcoolismes dans les entrées, rechutes, réintégrations et transferts (en %)	p. 393.
Tableau n° 2 : Evolution des alcooliques hommes dans les admissions entre 1954 et 1962 (en %)	p. 393.
Tableau n° 3 : Evolution de la population entre 1954 et 1962	p. 396.
Tableau n° 4 : Evolution de la durée des séjours entre 1957 et 1962	p. 398.
Tableau n° 5 : Répartition des journées d'hospitalisation entre 1953 et 1962	p. 400.
Tableau n° 5 bis : Répartition des journées d'hospitalisation entre 1953 et 1962 (en %)	p. 400.
Tableau n° 6: Population adulte de + de 18 ans	p. 424.

Tableau n° 7 : Evolution des journées d'hospitalisation et des achats de produits pharmaceutiques entre 1953 et 1962	p. 426.
Tableau n° 8 : Nombre des délivrances du diplôme entre 1954 et 1962	p. 428.
Tableau n° 9 : Organisation de l'hôpital au 31 décembre 1959	p. 430.
Tableau n° 10 : Evolution des premières admissions en % entre 1960 et 1963	p. 439.

Chapitre III. Une transition vers l'inconnu (1963-1970)

Tableau n° 1 : Evolution du nombre des journées d'hospitalisation entre 1960 et 1970	p. 442.
Tableau n° 1 bis : Evolution du nombre des journées d'hospitalisation entre 1960 et 1970 (en %)	p. 442.
Tableau n° 2 : Evolution des premières admissions entre 1960 et 1970 (en %)	p. 443.
Tableau n° 3 : Durée moyenne des séjours entre 1963 et 1970	p. 443.
Tableau n° 4 : Evolution des réadmissions à moins et plus de 6 mois entre 1960 et 1970	p. 444.
Tableau n° 5 : Moyenne journalière des malades hospitalisées entre 1960 et 1970	p. 444.
Tableau n° 6 : Evolution de la population entre 1963 et 1970	p. 445.
Tableau n° 7 : Evolution du nombre d'alcooliques chroniques (en dehors de psychose alcooliques) dans le service B des hommes	p. 445.
Tableau n° 8 : Répartition des journées d'hospitalisation entre 1962 et 1970 (effectifs et %)	p. 448.
Tableau n° 9 : Evolution comparée des journées d'hospitalisation et des dépenses en pharmacie (1960-1977)	p. 469.
Tableau n° 10 : Evolution des recrutements des élèves soignants entre 1964 et 1971	p. 484.

Chapitre IV. La réaction en chaîne (1971-1977)

Tableau n° 1 : Organisation de la sectorisation psychiatrique en octobre 1971	p. 496.
Tableau n° 2 : Organisation de la sectorisation psychiatrique (1975)	p. 503.
Tableau n° 3 : Activités des dispensaires entre 1970 et 1977	p. 507.
Tableau n° 4 : Evolution de l'activité extrahospitalière par secteur en 1976	p. 508.
Tableau n° 5 : Evolution du personnel au 31 décembre de chaque année	p. 516.
Tableau n° 6 : Répartition de la classification nosographique entre 1962 et 1978 (en %)	p. 517.
Tableau n° 7 : Evolution du pourcentage et de l'effectif des états névrotiques	p. 519.
Tableau n° 8 : Evolution de la population des plus de 65 ans sur la population totale (en %)	p. 519.
Tableau n° 9 : Evolution du nombre des journées d'hospitalisation entre 1971 et 1977	p. 521.

Tableau n° 9 bis : Evolution du nombre des journées d'hospitalisation entre 1971 et 1977 (en %)	p. 521.
Tableau n° 10 : Evolution des premières admissions entre 1968 et 1977 (effectif en %)	p. 522.
Tableau n° 11 : Durée moyenne des séjours entre 1970 et 1977	p. 522.
Tableau n° 12 : Evolution des réadmissions à moins et plus de 6 mois entre 1960 et 1970	p. 523.
Tableau n° 13 : Moyenne journalière des malades hospitalisées entre 1970 et 1977	p. 524.
Tableau n° 14 : Evolution de la population entre 1970 et 1977	p. 524.
Tableau n° 15 : Taux d'hospitalisation dans le département de Maine-et-Loire et en France (Pour mille habitants)	p. 525.
Tableau n° 16 : Répartition des journées d'hospitalisation entre 1971 et 1977 (effectifs et pourcentage)	p. 526.
Tableau n° 17 : Evolution des dépenses du personnel soignant (infirmiers/infirmières)	p. 526.
Tableau n° 18 : Evolution des prix de journée entre 1960 et 1977	p. 528.
Tableau n° 19 : Pourcentage des dépenses de fonctionnement par catégorie	p. 528.

ICONOGRAPHIE

Photographie n° 1 : Vue aérienne du CESAME.	p. 13.
Photographie n° 2 : Le Dr Baruk avec ses surveillants chefs et des infirmiers (non datée).	p. 50.
Photographie n° 3 : Le Dr Toye le 5 juin 1937.	p. 261.
Photographie n° 4 : Remise de la légion d'honneur au Dr Sizaret le 20 mai 1947.	p. 291.
Photographie n° 5 : Usage de l'électrochoc (non datée).	p. 300.
Photographie n° 6 : Le Dr Jean-Louis Colmin	p. 461.

CARTOGRAPHIE

Carte n° 1 : Situation du CESAME par rapport à Angers.	p. 12.
Carte n° 2 : Finage de Sainte-Gemmes-sur-Loire.	p. 12.
Carte n° 3 : Plan du CESAME.	p. 13.
Carte n° 4 : La sectorisation en 1975.	p. 504.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	p. 5.
REMERCIEMENTS	p. 9.
INTRODUCTION	p. 11.
A. Historiographie	p. 14.
B. Eléments de compréhension	p. 18.
C. Sources	p. 39.
D. Problématique, chronologie et méthodologie	p. 42.

<p style="text-align: center;">PREMIERE PARTIE EXPLORATION ET CRISE (1910-1918)</p>

CHAPITRE I LE MONDE ASILAIRE (1910-juillet 1914)

Introduction	p. 47.
A / La population asilaire	p. 47.
1. Le personnel	p. 48.
1.1. Le personnel « supérieur »	p. 48.
a. Le médecin en chef, directeur	
<u>Une direction bicéphale</u>	
<u>Le Dr Jacques Baruk</u>	
<u>Le médecin adjoint et les internes</u>	
b. L'économe et le receveur	
c. Les employés et préposés à la direction	
d. L'aumônier	
e. Le surveillant en chef	
1.2. Le personnel « subalterne »	p. 54.
a. Le personnel de surveillance	
<u>Le quartier des hommes</u>	
<u>Le quartier des femmes</u>	
b. Le personnel des services généraux	
c. Quelques évolutions	
<u>Une augmentation des traitements du personnel</u>	

Le repos hebdomadaire et les retraites ouvrières

La reprise en main de l'avancement du personnel « subalterne »

- 1.3. Les sœurs de Sainte-Marie-la-Forêt p. 63.
- 2. Les aliénés (ées) p. 65.
- 2.1. Typologie (s) p. 65.
 - a. Une population en majorité féminine
 - b. Une population rurale et indigente
 - c. Une majorité de célibataire
- 2.2. Une catégorie de pensée dominante : la folie héréditaire p. 67.
 - a. Une étiologie physique dominante
 - b. Folie simple, toxique, démence et simulation
 - c. Le mystère se dissipe ?

B / Encombrement et finances p. 71.

- 1. L'augmentation de la population et l'encombrement p. 71.
- 2. La diminution du produit des pensionnaires p. 73.
- 3. Les stratégies mises en place p. 75.
 - 3.1. Le congé d'essai (1906) p. 75.
 - 3.2. Une interprétation abusive de la loi de 1838 p. 76.
 - 3.3. La création d'un pavillon cellulaire chez les femmes (1908-1912) p. 78.
 - 3.4. La séparation des curable et des incurables (1910) p. 79.
 - a. Un nombre croissant de déments séniles
 - b. L'incidence de l'adjuvat
 - c. La séparation de l'asile en un hôpital et un hospice

C / L'évolution des finances entre 1910 et 1914 p. 81.

- 1. Le Dr Jacques Baruk : une inscription dans la continuité p. 81.
- 2. Un contexte économique mouvant p. 82.
 - 2.1. Un exercice qui s'annonce déficitaire (1911)
 - 2.2. Le relèvement du barème des communes d'Angers, Saumur et Cholet p. 82.
 - 2.3. Les limites de la politique de refus des indigents p. 84.
 - 2.4. La situation financière se détériore (1912-1913) p. 85.
- 3. L'abolition de l'usage abusif de la loi de 1838 p. 87.
 - 3.1. Le retour du placement volontaire gratuit (1912) p. 87.
 - 3.2. L'intervention du Dr Baruk devant la Société de médecine d'Angers p. 88.
- 4. Polémiques autour des finances de l'indigence (1910-1914) p. 90.
 - 4.1. Une demande de modification du barème des communes d'Angers, Saumur et Cholet
 - 4.2. « Le scandale de Saumur » p. 90
 - 4.3. Le conseil général demande la communication des listes des indigents du département
 - 4.4. Une situation financière difficile (1913) p. 93.
 - 4.5. Une critique de l'augmentation du contingent des communes p. 95.
 - 4.6. L'asile s'endette de nouveau (1914) p. 96.

D / Modernisation et hygiène p. 97.

- 1. Modernisations p. 97.
 - 1.1. Les projets et financement p. 97.
 - 1.2. Matérialisation p. 98.
 - 1.3. L'idée du chauffage central jugée inopportune (1912) p. 99.

2.	L'hygiène : l'eau, les couchages, les tinettes et un service de désinfection	p. 100.
2.1.	Le problème de l'eau potable	p. 100.
2.2.	Le couchage : le remplacement des paillasses et des « barcos »	p. 103.
2.3.	La vidange : « les tinettes »	p. 104.
2.4.	Un service de désinfection	p. 105.

Conclusion		p. 105.
-------------------	--	---------

CHAPITRE II

L'ÉPREUVE DE LA PREMIÈRE GUERRE MONDIALE

(Août 1914-1918)

Introduction		p. 107.
---------------------	--	---------

A/ L'incidence immédiate (1914)		p. 107.
--	--	---------

1.	La désorganisation des services et de l'approvisionnement	p. 108.
1.1.	Les services	
1.2.	L'approvisionnement	p. 109.
2.	Les réfugiés (ées) de la Seine et d'Armentières	p. 110.
3.	De la mise à disposition de malades au colonat partiaire (1914-1917)	p. 111.
4.	Un service « ouvert » pour les militaires (1914-1919)	p. 112.
5.	Un équilibre financier précaire et un début de polémique	p. 117.
5.1.	Un boni faible, une nouvelle dette envers le département (1914)	p. 117.
5.2.	Un contrôle plus rigoureux des admissions gratuites et demi-gratuites	p. 119.

B / L'Impact multiforme de la guerre (1915-1918)		p. 120.
---	--	---------

1.	La population asilaire (1915-1918)	p. 120.
1.1.	L'évolution de la population	p. 120.
1.2.	« Formes mentales » et étiologie	p. 123.
2.	La problématique budgétaire (1915-1918)	p. 125.
2.1.	Quelles variations financières	
a.	L'impact des réfugiés et du service de neuropsychiatrie	
b.	L'indétermination des prix (1916)	
2.2.	Stratégies de survie	p. 127.
a.	Une approche financière plus réaliste	
b.	Augmentation des prix de journée et subventions départementales	
c.	Le versement des pensions des hôpitaux et hospices à l'asile	
d.	L'augmentation du barème des communes	
2.3.	Un défaut de trésorerie	p. 131.
2.4.	Un équilibre précaire	p. 132.
a.	Une nouvelle augmentation de la 4 ^e classe	
b.	Un léger optimisme	
2.5.	La fin de l'épreuve	p. 135.

C / Polémiques	p. 136.
1. La liste des aliénés indigents (1915-1916)	p. 136.
1.1. La communication de la liste des aliénés indigents	p. 136.
1.2. La spirale de l'endettement	p. 140.
1.3. Le conseil général n'inscrit pas de somme au budget primitif de 1916	p. 140.
1.4. L'appel à l'arbitrage gouvernemental	p. 142.
2. L'agrandissement du cimetière de Sainte-Gemmes-sur-Loire	p. 145.
D / La grippe espagnole (septembre-octobre 1918)	p. 147.
1. Un instantané au 15 octobre 1918	p. 148.
2. La désorganisation des services	p. 149.
3. Un terrain favorable	p. 150.
4. Un bilan	p. 151.
4.1. Morbidité et mortalité par sexe	p. 151.
4.2. Le calcul de la mortalité : un point de comparaison	p. 152.
E / Clinique de guerre	p. 153.
1. Action indirecte et directe de la guerre	p. 153.
1.1. Une classification incertaine	p. 153.
1.2. Action indirecte (Classifications n° 1 et 2)	p. 155.
a. Les « prédisposés »...	
b. Et les autres	
1.3. Action directe (Classification n°3)	p. 157.
a. Le syndrome mental résiduel des commotionnés et blessés du crâne	
b. Hystérie et pithiatisme	
2. Des enseignements pour l'avenir	p. 161.
Epilogue : élévation à la classe exceptionnelle du Dr Baruk (1918)	p. 162.
Conclusion	p. 163.

DEUXIEME PARTIE ESQUISSE DU CHANGEMENT (1919-1945)

CHAPITRE I
« SORTIE DE GUERRE » (1919-1927)

Introduction	p. 167.
A / Thématiques emblématiques au conseil général	p. 167.

1. Une contribution angevine jugée excessive p. 168.
2. L'usage de la dette de l'asile p. 171.
3. Diminution du contingent et indexation du manque à gagner sur la dette de l'asile p. 173.
4. La modification du domicile de secours p. 174.
5. Un état des comptes p. 174.

B / Inflation, problèmes budgétaires et recrutement (1919-1927) p. 176.

1. Un équilibre budgétaire improbable (1919-1920) p. 176.
2. La « bonne santé » financière de l'établissement (1921-1923) p. 179.
 - a. Un excédent important
 - b. Une augmentation du traitement des « civils » et des religieuses (1923)
3. Un retour des difficultés (1924-1927) p. 180.
 - 3.1. Une inflation importante p. 181.
 - 3.2. Une augmentation du personnel et des internes (1925) p. 182.
 - 3.3. Des recouvrements qui font problème p. 183
 - 3.4. Des solutions pour améliorer les finances p. 183.
 - a. Une augmentation du prix de journées et une indexation au coût de la vie
 - b. La dette de l'asile et le recouvrement du département
 - c. L'augmentation des pensions et du prix de journée des indigents

C / Le « syndicat des deux sexes » et une caisse de retraite p. 190.

1. Le « syndicat des deux sexes » (1927) p. 190.
 - 1.1. La naissance d'un nouvel interlocuteur p. 190.
 - 1.2. Requêtes du syndicat des deux sexes p. 191.
 - 1.3. Première réunion du syndicat p. 191.
2. L'adhésion du personnel à la caisse de retraite (1927) p. 193.

D / Nouvelles perspectives p. 194.

1. Un accroissement de la population p. 194.
2. L'affirmation de nouveaux concepts psychiatriques p. 196.
 - 2.1. Une nouvelle perception de la psychose
 - 2.2. L'alcool et la « prophylaxie préservatrice » p. 198.
3. Les tentatives d'extension du service ouvert aux civils (1920-1927) p. 198.
 - 3.1. La ligue de prophylaxie et d'hygiène mentales et le service ouvert de Sainte-Anne p. 198.
 - 3.2. Un serpent de mer (1921-1927) p. 203.
4. Une nouvelle organisation des services (1922) p. 202.

Conclusion p. 203.

CHAPITRE II L'AMORCE DU CHANGEMENT (1928-1931)

Introduction p. 205.

A / De nouvelles perceptives financières p. 205.

1. Une transition budgétaire (1927-1931) p. 205.
 - 1.1. Un retour à la prospérité (1927) p. 205.
 - 1.2. Que faire de l'argent ? (1928-1929) p. 206.

1.3.	Une prospérité apparente (1930)	p. 207.
1.4.	« Un déficit d'exploitation » (1931)	p. 208.
2.	La loi de finance du 31 mars 1931	p. 208.
2.1.	Un redéploiement des finances asilaires	p. 208.
2.2.	L'impact immédiat : la diminution des charges départementales et communales	p. 210.

B / Des évolutions pour le personnel p. 211.

1.	Un statut pour le personnel secondaire (1928-1929)	p. 211.
1.1	Première mouture (1928)	p. 211.
a.	Eléments généraux	
b.	La discipline	
c.	Les congés, accidents du travail et « externement »	
1.2	Une refonte du statut (1929)	p. 213.
a.	Composition, recrutement, titularisation et barème des traitements	
b.	Enseignement professionnel, durée du travail et discipline	
c.	Congé annuel et spéciaux	
d.	Blessures et maladies, assurance contre les accidents, maladie et grossesse	
1.3	Un nouveau barème des traitements	p. 216.
a.	Les changements	
b.	Les mécontents des infirmières (1930)	
1.4.	Statut du personnel, caisse de retraite et assurances sociales (1931)	p. 218.
2.	L'externalisation du personnel : la cité-jardin (1928-1931)	p. 219.
3.	Trois nouvelles améliorations	p. 221.
4.	Requêtes du syndicat (1931)	p. 222.
5.	L'école des infirmiers et infirmières (1931)	p. 224.

C / Les malades p. 226.

1.	Une croissance continue de la population (1928-1931)	p. 227.
2.	L'amélioration du sort des malades	p. 229.
2.1.	L'augmentation du pécule des malades (1928)	p. 229.
2.2.	Un projet de construction d'un nouvel hôpital	p. 230.
2.3.	Assurances sociales et maladie mentale (1928)	p. 232.
3.	L'émergence de la psychiatrie biologique : la malariathérapie (1928)	p. 236.

D / Un lieu insalubre et violent p. 238.

1.	Un service de vidange	p. 238.
2.	La chasse aux rats (1931)	p. 239.
3.	La violence	p. 239.

Conclusion p. 240.

CHAPITRE III.

VERS UN DEBLOCAGE INSTITUTIONNEL (1932-septembre 1939)

Introduction	p. 243.
A / Des évolutions décisives pour les personnel	p. 243.
1. Crise économique et réformes	p. 243.
1.1. Effets de la crise et requêtes du personnel	p. 243.
1.2. L'application de la journée de 12 heures (1934)	p. 246.
2. L'impact du Front populaire	p. 248.
2.1. Le statut du personnel secondaire (12 février 1936)	p. 248.
a. Mesures générales	
b. L'échelle des salaires	
c. Création d'un conseil de discipline	
2.2. Les 40 heures	p. 251.
a. L'impact budgétaire escompté	
b. De 40 heures à 48 heures puis 45 heures semaine	
c. Le témoignage d'une infirmière recrutée en 1936	
d. La journée de 8 heures (1937)	
3. Des demandes d'augmentation de traitement réitérées	p. 256.
B / Evolutions et inerties institutionnelles et thérapeutiques	p. 259.
1. Le départ du Dr Baruk (1937)	p. 259.
2. Un changement symbolique et un échec	p. 261.
2.1. De l'asile à l'hôpital psychiatrique	p. 261.
2.2. La circulaire « Rucard » du 13 octobre 1937	p. 261.
2.3. Le nouveau règlement du service intérieur (1938)	p. 263.
3. Eléments thérapeutiques	p. 263.
3.1. Agacement à l'égard de la psychologie et la psychanalyse	p. 263.
3.2. Les thérapeutiques rationnelles et biologiques	p. 264.
3.3. L'insulinothérapie (cure de Sakel)	p. 264.
3.4. Cardiazol-thérapie	p. 265.
C / Lecture budgétaire	p. 266.
1. Un équilibre précaire (1932-1935)	p. 266.
1.1. Des signes de fragilités financières (1932)	p. 266.
1.2. L'évolution de la charge du département et des communes	p. 266.
1.3. Un emprunt pour moderniser (1933)	p. 268.
1.4. Des ressorts financiers inattendus et de nouveaux projets	p. 270.
a. L'emploi des rabais sur les adjudications	
b. L'emploi du reliquat de l'emprunt pour le chauffage central	
1.5. L'impact des dépenses du personnel	p. 272.
1.6. De nouveaux projets de construction (1933-1935)	p. 273.
2. Une dégradation progressive des finances	p. 274.
2.1. Un équilibre budgétaire (1935-1937)	p. 274.

2.2.	La demande de crédits supplémentaires (1937)	p. 276.
2.3.	Un équilibre précaire (1937-1938)	p. 279.
	Epilogue : « Défense passive »	p. 280.
	Conclusion	p. 280.

CHAPITRE IV LE TEMPS DE LA GUERRE (1939-1945)

	Introduction	p. 283.
A /	Une institution dans la tourmente	p. 283.
1.	Réquisitions et mesures particulières	p. 283.
2.	L'arrivée des Allemands	p. 284.
3.	Le ravitaillement	p. 285.
3.1.	L'organisation départementale	p. 285.
3.2.	Le rationnement alimentaire dans l'hôpital	p. 286.
4.	Continuité apparente et rupture	p. 287.
4.1.	Une continuité de la politique esquissée par le Front populaire ?	p. 287.
4.2.	Déplacement politiques et lois antisémites	p. 287.
a.	Le « déplacement » du Dr Jules Renaux	
b.	Le recensement des Juifs	
5.	La libération de la commune de Sainte-Gemmes-sur-Loire	p. 292.
B /	Le personnel	p. 293.
1.	L'impact immédiat	p. 293.
1.1.	La mobilisation	p. 293.
1.2.	L'organisation du travail	p. 294.
2.	La fluctuation de l'effectif et la revalorisation des traitements	p. 295.
C /	Perspectives médicale et thérapeutique	p. 298.
1.	Une innovation thérapeutique : l'électrochoc ?	p. 298.
2.	L'arrivée d'un pharmacien résidant et d'un troisième médecin	p. 300.
3.	La pharmacie : une variable d'ajustement budgétaire ?	p. 302.
D /	L'impact de la guerre sur les finances	p. 304.
1.	Une relative stabilité financière (1939-1940)	p. 304.
2.	Une détérioration des finances (1941-1942)	p. 306.
3.	Une reprise en main de la situation financière	p. 309.
3.1.	« Errements et usages en vigueur à l'hôpital de Sainte-Gemmes-sur-Loire	p. 309.
4.	Le retour progressif des difficultés (1944-1945)	p. 312.
4.1.	L'amélioration des finances en 1944	p. 312.
4.2.	Un budget à nouveau en difficulté (1945)	p. 313.

D / « L'hécatombe »	p. 315.
1. Préambule	p. 315.
1.1. De l'« extermination douce » à la contre-expertise historique	p. 315.
1.2. La mortalité entre 1939 et 1940 à l'hôpital de Sainte-Gemmes-sur-Loire	p. 318.
a. 1939 : un point de comparaison.	
b. La mortalité en 1940	
2. L'hécatombe	p. 324.
2.1. L'année la plus mortifère : 1941	p. 324.
2.2. La persistance de la mortalité (1942)	p. 327.
a. L'alimentation des malades	
<u>Une situation inégalitaire</u>	
<u>Un régime de « suralimentation » et la circulaire Bonnafous</u>	
b. Les « évacués » de Nantes et Tours	
c. Une mortalité féminine en hausse et l'importance de la cachexie	
2.3. Une surmortalité qui reste forte (1943)	p. 332.
a. Les réfugiés (ées) de Lesvellec, de Nantes et de Saint-Laurent-la-Potherie	
b. Analyse catégorielle	
c. Evolution de la mortalité	
2.4. Une nouvelle hausse de la mortalité (1944)	p. 335.
3. Reflux et bilan (1945)	p. 336.
3.1. Un retour progressif à la normal	p. 336.
3.2. Bilan	p. 338.
Conclusion	p. 339.

<p>TROISIEME PARTIE MUTATIONS (1946-1977)</p>
--

CHAPITRE I
L'IMMEDIAT APRES-GUERRE (1946-1953)

Introduction	p. 345.
A / Persistance de la guerre et retour des problématiques antérieures	p. 345.
1. Le visage de la guerre	p. 346.
1.1. Literie, lingerie, vestiaire et alimentation	p. 346.
1.2. Polémique autour du cimetière (1945-1946)	p. 348.
1.3. Un passage financier difficile (1946-1952)	p. 350.
2. Le retour des problématiques d'avant-guerre	p. 353.
2.1. Le retour progressif de l'encombrement (1946-1953)	p. 353.
a. Le mécanisme	
b. Les figures discordantes : « la séniles » et le « chronique »	

- c. La mise en échec de l' « opération thérapeutique »
- 2.2. Le manque de personnel (1946-1953) p. 357.
- a. Insuffisance de personnel infirmier et l'absentéisme
- b. L'instabilité des religieuses
- c. Le médecin-chef fantôme (1946-1953)

B / Des améliorations pour le personnel et les malades p. 365.

- 1. Amélioration du traitement et professionnalisation du personnel p. 365.
- 1.1. Une indemnité pour les heures supplémentaires (1947) p. 365.
- 1.2. La naissance de l'école professionnelle (1952) p. 366.
- 2. L'amélioration du sort des malades (1946-1953) p. 368.
- 2.1. Chez les enfants p. 368.
- 2.2. Chez les adultes p. 369.
- a. L'hygiène corporelle
- b. Les distractions
- c. Une augmentation du « pouvoir d'achat » des malades travailleurs
- d. La vaisselle et le mobilier

C / De nouvelles perspectives p. 372.

- 1. De nouvelles figures dans le personnel p. 373.
- 1.1. Un directeur administratif (1951) p. 373.
- 1.2. Une secrétaire médical p. 373.
- 1.3. La naissance d'un service social (1951) p. 374.
- 2. Programmes de travaux et financements (1948-1953) p. 377.
- 2.1. Subventions, dommages de guerre et emprunt p. 377.
- 2.2. Le plan quinquennal d'équipement sanitaire (1951) p. 378.
- 2.3. Achat et aménagement du château de la Roche (1951-1953) p. 379.
- 2.4. Service libre, pavillons de sûreté et bloc opératoire p. 381.
- 3. Une transition thérapeutique p. 382.
- 3.1. L'exploitation agricole : un instrument ergothérapique p. 382.
- 3.2. Les traitements de chocs p. 383.
- 3.3. La psychochirurgie p. 384.
- 3.4. Thérapies étiologiques et narcothérapies p. 386.
- 4. Des signes d'une médicalisation p. 386.
- 4.1. Le développement de la psychopharmacologie p. 386.
- 4.2. Un appareil de radiographie p. 388.
- 4.3. L'acquisition d'une ambulance p. 388.
- 5. Quelques changements concernant la population p. 389.

Conclusion p. 389.

CHAPITRE II

DES PREMIERS NEUROLEPTIQUES AU SERVICE LIBRE DES ADULTES (1954-1962)

Introduction	p. 391.
A / Entre permanences et évolutions	p. 391.
1. Flux et reflux de l'alcoolisme	p. 391.
1.1. Une montée en puissance de l'alcoolisme au masculin comme au féminin	p. 391.
1.2. Le traitement	p. 392.
1.3. Le reflux de l'alcoolisme et nouvelles thérapeutiques	p. 394.
2. Augmentation de la population : répercussions et stratégies de contournement	p. 396.
3. Une prise en charge croissante de la Sécurité sociale	p. 399.
4. Le problème du personnel	p. 400.
4.1. Une insuffisance chronique	p. 401.
a. Des difficultés de recrutement	
b. Le retrait programmé des religieuses	
4.2. Une évolution de la revendication du personnel	p. 403.
B / La Roche Morna (1954-1960)	p. 405.
1. Un lieu « autre »	p. 405.
2. Des colonies de vacances à l'achat de la « Parée du jonc » (1954-1957)	p. 407.
3. L'arrivée de la première psychologue (1957)	p. 409.
4. Le service libre (1960)	p. 409.
C / Innovations	p. 411.
1. Construire et rénover (1955-1962)	p. 411.
1.1. Le nouveau programme de construction (1955)	p. 411.
1.2. L'amélioration de la situation financière, aménagement, rénovation et constructions complémentaires	p. 412.
2. Des inflexions notables dans la vie quotidienne des malades	p. 415.
2.1. L'action du syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques	p. 415.
2.2. De nouvelles distractions et infrastructures pour les malades	p. 417.
3. Les thérapeutiques	p. 418.
3.1. Des évolutions dans l'usage	p. 418.
a. Un usage limité de la psychochirurgie et des traitements « agressifs »	
b. Une requalification progressive de l'ergothérapie	
3.2. Les neuroleptiques et autres chimiothérapies : un espoir	p. 420.
a. Les origines	
b. Une rupture (1954-1962)	
c. Chimiothérapie et prix de journée	
4. La formation professionnelle (1954-1962)	p. 426.
5. L'arrivée du 3 ^{ème} et 4 ^{ème} médecin chef	p. 428.
6. Une expérience de mixité soignante en 1960	p. 432.

7.	La naissance du service libre pour les adultes (1962)	p. 434.
7.1.	Une lente maturation	p. 434.
7.2.	Les résistances masquées	p.436.
7.3.	Le lancement du service libre intra-muros	p. 437.
7.4.	Une première année de fonctionnement	p. 438.

Epilogue :	« le centre psychothérapique de Maine-et-Loire » (1962)	p. 439.
------------	---	---------

Conclusion		p. 440.
-------------------	--	---------

CHAPITRE III

UNE TRANSITION VERS L'INCONNU (1963-1970)

Introduction		p. 441.
---------------------	--	---------

A / Evolution concernant les malades (1963-1970)		p. 441.
---	--	---------

1.	Une mutation quantitative et qualitative	p. 441.
1.1.	Développement du service libre et décreue des journées d'hospitalisation	p. 441.
1.2.	Effets corrélés et inter-agissants	p. 443.
a.	Diminution de la durée des séjours et augmentation des réadmissions	
b.	Diminution de la moyenne journalière des malades hospitalisés	
c.	Une évolution spécifique : l'alcoolisme	
1.3.	Les pensionnaires de la Sécurité sociale deviennent majoritaires	p. 446.
2.	L'encombrement (1963-1968)	p. 447.
2.1.	Les manifestations de l'encombrement	p. 447.
2.2.	La création d'un cinquième poste de médecin (1963-1964)	p. 447.
2.3.	L'évolution du bâti entre 1963 et 1970	p. 449.
2.4.	Facteurs aggravants	p. 450.
a.	Rénovations et diminutions de la capacité hospitalière	
b.	Le blocage des admissions au Centre médico-pédagogique	
c.	Statut des psychiatres, recrutement et turn over	
2.5.	Un foyer postcure, une hospitalisation partielle et un service libre extérieur	p. 452.
3.	Interrogations résiduelles	p. 453.
3.1.	Diminution de la population et budget	p. 453.
3.2.	Assouplissement, humanisation et responsabilités	p. 453.
3.3.	Le service libre : nouvelle population, nouvelles exigences	p. 454.
3.4.	Une mutation des activités de loisirs et ergothérapique	p. 454.

B / La psychothérapie institutionnelle		p. 456.
---	--	---------

1.	Une refonte de l'institution psychiatrique ?	p. 456.
2.	Saint-Alban : « la Mecque » de la psychothérapie institutionnelle	p. 459.
3.	Jean-Louis Colmin (1930-1984) : entre politique et psychiatrie	p. 451.
4.	Un exemple de psychothérapie institutionnelle « analytique »	p. 463.

C / La maturité de la chimiothérapie		p. 467.
---	--	---------

- 1. Quelques reflets de la pratique p. 467.
- 2. Interroger un silence : les paradoxes de la chimiothérapie p. 469.
- 2.1. Un déni ? p. 469.
- 2.2. « Entre tentation médicale et tentation sociale » p. 471.

D / Evolutions et permanences pour personnel p. 472.

- 1. Recrutement, absentéisme et formation du personnel p. 472.
- 2. La montée en puissance de la revendication du personnel p. 475.
- 2.1. Les infirmiers et infirmières p. 475.
- 2.2. Les psychiatres (1966-1967) p. 477.

E / 1968 : la coalescence p. 478.

- 1. Dans l'établissement p. 479.
- 1.1. Le carnaval de mai-juin p. 479.
- a. De l'expectative à l'action
- b. Des revendications diverses
- c. Un bal des malades
- d. Autour de La grève
- e. La fin du mouvement
- 1.2. L'impact immédiat de la mise en place des 40 heures et ses conséquences p. 484.
- a. Une embauche massive
- b. Les répercussions dans la formation professionnelle
- c. De nouvelles difficultés dans les services
- 1.3. Le Groupe d'Etudes Psychiatriques Angevin (GEPA) et les réunions interservices p. 486.
- 2. Modifications administratives p. 487.

Conclusion p. 488.

CHAPITRE IV LA REACTION EN CHAINE (1971-1977)

Introduction p. 491.

A / Les débuts de la sectorisation p. 491.

- 1. Historique et définition p. 491.
- 2. La sectorisation dans le Maine-et-Loire p. 492.
- 2.1. « Pourparlers » (1968-1971) p. 492.
- 2.2. Le lancement effectif (octobre 1971) p. 495.
- a. L'ouverture simultanée de sept secteurs
- b. Une admission par secteur, bi-sexualisée (bi-sexuée)

B / Des points de frictions p. 497.

- 1. Un climat social tendu (1971-1972) p. 497.
- 1.1. La grève administrative des psychiatres (mai à octobre 1971) p. 497.
- 1.2. La grève des infirmiers et infirmières (janvier 1972) p. 498.
- 2. Les problèmes en suspens (mars 1972) p. 499.

C / Le desserrement progressif du dispositif asilaire p. 500.

1. L'intensification du changement p. 501.
- 1.1. Aspects juridiques et institutionnels p. 501.
 - a. Un « Centre Hospitalier Spécialisé » (1972)
 - b. Le secteur hospitalo-universitaire (VII) (1964-1973)
 - c. La naissance d'une hospitalisation partielle de jour et de nuit (1973)
- 1.2. Mixité et développement de la sectorisation p. 505.
 - a. La mixité du personnel soignant (1972)
 - b. L'amorce de l'extrahospitalier sectoriel (1973)
Des postes d'infirmiers itinérants et des voitures
L'obstacle financier
- 1.3. Relance et clarification de la sectorisation (1974) p. 509.
2. Le dépassement de l'asile... p. 509.
 - 2.1. De la ségrégation à la mixité des malades p. 509.
 - a. Pratiques clandestines
 - b. L'activité des « services institutionnels » (1969-1975)
 - c. Le début de la mixité des patients (1975)
 - 2.2. Des « structures intermédiaires » et un service psychiatrique à Cholet (1976-1977) p. 514.
 - 2.3. Les besoins croissants de personnel p. 516.

D / La « matérialité » du changement p. 517.

1. Evolution épidémiologique p. 517.
 - 1.1. L'approche statistique d'Hélène Michot p. 517.
 - 1.2. Analyse p. 517.
 - 1.3. Compléments cliniques p. 519.
2. Evolution quantitative des effectifs p. 520.
 - 2.1. La diminution des journées d'hospitalisation p. 520.
 - 2.2. La diminution du nombre de malades p. 523.
3. Extension du régime de la Sécurité sociale p. 525.
4. La traduction financière pour les malades et l'institution p. 526.

Conclusion p. 530.

Conclusion générale p. 531.

I / SOURCES

Table des Abréviations utilisées

AC : Archives du Centre de Santé Mentale Angevin (CESAME)

AD49 : Archives départementales de Maine-et-Loire

BUA : Bibliothèque Universitaire d'Angers - Pôle Saint-Serge

A / ARCHIVES

1 / Archives du CESAME

Série J : Règlementation générale et locale

J 1 Législation sur les aliénés.

J 2 Règlementation générale et spécifiquement, organisation des hôpitaux psychiatrique. 1938-1959.

J 3 Circulaires ministérielles, et spécifiquement décrets, circulaires et arrêtés ministériels.

J 4 Circulaires et arrêtés préfectoraux et lettres diverses. 1847-1948.

J 5 Règlement du service intérieur de l'asile.

Série K : Personnel

K 1 Personnel secondaire.

K 7 Repos hebdomadaire : correspondance, pétition des infirmiers, tableau de congé (1906-1956).
Congé : correspondance avec le Préfet, circulaire, notes de service. 1945-1949.

K 9 Syndicats 1927-1966, Syndicat, Journaux et cahiers de revendications.

K 14, Commission de surveillance, médecins-chefs, directeurs, receveur, économe, aumônier, commis aux écritures, internes, religieuses, surveillants, infirmiers et employés des services généraux. 1879-1972.

K 21 Répertoire des sanctions : registre. 1934-1976.

K 22 Conseil de discipline.

Série L : Administration générale

Procès-verbaux des délibérations de la commission de surveillance puis du conseil d'administration (1973)

L 12* (1879-1898).

L 13* (1898-1910).

L 14* (1910-1919).

L 15* (1920-1929).

- L 16* (1929-1934).
- L 16* bis (1935-1940).
- L 16* ter (1940-1944).
- L 17* (1945-1948).
- L 18* (1948-1950).
- L 19* (1950-1952).
- L 20* (1951 (reprises dactylographiées de quelques séances de 1951 et 1952)-1955).
- L 21* (1956-1959).
- L 22* (1960-1963).
- L 23* (1964-1967).
- L 24* (1968-1972) et (1973-1975).
- L 30* bis (1976-1986).

Rapports médicaux, compte moraux et administratif, Rapports de fonctionnement

- L 36 Rapport médical, compte moral et administratif (1889-1909).
- L 36 bis Rapport médical, compte moral et administratif (1910-1913, 1915-1920).
- L 37 Rapport médical, compte moral et administratif (1921-1935).
- L 38 Rapport médical, compte moral et administratif (1936-1944).
- L 39 Rapport médical, compte moral et administratif (1945-1950).
- L 39, Rapport administratif et médical pour la période de 1938 à 1945.
- L 31 Rapports de fonctionnement (1951-1961).
- L 32 Rapports de fonctionnement (1962-1970).
- L 33 bis Rapports de fonctionnement (1970-1977).

Série M : Financement

- M 8 Budgets et suivi budgétaire (1920-1930).
- M 9 Budgets et suivi budgétaire (1931-1936).
- M 10 Budgets et suivi budgétaire (1937-1944).

Série O : Travaux et matériel

- O 10 Quartier des femmes (1909, 1961-1966).
- O 28 Electricité, Approvisionnement et entretien : police d'abonnement, correspondance, rapports, plans (1911-1950).

Série R : Archives médicales

R 22* Livre des médicaments : registre nominatif (1937-1941).

Série Q : Population

Q 312-315* Livre des décès (1939-1945).

Q 20* Registre matricule (1912-1913).

Série Z : Divers

Z 4 Affiche de théâtre, extrait du Courrier de l'Ouest.

2 / Archives départementale de Maine-et-Loire

Série « Alpha »

4 Alpha 53, « Quartier cellulaire pour femmes agitées indigentes », 16 février 1909.

44 Alpha 19, Dr Renaux, Médecin directeur de l'Asile de Ste Gemmes-sur-Loire nommé à l'Hôpital psychiatrique de Bron-Vinatier (Rhône) 1920-1942.

Série N : Administration générale du département depuis 1800

1N* Procès-verbaux des délibérations du conseil général de 1907 à 1977.

Série Hs : Fonds hospitaliers : Hôtel-Dieu, hôpitaux et hospices d'Angers, Baugé, Beaufort, Candé, Cholet, Montreuil-Bellay (XIIe-XXe)

17 Hs K3* Personnel (1887-1912).

Série W : Administration et gestion du département de 1940 à nos jours

303 W 101, Santé, Centre psychothérapique de Ste Gemmes-sur-Loire, Personnel, Notation, 1940-1969.

12 W 4 Rapports du Préfet de Maine et Loire (1940-1944).

Série JO :

30 JO 3, MARTIN (Pierre), « L'Asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire », *Le Courrier de l'Ouest*, 22 avril 1947, p. 2.

3 / Archives des hôpitaux psychiatriques

Archives de l'hôpital psychiatrique de Dury-Les-Amiens :

Journal de Guerre 1940 de Dury-les-Amiens (Ce document nous a aimablement été prêté par Madame Loiseau du CESAME).

Archives du CHS Navarre :

Dossier de Jean-Louis Colmin, Administration générale de l'assistance Publique à Paris.

Archives du Centre Hospitalier Interdépartemental de Clermont de l'Oise :

Dossier de Jean-Louis Colmin, Certificat du Secrétaire Général de l'Assistance Publique à Paris daté du 5 septembre 1957.

4 / Archives de la bibliothèque universitaire d'Angers (Saint-Serge)

JP43* Procès-verbaux des délibérations du conseil général de 1905 à 1965 (64 volumes).

5/ Archives privées

De M. Raymond Pourias

« Compte rendu sur les journées d'action du mai 1968 au CPD de Sainte Gemmes s/Loire ».

« Liste des 94 revendications ».

« Procès-verbal de l'entretien des délégués syndicaux (CGT, CFDT, FO) du personnel de l'établissement avec le président de la commission de surveillance ».

« Réforme des structures à l'Hôpital psychiatrique », *Ouest-France*, lundi 27 mai 1968, p. 6.

« Conseil de gestion du CDP de Sainte-Gemmes-sur-Loire, séance du 27 mai 1968 ».

« Protocole d'accord des réunions tenues les 28, 29, 30 à 31 mai 1968 au ministère des Affaires sociales ».

Du Dr Jean Ayme

Annuaire du médicament des Hôpitaux psychiatriques 1961.

6 / Archives du bureau central d'archives administratives militaires

« Etats des services » de Jean-Louis Colmin.

B / SOURCES ORALES

AYME (Jean), Psychiatre et psychanalyste.

- Entretien enregistré le 21 novembre 2003 avec Anne Lacoste (doctorante en sociologie, EHESS).

BUZARE (Alain), Psychiatre au CESAME (Secteur III).

- Entretien enregistré le 25 juillet 2003.

COLMIN-VALEZ (Claire), Psychiatre, psychanalyste.

- Entretien réalisé le 14 octobre 2003.

DONVAL (Aline), Infirmière (1936-1943 ; 1950-1971).

- Entretien enregistré le 6 juillet 2005.

FORGET (Claude), Attaché de direction (1960-1992).

- Entretien réalisé et enregistré par l'Unité A1 « Genres et territoire » (Eléonore Lafond, Benjamin Brovelli, Patrick Martin-Mattera et Vincent Guérin), le 14 mai 2005.
- Entretien enregistré le 16 juillet 2003.
- Entretien enregistré le 7 décembre 2007

GUILLOTEAU (Yvon), Infirmier (1969-1996).

- Entretien réalisé le 5 octobre 2002.
- Entretien réalisé et enregistré par l'Unité A1 « Genres et territoire » (Eléonore Lafond, Benjamin Brovelli, Patrick Martin-Mattera et Vincent Guérin), le 30 mai 2005. (Guilloteau, 2005).
- Entretien réalisé le 18 avril 2006.

HENRY (Jacques), Psychiatre et psychanalyste (1959-1993).

- Entretien enregistré le 27 avril 2003.
- Entretien enregistré le 14 décembre 2004.
- Entretien enregistré le 7 septembre 2005.
- Entretien enregistré le 16 mars 2006.
- Entretien enregistré le 28 novembre 2007.

Madame C, Infirmière (1960-1996).

- Entretien enregistré le 29 février 2005.

Madame B, Infirmière depuis 1977.

- Entretien enregistré le 10 juin 2005.

MARTIN (Renée), Aide soignante (1944-1972).

- Entretien enregistré le 18 mai 2005.

MENARD (Chantal), Infirmière, puis cadre (1970-1992)

- Entretien réalisé et enregistré par l'Unité A1 « Genres et territoire » (Eléonore Lafond, Benjamin Brovelli, Patrick Martin-Mattera et Vincent Guérin) le 4 mai 2005.

MERCIER (Gérard), Psychiatre au CESAME (Secteur I).

- Entretien réalisé le 8 juillet 2003.
- Entretien réalisé le 17 septembre 2003.

NIOGRET (Jeannine), Psychologue (1956-1995).

- Entretien enregistré le 23 mars 2006.
- Entretien enregistré par l'Unité A1 « Genres et territoire » le 4 avril 2005.

POURIAS (Raymond), Infirmier (1956-1972) puis Surveillant-chef (1972-1984), Secrétaire général de la CGT (1961-1984).

- Entretien enregistré le 2 mai 2003.
- Entretien enregistré le 19 janvier 2005.
- Entretien téléphonique réalisé le 29 septembre 2005

PROD'HOMME (Madeleine), Aide-soignante (1945-1979).

- Entretien enregistré le 1^{er} Juin 2004.

JOLIE (André), Infirmier (1969-1996)

- Entretien enregistré le 1 juin 2004.

DELION (Pierre), Pédopsychiatre à Lille

- Entretien enregistré le 1^{er} décembre 2002.

PETTTEAU (Marcel), Horticulteur retraité de Sainte-Gemmes-sur-Loire

- Entretien enregistré le 13 décembre 2003

LACOSTE (Anne), Assistance Sociale, doctorante en sociologie à EHESS

- Entretien réalisé le 7 juillet 2003

RUCHAUD (M.), Secrétaire de la CGT

- Entretien réalisé le 28 avril 2003

BOUSSARD (Madame), Responsable culturel de la Mairie de Sainte-Gemmes-sur-Loire

- Entretien réalisé le 10 avril 2003.

PLASSARD (Jean-Paul), Ancien secrétaire général du PC de Maine-et-Loire

- Entretien réalisé le 4 novembre 2003.

C / SOURCES IMPRIMEES

1 / Corpus juridique et administratif (textes principaux)

. Loi sur « les aliénés » n° 7443 du 30 juin 1838.

. Ordonnance du 18 décembre 1839 portant règlement sur les établissements publics et privés consacrés aux aliénés.

. Modèle de règlement intérieur du 20 mars 1857.

. Loi sur l'Assistance Médicale Gratuite du 15 juillet 1893.

. Loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources.

. Circulaire du 4 août 1930 relative aux placements volontaires gratuits.

. Décret du 5 avril 1937 Relative au statut des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques. Les asiles sont désormais dénommés « hôpitaux psychiatriques ».

. Circulaire du 13 octobre 1937 Relative à l'organisation de l'assistance aux malades mentaux dans le cadre départemental (Circulaires « *Rucart* »). Nécessité d'organiser dans chaque département un service de prophylaxie mentale comportant un dispensaire d'hygiène mentale offrant des consultations externes et un service social.

. Circulaire du 5 février 1938 (Règlement intérieur des Hôpitaux Psychiatrique).

. Circulaire du 7 décembre 1938 (Circulaires « *Rucart* »). Elle aborde, entre autres, la possibilité de transformation du placement d'office en placement volontaire, et surtout la gratuité du placement volontaire (payant jusqu'ici, donc réservé aux plus riches).

. Circulaire du 4 décembre 1942 « Bonnafous ».

. Circulaire n° 275 du 30 novembre 1949 Formation professionnelle du personnel soignant.

. Circulaire n° 6 du 1^{er} mars 1949 sur l'Organisation des services libres pour le traitement des malades mentaux.

. Circulaire n° 41 du 28 février 1951 relative au fonctionnement des services libres des hôpitaux psychiatriques.

- . Circulaire n° 148 du 21 août 1952 Fonctionnement des hôpitaux psychiatriques. Elle affirme la nécessité d'une véritable transformation des conditions de vie des malades (régime alimentaire, cadre de vie, sanitaires, vestiaires personnels, autorisation de garder son alliance, loisirs). Elle recommande la disparition des uniformes des gardiens, l'augmentation des effectifs de tout le personnel soignant ainsi que le recrutement d'assistantes sociales et de secrétaires médicales.
- . Décret n° 55-571 du 20 mai 1955 portant statut général du personnel des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics, *Journal Officiel* du 22 mai 1955. L'Etat prend en charge 80 % des dépenses des dispensaires au titre de la prévention.
- . Circulaire du 4 février 1958 portant sur l'organisation du travail des malades mentaux en traitement dans les hôpitaux psychiatriques (non parue au *Journal Officiel*). Les problèmes de travail et d'argent des patients sont envisagés, ainsi que les clubs.
- . Arrêté du 4 février 1958 relatif à l'organisation du travail thérapeutique dans les hôpitaux psychiatriques, *Journal Officiel* du 14 février 1958. Art. 2. « Le terme d' « aliéné » est, dans les différents articles du règlement intérieur type des hôpitaux psychiatriques, remplacé par les termes de « malade ».
- . Circulaire du 5 décembre 1958 relative à l'humanisation des hôpitaux, *Journal Officiel* du 12 décembre 1958.
- . Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales (Loi sur la sectorisation).
- . Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens.
- . Loi n° 68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs, *Journal Officiel* du 4 janvier 1968. Cette loi sur les « incapables majeurs » réforme certaines dispositions de la loi de 1838 sur la gestion des biens et les droits civils des malades mentaux.
- . Décret n° 68-351 du 19 avril 1968 relative au régime d'assurance volontaire.
- . Circulaire n° 8 du 16 janvier 1969 relative au traitement des malades mentaux, (non parue au *Journal Officiel*).
- . Circulaire n° 12 du 24 janvier 1969 relative à la bisexualisation des hôpitaux psychiatriques, (non parue au *Journal Officiel*).
- . Loi n° 70 1318 du 31 décembre 1970 pour tant réforme hospitalière.
- . Arrêté du 25 septembre 1971 Conditions de classement en premier groupe des établissements, postes ou services d'hospitalisation, de soins ou de cures publiques, *Journal Officiel* du 25 septembre 1971. Art 4. « Pour être classés dans le premier groupe, les service de psychiatrie doivent : 1 ° Etre organisés pour recevoir les malades mentaux des deux sexes du secteur de rattachement, sans distinction liée aux modes de placement, tels qu'ils sont notamment prévus par la loi du 30 juin 1838 ».
- . Circulaire DGS/891/MS 1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique (Circulaire Poniatowski).
- . Circulaire DGS/892/MS 1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile.
- . Loi 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.
- . Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

. Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et leurs conditions d'hospitalisation.

. Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et à leurs modalités de prise en charge (mai 2011).

2 / Thèses, mémoires, livres et articles à caractère de sources

Généralités

ARVEILLER (Jean-Paul), *Pour une psychiatrie sociale. Cinquante ans d'action de la Croix-Marine*, Paris, Erès, 2002, 263 p.

AYME (Jean), « Contribution à l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », *L'Information Psychiatrique*, Vol. 59, n° 3, mars 1983, 408 p.

AYME (Jean), « La psychothérapie institutionnelle : origine, histoire, tendances », in MARTIN (Patrick) (dir.), *Actualité de la psychothérapie institutionnelle*, Paris, L'Harmattan 1995, p. 25-53.

AYME (Jean), *Chronique de la psychiatrie publique. A travers l'histoire d'un syndicat*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 477 p.

BART (Yvan), *Contribution à l'étude du devenir d'un hôpital psychiatrique ancien (Centre Hospitalier Spécialisé de Fains)*, Thèse de médecine, Université de Nancy, 1985, 85 p.

BARUK (Henri), *Les thérapeutiques psychiatriques*, Paris, PUF, 1955, 127 p.

BARUK (Jacques), *Des hallucinations dans la paralysie générale*, Paris, Steinheil, 1894, 99 p.

BARUK (Henri), *Des hommes comme nous. Mémoires d'un neuropsychiatre*, Paris, Laffont, 1976, 367 p.

BONNAFE (Lucien), « 1937-1987 Apprendre l'histoire et la manière de s'en servir », *VST*, n° 171, août-septembre 1987, p. 40-43.

BOURGEOIS, LABROUSSE, AUDEBERT, EMPERAIRE, « Enquête sur la contraception en psychiatrie. Premiers résultats pour les 250 réponses provenant des hôpitaux psychiatriques », *Annales médico-psychologiques*, Tome II, n° 1, 1974, p. 178-200.

BOURNEVILLE (Désiré-Magloire), *Rapport fait au nom de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi adopté à la révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés*, Paris, Maison Quantin, 1890, 129 p.

CALMETTES (Albert), « L'application de la loi sur les assurances sociales aux malades atteints de maladies mentales », in *Congrès des Médecins aliénistes & Neurologistes de France et des pays de langue française*, XXXIV^e session, Lille (21-26 juillet 1930), Paris, Masson et Cie, 1930, p. 151-180.

COLMIN (Jean-Louis), *Les échanges économiques, Elément de thérapeutique institutionnelle dans un service d'hôpital psychiatrique*, Thèse de Médecine, Paris, 1961, 130 p.

- COLOMBIER (Jean) et DOUBLET (François), « Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés, 1785 », *L'Evolution psychiatrique*, n° 1, 1983, Vol.1, p. 225-241.
- DAUMEZON (Georges), « Le poids des structures », *Esprit*, n° 12, décembre 1952, p. 935-944.
- DAUMEZON (Georges), *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des Asiles d'Aliénés*, Thèse pour le doctorat en médecine, Cahors, 1935, 309 p.
- DAUMEZON (Georges), KOECHLIN (Philippe), « La psychothérapie institutionnelle française contemporaine », *Anais Portugueses de Psiquatria*, n° 4, décembre 1952, 272-311 p.
- DELARUE (Jean-Marie), « Avis du 15 février 2011 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office », *Journal Officiel de la République Française*, 20 mars 2011, 3 p.
- DELION (Pierre), « Thérapeutiques institutionnelles » <http://www.revue-institutions.com/articles/therapeutiquesinstitution.pdf>, 35 p. (consulté le 10 mars 2011).
- DUBOILLE (E), *De l'évolution des idées dans l'assistance aux psychopathes (Essai médico-social)*, Lille, Leblanc & Durant, 1922, 72 p.
- DUJARDIN et TARGOWLA, « Les thérapeutiques de la paralysie générale », in *Comptes rendus du Congrès des médecins aliénistes et neurologues de France et des pays de langue française*, XXXII^e Session, Anvers (22-28 juillet 1928), Paris, Masson et Cie, Editeurs, 1928, p. 187-244.
- DUMAS (Georges), *Troubles mentaux et troubles nerveux de guerre*, Paris, Félix Alcan, 1919, 227 p.
- ESQUIROL (Jean-Etienne-Dominique), « Des établissements consacrés aux aliénés en France et des moyens de les améliorer, Mémoire présenté au ministre de l'Intérieur, en septembre 1818 », in ESQUIROL (Jean-Etienne-Dominique), *Maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Tome 2, Paris, J.-B. Baillière, 1838, p. 399-431.
- ESQUIROL (Jean-Etienne-Dominique), « Mémoire sur l'isolement des aliénés », (Mémoire lu à l'Institut, le 1^{er} octobre 1832) in ESQUIROL (Jean-Etienne-Dominique), *Maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médicaux-légal*, Tome 2, Paris, J.-Ballière, 1838, p. 743-789.
- FREUD (Sigmund), *Ma vie et la psychanalyse*, Paris, Gallimard, 1975, 192 p.
- GODART (Justin), « Appel en faveur de l'hygiène mentale », *Bulletin de la Ligue d'Hygiène mentale*, n° 1-2, Juillet-octobre, Paris, A Maloine et fils Editeurs, 1921, p. 6-9.
- GUATTARI (Félix), *Psychanalyse et transversalité, Essai d'analyse institutionnelle*, Paris, La Découverte, 1974 rééd. 2003, 302 p.
- HOCHMANN (Jacques), *Pour une psychiatrie communautaire, thèses pour une psychiatrie des ensembles*, Paris, Seuil, 1974, 262 p.
- HORRASSIUS-JARRIE (Nicole), « Gène et tabous autour de la sexualité des patients », *Pratiques en Santé mentale*, n° 4, 2000, p. 20-25.

- LAFONT (Max), « L'extermination douce dans les HP Français », *L'Information psychiatrique*, n° 8, octobre 1996, p. 748-752.
- LAFONT (Max), *L'extermination douce, La mort de 40 000 malades mentaux mort dans les Hôpitaux Psychiatrique en France sous le Régime de Vichy*, Paris, AREFPPI, 1987, 255 p.
- LALANDE (Françoise) et LEPINE (Carole), *Analyse d'accidents en psychiatrie et proposition pour les éviter*, Inspection générale des affaires sociales, mai 2011, 200 p.
- LAMARCHE-VADEL (Gaëtane), PRELI (Georges), « L'asile », *Recherches*, n° 31, février 1978, 243 p.
- LEMOINE (Patrick), *Droit d'asiles*, Paris, Odile Jacob, 1998, 333 p.
- MAGNAN (Valentin) et LEGRAIN (Maurice), *Les dégénérés (Etat mental et syndromes épisodiques)*, Paris, Rueff et Cie, Editeurs, 1895, 235 p.
- MOREL (Bénédict-Augustin), *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*, Paris, J.B. Baillière, 1857, 700 p.
- MOREL (Bénédict-Augustin), *Traité des maladies mentales*, Paris, Masson, 1860, 866 p.
- OURY (Jean), *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle. Trace et configurations précaires*, Paris, Payot, 1976, 330 p.
- OURY (Jean), « Traitement, formation et recherche sont inséparable » http://www.psychiatrie-francaise.com/psychiatrie_francaise/trente_ans_2/Psyfr499c.htm, 6 p. (consulté le 10 mars 2011).
- OURY (Jean), *Le collectif, le Séminaire de Sainte-Anne*, Paris, Champ Social Editions, 1986, rééd. 2005, 218 p.
- PARCHAPPE (Maximilien), *Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés*, Paris, Masson, 1853, 320 p.
- PINEL (Philippe), *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou la manie*, Paris, Chez Richard, Caille et Ravier, An IX (1800-1801), 318 p.
- RAYNIER (Julien) et BEAUDOUIN (Henri), *L'assistance psychiatrique française. Assistance-Législation-Médecine Légale, Psychiatrie sociale, I Les Etablissements Hospitaliers*, Meulin, 1949, 866 p.
- RAYNIER (Julien) et BEAUDOUIN (Henri), *L'assistance psychiatrique française. Assistance-Législation-Médecine Légale, Psychiatrie sociale, La Condition administrative et juridique des malades mentaux*, Tome II, Meulin, 1950, 658 p.
- RAYNIER (Julien) et BEAUDOUIN (Henri), *L'assistance psychiatrique française. Assistance-Législation-Médecine Légale, Psychiatrie sociale, Assistance psychiatrique extrahospitalière, Psychiatrie sociales*, Tome III, Meulin, 1951, 954 p.
- RAZANAJO (Claude), POSTEL (Jacques), « La vie l'œuvre », *L'Information psychiatrique*, Numéro spécial sur Frantz Fanon, Vol. 51, n° 10, décembre 1975. p. 1054.
- RENAUX et DEMAY, « La loi de 1838, loi d'assistance », in *Comptes rendus du Congrès des médecins aliénistes et neurologues de France et des pays de langue française*, XXXIIe Session, Anvers (22-28 juillet 1928), p. 401-402.

TENON (Jacques-René), *Mémoires sur les hôpitaux de Paris*, Paris, Imprimerie de Ph.- D. Pierres, 1788, 572 p.

TOULOUSE (Edouard), « Le programme de la Ligue d'Hygiène mentale », *Bulletin de la Ligue d'Hygiène mentale*, n° 1-2, Juillet-octobre 1921, Paris, A Maloine et fils Editeurs, 1921, p. 1-5.

TOULOUSE (Edouard), *Réorganisation de l'hospitalisation des aliénés dans les asiles de la Seine, Rapport présenté à la Société Médicale des asiles de la Seine*, Paris, Imprimerie nouvelle (Association ouvrière), 1920, 31 p.

TRILLOD (J), « Essai d'insulinothérapie dans la thérapeutique de certaines maladies mentales », *Congrès des Médecins aliénistes & Neurologistes de France et des pays de langue française*, XLII^e session, Alger (6-11 avril 1938), Paris, Masson et Cie, 1938, p. 334-345.

ZARIFIAN (Edouard), *Les jardiniers de la folie*, Paris, Odile Jacob, 2000, 295 p.

Sur l'asile/hôpital de Sainte-Gemmes-sur-Loire

BARUK (Jacques), « La grippe de 1918 à l'asile de Sainte-Gemmes-sur-Loire », *Bulletin de la Société de Médecine d'Angers*, Angers, Grassier Imprimeur éditeur, 1919. p. 11-14.

BARUK (Jacques), « Quelques considérations sur le traitement des maladies mentales », *Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, n° 3, Angers, Grassin Imprimerie-éditeur, 1913, p. 55-64.

BARUK (Jacques), BESSIERE (René), *Quelques considérations sur la Neuropsychiatrie de guerre (Service de Sainte-Gemmes 1914-1919)*, Angers, Siraudeau, 1920, 119 p.

BAGUENIER DESORMEAUX (Ambroise), *A propos d'une expérience de camping dans le cadre d'un service de psychothérapie institutionnelle*, Thèse de doctorat en médecine, Université d'Angers, 1980, 83 p.

BARAER (Jean), *La psychiatrie dans le Maine-et-Loire. Mise en place de la sectorisation*, Mémoire pour le Certificat d'Etudes Spéciales de psychiatrie, Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Angers, Université d'Angers, 1979, 113 p.

BARROIN (François), *Un asile d'aliénés au XIX^e siècle. Architecture et Histoire. Sainte-Gemmes-sur-Loire*, Mémoire pour le Certificat d'Etude Spéciale, Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Angers, Université d'Angers, 1986, 237 p.

BARUK (Henri), *Des hommes comme nous. Mémoires d'un neuropsychiatre*, Paris, Laffont, 1976, p. 367 p.

Centre psychothérapique départementale de Sainte-Gemmes-sur-Loire. 1843-1973, de la commission de surveillance au conseil d'administration, de l'asile d'aliénés au centre psychothérapique. 130 ans d'assistance psychiatrique en Maine-et-Loire, 1973, 38 p.

COLMIN (Jean), « Psychiatrie et syndicalisme infirmier », in *La Folie. Actes du colloque de Milan*, Folio, Paris, 1976, p. 313-332.

COLMIN (Jean-Louis), *L'aventure du quartier Ney*. Paris, Editions du Scarabée, 1980, 167 p.

COLMIN (Jean-Louis), « Psychanalyse et hiérarchie infirmière dans le secteur public », *L'Information psychiatrique*, Vol. 56, n° 4, mai 1980, p. 427-431.

COLMIN (Jean-Louis), HAMOUD-VALLEZ (Claire), LANTRAIN (M-E), « Psychanalyse et ouverture d'un atelier d'ergothérapie », *Revue de Neuropsychiatrie de l'Ouest*, n° 16, mai 1967. p. 73-85.

GERAUD (Christian), *L'équipe schizophrène, Notation du Personnel dans un service de Psychothérapie Institutionnelle*, Thèse de médecine, Paris VI. 1980, 153 p.

LEPONT (Sylvie), *Les appartements thérapeutiques à Angers*, Thèse pour le doctorat en médecine, Université d'Angers, 1992, 42 p.

MICHOT (Hélène), *Approche épidémiologique en psychiatrie*, Thèse de doctorat en médecine, Université d'Angers, 1982, 79 p.

ROUILLAUD Jacques, *Sur l'histoire de l'hôpital de Sainte-Gemmes-sur-Loire*, Thèse pour le doctorat en médecine, Faculté de médecine de Paris, 1963, 63 p.

ROUX (Marie-Françoise), *Institution d'un club thérapeutique dans un service de psychiatrie*, Thèse pour le doctorat en médecine, Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Angers, Université d'Angers, 1975, 163 p.

ROUMIEUX (André), « Une vie d'infirmier en psychiatrie (1951-1986) », *L'Écrit*, n° 9, 1998, 12 p.

Sainte-Gemmes-sur-Loire des origines à nos jours, Sainte-Gemmes-sur-Loire, Imprimerie Maury, 2000, 316 p.

TERE (Michel), *La chimiothérapie retard dans l'évolution de l'hôpital psychiatrique départementale*, Thèse pour le doctorat en médecine, Faculté mixte de médecine et pharmacie d'Angers, Université d'Angers, 1970, 109 p.

VALEZ (Claire), *Contribution à l'étude de l'introduction de la psychothérapie institutionnelle dans un service d'hôpital psychiatrique*, thèse pour le doctorat en médecine, Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Angers, Université d'Angers, 1970, 94 p.

II / BIBLIOGRAPHIE (Études)

A / INSTRUMENTS DE TRAVAIL

« Archives orales : une autre histoire ? », *Annales ESC*, n° 1, janvier-février, 1980, p. 124-199.

ASSELAIN (Charles-Jean), *Histoire économique de la France du XVIII^e siècle à nos jours 1, De l'Ancien Régime à la Première Guerre mondiale*, Tome I, Paris, Seuil, 1984, 221 p.

ASSELAIN (Charles-Jean), *Histoire économique de la France du XVIII^e siècle à nos jours 2, De 1919 à la fin des années 1970*, Tome II, Paris, Seuil, 1984, 209 p.

BAUDET (Jean), *Penser le vivant, une histoire de la médecine et de la biologie*, Paris, Vuibert, 2005, 396 p.

CERTEAU (Michel de), « L'opération historiographique », in CERTEAU (Michel de), *L'Écriture de l'histoire*, Paris, Gallimard, 1975, p. 77-142.

- DESCAMPS (Florence), *L'historien, l'archiviste et le magnétophone. De la constitution de la source orale à son exploitation*, Paris, Comité pour l'histoire économique et financière de la France, 2001, 864 p.
- FECTEAU (Jean-Marie), « L'objet : la régulation sociale », dans *La Liberté du pauvre. Sur la Régulation du crime et de la pauvreté au XIXe siècle québécois*, Québec, VLB Editeur, 2004, p. 21-46.
- JULLIEN (Eve), *Le Centre Hospitalier Spécialisé de Sainte-Gemmes-sur-Loire 1844 et 1980 et l'Ecole d'infirmier 1932-1993, Inventaire détaillé*, Mémoire pour le master d'archivistique, 2006, revu et augmenté en 2007, 131 p.
- JULLIEN (François), *Les transformations silencieuses, Chantier, I*, Paris, Grasset, 2009, 197 p.
- KAUFMANN (Jean-Claude), *L'entretien compréhensif*, Paris, Nathan/VUEF, 2006, 127 p.
- LAMBERT (Céline), « Dictionnaire biographique et historique du personnel préfectoral du département de Maine-et-Loire », in MARAIS (Jean-Luc), *Les Préfets de Maine-et-Loire*, Rennes, PUR, 2000, p. 17-198.
- Lexique de règles typographiques en usages à l'Imprimerie Nationale*, Paris, Imprimerie Nationale, 2002, 197 p.
- PLON (Michel) et ROUDINESCO (Elisabeth), *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Fayard, 1997, 1191 p.
- POSTEL (Jacques), *Dictionnaire de la psychiatrie et de la psychopathologie clinique*, Paris/VUEF, Larousse, 1998, 531 p.
- RHEAUME (Jacques) « Changement » in Barus-Michel, Enriquez, Lévy (dir.), *Vocabulaire de psychosociologie, références et positions*, Paris, Erès, 2002, p. 65-72.
- SHORTER (Edward), *A Historical Dictionary of Psychiatry*, Oxford University Press, 352 p.
- SOURNIA (Jean-Charles), *Histoire de la médecine*, Paris, La Découverte, 1997, 358 p.
- VEYNE (Paul), *Comment on écrit l'histoire*, Paris, Seuil, 1978, 438 p.

B / HISTORIOGRAPHIE/PROBLEMATIQUE

- BARTHES (Roland), « De part et d'autre », in BARTHES (Roland), *Œuvres complètes, Tome II, Livres, textes, entretiens, 1962-1967*, Paris, Seuil, 2002, p. 422-429.
- BRAUDEL (Fernand), « Trois clés pour comprendre la folie à l'époque classique », *Annales Histoire, Sciences Sociales*, Vol. 17, n° 4, 1962, p. 761-772.
- CASTEL (Robert), *La gestion des risques, de l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, Paris, Minuit, 1981, 271 p.
- CASTEL (Robert), *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Minuit, 1976, 334 p.
- CELLARD (André), *La toupie sur la Tête. Visage de la folie à Saint-Jean-de-Dieu au tournant du siècle dernier*, Montréal, Boréal, 2007, 336 p.

CHAUVAUD (Frédéric), « Leçons sur la « souveraineté grotesque ». Michel Foucault et l'expertise psychiatrique », in CHEVALIER (Philippe) et GREACEN (Tim) (dir.), *Folie et justice. Relire Foucault*, Paris, Erès, 2009, p. 49-66.

DERRIDA (Jacques), « Cogito et Histoire de la folie », *L'Écriture de la différence*, Paris, Seuil, 1967, p. 51-97.

EDELMAN (Nicole), *Les métamorphoses de l'hystérique*, Paris, La Découverte, 2003, 336 p.

EY (Henri), « La conception idéologique de l'Histoire de la psychiatrie de Michel Foucault, Journée annuelles de l'Évolution Psychiatrique, Actes du Colloque, Toulouse, 6-7 décembre 1969 », *L'Évolution Psychiatrique*, Tome 26, fasc. II, Paris, Privat, 1971, p. 225- 226.

FECTEAU (Jean-Marie), HARVEY (Janice), (dir.), « Des acteurs aux institutions. Dialectiques historique de l'interaction et rapports de pouvoir », in FECTEAU (Jean-Marie), HARVEY (Janice), (dir.), *La régulation sociale entre l'acteur et l'institution. Pour une problématique historique de l'interaction / Agency and Institutions in Social Regulation. Toward an Historical understanding of their interaction*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2005, p. 3-15.

FOUCAULT (Michel), *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961, rééd. 1972, 583 p.

FOUCAULT (Michel), *Il faut défendre la société, Cours du Collège de France. 1976*, Paris, Gallimard/Seuil, 1997, 283 p.

FOUCAULT (Michel), *Le pouvoir psychiatrique, Cours du Collège de France. 1973-1974*, Paris, Gallimard/Seuil, 1997, 399 p.

FOUCAULT (Michel), *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère... Un cas de parricide au XIXe siècle présenté par Michel Foucault*, Paris, Editions Gallimard /Julliard, 1973, 350 p.

FOUCAULT (Michel), *Surveiller et punir. Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975, 360 p.

GAUCHET (Marcel) et SWAIN (Gladys), *La pratique de l'esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Editions Gallimard, 1980, 519 p.

GAUCHET (Marcel), « A la recherche d'une autre histoire de la folie », SWAIN (Gladys), *Dialogue avec l'insensé*, Paris, Gallimard, 1994, p. IX-LVIII.

GODELIER (Maurice), *Au fondement des sociétés humaines. Ce que nous apprend l'anthropologie*, Paris, Albin Michel, 2007, 330 p.

GOLDSTEIN (Jan), *Console and classify, The French psychiatric profession in the nineteenth century*, Cambridge, Cambridge University Press, 1987, 414 p.

GOLDSTEIN (Jan), *Consoler et classifier : l'essor de la psychiatrie française*, Paris, Empêcheur de tourner en rond, 1997, 502 p.

GROS (Frédéric), « Notes sur l'Histoire de la folie », in CHEVALIER (Philippe) et GREACEN (Tim) (dir.), *Folie et justice. Relire Foucault*, Paris, Erès, 2009, p. 15-22.

GUILLEMAIN (Hervé), *Chronique de la psychiatrie ordinaire. Patients, soignants et institutions en Sarthe, XIXe-XXIe siècles*, Le Mans, La Reinette, 2010, 144 p.

HACKING (Ian), *Les fous voyageurs*, Paris, Les Empêcheurs de penser en Rond, 2002, 390 p.

HERACLITE, *Fragments [Citations et témoignages]*, Paris, GP Flammarion, 374 p.

MACHERY (Pierre), « Aux sources de *L'histoire de la folie* : une rectification et ses limites », *Critique*, n° 471-472, août-septembre 1986, p. 752-774.

MONDOLONI (P.), « Folie et déraison », *L'Information psychiatrique*, n° 3, mars 1962, p. 316-319.

POSTEL (Jacques) et QUETEL (Claude), *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, Paris, Dunod, 1983, rééd. 2002, 647 p.

POSTEL (Jacques), *Eléments pour une histoire de la psychiatrie occidentale*, Paris, L'Harmattan, 2007, 343 p.

QUETEL (Claude), « Faut-il critiquer Foucault ? », in *Penser la Folie. Essai sur Michel Foucault*, Paris, Galilée, 1992, p. 81-105.

QUETEL (Claude), *Le Bon Sauveur de Caen. Les Cadres de la folie au XIXe siècle*, Thèse de 3^{ème} cycle, Paris I, 1976, 334 p.

QUETEL (Claude), *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Taillandier, 2009, 619 p.

SWAIN (Gladys), *Le sujet de la folie, naissance de la psychiatrie*, Toulouse, Privat, 1977, 171 p.

C / SUR L'HISTOIRE DE L'ASILE / HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE SAINTE-GEMMES-SUR-LOIRE

GUERIN (Vincent), « L'évolution des rapports hommes/femmes : Ste-Gemmes-sur-Loire 1950-1970 », in ARVEILLER (Jacques) (dir.) *Psychiatries dans l'histoire*, Caen, PUC, 2008, p. 289-300.

GUERIN (Vincent), *La transformation d'un hôpital psychiatrique : Sainte-Gemmes-sur-Loire 1937-1990, Asile je ne dirai plus ton nom !* Mémoire de DEA Régulations sociales, Université d'Angers, 2004, 182 p.

GUERIN (Vincent), « A l'épreuve du réel : la tare de l'internement et l'asilation », in MARTIN-MATTERA (Patrick), *Réel et réalité. Question psychanalytique et perspectives*, Paris, DDB, 2009, p. 273-279.

GUERIN (Vincent), « L'impact de la grippe espagnole dans un asile psychiatrique français : Sainte-Gemmes-sur-Loire (septembre-octobre 1918) », *International Psychology, Practice and Research*, n° 1, octobre 2010.

GUERIN (Vincent), « Un hôpital comme les autres ? Sainte-Gemmes-sur-Loire 1910-1977 », in PETIT (Jacques-Guy) et SAINT-ANDRE (Jean-Paul) (dir.), *Médecine et hôpitaux en Anjou du moyen Age à nos jours*. Rennes, PUR, 2009, p. 97-108.

Moi Hippolyte, Eugénie... et les autres. De l'insensé à l'aliéné en Anjou (1800-1854), Angers, Setig Angers, 2005, 105 p.

NEAU (Dominique), *La censure du fou : l'asile psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire (1844-1868)*. Mémoire de maîtrise d'Histoire Contemporaine. Angers, 1995, 165 p.

PETIT (Jacques-Guy), « Folie, langage, pouvoirs en Maine-et-Loire (1800-1841) », *Revue d'histoire moderne et contemporaine*, Tome XXVII, octobre-décembre 1980, p. 529- 564.

D / SUR LA PSYCHIATRIE

1 / L'hygiène mentale, prophylaxie, eugénisme et dégénérescence

COFFIN (Jean-Christophe), « Hérité et question sociale (fin XIXe siècle) » in GUESLIN (André) et STIKER (Henri-Jacques) (dir.), *Handicaps, pauvreté et exclusion dans la France du XIXe siècle*, Paris, Editions de l'Atelier, 2003, p. 219-260.

COFFIN (Jean-Christophe), *La transmission de la folie 1850-1914*, Paris, L'Harmattan, 2003, 286 p.

HUTEAU (Michel), *Psychologie, psychiatrie et société sous la III^e République. La Biocratie d'Edouard Toulouse (1865-1947)*, Paris, L'Harmattan, 2002, 304 p.

PICHOT (André), *La société pure. De Darwin à Hitler*, Paris, Flammarion, 2000, 458 p.

PICHOT (André), *Histoire de la notion de vie*, Paris, Gallimard, 1993, 973 p.

SIMONNOT (Anne-Laure) et LIAUZU (Jean-Pierre), « Les voies de l'eugénisme », *L'Information psychiatrique*, n° 6, juin 1996, p. 553-562.

SIMONNOT (Anne-Laure), *Hygiénisme et eugénisme au XIXe siècle à travers la psychiatrie française*, Paris, Seli Arslan, 1999, 173 p.

JORLAND (Gérard), *Une société à soigner. Hygiène et salubrité publiques en France au XIXe siècle*, Paris, Gallimard, 2010, 361 p.

WOJCIECHOWSKI (Jean-Bernard), *Hygiène mentale et hygiène sociale : contribution à l'histoire de l'hygiène, t.1, Naissance et développement du mouvement d'hygiène mentale en France, à partir du milieu du XIXe siècle jusqu'à la Première Guerre mondiale*, Paris, L'Harmattan, 1997, 315 p.

WOJCIECHOWSKI (Jean-Bernard), *Hygiène mentale et hygiène sociale : contribution à l'histoire de l'hygiénisme, t. 2, La Ligue d'hygiène et de prophylaxie mentales et l'action du docteur Edouard Toulouse (1865-1947) à au cours de l'entre-deux-guerres*, Paris, L'Harmattan, 1997, 316 p.

2 / Les concepts et les thérapeutiques psychiatriques

CASTEL (Robert), « Le phénomène « psy » et la société française », *Le Débat*, n° 3, juillet-août, 1980, p. 22-30.

CASTEL (Robert), « L'institution psychiatrique en question », *Revue française de sociologie*, XII, 1971, p. 57-92.

CHAST (François), « Maladie du cerveau, thérapeutique de l'âme », in CHAST (François), *Histoire contemporaine des médicaments*, Paris, La Découverte, 1995, p. 121-171.

DEVEREUX (Georges), *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard, 1977, 394 p.

EHRENBERG (Alain) et LOVELL (Anne M.), « Pourquoi avons-nous besoins d'une réflexion sur la psychiatrie ? », in EHRENBERG (Alain) et LOVELL (Anne M.) (dir.), *La Maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob, 2001, p. 9-39.

HENCKES (Nicolas), « Réformer et soigner. L'émergence de la psychothérapie institutionnelle en France, 1944-1955 », in ARVEILLER (Jacques) (dir.) *Psychiatries dans l'histoire*, Caen, PUC, 2008, p. 277-288.

JAUBERT (Alain), « L'excision de la pierre de folie », *Autrement*, n° 4, 1975-1976, p. 22-49.

MISSA (Jean-Noël), *Naissance de la psychiatrie biologique, Histoire des traitements des maladies mentales au XXe siècle*, Paris, PUF, 2006, 378 p.

MOREL (Pierre) et QUETEL (Claude), *Les médecines de la folie*, Paris, Hachette, 1985, 285 p.

QUETEL (Claude) et SIMON (Jean-Yves), « L'aliénation alcoolique en France (XIXe et 1^{ère} moitié du XXe siècle) », *Histoire, économie et société*, Vol. 7, n° 4, 1988, p. 507-533.

SWAIN (Gladys), « Chimie, cerveau, esprit et société. Paradoxes épistémologiques de psychotropes en médecin mentale », in SWAIN (Gladys), *Dialogue avec l'insensé*, Paris, 1994, p. 263-281.

ROUDINESCO (Elisabeth), *Histoire de la psychanalyse en France – Jacques Lacan. Esquisse d'une vie*, Paris, Le Livre de Poche, 2009, 2118 p.

TERRISSE (Arnaud), « La psychiatrie dans le miroir de la thèse : l'évolution des thèses de médecine psychiatrique française du début du XVII^e siècle à 1934 d'après le fichier des thèses de médecine de la Bibliothèque Nationale », *Histoire, économie & société*, vol. 3, n° 2, 1984, p. 247-292.

3 / Architecture et organisation sociale de l'asile

CASTEL (Robert), « Présentation », in GOFFMAN (Erving), *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit, 1968, p.7-35.

CRAPLET (Michel), « Les débuts de l'asile d'aliénés : plans modèles et passages à l'acte », *Perspectives Psychiatriques*, II, n° 96, 1984, p. 113.

DAGONET (François), « La nosologie (de Tenon à Pinel et à Laënnec) », in DAGONET (François), *Le catalogue de la vie*, Paris, Quadrige/PUF, 1970, p. 165-223.

DOUGLAS (Mary), *De la souillure. Etudes sur la notion de pollution et de tabou*, Paris, La Découverte, 1992, 205 p.

ELLENBERGER (HENRI-F), « Nouvelles vues sur la socio-psychologie de la prison », *Critère*, n° 4, juin 1971, X p.

- GOFFMAN (Erving), *Asiles. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux*, Paris, Minuit, 1968, 447 p.
- KNIBIEHLER (Yvonne) (dir.), *Cornettes et blouses blanches. Les Infirmières dans la société française 1880-1980*, Paris, Hachette, 1984, 366 p.
- LENIAUD (Jean-Michel), « Asiles d'aliénés : plaidoyer pour l'architecture psychiatrique », *Monuments Historiques*, n° 114, avril-mai 1981, p. 53-58.
- LENIAUD (J-M), « Un champ d'application du rationalisme architectural : les asiles d'aliénés dans la première moitié du XIXe siècle », *L'Information Psychiatrique*, Vol. 56, n° 6, 1980, p. 754-755.
- LHEZ (Pierrette), *De la robe de bure à la tunique pantalon. Etude sur la place du vêtement dans la pratique infirmière*, Paris, InterEditions, 1995, 182 p.
- MAJASTRE (Jean Olivier), *L'introduction du changement dans un hôpital psychiatrique public*, Paris, Maspéro, 1974, 259 p.
- MOLINIER (Pascale), « Faire l'homme dans un travail de femme : souffrance et défense des infirmières psychiatriques », in FERNAND (Michèle) et MARRY (Catherine) (dir.), *Du côté des hommes*, document de travail, n° 1, Paris, CNRS-MAGE, 1999, p. 44-55.
- PINON (Pierre), « Architecture et psychiatrie : l'hospice de Charenton comme « instrument de guérison » », in Actes du colloques *Architecture et psychiatrie. L'hôpital : espace de soin, espace urbain*, Bron, La Ferme du Vinatier, 2001, p. 6-13.
- QUETEL (Claude), « L'asile d'aliénés en 1900 », *L'Histoire*, n° 7, décembre 1978, p. 25-34.
- STRAUSS (Anselm), SCHOTZMANS (Leonard), BUCHER (Bue), EHRLICH (Danuta), SABSHIN (Melvin), « The hospital audits negotiated order (1963) », in BASZANGER (Isabelle), *La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme*, Paris, L'Harmattan, 1992, p. 87-112.

4 / Sur la Première et Deuxième Guerre mondiale

- AGULHON (Maurice), *La République (1880-1932). L'élan fondateur et la grande blessure. Tome I*, Paris, Hachette, 1990, p. 323.
- BECKER (Annette), « Guerre totale et troubles mentaux », *Annale HSS*, n° 1, janvier-février 2000, p. 135-151.
- BONNET (Olivier) et QUETEL (Claude), « La surmortalité asilaire en France pendant l'Occupation », *Nervure*, IV, n° 2, mars 1991, p. 22-32.
- BRISSON (Alexandre), *Ravitaillement et marché noir à Angers durant l'Occupation Allemande (19 juin 1940-Aout 1944)*, Maîtrise d'Histoire, Université Catholique de l'Ouest 2005, 131 p.
- BUELTZINGSLOEWEN (Isabelle von) (dir.), « Morts d'inanition ». *Famine et exclusions en France sous l'Occupation*, Paris, PUR, 2005, 305 p.

BUELTZINGSLOEWEN (Isabelle von), « Les aliénés morts de faim dans les hôpitaux psychiatrique français sous l'occupation », *Vingtième Siècle, Revue d'histoire*, n° 76, octobre-décembre 2002, p. 99-115.

BUELTZINGSLOEWEN (Isabelle von), *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Aubier, 2007, 508 p.

CABANES (Bruno), *La victoire endeuillée. La sortie de guerre des soldats français (1918-1920)*, Paris, Seuil, 2004, 549 p.

CHAPIREAU (F), « La mortalité des malades mentaux hospitalisés en France pendant la deuxième guerre mondiale : étude démographique », *L'Encéphale*, Vol. 35, Avril 2009, p. 121-128.

DARMON (Pierre), « Des suppliciés oubliés de la Grande guerre : les pithiatiques », *Histoire, Economie et Société*, n° 1, 2001, p. 49-64.

FASSIN (Didier) et RECHTMAN (Richard), *L'empire du traumatisme. Enquête sur la condition de victime*, Paris, Flammarion 2007, 452 p.

GUYOTAT (Régis), « Le drame des asiles de Vichy », *Le Monde* du 17 octobre 2003. p. 14.

LEMESLE (Michel), *1939-1945. A travers l'Anjou*, Cholet, Editions du Choletais, 1996, 129 p.

MARCHAND (Raymond), *Le temps des restrictions. La vie des Angevins sous l'Occupation*, Château-Gonthier, Cheminements, 2000, 580 p.

JACOBZONE (Alain), *L'Eradication tranquille, le destin des Juifs en Anjou (1940-1944)*, Ivan Davy, Vauchrézien, 2002, 252 p.

JACOBZONE (Alain), *1914-1918. En Anjou, loin du front*, Vauchrézien, Ivan Davy, 1988, 316 p.

VEILLON (Dominique), *Vivre et Survivre en France 1939-1946*, Paris, Editions Payot & Rivages, 1995, 371 p.

5 / Population asilaire/hôpitaux psychiatriques : aspects démographiques, juridiques, politiques et sociaux

BOUMAZA (Assia), *Hospitalisation psychiatrique et droits de l'homme, Vol. 1 Le Régime médico-administratif de l'hospitalisation psychiatrique*, Paris, CTNERHI, 2002, 212 p.

BOUMAZA (Assia), *Hospitalisation psychiatrique et droits de l'homme, Vol. 2 La Protection de la personne malades mentale hospitalisée*, Paris, CTNERHI, 2002, 331 p.

BOURDEUX (Christian), « Pour un autre regard sur la folie », *Soins Psychiatrie*, n° 229, novembre/décembre 2003, p. 15.

CLERVOY (Patrick), *Henry Ey 1900-1977, cinquante ans de psychiatrie en France*, Institut synthélabo, Paris, 1997, 303 p.

FECTEAU (Jean-Marie), « L'univers religieux, l'éthique libérale et l'économie de l'enfermement. Le cas du Québec au XIX siècle », in FAURE (Olivier) et DELPAL (Bernard) (dir.), *Religion et enfermements (XVIIe-XXe siècles)*, Rennes, PUR, 2005, p. 225-238.

FOUCAULT (Michel), « Des espaces autres » (conférence au Cercle d'étude architecturale, 14 mars 1967), in FOUCAULT (Michel), *Dits et écrits, t.2, 1976-1984*, Paris, Quarto/Gallimard, 2001, p. 1571-1581.

GATESOUBE (Elise), *De l'aliéné... au malade mentale... au malade – a partir de l'histoire de l'hôpital psychiatrique de Bonneval, 1950-2004-*, Mémoire de DEA « Politiques sociales et société » Université Paris 1, Panthéon-Sorbonne, 2004, 132 p.

HENCKES (Nicolas), *Le nouveau monde la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme de l'hôpital psychiatrique en France de l'après-guerre aux années 1970*, Thèse de doctorat de sociologie, 2 Vol., 2007, 850 p.

JAEGER (Marcel), *La psychiatrie en France*, Paris, Syros/alternative, 1989, 146 p.

JAEGER (Marcel), *Le désordre psychiatrique. Des Politiques de la santé mentale en France*, Paris, Payot, 1981, 262 p.

Loi de 1838. Discussions des députés et des pairs, Tome 1, Paris, Analectes, 1972, 240 p.

MESLE (France) et VALLIN (Jacques), « La population des établissements psychiatriques : évolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale ? », *Population*, 1981, Vol. 36, n° 6, p. 1035-1068.

PRIEUR (Cécile), « Réforme de la psychiatrie, le grand renferment », *Le Monde*, 30 mars 2011, p. 20.

QUETEL (Claude), *La Loi de 1838 sur les aliénés, Volume I, L'Elaboration*, Paris, Frénésie, 1988, 172 p.

QUETEL (Claude), *La Loi de 1838 sur les aliénés, Volume II, L'Application*, Paris, Frénésie, 1988, 139 p.

ODIER (Samuel), *La fin de l'asile d'aliénés dans le Rhône et l'Isère à partir de l'exemple du Vinatier et de Saint-Egrève (1930-1955)*, Université Lyon III, 3 vol., 2004, 655 p.

ROGER (Patrick) « Critiquée, la loi sur la psychiatrie créée un psychodrame au sénat », *Le Monde*, 11 mai 2011, p. 12.

VIDON (Gilles), « Soins sans consentement en psychiatrie : de la prééminence du juge sur le préfet », *Le Monde*, 25 mai 2011.

ZAGURY (Daniel), « La loi sur la psychiatrie est l'indice d'un Etat qui préfère punir que guérir. Une logique répressive en quête de responsable, voici la nature du projet », *Le Monde*, 22 mars 2011, p. 26.

6 / Divers

BAZIN (Hervé), *La tête contre les murs*, Paris, Livre de Poche, 1949, 435 p.

CHASTEL (Claude), *Une petite histoire de la médecine*, Paris, Ellipses, 2004, 125 p.

CORNETTE (Joël), *Histoire de la Bretagne et des Bretons. Des Lumières au XXI^e siècle*, tome II, Paris, Seuil, 2005, 725 p.

- DROZ (Bernard), LEVER (Evelyne), *Histoire de la guerre d'Algérie, 1954-1962*, Paris, Seuil, 1982, 375 p.
- DUPAQUIER (Jacques), « La population de la France à la veille de la première guerre mondiale », in *Histoire de la population française*, T 3 De 1789 à 1914, Paris, Quadrige/PUF, 1995, 560 p.
- EHRENBERG (Alain), *L'individu incertain*, Paris, Hachette, 1995, 351 p.
- FAURE (Olivier), *Histoire sociale de la médecine (XVIIIe-XXe siècles)*, Paris, Anthropos, 1994, 272 p.
- FOUCAULT (Michel), *Naissance de la clinique*, Paris, Quadrige/PUF, 1963, rééd. 2003, 214 p.
- GERAIN (Matthieu), *L'hôpital d'Angers de 1854 à nos jours. Un Petite histoire médicale du Centre Hospitalier Universitaire*, Thèse pour le doctorat de médecine, Université d'Angers, 2004, 388 p.
- GOULD (Stephen Jay), *Darwin et les grandes énigmes de la vie. Réflexions sur l'histoire naturelle*, Paris, Seuil, 1997, 308 p.
- GRMEK (Mirko D.) (dir.), *Histoire de la pensée médicale en Occident, t. 3, Du Romantisme à la science moderne*, Paris, Seuil, 1999, 422 p.
- HALIOUA (Bruno), *Histoire de la médecine*, Paris, Masson, 2001, 278 p.
- HOUEMONT (Pascal), « L'immigration aux ardoisières de Trélazé : un exemple atypique dans l'histoire minière française (fin XIX^e- milieu du XX^e siècle) », *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest*, 109-4, 2002, p. 125-143.
- LONDRES (Albert), *Chez les fous*, Paris, Le Serpent à plumes, 1925, rééd. 1999, 161 p.
- MARAIS (Jean-Luc), *Le Maine-et-Loire aux XIXe et XXe siècles*, Paris, Picard, 2009, 394 p.
- REMOND (René), *Les droites en France*, Paris, Aubier, 1982, 544 p.
- REMOND (René), *Notre siècle de 1914 à 1991*, Paris, Fayard, 1991, 958 p.
- RENIER (Jean-Claude), *Le CADUA (Comité d'Action pour le Développement Universitaire d'Angers), La Création de l'Université d'Angers*, Angers, 1998, 127 p.
- ROSS (Kristin), *Mai 68 et ses vies ultérieures*, Editions Complexe, Paris, 2005, 248 p.
- TROTTEREAU (Janine), *Pasteur*, Paris, Gallimard, 2008, 348 p.
- ZOLA (Emile), *La bête humaine*, Paris, Pocket, 1997, 504 p.

III / SITES INTERNET

Archives départementales de Maine-et-Loire

Cairn

Dailymotion

Europeana

Gallica

Google livres

Persée

Revue.org

Site du CESAME

IV / FILMOGRAPHIE

ALLIO (René), *Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma sœur et mon frère*, Paris, Les Films du Losange, 1976 rééd. 2007.

FRANJU (Georges), *La tête contre les murs*, Paris, Pathé Studio, 2009.

MUXEL (Paule) et SOLIERS (Bertrand de), *Histoires autour de la folie*, Paris, Montparnasse, 2 DVD, 2006.

PHILIBERT (Nicolas), *La moindre des choses + Entretien avec l'invisible*, Paris, Montparnasse, 1995.

KLIPPER (LLAN), *Sainte-Anne – Hôpital psychiatrique*, Arte France et les Films Grain de Sable, 2010 in <http://www.hospitalisationsansconsentement.org/video#anne> (Consulté le 10 juin 2011).

TABLE DES MATIERES

I / SOURCES	p. 563.
A / ARCHIVES	p. 563.
1 / Archives du CESAME	p. 563.
2 / Archives Départementale de Maine-et-Loire	p. 565.
3 / Archives des hôpitaux psychiatriques	p. 565.
4 / Archives de la Bibliothèque Universitaire d'Angers (Saint-Serge)	p. 566.
5/ Archives privées	p. 566.
6 / Archives du Bureau central d'archives administratives militaires	p. 566.
B / SOURCES ORALES	p. 566.
C / SOURCES IMPRIMEES	p. 569.
1 / Corpus juridique et administratif (textes principaux)	p. 569.
2 / Thèses, mémoires, livres et articles à caractère de sources	p. 571.
<u>Généralités</u>	
<u>Sur l'asile/Hôpital de Sainte-Gemmes-sur-Loire</u>	
II / BIBLIOGRAPHIE (Etudes)	p. 575.
A / INSTRUMENTS DE TRAVAIL	p. 575.
B / HISTORIOGRAPHIE/PROBLEMATIQUE	p. 576.
C / SUR L'HISTOIRE DE L'ASILE/HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE SAINTE-GEMMES-SUR-LOIRE	p. 578.
D / SUR LA PSYCHIATRIE	p. 579.
1 / L'hygiène mentale, prophylaxie, eugénisme et dégénérescence	p. 579.
2 / Les concepts et les thérapeutiques psychiatriques	p. 579.
3 / Architecture et organisation sociale de l'asile	p. 580.
4 / Sur la Première et Deuxième Guerre mondiale	p. 581.
5 / Population asilaire/hôpitaux psychiatriques : aspects démographiques, juridiques, politiques et sociaux	p. 582.

6 / Divers	p. 583.
III / SITES INTERNET	p. 584.
IV / FILMOGRAPHIE	p. 585.
TABLE DES MATIERES	p. 587.

Résumé

Cette étude observe le « processus de changement » dans l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur-Loire (49) entre 1910 et 1977, de l'arrivée du Dr Baruk aux débuts de la sectorisation. Ce changement conceptuel, thérapeutique et institutionnel fait progressivement basculer l'asile vers un autre modèle. La transformation s'amorce dans les années 1920-1930 avec l'amélioration des conditions de vie du personnel soignant. Dans l'après Deuxième Guerre mondiale, les conditions de vie des malades s'harmonisent progressivement avec la Cité. Les dispensaires, suivis bientôt par les neuroleptiques puis par le service libre, ouvrent des brèches dans l'édifice asilaire en autorisant une prise en charge différenciée. Dans le même temps, dans certains services, la psychothérapie institutionnelle vise à libérer la parole et les initiatives. A l'issue de la grève de mai-juin 1968, un certain nombre de revendications locales et nationales de la psychiatrie sont entérinées. Avec la sectorisation, une accélération du changement se produit dans l'hôpital, faisant voler en éclat le principe de la coupure intérieure, avec la mixité des pathologies, des soignants et des patients. A la fin des années 1970, le foyer postcure, les appartements thérapeutiques, l'hôpital psychiatrique de Cholet, amplifient le soin dans le lieu de vie du patient et contribuent à décentraliser l'hôpital.

Mots clés

Psychiatrie, asile/hôpital psychiatrique, Sainte-Gemmes-sur-Loire, service ouvert/libre, sectorisation, psychothérapie institutionnelle, neuroleptiques.

Abstract

This study has for object to observe the « process of change » in the psychiatric hospital of Sainte-Gemmes-sur-Loire (49) between 1910 and 1977, from the coming of Dr. Baruk to the beginning of the sectorisation. This conceptual, therapeutic and institutional gradually changes the asylum towards another model. The transformation started in the 1920-1930 by the improvement of the nurses living conditions. After the Second World War, the patients' life was harmonized with the social life of the city. The outpatient's department, and then the neuroleptics and the voluntary ward opened breaks in the asylum framework by allowing a different way of caring. At the same time, the institutional psychotherapy in some psychiatric wards aimed at releasing speech and initiatives. At the conclusion of the strike of May-June 1968, certain number of local and national psychiatric claims was ratified. By sectorisation, a speeding up of change occurred in the hospital by breaking up into pieces a partition between pathologies and gender of the nurses and the patients. At the end of the seventies, the opening of the psychiatric hospital of Cholet, the therapeutic apartments and a psychiatric aftercare hostel, amplified the care in the patients living place and contributed to decentralizing the hospital.

Keywords

Psychiatry, asylum, psychiatric hospital, Sainte-Gemmes-sur-Loire, voluntary ward, sectorisation, institutional therapy, neuroleptic.