

Elise Gatesoupe

Mémoire de DEA « Politiques sociales et société »

Université Paris 1, Panthéon- Sorbonne

Année 2003- 2004

**De l'aliéné... au malade mental... au malade
-A partir de l'histoire de l'hôpital psychiatrique de
Bonneval, 1950-2004 -**

Mémoire dirigé par Marc Lorient

Co - dirigé par Alain Jourdain

LAPSS- Laboratoire d'Analyse des Politiques Sociales et Sanitaires

ENSP- Ecole Nationale de la Santé Publique

Avec l'aide de Patrice Pinell

CSE- Centre de Sociologie Européenne

Ce mémoire a bénéficié d'une bourse de l'école nationale de la santé publique

Remerciements

Je tiens à remercier :

Mme Antonia Dulas, documentaliste à la bibliothèque médicale de l'hôpital Henri Ey, qui m'a été d'une aide précieuse dans tous les moments de la recherche.

Djilali Guerza,

M. Abdel- Kader Guerza, directeur du CHS Henri Ey, qui m'a permis de mener à bien cette enquête dans d'excellentes conditions.

Mme Françoise Talbot, pour sa relecture attentive de ce travail, ses corrections et ses critiques.

M. Patrice Pinell, qui m'a encouragé à travailler sur ce sujet et aidé dans les premiers temps de l'enquête.

Mikaël, Sébastien, Mathilde, Céline et Camille pour avoir relu des parties de ce mémoire et m'avoir prodigué quelques conseils judicieux.

Sommaire

<u>Introduction</u>	P.5
<u>Première partie - 1950-1970 : De l'aliéné... au malade mental</u>	P.14
A Des rôles de malades diversifiés : services dominés/services dominants	P.15
A1 Secteur homme/secteur femme : service d'aliénés/service de malades.....	P.16
Dr Ey/Dr Picard : médecin aliéniste/médecin psychiatre	
Gardiens d'asile / Infirmières	
A2 Les services dominants : la clinique, le service libre et le pensionnat.....	P.22
La clinique : le malade en cure	
Le service libre : la fin du gardiennage	
Le pensionnat : le malade payant	
A3 Les services dominés.....	P.26
La première : le travailleur	
Les malades âgés, chroniques et grabataires	
Le service carcéral : les agités	
B Les thérapeutiques : violence physique, moralisation et humanisme	P.31
B1 Les révolutions thérapeutiques.....	P.31
Les techniques de choc : entre soin et technique de pacification de l'asile	
La chimiothérapie : progrès thérapeutique et enjeux financiers	
B2 Le malade face au médecin : entre objet et sujet.....	P.37
Un humanisme psychiatrique : le Dr Ey	
Un optimisme psychiatrique : la guérison au centre	
Le patron clinicien : le malade objet	
B3 Les infirmie(ère)s et les malades.....	P. 42
Les gardiens d'asile	
« <i>Je les aimais bien mes malades</i> »	
Une lente médicalisation	
C Les conditions de vie à l'hôpital : la lente humanisation de l'asile	P.48

C1 Les conditions de vie.....	P.48
Les repas : des écuelles et du vin «de fou »	
Le cadre de vie : la thérapie par l'esthétique	
Les progrès de l'hygiène	
Les uniformes	
C2 La vie sociale : les loisirs et le travail à l'hôpital.....	P.51
Entre travail productif et travail thérapeutique : l'ergothérapie	
Les transgressions du rôle de malade	
C3 L'internement.....	P.56
La loi de 1838 et la primauté de l'internement	
Enfermement et privation de liberté	
Sortir de l'hôpital ? : du droit formel au droit réel	

Deuxième partie - 1970-1990 : La consécration de la figure du malade mental.....P. 63

A Le redécoupage des services de l'hôpital: vers une nouvelle configuration des inégalités ?.....	P. 63
A1 La fin de l'opposition asile / hôpital.....	P. 63
A2 Chaque secteur est un « fief » : des inégalités entre secteur ?.....	P. 65
A4 Des inégalités au sein des secteurs ?.....	P. 67
A5 Un processus de spécialisation : l'alcoologie et la géronto - psychiatrie.....	P. 69
B Médicalisation et professionnalisation de la psychiatrie.....	P.71
B1 Des progrès dans les thérapies ?.....	P. 71
Abandon des techniques de choc : fin des pratiques punitives ?	
La chimiothérapie et la maladie mentale : maladie organique ou «pathologie de la liberté » ?	
Une culture psychanalytique diffuse : la place du sujet	
B2 Le médecin psychiatre : continuités et ruptures.....	P. 74
B3 La transformation du métier d'infirmier psychiatrique.....	P. 75
L'infirmier : entre démocratisation de l'accès aux connaissances médicales et reconnaissance professionnelle	
Le suivi du malade : entre projet de soin et totalitarisme médical	
Qu'est ce qu'un soignant ? Qu'est ce qu'un malade ?	

Le tout thérapeutique : l'exemple de l'atelier des Berges et du service d'alcoologie

C La fin du modèle asilaire ?.....	P. 85
C1 La disparition des conditions de vie asilaire ?.....	P. 85
C2 « Vider l'asile » : la loi de 1975 et le redéploiement vers le médico-social.....	P. 87
C3 L'hôpital dans la cité : entre vocation réformatrice et impératif budgétaire.....	P. 88

Troisième partie - 1995-2004 : La dilution de la figure du malade mentalP.92

A- Remaniements institutionnels et éclatement de la figure unifiée du malade mental.....P.92

A1- La filière extra hospitalière : le handicapé psychique.....	P. 93
A2- Les unités d'admission : le malade « en crise ».....	P. 97
A3- Un processus de spécialisation et de ségrégation.....	P.100
A4- Les inter secteurs de malades chroniques et le médico-social: le retour du malade « incurable ».....	P. 102

B- Le malade mental : » un malade comme un autre » ?.....P. 105

B1 Les thérapeutiques.....	P. 106
La chimiothérapie : la maladie mentale, une maladie neurologique ?	
De la psychanalyse... aux thérapies comportementales : (ré)adapter le malade	
B2 Des infirmiers et médecins « comme les autres » ?.....	P. 110
Les psychiatres : « une espèce en voie de disparition »	
Des ISP- Infirmier de Secteur Psychiatrique.... aux IDE- Infirmière Diplômé d'Etat	
La disparition du cadre unique : la fin du « tout thérapeutique » et la déqualification	

C- La psychiatrisation du social.....P. 117

C1 La « thérapie pour normaux » : la psychiatrisation de la souffrance sociale.....	P. 117
C2 La psychiatrisation de la violence et de la déviance.....	P.121

Conclusion.....P. 125

Bibliographie.....P.129

Introduction

Ce travail est né d'une interrogation simple : A quoi ressemble un hôpital psychiatrique aujourd'hui ? Animatrice en séjour de vacances avec des adultes et enfants dits « handicapés mentaux », je remarquais que pour tous, l'hôpital psychiatrique était l'institution repoussoir, à éviter à tout prix. Je décidais d'aller voir de plus près en travaillant au sein d'un hôpital psychiatrique. Ce que je fis en tant qu'ASH- Agent des Services Hospitaliers en août 2003, à l'hôpital Henri Ey¹. Cette première rencontre avec l'institution psychiatrique a été l'occasion de plusieurs interrogations : Peut-on soigner les malades mentaux ? Que connaît-on de la maladie mentale ? Connaît-on quelque chose sur la maladie mentale ? Est-ce que tous les services se ressemblent ? L'inter-secteur au sein duquel je travaillais avait fonctionné six mois sans médecin psychiatre, les malades y étaient réputés incurables « F². (*un malade*), *il est là depuis dix ans... Y'en a qui sont là depuis 30 ans... la plupart ils seront là jusqu'à la fin de leurs jours.* » Les stéréotypes les plus tenaces semblaient être véhiculés sur la maladie mentale : « *J'avais vraiment une appréhension avant de venir, parce qu'à l'école, le cours qu'on a sur la psy, ils nous font vraiment peur. Ils nous parlent des urgences, des précautions à prendre, vérifier qu'ils n'ont pas d'objets coupants... On nous explique comment on fait pour immobiliser un patient en s'asseyant dessus...* » (Une élève infirmière en stage à l'hôpital de Bonneval, août 2003). Je décidais de me documenter sur l'histoire de la psychiatrie afin de comprendre comment on en était arrivé là. Je découvrais que l'hôpital de Bonneval avait une histoire particulière : le Dr Ey était un « grand » psychiatre qui avait fait de Bonneval un hôpital pilote après la seconde guerre. Je m'interrogeais alors : A quoi pouvait ressembler un hôpital pilote en psychiatrie dans les années 1950 ? Travaillant sur un projet de DEA, je rencontrais le sociologue Patrice Pinell qui a beaucoup travaillé sur la médecine, et qui m'invitait à travailler sur cet objet et me donnait quelques pistes pour mieux comprendre ces évolutions. La psychiatrie serait traversée par deux tendances : une dé-psychiatriation de l'hôpital psychiatrique et une psychiatriation du social. Je décidais donc de faire une recherche sur l'histoire de cet hôpital afin de comprendre les évolutions de la psychiatrie.

¹ Je suis allée à l'hôpital Henri Ey tout à fait par hasard. J'étais amie avec le fils du directeur ce qui m'a permis d'obtenir ce travail saisonnier.

² Les initiales des noms et prénoms des personnes interrogées ont toutes été modifiées afin de garantir leur anonymat.

L'hôpital psychiatrique de Bonneval a été créé en 1861³, dans les murs d'une ancienne abbaye cistercienne⁴. Bonneval est une ville du sud de l'Eure et Loir, située à une trentaine de kilomètres au Sud de Chartres, la préfecture du département, dans une zone rurale et agricole : la Beauce. Jusqu'en 1930, un seul psychiatre, médecin - directeur officie à Bonneval, pour environ 600 malades. C'est l'asile public départemental où les fonctions de « *gardiennage* » et de maintien de l'ordre public semblent l'emporter sur la dimension médicale (les asiles prennent malgré cela le nom d'hôpitaux psychiatriques en 1937). Un changement va intervenir en 1931 avec l'arrivée du Dr Picard, comme médecin directeur, et la création d'un second poste de psychiatre en 1933. Le Dr Picard fait venir son ami, le Dr Ey⁵, qu'il a

³ En théorie, la loi du 30 juin 1838 oblige chaque département à avoir un hôpital psychiatrique. Auparavant, le traitement des aliénés ne se faisait pas dans des « établissements spéciaux. » (Voir à ce sujet Foucault (Michel), Histoire de la folie à l'âge classique, Gallimard, 1972). Toujours est-il que l'application de cette loi va être très lente, ainsi, en 1974, seulement 44 départements sur 88 sont pourvus d'asiles. Voir à ce sujet « la pseudo-application de la loi » P.233- 241, Castel (Robert), L'ordre psychiatrique. l'âge d'or de l'aliénisme, Minuit, Le sens commun, 1976.

⁴ Cette abbaye est nationalisée au moment de la Révolution. Elle est ensuite vendue au Sieur Durarte et transformée en filature de coton et en fabrique de tapis. Devenu propriétaire de l'abbaye en 1828, le conseil général y établit une colonie agricole en 1945 pour enfants orphelins. L'ancienne abbaye est ensuite transformée en asile d'aliénés départemental en 1861. A ce sujet, voir les travaux de Faure (Henri), La colonie agricole qui précéda l'hôpital de Bonneval, commission des archives du CHS de Bonneval.

⁵ Henri Ey est l'une des figures emblématique de la psychiatrie de l'après guerre. Fils d'agriculteurs du Sud de la France et petit fils de médecin, il fait des études de médecine à Toulouse avant de monter à Paris, à St Anne, lieu central de la production du savoir psychiatrique de l'époque. Il y rencontre Lacan, Pierre Mâle, Julien Rouart et le Dr Picard pour ne citer qu'eux. Il passe le concours du cadre des médecins des hôpitaux psychiatriques de la Seine considérée comme « l'école normale supérieure de la psychiatrie. » Il sera l'un des initiateurs du premier congrès mondial de psychiatrie en 1950, secrétaire général du syndicat des psychiatres des hôpitaux publics, rédacteur d'un manuel de psychiatrie qui sera considéré comme la « bible » de la psychiatrie (Ey (Henri), Bernard (P.), Brisset (Charles), Manuel de psychiatrie, Masson, 1^{ère} édition, 1967.) Il produira une oeuvre théorique conséquente : Hallucinations et délire : les formes hallucinatoires de l'automatisme verbal, Paris, Alcan, 192 p., 1934, Etudes psychiatriques. Tome 1 : Historique - méthodologie - Psychopathologie générale, 1^o édition, Paris, Desclée de Brouwer, 296p., 1948. Etudes psychiatriques. aspects sémiologiques, tomeII, Desclée de Brouwer, 547p., 1950. La conscience, Paris, P.U.F., 439 p., 19. Livre Blanc de la psychiatrie française, Toulouse, Privat, 1966. T.2. Traité des hallucinations, 2 tomes, Paris, Masson et Cie, 1543 p., 1973. Des idées de Jackson à un modèle organo- dynamique en psychiatrie, Toulouse, Privat, Coll. Rhadamanthe, 308p. 1975. Stratification de la psychiatrie, Paris, Masson, 81 p., 1977

rencontré à l'internat de St Anne. Les deux médecins se répartissent les malades : le Dr Ey sera chargé du service des femmes, le Dr Picard du service des hommes. Le Dr Ey va commencer à faire évoluer ce qu'il nomme « *le prototype du pire service asilaire*⁶ » : formation des infirmières, thérapeutiques actives, suivi personnalisé des malades.... Les changements mis en oeuvre vont être interrompus par la guerre, Bonneval est en zone occupée, une partie de l'hôpital est réquisitionnée par les allemands, et la famine, comme dans la plupart des hôpitaux psychiatriques de l'époque, fait des ravages⁷. La guerre terminée, Bonneval va rapidement évoluer dans un contexte où la psychiatrie se transforme au niveau national. Le Dr Ey signe un accord avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la région parisienne⁸ et le Préfet de l'Eure-et-Loir afin de faire de Bonneval un CTRS- Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale -comme deux autres hôpitaux de l'époque : celui de Le Guillant à Villejuif et de Bonnafé à Ville Evrard. Ce statut lui permet d'obtenir des financements pour les salaires d'un médecin assistant, de deux internes, d'une assistante sociale, d'augmenter le nombre d'infirmières et de réaliser des travaux visant à humaniser les conditions de vie des malades. En 1952, une thérapeutique révolutionnaire est inventée : le premier neuroleptique, le Largactil. En 1970, le Dr Ey quitte Bonneval. A la même date, un autre changement secoue l'hôpital : c'est la sectorisation⁹. Le département est alors découpé en quatre secteurs de 70 000 habitants. Le secteur A sera rattaché en 1976 à l'hôpital général de Dreux, dans le Nord du département. Les trois autres secteurs B, C, et D, seront respectivement dirigés par les Dr Baron, Fournier et Le Borgne, et ce jusqu'à la fin des années 1990. A ce découpage territorial s'ajoute la mise en place progressive durant les années 1970 et 1980, des dispositifs de prévention, de post cure et d'alternatives à l'hospitalisation que sont les dispensaires, les clubs thérapeutiques et les hôpitaux de jour... A la même époque, les contraintes économiques vont transformer l'hôpital : fermeture de lits, emplois moins qualifiés (agents des services hospitaliers, aide soignantes) remplacent les infirmières... A la fin des années 1990, une crise secoue l'hôpital : celle du recrutement des médecins psychiatres. Certains secteurs qui fonctionnaient avec six psychiatres jusqu' au milieu des

⁶ P. 7: Ey (Henri), Le centre de traitement et de réadaptation sociale de l'HP de Bonneval de 1934 à 1955, Notes et documents de la FNOSS, 1960, 3/4

⁷ Voir à ce sujet : Faure (Henri), Les événements de la guerre, commission des archives du CHS

⁸ A cette époque les régions actuelles n'existent pas et le département de l'Eure et Loir est rattaché aux départements de la Seine. Bonneval fait donc encore partie à cette époque de la « région parisienne », ce qui permet d'expliquer son développement. Par la suite, l'hôpital sera rattaché à la région Centre, ce qui sera une des causes du « déclin » de l'hôpital.

⁹ La politique de sectorisation est instituée par la circulaire du 15 mars 1960

années 1990 (un médecin chef, deux praticiens hospitaliers et deux ou trois internes) fonctionnent avec un seul psychiatre au début des années 2000. Le diplôme d'infirmier psychiatrique disparaît en 1992. Les références théoriques se transforment : l'usage du médicament devient la thérapeutique dominante, et les thérapies dites « brèves » sont pratiquées à Bonneval depuis quelques années. Dans le même temps, la politique de diminution du nombre de lits se poursuit et trois services d'admission sont transférés dans un nouvel hôpital à proximité du centre hospitalier général de Chartres. Il n'y a plus que 200 malades à Bonneval et ce n'est plus le lieu central de production du soin psychiatrique dans le département. Seuls demeurent à Bonneval un service d'admission, un service de gérontopsychiatrie, et les inter secteurs et le secteur médico-social qui sont des services d'hospitalisation de longue durée.

Il semble y avoir, depuis une quinzaine d'années, un retour à l'héritage de Henri Ey : création de l'Association pour la Fondation Henri Ey en 1995, réédition de ses ouvrages¹⁰, un hôpital psychiatrique construit dans le 13^{ème} arrondissement de Paris portera le nom du Dr Ey¹¹, édition d'ouvrages sur sa vie et son œuvre... et dans le même temps, une crise de la psychiatrie¹² : manque de lits, manque de psychiatres, disparition de cette « médecine

¹⁰ Schizophrénie. Etudes cliniques et psychopathologiques, (22 textes de Henri Ey consacrés aux psychoses schizophréniques, en particulier les textes de l'EMC, réunis par J. GARRABE), Préface J. GARRABE, Les Empêcheurs de penser en rond, Institut Synthélabo, 429p, 1998. "La folie de Don Quichotte" (1966), "La corrida et l'esthétique de la violence" (1968), "A donde vas? a los toros!!!" (inédit), "Le vin des Aspres" (1977), in "HENRI EY (1900-1977) un humaniste catalan dans le siècle et dans l'histoire". Avec des textes de Ch. ALEZRAH, P. BELZEAUX, Ch. DURAND, R.M. PALEM, Ph. PRATS, J.C. SEMPE et des photos d'archives, Ed. Trabucaire, Canet-Perpignan 1997. Les rapports de la neurologie et de la psychiatrie (Colloque de Bonneval, 1943, avec J. de AJURIAGUERRA et H. HECAEN), Réédition 1998, avec Préface J.C. COLOMBEL et R.M. PALEM, Paris, Hermann, 1998 Estudios sobre los delirios, Presentacion J. GARRABE (Evocacion de Henri Ey) et H. CASAROTTI (La aportacion de Henri Ey al diagnostico de la psicosis delirante), Fundacion archivos de Neurobiologia, Ed Triacastela, Madrid, 199p, 1998. Hallucination et délire (Alcan, 1934), L'Harmattan, 1998

¹¹ Hôpital construit porte de Choisy à Paris.

¹² Livre Blanc sur la santé mentale juin 2001, Etats généraux de la psychiatrie les 5-6-7 juin 2003 à Montpellier : *« Depuis des années se développent désarroi, sentiment d'impasse, malaise, nostalgie... Plus aucun doute : la psychiatrie est en crise. Longtemps silencieuse et souterraine, cette crise éclate aujourd'hui au grand jour. Elle touche tous nos modes d'activité : public, privé, universitaire et médico-social. Mais d'où vient-elle ? Que pouvons-nous en dire ? Comment agir ? Partout dans nos réunions, dans nos services, nos cabinets, nos institutions, persistent ces mêmes interrogations. Au carrefour du champ social, notre discipline est traversée par des forces contradictoires ou paradoxales qui la dépassent et font voler en éclats les limites de son champ de compétences et d'interventions. Alors, au moment où la demande explose et les listes d'attente s'allongent,*

spéciale »... Ce personnage semble le représentant d'un « âge d'or » de la psychiatrie, en période de « décadence ». J'ai décidé d'aller voir de près l'évolution de l'hôpital de Bonneval où travaillait le grand docteur afin de comprendre les fondements (ou l'absence de fondement) de ces deux mythes. Je vais essayer de regarder de près comment les malades y vivent et comment ils y vivaient...en un mot : comment a évolué la vie quotidienne des malades et la prise en charge thérapeutique à l'hôpital de Bonneval entre 1950¹³ et 2004 ?

comment réinsérer quand le tissu social se désagrège ? Comment reconstruire du lien quand la relation inter-individuelle s'inscrit dans l'instant plutôt que dans l'histoire ? Où retrouve-t-on les malades que l'hôpital ne peut plus accueillir quand l'ambulatorie s'essouffle ? En prison, dans les MAS, aux urgences, au SAMU social, dans les gares ? Face à cette flambée, l'incohérence entre les discours et les actes est manifeste : comment améliorer la qualité des soins alors que les budgets stagnent et que les professionnels manquent au point de ne plus pouvoir répondre ? Comment placer les troupes au front de la misère sociale, quand les rangs se dispersent ? Le psychiatre est partout convoqué : par le ministère, les médias, les institutions... Mais où est la psychiatrie ? Dans la psychiatrisation à outrance des problèmes sociaux ? Dans une organisation protocolaire des soins ? Dans une réponse pénale à la maladie mentale comme aux Etats Unis ? Dans les manuels des classifications internationales ? Dans le déni, finalement, du fait psychopathologique ? Il est grand temps, dans ce tourbillon délétère, que soient réaffirmées nos valeurs : celles sur lesquelles se fondent notre clinique, nos pratiques, notre métier de psychiatre, d'infirmier, de psychologue. Il est grand temps d'exiger les conditions nécessaires de création, d'indépendance, de temps, de maîtrise de l'organisation institutionnelle pour offrir à chacun de nos patients un cheminement thérapeutique personnel vers un mieux-être, vers une plus grande liberté. Pourtant, là où le soin ne peut s'appuyer que sur une relation de confiance, il n'est plus question que de contraintes, d'obligations, d'encadrements, de contrôles, d'évaluations, de «transfert des compétences». Trop maladroite, la visée gestionnaire légitime mais inadaptée pourrait bien mener à une issue fatale. Nous en sommes là.

Il n'y a pourtant pas de fatalité. Nous devons nous faire entendre et rappeler que les traitements, les possibilités de réponses à la souffrance psychique n'ont jamais été aussi efficaces et diversifiés. Mais jusqu'à quel point la psychiatrie est-elle elle-même poreuse aux conceptions sociales, aux influences politiques ? A force de compromis, de recherche d'attitudes consensuelles, nos convictions reculent, le modèle médical gagne, l'explication sociologique est partout, la recherche du sens se dévalue au profit du seul comportement. Perdons-nous notre âme ? Il nous faut ré-agir ! Nous réapproprier la théorisation, le projet de soins, l'innovation de la pensée ! Nous appuyer sur les formidables acquis de la psychiatrie française pour résister aux réductionnismes de tous bords : scientistes, sociaux ou politiques. Faire émerger les axes d'une refondation. Il s'agit tout simplement de notre éthique, de notre dignité, de notre responsabilité envers les patients ! C'est collectivement que nous devons nous interroger et interroger les pouvoirs publics. Constaté, débattu, élaboré, décidé pour notre discipline : tels sont les objectifs ambitieux que nous nous fixons.

UN EVENEMENT SE PREPARE ! Organisons tous ensemble Les Etats Généraux de la Psychiatrie. »

¹³ Il aurait pu paraître plus logique de commencer l'étude en 1933, date de l'arrivée du Dr Ey à Bonneval, mais les contraintes temporelles du mémoire de DEA ne me le permettaient pas. De plus, les transformations de

Un certain nombre d'auteurs ne partagent pas l'idée d'une crise de la psychiatrie, mais voient dans l'histoire de la psychiatrie, l'histoire des progrès d'une science : « *La psychiatrie a toujours eu, comme nous le rappelle son histoire, une évolution faite à la fois de continuité et de ruptures, mais, en définitive, elle a, depuis son origine, toujours avancé dans la voie du progrès.*¹⁴ » Dans quelle mesure peut-on parler d'humanisation de l'asile puis de l'hôpital de Bonneval entre 1950 et 2004 ? Quelles sont les ruptures, les évolutions dans ce processus au cours de l'histoire de cet hôpital ?

Humanisation : « action de rendre conforme à la nature humaine », la notion de nature humaine étant davantage philosophique que sociologique, nous préférons le concept sociologique de « rôle social. » Comment a évolué le rôle social du malade au sein de l'hôpital ? Les personnes qui peuplent (et peuplaient) l'hôpital sont-elles des aliénés, des reclus, des déviants, des malades mentaux, des malades... ? Quels sont (et étaient) leurs attributs ? Nous partons du principe que ce rôle social est en partie produit par les structures institutionnelles, où pour reprendre les catégories forgées par Goffman dans Asiles¹⁵, l'*institution totale* modèle la figure du *reclus*. Si ces concepts forgés par Goffman permettent en partie d'étudier l'hôpital de Bonneval dans les années 1950, il semble que ce modèle ne permette plus d'étudier la réalité de l'institution psychiatrique aujourd'hui. Ce sont donc les variations, les transformations de cette institution totale que nous allons étudier, et par conséquent, les transformations de la figure du reclus¹⁶. Nous serons également attentifs aux différents rôles sociaux qui co-existent au sein de l'hôpital en mettant en évidence la non-homogénéité de l'institution psychiatrique qui se lit dans le découpage de l'hôpital en différents services.

l'hôpital vont s'accélérer après la guerre, les changements amorcés avant 1939 étaient assez minimes, ce qui justifie ce découpage chronologique.

¹⁴ P. 240, Pichot (Pierre), Un siècle de psychiatrie, Synthélabo (Collection les empêcheurs de penser en rond)

¹⁵ Minuit, 1968

¹⁶ Ce parti pris théorique peut être contestable, si c'est l'institution qui produit l'individu, on pourrait penser au contraire que l'individu produit l'institution, c'est-à-dire que l'hôpital répond à une demande sociale, celle du malade. Étant donné la faiblesse des ressources sociales des malades des institutions psychiatriques, l'absence d'associations de malades jusqu'à la fin des années 1990, il est difficile de penser que l'institution psychiatrique ait été le produit des intérêts des malades. Cette institution construit au contraire des individus conformes à ses intérêts (celle des psychiatres et des administrateurs.) On peut cependant penser que l'individu contribue à la construction des structures en les ayant incorporé sous forme d'*habitus* et les malades les plus dotés en capital social et économique puis les associations de malades, influencent le fonctionnement de l'hôpital.

Mais nous nous situons également à un autre niveau d'analyse : comment cette institution se construit et se transforme-t-elle ? Une institution comme Bonneval est le produit des rapports de force entre différents acteurs et institutions qui font partie du champ médical (et du sous champ) psychiatrique¹⁷. Nous tenterons de montrer comment se produit cette institution à partir du contexte législatif, des contraintes économiques et du personnel qui l'investit. C'est-à-dire que nous ne nous placerons pas exclusivement du côté de la figure du reclus, mais également du côté de l'institution.

L'histoire de la psychiatrie semble largement monopolisée par les professionnels du champ : des psychiatres pour la plupart, et quelques infirmiers. Les quelques historiens contemporains qui s'intéressent à la question se penchent sur la période de la guerre. Quant aux sociologues, Robert Castel est l'un des seuls à s'être penché sur le sujet (Le psychanalyse (1973), L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme (1976), La société psychiatrique avancée : le modèle américain (1979), La gestion des risques.(1981)) Il y a bien sûr, l'incontournable Michel Foucault, qui n'est pas sociologue, et qui s'arrête au XIXème siècle (Histoire de la folie à l'âge classique (1972), Le pouvoir psychiatrique (cours au collège de France de 1973- 1974 publiés en 2003.) L'histoire faite par les professionnels du champ n'est cependant pas à opposer à une approche sociologique. Très nombreux, ils portent souvent sur les psychiatres (Ayme, Brisset), les infirmiers (Gentis) les politiques publiques de santé mentale (Jaeger¹⁸) peu d'ouvrages sont écrits sur la situation des malades proprement dits, ces derniers étant réduits à l'approche clinique. Un seul, un sociologue, aborde de façon sérieuse la situation de ceux qu'il appelle les «reclus », c'est Irving Goffman dans Asiles. Mais sa perspective n'est pas historique, puisque son étude porte sur un moment précis de l'hôpital Ste Elizabeth : de l'automne 1954 à la fin 1957. Les monographies historiques d'hôpitaux psychiatriques sont rares, ce sont tantôt des thèses d'étudiants en médecine, ou des ouvrages « patrimoines » réalisés par le service communication de l'hôpital psychiatrique, souvent description chronologique des faits marquants de la vie de l'hôpital.

Etant donné le peu d'ouvrages de « sociologie de l'institution psychiatrique », les ouvrages des professionnels du champ seront donc largement utilisés. Ce qui n'est pas sans poser de problèmes : problème de rupture avec le sens commun, soumission aux problématiques du champ et intériorisation des règles du jeu du champ.

¹⁷ Cette approche en terme de « construction sociale » emprunte à celle de Rémi Lenoir dans son chapitre article « objet sociologique et problème social » de l'ouvrage : Champagne (Patrick), Lenoir (Rémi), Merllié (Dominique), Pinto (Louis), Initiation à la pratique sociologique, Dunod, Paris, 1999

¹⁸ Voir la bibliographie à la fin du mémoire

Les approches théoriques sont, pour Castel et Foucault, proches d'une lecture en terme de contrôle social. Castel se place à un niveau global (l'étude du dispositif institutionnel asilaire et post- asilaire¹⁹) quand Foucault décrypte les relations aliénistes- patients²⁰. Goffman quant à lui se situe à un niveau micro - sociologique, il est attentif aux interactions mais est davantage attentif à la vie clandestine de l'institution qu'à la dimension totalitaire de cette dernière. Quant aux écrits des psychiatres, ce sont davantage des réponses aux problèmes concrets posés par la psychiatrie : des ouvrages de psychiatres ou infirmiers engagés dans l'action politique, syndicale, professionnelle... Mon approche empruntera aux analyses de Castel et Foucault, car il me semble indispensable d'aborder cette question sous l'angle du contrôle social, puisque le fou interroge l'ordre public (les hospitalisés d'office le sont pour «troubles à l'ordre public »), mais aussi l'ordre social (le malade est aussi un exclu), et culturel (il interroge la raison). Mais l'institution psychiatrique n'est pas monolithique, il n'y pas un dessein unique de contrôle social. La psychiatrie dans la seconde moitié du 20^{ème} siècle, c'est aussi des psychiatres soucieux du soin des malades, des tentatives pour « casser l'asile », des réflexions sur les thérapeutiques... L'hôpital psychiatrique « guérit » les malades, soulage les souffrances, et contrôle la déviance ; Comme le disait Durkheim à propos de la société qui « soutient et contraint », l'hôpital est un lieu de soin et de contrôle, ou comme le montrait Bourdieu à propos de l'école : instance de (re)production de l'ordre social, et pourtant ardent défenseur de l'école publique. Bref, l'hôpital doit être étudié avec toutes ses nuances. Ces nuances se lisent dans les inégalités de traitement des patients et leur répartition entre les différents services. Mais aussi dans les tensions, les évolutions contradictoires : des volontés de transformation de l'hôpital, des enjeux de reconnaissance professionnel, des contraintes budgétaires liées au contexte social, économique et politique.

Le plan est chronologique, trois périodes semblent se détacher. Les années 1950-1970, amorcées par l'obtention par l'hôpital du statut d'hôpital pilote. Les années 1970-1990 qui commencent par le départ du Dr Ey et à la mise en place du secteur. Les années 1990- 2004 qui voient disparaître le métier d'infirmier psychiatrique (en 1992), et la remise en cause du secteur. Chacune de ces trois parties sera découpée de la même manière. Dans un premier temps, nous tenterons de décrire les différences entre les services de l'hôpital : l'institution n'étant pas homogène, elle produit des rôles sociaux qui ne le sont pas. Ensuite,

¹⁹ Castel (Robert), *L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme*, Minuit, Le sens commun, 1976. Castel (Robert), *La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse*, Minuit, Le sens commun, 1981

²⁰ Foucault (Michel), *Le pouvoir psychiatrique*, Hautes études, Gallimard Seuil, 2003

nous serons attentive à la dimension médicale de cette institution à travers l'étude des thérapeutiques, et des relations soignants- soignés. Enfin, nous aborderons la dimension plus sociale de l'institution. On ne vient pas à l'hôpital que pour y être soigné, on y vit, on y mange, on y dort, on y tisse des relations sociales. A chaque fois, nous tenterons de nous référer au contexte législatif, économique et professionnel afin d'expliquer ces évolutions.

Trois méthodes d'enquêtes ont été utilisées lors du travail de terrain : les entretiens, le travail sur documents, l'observation. Une première série d'entretiens exploratoires assez peu directifs a été faite entre février et avril 2004 afin de construire la problématique. Une seconde série d'entretiens, beaucoup plus directifs, a été réalisée entre mai et juillet 2004, ils visaient davantage à vérifier les hypothèses qui avaient été construites au préalable. Ces entretiens ont été réalisés auprès de psychiatres et d'infirmiers ayant travaillé aux différentes époques et dans les différents services de l'hôpital²¹. Un travail sur les archives de l'hôpital a été effectué. Deux types de documents ont été largement étudiés : les rapports d'activités administratifs et médicaux, et le journal interne de l'hôpital. Des observations ont été faites lors des entretiens qui se faisaient sur le lieu de travail (pour la période actuelle) et un emploi saisonnier en tant qu'ASH- Agent des Services Hospitaliers, en août 2003 m'a permis d'observer le fonctionnement quotidien d'un service.

²¹ Une cinquantaine d'entretiens, plus ou moins longs, plus ou moins directifs, ont été réalisés au total, avec : des infirmier(ère)s (surveillants, ergothérapeutes (2), formateurs à l'école d'infirmier(2)) et des psychiatres. Mais également : des assistantes sociales (3), des psychologues (2), le cordonnier de l'hôpital, l'aumônière, l'ancien président de l'UNAFAM, la responsable d'une association d'aide aux handicapés psychiques, une sœur de l'ordre de St Paul de Chartres.

Première partie

1950- 1970 : De l'aliéné... au malade mental

« J'ai commencé le 14 décembre 1950, un matin à 6h, quand on connaît pas les lieux c'est plutôt impressionnant, tout était fermé. Fermé. Bouclé. Les portes étaient énormes. A l'époque y'avait des malades pas faciles, y'avait pas beaucoup de traitements. Pour ainsi dire rien. Y'avait rien comme médicaments. On leur donnait un peu de Sédobrol. C'est comme le Viandox. On mettait ça dans leur soupe mais ça calmait rien du tout. et c'est tout ce qu'on avait. Un petit peu de bromure pour les plus agités et c'est tout. J'étais dans un service d'entrantes donc y'avait un peu de tout. On a vécu comme ça jusqu'en 1951- 1952 » (Mme K., entrée à l'hôpital au début des années 1950.)

Ainsi peut on décrire le « prototype du pire service asilaire²² » auquel le Dr Ey, «humaniste catalan²³ », médecin chef au secteur des femmes de l'hôpital de Bonneval, aurait mis fin en le transformant en hôpital moderne. Il semble en réalité qu'il n'y ait pas de rupture si nette entre l'avant et l'après Ey mais bien des évolutions très inégales en fonction des différents services de l'hôpital. (A) Il n'en demeure pas moins que deux révolutions médicales vont secouer l'asile : les techniques de choc des années 30 et les neuroleptiques des années 1950. Alors qu'à la même époque, une génération de psychiatres réformateurs²⁴, à laquelle appartient le Dr Ey, va investir l'hôpital psychiatrique, et que, dans le même temps, les infirmiers vont remplacer les gardiens d'asile²⁵. (B) L'hôpital psychiatrique n'est pas une institution exclusivement médicale, c'est aussi et surtout une institution sociale, qui va se

²² P. 7 : Ey (Henri), Le centre de traitement et de réadaptation sociale de l'HP de Bonneval de 1934 à 1955, Notes et documents de la FNOSS, 1960, ¾

²³ Du nom du titre d'un ouvrage Alezrah (Charles), Belzeaux (Patrice), Durand (Charles), Palem (Robert), Prats (Philippe), Sempé (Jean-Claude), association pour la fondation Henri Ey Henri Ey (1900- 1977), un humaniste Catalan dans le siècle et dans l'histoire, Editorial Perpinya, 1997

²⁴ Une première génération de psychiatres réformateurs se constitue dans les années 1920 influencée par les découvertes de l'inconscient. Ils se dégagent du modèle organiciste dominant de l'époque, ils constituent le groupe de l'Evolution psychiatrique. Une seconde génération se construit après la guerre, influencée par le marxisme, dont Tosquelles, militant communiste, fondateur du POUM pendant la guerre d'Espagne, Lucien Bonnafé et Georges Daumézon sont les figures emblématiques.

²⁵ L'arrêté du 26 mai 1936 transforme les gardiens d'asile en infirmiers psychiatriques

transformer, influencée par le mouvement de psychothérapie institutionnelle, se distanciant peu à peu du modèle de l'institution totale²⁶ et du modèle carcéral (C)

A- Des rôles de malades diversifiés : services dominés/ services dominants²⁷

Tous les malades mentaux ne viennent pas à l'hôpital psychiatrique²⁸, certains restent dans leur famille, d'autres sont soignés dans les cliniques privées, les hôpitaux généraux ou les institutions médico-sociales. Comment s'effectue la répartition des malades entre ces différentes institutions ? Il semble que l'hôpital psychiatrique soit une institution dominée²⁹ dans la prise en charge des malades mentaux, accueillant en grande majorité des personnes

²⁶ Expression forgée par Goffman (Erving), Asile. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux Minuit, 1968

²⁷ L'étude de l'hôpital en tant qu'institution ayant des services dominés et dominants est proche d'une analyse en terme de champ. On retiendra la définition du chapitre « Quelques propriétés des champs » dans Bourdieu (Pierre) Questions de sociologie, Minuit, 1984. On peut résumer un champ ainsi: un champ est un champ de forces et de luttes entre des agents et des institutions. Ces luttes sont régies par un certain nombre de règles et d'intérêts au jeu, ainsi que par des capitaux spécifiques. Ainsi, dans un hôpital, les professionnels sont dotés de différents capitaux- capital scolaire, médical, ainsi que les malades- capital « médical », social, économique... La situation de chaque acteur au sein de l'hôpital dépend de la distribution du capital entre les différents agents et des règles du jeu au sein de l'hôpital (lui-même appartenant au champ médical). Une personne fortement dotée en capitaux spécifiques sera dans une position dominante dans un champ donné.

²⁸ Et toutes les personnes d'un hôpital psychiatrique ne sont pas des malades mentaux.

²⁹ Nous n'avons pas fait d'étude spécifique sur le cas de Bonneval mais certaines études sur ce thème semblent démontrer cet état de fait. Et notamment : Antoinette Chauvenet dans Médecine au choix, médecine de classe, Paris, PUF, 1978. L'auteur montre comment quelle que soit l'affection dont ils souffrent, les cadres et membres des professions libérales ont davantage de chance d'être traités dans les services spécialisés des CHU, tandis que les ouvriers agricoles et les cas sociaux avaient davantage de chance d'être traités dans les hôpitaux locaux, les hôpitaux psychiatriques et les hospices. Ou encore : A.B. Hollingshead et F.C. Redlich, *Social class and mental illness*, New York, Wiley, 1958, traduit dans l'ouvrage de Herzlich (Claudine), Médecine, maladie et société, Paris, La - Haye, Mouton, 1970. Les auteurs montrent que les malades soignés en institutions psychiatriques publics aux Etats- Unis appartiennent aux catégories sociales les plus basses. Egalement : Markos Zafiroopoulos, dans son ouvrage Les arriérés : de l'asile à l'usine, Payot, Paris, 1981 distingue trois filières, la FA- filière asilaire (qui correspond à l'hôpital psychiatrique), la FPP filière pédagogique- productive (IMP, IMPro et CAT), la FF, filière familiale. Il montre, à partir d'un échantillon de 1000 personnes que ces trois filières sont relativement imperméables et que l'accès dans l'une ou l'autre de ces filières ne dépend pas tant de variables médicales mais davantage de variables sociales et que la Fpp semble être la filière « dominante » dans la prise en charge du handicap mental. Il montre comment pour les enfants, dans les années 1970, l'hôpital psychiatrique est la filière « repoussoir » face aux IME- IMPro- CAT en train de se construire.

appartenant aux classes populaires. Mais l'hôpital n'est lui-même pas un bloc unifié, quelques 800 malades sont répartis en différents services et secteurs. On cherche dans ce travail à comprendre comment l'institution fabrique un rôle de malade. Mais l'institution est-elle homogène, ne fabrique-t-elle pas différents rôles de malades en fonction des services ? Si tel est le cas quelles sont les caractéristiques de ces différents rôles ? Comment s'explique la répartition des malades entre les différents services et les inégalités de traitement ? Des contraintes internes à l'établissement permettent-elles d'expliquer cet état de fait ? Ou au contraire des contraintes liées au fonctionnement du champ médical et du sous champ psychiatrique ?

A1 Secteur homme/secteur femme : service d'aliénés/ service de malades

L'hôpital est séparé en deux secteurs : les hommes d'un côté, et les femmes de l'autre. Cela se traduit au niveau géographique par une organisation symétrique de l'hôpital, l'axe de symétrie constituant une frontière étanche entre les deux secteurs. Lors des entretiens³⁰, les deux secteurs sont quasi systématiquement opposés : *« Le secteur homme, c'était le cauchemar d'un jeune interne sans expérience de la maladie mentale... c'était une psychiatrie du XIXème siècle, à peine évoluée, les malades étaient enfermés, on leur disait à peine bonjour. J'étais assez mal à l'aise, c'était très déprimant comme psychiatrie. Y'avait beaucoup de distance avec les malades (...) Alors qu'au secteur femme, ils étaient déjà dans le soin. »* (M. J, interne au service du Dr Picard dans les années 1950)

Le secteur homme, c'est l'asile, *« un lieu exclusif de gardiennage, terrain désolé pour une gestion purement administrative de la déviance³¹ »* : les services sont sordides, sales, peu meublés et rénovés tardivement. Le médecin est un « classique », prenant en compte presque exclusivement la dimension organique de la maladie, un « pessimiste », pensant que les malades ne guériraient jamais. C'est une psychiatrie asilaire, qui accueille des aliénés, souvent considérés comme incurables, dans des services fermés.

³⁰ Entretiens réalisés avec des infirmiers et des psychiatres ayant travaillé à l'hôpital dans la période des années 1950- 1970

³¹ Robert Castel cité dans l'article « Asile » de F. Gros du dictionnaire de Postel (Jacques), Dictionnaire de la psychiatrie, Larousse, 2003

Le secteur femme est à l'avant-garde, il obtient le statut d'hôpital pilote³² en 1949 : les bâtiments sont rénovés progressivement, le taux d'encadrement est multiplié par deux en dix ans. Un service libre est ouvert en 1949. Le médecin pratique des thérapeutiques actives, mettant la guérison au centre de son projet. Les personnes accueillies sont des malades potentiellement « guérissables », considérées comme des personnes à part entière, dans leur dimension tant organique que psychologique. Comment expliquer ces différences ?

Dr Ey / Dr Picard : médecin aliéniste/médecin psychiatre

Les différences entre ces deux services sont systématiquement expliquées par le caractère des médecins, en caricaturant, le Dr Ey était « *catalan, généreux, humaniste, emporté et timide à la fois* » et le Dr Picard était « *français, mince, lettré, étriqué, en costume trois pièces* » (Expressions du Dr K., interne au service du Dr Ey au début des années 1950) Quels éléments, dans leur trajectoire sociale ou dans leur position institutionnelle, permettent d'expliquer ces différences³³ ? Picard et Ey ont un parcours universitaire et professionnel très proche dans leurs débuts. Tous deux nés en 1900, ils sont internes à St Anne en 1922, dans la même promotion que Pierre Male et Lacan. Ils sont tous deux reçus au concours de l'internat de la Seine, considéré comme « l'école normale » de la psychiatrie de l'époque. Picard est nommé médecin directeur à Bonneval en 1932. Un second poste de médecin est créé et il fait venir son ami Henri Ey à Bonneval dès 1933. Les deux hommes se partagent l'hôpital, le Dr Picard sera médecin directeur et médecin chef du service des hommes, et le Dr Ey médecin chef chez des femmes. Dans les premiers temps, les deux jeunes médecins sont assez proches,

³² Statut d'hôpital pilote ou CTRS -Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale- qu'il partage à l'époque avec seulement deux autres services en France, celui de Sivadon à Ville Evrard et de Louis Le Guillant à Villejuif. Il s'agit d'un statut obtenu à la suite d'un contrat passé entre la Sécurité Sociale et le département de l'Eure et Loir, permettant d'engager des travaux de rénovation et d'aménagement immobilier estimés à un devis de 48 000 000 francs, financés pour 20% par le Ministère de la Santé Publique, 25% par la CRAM de Paris et un prêt consenti par la CRAM au département de l'Eure et Loir. Un médecin assistant serait adjoint au service des femmes, une assistante sociale, et des internes (dont le recrutement serait soumis à la commission consultative prévue par la convention.) Voir à ce sujet : Ey (Henri), Rappart Berchtold (Raymonde), Igert (Claude) Le centre de traitement et de réadaptation sociale de l'HP de Bonneval de 1934 à 1955, Notes et documents de la FNOSS, 3^{ème} et 4^{ème} trimestre 1960.

³³ Nous suivons en cela la démarche de Durkheim « *il faut expliquer le social par le social* » et non par la personne singulière, par nature indépendante du social.

ils signent des articles scientifiques³⁴ ensemble dans les années 1930, et se rendent mutuellement hommage dans les rapports d'activité adressés au préfet.³⁵ Mais l'épisode de la guerre va profondément séparer les deux hommes. Ey, homme de droite et catholique, fut un temps « *illusionné par Pétain*³⁶ », mais il s'engagera dans les Forces Françaises Libres en 1944, au moment de la libération. Le Dr Picard, lui, collaborera activement au régime de Vichy. Il aurait échappé de peu à l'épuration, sauvé in extremis par le Dr Ey³⁷. Toujours est il que le ton change entre les deux hommes après la guerre, ils n'écriront plus d'articles ensemble et les rapports d'activités seront l'occasion de règlements de compte réciproques³⁸. Dans un univers où les psychiatres des hôpitaux psychiatriques sont fortement marqués à gauche³⁹, on peut penser que la marginalisation de Picard, est en partie liée à ses positions politiques pendant la guerre. La position institutionnelle des deux hommes au sein de l'hôpital permet également d'expliquer leurs oppositions et leur engagement différencié au sein de leur service respectif. Le Dr Picard est médecin directeur, c'est un médecin, certes, mais surtout un administrateur et un gestionnaire. Le Dr Ey, quant à lui, est médecin responsable du service des femmes. Il donne également un cours à St Anne chaque mercredi, entre 1935 à 1970⁴⁰,

³⁴ Le Dr Ey a signé trois articles avec le Dr Picard entre 1934 et 1936 : « *Avantage du projet de loi portant refonte du Code pénal dans le cas où la responsabilité pénale est atténuée* », annales médico- psychologiques, 1934, pp. 823-840 « *premiers résultats de quelques investigations généalogiques en Beauce* » congrès des médecins aliénistes et neurologistes, CR, p.352-456, 1936. « *Syndrômes striés hyperkinétiques, troubles mentaux* » congrès des médecins aliénistes et neurologistes, CR, P. 389- 398, 1936

³⁵ Ainsi, on peut lire, dans le Compte moral et administratif, et le rapport médical pour l'exercice de 1934 : « *je tiens à remercier chaleureusement le Dr Picard, médecin- directeur, de l'attention qu'il n'a cessé d'accorder à l'organisation de mon service. Qu'il soit assuré ici de mon entier dévouement* »

³⁶ Expression de Ayme (Jean) dans , Chronique de la psychiatrie publique à travers l'histoire d'un syndicat, Eres, 1995. Il y a quelques éléments sur la position du Dr Ey pendant la guerre dans le livre de Clervoy (op. cit.), dans le chapitre « les tourmentes de la guerre » P. 49 à 61

³⁷ Pour ce qui est du Dr Picard, je n'ai trouvé aucune trace écrite sur sa position pendant la guerre, je me fonde sur des recoupements de témoignages recueillis lors des entretiens réalisés avec des personnes qui ont travaillé avec le Dr Picard ou qui l'ont connu.

³⁸ Dans le compte moral de 1953 on peut lire « *Pour faire face aux nouveaux aménagements des locaux en cours, j'avais proposé un crédit de deux millions en matériel. Ce crédit a été réduit de 325 000 francs alors que le crédit alloué au service des hommes a été laissé à deux millions* » ou encore, par exemple, dans le compte moral de 1953 « *le Dr Ey est mal fondé à mettre en cause mon propre service* »

³⁹ Entre 1945 et 1955, Georges Daumézou, proche de la CGT, est secrétaire général du syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques.

⁴⁰ Cet enseignement, non reconnu par l'université, sera largement fréquenté par les psychiatres de l'époque.

publie un nombre d'ouvrages et d'articles considérables⁴¹ Il est membre de l'Evolution psychiatrique et dirige la revue de 1947 à 1971, fondateur de l'association mondiale de psychiatrie en 1961 ... Les intérêts des deux hommes, liés à leur position au sein du champ psychiatrique, vont être opposés. La gloire d'un médecin directeur, c'est son prix de journée et un budget excédentaire. Le Dr Picard s'enorgueillissait d'avoir l'un des prix de journée les plus faibles de France. Au contraire, le Dr Ey veut être à la tête d'un service de pointe, mener des expérimentations cliniques, attirer des « beaux cas », et pouvoir s'entourer d'internes et d'assistants étrangers que ses relations lui permettent de recruter. Il ancre ainsi ses prises de position et son engagement pour la transformation de la psychiatrie, dans une pratique effective. Ainsi, le Dr Ey avait tout fait pour que les travaux de rénovation soient réalisés en 1950, date du premier congrès mondial de psychiatrie à Paris. Il avait ainsi pu faire visiter l'hôpital de Bonneval aux invités. On voit que si l'un, de part sa position a intérêt à avoir un service actif et modernisé, l'autre a plutôt intérêt à freiner les dépenses, à se concentrer sur la dimension administrative, et, en tant que notable local, entretenir de bonnes relations avec le préfet et la préfecture, son administration de tutelle.

Gardiens d'asile/ infirmières

Un autre élément permet d'expliquer la différence entre les services hommes et femmes. Au service femme, les religieuses de l'ordre de St Paul de Chartres⁴² occupent les postes de surveillante chef et de surveillante, aussi bien dans les services médicaux que dans les services généraux. Or, ces religieuses⁴³ vivent à l'asile, elles dorment dans les services et sont présentes 24h sur 24h, excepté au moment des repas qu'elles prennent ensemble à la communauté, et pendant les prières, trois fois par jour. Elles ont souvent des horaires extensibles, n'ont pas de jours de repos ni de vacances (si ce n'est un jour par an, le jour de « la sortie des sœurs. ») N'ayant pas de familles et donc d'enfants à charge, elles peuvent s'investir plus que les infirmière(s) dans la vie de l'hôpital. Ensuite, leur socialisation

⁴¹ Voir pour une bibliographie complète et détaillée : le site internet de l'association pour la fondation Henri Ey

⁴² L'ordre des sœurs de St Paul de Chartres a été fondé à la fin du 17^{ème} siècle par l'abbé Louis Chauvet et Marie-Anne Tilly. Ces deux personnages fondateurs ont œuvré pour l'éducation des jeunes filles en formant des maîtresses d'école, dans la région de la Beauce. En 1727, les premières sœurs partent en Guyane. Cet ordre missionnaire est aujourd'hui présent dans le monde entier, et fut très présent en France dans le milieu hospitalier et dans l'enseignement.

⁴³ Je n'ai pu faire qu'un entretien avec une sœur ayant travaillé à Bonneval, sœur D., ayant travaillé entre 1967 et 1976.

religieuse (basée sur la discipline, le respect des horaires, la vie en collectivité...) les prédispose à diriger les services d'une façon assez stricte et rigoureuse. Ainsi, la kermesse⁴⁴ des hommes a toujours été beaucoup plus réussie que celle des femmes, en partie parce que les infirmiers pouvaient s'absenter des services pour préparer la fête, alors que cela aurait été impensable pour les infirmières, qui travaillaient avec les religieuses. Le ratio d'encadrement était plus élevé chez les femmes, ainsi, en 1952 par exemple, il y a 39 infirmiers hommes et 66 chez les femmes pour un nombre malades assez proche (310 chez les hommes, 332 chez les femmes.) Cette différence était liée au contrat avec la CRAM de Paris que le Dr Ey avait passé pour avoir du personnel en plus, mais aussi au fait que les religieuses n'étaient pas payées, elles travaillaient bénévolement (nourries, logées et blanchies aux frais de l'asile), ce qui allégeait le budget personnel et explique le ratio d'encadrement plus important chez les femmes.

Ensuite, le service des femmes est tenu par des infirmières, or à cette époque, le travail consiste essentiellement dans la prise en charge de la vie quotidienne : ménage, toilette des malades, préparation des repas... On peut penser que les femmes de part leur expérience de femmes au foyer, et en raison de la division sexuée du travail et de l'exploitation du travail domestique féminin par les hommes, sont compétentes et efficaces dans la réalisation de ces tâches. Cette socialisation familiale était parfois redoublée par les expériences professionnelles passées en tant que bonne à tout faire⁴⁵. De plus, dans les premiers temps de la transformation de l'asile, c'est essentiellement l'humanisation du cadre de vie qui va être centrale : services propres, meublés, décorés... Le service des femmes était semble-t-il plus propre et plus accueillant que celui des hommes. Or, la décoration intérieure et le ménage sont des tâches socialement féminines⁴⁶. En 1970, lors de la mise en place de la mixité dans les services une infirmière explique : « *On n'était pas trop d'accord de travailler avec les hommes, ils étaient crad'. Au début, ils ont voulu qu'on fasse le ménage, et eux ils faisaient*

⁴⁴ Chaque année, deux kermesses étaient organisées, l'une au service des hommes, l'autre au service des femmes. C'était un moment fort, l'un des rares moments où des personnes de l'extérieur pénétraient au sein de l'asile. Mais surtout, le service homme semblait « prendre sa revanche » sur le service femme, « *c'était la plus belle fête de la région* »

⁴⁵ Une des infirmières que j'ai pu rencontrer, Mme F. était employée de maison avant d'entrer à l'hôpital. Le métier d'infirmière était une façon d'échapper à la condition de paysanne et de bonne à tout faire. On peut donc faire l'hypothèse qu'il y avait une certaine proportion d'infirmière qui était dans ce cas.

⁴⁶ Si le Dr Ey attachait beaucoup d'importance à l'humanisation des conditions de vie, c'est sa femme, Renée Ey qui participera activement à l'ameublement et à la décoration des services.

les traitements. Ils voulaient pas faire le ménage. Il a tout de suite fallu mettre les choses au clair et mettre en place des roulements» (Mme R., infirmière entre 1950 et 1970) Ces dispositions sociales du genre féminin à l'entretien ne doivent cependant pas être surestimées, le secteur femme avait eu des moyens supplémentaires pour acheter des meubles et le ratio d'encadrement était plus important.

Il y avait donc une grande différence entre les deux services, ceci est en partie lié aux caractéristiques sociales des médecins et des infirmiers de chaque service, mais d'autres hypothèses peuvent être avancées : n'est ce pas également lié aux caractéristiques des malades ? Les femmes sont considérées comme plus fragiles (ceci étant lié à des éléments subjectifs : la supposée fragilité « naturelle » des femmes, mais aussi à des éléments objectifs : la double journée de travail des femmes), donc plus sujettes aux maladies mentales. Ensuite, les médecins de l'époque établissaient des liens entre les « humeurs » féminines, les cycles hormonaux, et les maladies mentales. S'il y avait plus de moyens au service femme, c'est peut être parce que les malades femmes étaient plus intéressantes⁴⁷ (non pas par essence mais dans les représentations des professionnels du champ.)

On voit donc ici que l'on ne peut considérer l'hôpital comme un bloc homogène, qu'il y a d'un côté, le secteur homme du Dr Picard et des infirmiers très proche de l'asile, et de l'autre, le secteur femme du Dr Ey, des religieuses et infirmières qui commence à ressembler à un hôpital psychiatrique moderne. Plus qu'une spécificité de Bonneval, il semble que derrière cette division de l'hôpital en deux secteurs se joue, en quelque sorte, la division de la psychiatrie. Malgré le discours officiel qui transforme les asiles en hôpitaux psychiatriques dès 1937, la présence de quelques hôpitaux et services pilotes comme celui du Dr Ey et les tentatives pour «casser l'asile », la position du Dr Picard est dominante à l'époque, et le dispositif asilaire perdurera encore longtemps. Cette opposition explique l'évolution que va prendre la psychiatrie : la persistance pendant longtemps d'une médecine asilaire, des services ou hôpitaux pilotes minoritaires, et une fuite en avant vers la psychanalyse en cabinets privés⁴⁸.

⁴⁷Ce n'est qu'une hypothèse qu'il faudrait vérifier, en regardant par exemple : les services pilotes existant en France étaient-ils en plus grande proportion féminin ? Lors des présentations de malades, les femmes étaient-elles plus souvent présentées ? Les articles décrivant des cas de malades parlent-ils plus souvent de malades femmes ? Pour quelles raisons ?...

⁴⁸ Ce n'est pas l'objet d'étude ici, mais la trop lente destruction de l'asile entraînera une fuite en avant vers la psychanalyse en cabinets privés et le développement de la pédopsychiatrie. Le parcours du Dr K. me semble à ce

Mais ni le secteur homme, ni le secteur femme ne sont homogènes, ils sont tous deux divisés en six services. L'organisation spatiale des deux secteurs est d'ailleurs quasiment identique et se déploie de façon symétrique. La partie principale de l'asile se situe dans le cloître ou « quadrilatère ». Quand on entre dans la cour du cloître, on a, à droite, le service des femmes, à gauche, les hommes, et en face, la chapelle. Chaque aile est divisée en quatre services : la section les travailleurs (euse)s, les chroniques, l'hospice, et la clinique. En dehors du cloître à une cinquantaine de mètres, sur la gauche, un grand bâtiment à l'architecture asilaire est séparé en deux et abrite le service des « agités ». De l'autre côté du Loir, en haut de la colline, à quelques deux cents mètres du cloître, se trouve le pensionnat, lui aussi séparé en deux. Nous allons désormais tenter de décrire ce qui distingue les six différents services au sein d'un même secteur : le service libre, la clinique, le pensionnat, le service des agités, le service des travailleurs, et l'hospice. Nous allons désormais nous interroger : qu'est ce qui différencie ces différents services ? Quels sont les critères de répartition des malades ? Comment expliquer ces divisions ?

A2 Les services dominants : la clinique, le service libre et le pensionnat

La clinique : le malade en cure.

La clinique (auparavant appelée infirmerie), c'est la vitrine de l'hôpital, le service de pointe, l'un des premiers à être rénové au début des années 1950 (il fut rénové une première fois en 1934 lors de l'arrivée du Dr Ey) au secteur femme, dans la convention avec la Caisse d'Assurance Maladie. Chez les hommes, c'est aussi le service de pointe : « *Je suis arrivé lors de l'inauguration de la clinique des hommes (en 1956), le premier service à peu près potable* » (Dr F., interne au service du Dr Picard) Il s'agit du service dans lequel la fréquence des visites des médecins sont les plus importantes (une visite quotidienne du médecin chef) et où le taux d'encadrement y est le plus élevé. Il y a en 1953, 12 infirmières (y compris les surveillantes religieuses) pour 39 malades, alors que dans le service des travailleuses, il y a 5 infirmières pour 51 malades. C'est à la fois un service d'admission, c'est-à-dire que l'on y accueille les nouvelles venues, et de cure, des malades d'autres services viennent s'y faire

titre paradigmatique. Il est interne au service du Dr Picard entre 1956 et 1957, « *parce qu'il n'y a pas de place chez Ey.* » Cette expérience le « *dégoûtera de la psychiatrie, qu'il trouve déprimante.* » Il décidera par la suite de se lancer dans la psychanalytique puis dans la pédopsychiatrie.

soigner. Les infirmières pratiquent activement les cures d'insuline, les électrochocs, les cures de sommeil... et soignent les maladies organiques. Dans ce service est installé le laboratoire d'électro-encéphalographie de Mme Lairy en 1951 et le service de cure de sommeil du Dr Faure en 1954. Les recherches cliniques s'effectuèrent toujours dans ce service : recherche sur le sommeil du vieillard dans les années 1960, sur les nouveaux médicaments... Les personnes accueillies dans ce service sont des malades plus que des aliénés. Des malades, objets de soins et d'expériences cliniques qui y viennent pour une durée relativement courte à la différence des autres services qui accueillent parfois des malades à vie.

Comment expliquer l'existence d'un tel service ? La psychiatrie commence à s'ancrer dans la médecine et donc, les notions de maladie, de soin, de guérison commencent à investir l'asile. Un nouveau capital entre en jeu, le capital « médical », c'est-à-dire le potentiel de guérison d'un malade et/ou l'intérêt clinique de sa maladie. Le service de la clinique est une concentration de ce nouveau capital puisqu'il accueille des malades en admission donc en phase aigue donc au fort potentiel de guérison, « *J'aimais bien travailler à la clinique parce que quand on voyait dans quel état y'en avait qui nous arrivait et qu'après quelques jours ils allaient mieux, c'était quand même satisfaisant.* » (Mme F., infirmière entre 1960 et 1990) Ensuite, on y accueille, les maladies «intéressantes » qui permettent de faire des recherches cliniques. On vient également à la clinique pour soigner les maladies somatiques, ce qui permet d'effectuer des gestes techniques, plus valorisées, dans un contexte où la psychiatrie occupe une position dominée dans l'espace de la médecine⁴⁹. Le prestige de ce service est lié au non pas au capital social des malades mais à leur capital « médical » (qui n'est pas indépendant du capital social.)

Le service libre : la fin du gardiennage

Le service libre, comme son nom l'indique, est le seul service où les portes ne sont pas fermées. Les malades sont accueillies en hospitalisation libre,⁵⁰ c'est-à-dire que l'admission se fait de la même manière que dans un hôpital général, le malade n'est pas interné. C'est la fierté du Dr Ey. Les malades viennent se faire hospitaliser volontairement. Elles y restent bien moins longtemps que dans les autres services, en effet, dans ce service, d'une vingtaine de

⁴⁹ Jusqu'en 1968, la psychiatrie n'est pas reconnue comme une spécialité médicale.

⁵⁰ La loi de 1838 ne prévoit pas d'hospitalisation libre, il n'y a que le placement volontaire -sous contrainte familiale -comme son nom l'indique mal, et le placement d'office. Le premier service libre sera celui de Edouard Toulouse à St Anne en 1922, puis la loi de 1937 ou « circulaire Rucart », prévoit la création d'un service libre par hôpital.

places, les malades ont des pathologies moins lourdes, car en dissociant l'internement de l'hospitalisation, on rend possible la prévention. Ensuite, ce service va attirer les malades de classes sociales plus élevées. Le rapport à la maladie étant socialement marqué, et encore plus peut être à la maladie mentale, la démarche de se faire hospitaliser en psychiatrie sera davantage du fait des classes sociales aisées. Ensuite, étant donné le peu de service libre qui existent en psychiatrie à cette époque, cela permet d'attirer les malades des autres départements et surtout, puisque l'hospitalisation n'est pas obligatoire, il est possible de « choisir ses malades », c'est ce que fera largement le Dr Ey, qui recrutera largement dans la région de la Seine grâce aux relations qu'il avait avec les médecins de cette région. Il fera ainsi venir de « belles malades » issues de milieux sociaux aisés, aux « belles psychoses chroniques. » Ceci sera critiqué par Picard dans un rapport d'activité de 1955 auquel Ey répond : « *Il n'est pas sans importance que nous superposions à notre population normale des déchets schizophréniques ou des déments séniles, ou des grandes digophréniques, dont on ne veut pas ailleurs, un complément socio thérapeutique que peut ajouter le choix médical des cas à l'obligation d'assister automatiquement toutes les catégories de malades d'Eure et Loir. Il est fort important que nous animions la vie de nos services et donnions un champ suffisant à nos recherches thérapeutiques en choisissant sur des critères médicaux et en ne refusant pas systématiquement de soigner des malades que la réputation de notre service peut incliner à venir s'y faire hospitaliser.* » Les malades ressemblent davantage aux malades des cliniques privées, hospitalisés volontairement, en dehors de leur département.

Pourquoi un tel service ? Là encore, la psychiatrie tente de se rapprocher de la médecine, on entre au service libre « comme dans un hôpital traditionnel. » Et l'asile n'est plus un lieu d'enfermement et de gardiennage. Ce service est prestigieux puisqu'on y fait pas du gardiennage, il n'y a plus de clefs, les portes sont ouvertes ; il n'y a plus besoin de faire attention aux évasions où aux malades étiquetés comme dangereux par un placement d'office. Ce travail de gardiennage était pourtant central à l'hôpital. Ensuite, les caractéristiques sociales des personnes accueillies sont plus élevées, lors des entretiens, on me parlait « *des belles malades du Dr Ey au service libre* » Ce service permet d'attirer la clientèle des cliniques privées. Mais surtout, les malades ont un fort potentiel de guérison. La guérison, au centre du projet du Dr Ey va être rendue possible, facilitée par le fait que les malades venant volontairement, il semble en effet que la reconnaissance par un patient de sa maladie soit un pas vers sa guérison.. Ainsi, en 1958 par exemple, sur 364 entrées, 247 se feront au service libre, sur 332 sorties, 231 viendront du service libre (alors que le nombre de places dans ce service s'élève à 21).

Le pensionnat : le malade payant

Le pensionnat fut également l'un des premiers services rénovés dès 1934. Ce service accueille de riches malades qui paient un supplément : ce sont les pensionnaires, de la première, deuxième et troisième classe⁵¹. Certaines ont une chambre individuelle ou double, voir même une bonne. Elles ont un repas amélioré en fonction de leur classe, pour la première : du chocolat chaud le matin alors que les autres sont au café, du beurre à chaque repas, une entrée et un dessert supplémentaire. Dans la pièce principale du pensionnat, on trouve un piano. Le fonctionnement est familial, les malades de ce type de service ressemblent aux malades des maisons de santé privées. Jusqu'en 1964, le service libre se trouve annexé au pensionnat, le service libre étant le service de pointe, sa proximité géographique influe sur le pensionnat, d'autant plus que lorsqu'il n'y a plus assez de place au service libre certaines patientes se font hospitaliser au pensionnat.

Pourquoi un tel service ? Ce service a été ouvert à Bonneval en 1889. Il existait dans de nombreux hôpitaux à la fin du XIX^{ème}⁵², il devait permettre d'attirer les malades riches destinés aux maisons de santé privées en construction à cette époque. Dans l'Eure et Loir, il n'y a pas de maison de santé privée mais les malades riches allaient se faire soigner dans les départements limitrophes, près de Paris notamment. Ces malades sont une source de revenu pour l'hôpital, c'est pour cette raison que ce fut l'un des premiers services à être rénové dès 1934. Après la guerre et la mise en place de la sécurité sociale, le pensionnat va davantage devenir une source de dépenses que de revenus (les classes disparaîtront officiellement en 1945) il va être progressivement abandonné, devenant moins rentable. N'y resteront que les malades âgées, abandonnées de leur famille.

⁵¹ Il existe, jusqu'en 1968, quatre classes de malades, ou plutôt cinq : les indigentes, la première, la seconde, la troisième et la quatrième. La quatrième sera rapidement incorporée dans le régime commun.

⁵² Ainsi en 1874, sur les 40 804 malades enfermés dans les « établissements spéciaux, 5067 aliénés ne sont pas au régime commun. Ces pensionnaires aident à assurer l'équilibre financier des établissements. P. 259 Castel (Robert), L'ordre psychiatrique. l'âge d'or de l'aliénisme, Minuit, Le sens commun, 1976. Ce type de pensionnat est aussi décrit par Foucault lorsqu'il décrit l'asile de Clermont- en- Oise dans Le pouvoir psychiatrique, Hautes études, Gallimard Seuil, 2003. Pour lui, l'exploitation des travailleurs sert à financer le mode de vie des pensionnaires.

On voit donc que ces trois services, s'ils ont en commun d'être des services « dominants » en raison du capital économique et social des malades (pour le pensionnat), du capital « médical » des malades pour la clinique... sont bien différents, et dessinent des rôles institutionnels diversifiés, celui du malade en cure à la clinique, celui du malade proche du malade d'hôpital général au service libre, celui du malade de Maison de Santé au pensionnat. Ces rôles illustrent les évolutions de la psychiatrie dont Bonneval est à l'avant-garde : rapprochement de la médecine, déclin du modèle de l'assistance et du gardiennage.

A3 Les services dominés

La première : le travailleur

Il existe d'un autre côté des services très peu médicalisés, où les médecins ne passent qu'épisodiquement, aux taux d'encadrement limité, et où les malades restent souvent toute leur vie. Ce sont les deux services de travailleurs : « les Rives » chez les femmes, et « la Quatrième » chez les hommes. Ils représentent à eux deux environ 150 malades. Ces malades travaillent toute la journée en échange d'un maigre pécule versé en nature jusqu'au milieu des années 1960⁵³. Les femmes travaillent dans les services généraux : cuisine, buanderie, chez les médecins comme employée de maison⁵⁴, elles organisent les congrès et les fameuses « Journées de Bonneval⁵⁵ » ... Les hommes quant à eux travaillent à la ferme, au jardin ou au verger. Ils vivent dans de grands dortoirs, et le week-end passent leur temps dans de grandes salles communes, où sortent faire un tour accompagné d'un infirmier. Ils ont droit à un

⁵³ Nous reviendrons sur la question du travail et du salaire dans les hôpitaux dans la partie C

⁵⁴ A cette époque, le traitement des médecins se fait surtout en nature : employés de maison, le « panier du jardin », un fils de médecin se mariera même à l'hôpital, comme dans sa « maison » selon l'expression d'un infirmier.

⁵⁵ Les journées de Bonneval ont été des réunions organisées pendant la guerre à l'initiative de Henri Ey pour maintenir pendant la guerre, une dynamique de travail et de réflexion avec ses amis de l'Evolution psychiatrique. Après un premier colloque plutôt confidentiel en 1942 où il fit un exposé sur l'histoire naturelle de la folie, un second en 1943, sur les rapports entre neurologie et psychiatrie, il parvint à réunir en 1946, une trentaine de collègues dont Bonnafé, Föllin, Julien Rouart, Lacan, sur la question de la psychogenèse des névroses et des psychoses, le sixième colloque de Bonneval eut lieu en 1960 sur le thème de l'inconscient. P. 188 et 205, Clervoy (Patrick), Henri Ey-1900-1977. 50 ans de psychiatrie en France, Institut Synthélabo, (collection Les empêcheurs de penser en rond),1997

supplément pour leur repas : le supplément « travailleurs », du beurre et une entrée en plus. Ils ont souvent des traitements à vie et sont peu suivis par les médecins.

Comment expliquer l'existence de tels services ? Ces malades permettent à l'hôpital de fonctionner⁵⁶, ils font « tourner la baraque », en constituant une main d'œuvre stable. L'hôpital fonctionne à cette époque quasiment en autarcie grâce au travail des malades. Mais la catégorisation de ces personnes comme malades est problématique, leur service est d'ailleurs explicitement appelé « les travailleurs. » Ce sont des « vagabonds », des indigents, des SDF, des personnes sans familles, des journaliers agricoles, des enfants qui ont grandi à l'asile... Mais il est nécessaire, pour l'institution, de légitimer la présence de ces travailleurs peu payés, en faisant référence au savoir médical. Ils ont été ainsi longtemps considérés comme des malades chroniques, ou des débiles : « *à la première, c'était des psychoses enkystés, le travail c'était de la thérapie occupationnelle* » (M. V., infirmier psychiatrique.) Lorsque cette main d'oeuvre n'est plus rentable, dans les années 1970, en raison notamment des progrès de la mécanisation dans le secteur agricole et de la production de masse, plus rentable, ils sont transférés vers des foyers et sont considérés comme guéris : « *Pour des raisons économiques ont a décidé qu'ils étaient plus malades, faut savoir, ou ils étaient malades... ou on s'était trompé jusqu'ici ...* ». (M. V., infirmier entré à l'hôpital dans les années 1970.) Quant bien même ces malades n'eussent pas été malades, leur présence était de toutes façons légitimée par des arguments philanthropiques. Les infirmiers aiment à raconter que les malades étaient bien ici, que quand ils sont partis c'était dur pour eux, que l'hôpital était leur famille : « *c'était une grande famille, mais c'était difficile, y'avait souvent des bagarres entre les patients, des trafics de cigarettes... c'était des gens qui étaient presque nés ici ... les gens étaient bien enracinés ici, par exemple, y'avait un group d'anciens, on les appelait « les p'tit chevaux », on les a déplacé dans un foyer dans les années 1970, eh bien ils sont revenus, ils se sont échappés, mais on a pas pu les garder... on dit toujours que c'était de l'exploitation, qu'il ne fallait pas faire travailler les malades alors que moi je pense que c'était de la vraie réinsertion* » (M. V., infirmier.) Un médecin raconte qu'il avait « déporté » des malades (c'est sa propre expression) vers un CAT du Cher, « *j'y suis retourné 20 ans*

⁵⁶ Ces services de travailleurs, tels qu'ils existaient dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, sont décrit par Lantéri Laura (Georges), La chronicité en psychiatrie, Synthélabo, Les empêcheurs de penser en rond, 1998 et Foucault (Michel), Le pouvoir psychiatrique, Seuil/ Gallimard, 2003. P. 125 à 128 : l'auteur y décrit le fonctionnement de l'asile de Clermont-en-Oise en 1860 et l'exploitation du service des travailleurs. Son observation semble assez proche de la réalité de l'hôpital de Bonneval dans les années 1950.

après, les malades croyaient que je venais les chercher. » Robert Castel⁵⁷ montre d'ailleurs que cette imbrication question sociale/ psychiatrie est aux racines de l'aliénisme : traiter la folie, c'est traiter le désordre social (car l'anomie sociale serait le terreau de la folie), et le travail étant considéré comme une vertu, mettre au travail les indigents est un acte philanthropique.

Les malades âgés, chroniques et grabataires

D'autres types de services sont peu médicalisés, ce sont les services de malades chroniques, âgées et/ ou grabataires : « Les Colonnes » chez les femmes et « la troisième » chez les hommes. Dans ces services, les malades âgées et « délirantes », restent toute leur vie, il n'y a pas de thérapeutique active, ni de perspective de guérison ou beaux cas cliniques. On y fait surtout du gardiennage : surveiller les malades dans la cour, ou des travaux répétitifs : trier les haricots, plumer les poulets, éplucher les légumes... Le médecin passe assez peu dans ces services et le taux d'encadrement est faible. Ensuite, l'hospice, le service des grabataires, ou services des « malpropres » ainsi que l'on peut lire sur le rapport d'activités. « *On passait à la troisième, c'était le baptême du feu, si on s'adaptait à la troisième, on s'adaptait partout. Le seul projet de soin, c'était de les maintenir, c'était un lieu de vie* » (Mme D., infirmière) C'est le service le plus dominé car on y fait du travail « sale », on met son tablier bleu, celui que l'on met pour faire le ménage, alors que « *le Dr Ey ne voulait pas nous voir avec le tablier bleu, il fallait, lors de la visite avoir le tablier blanc* » (Mme D) Ces services sont parfois décrits de façon très dure : lits de paille jusque dans les années 1950 pour éviter les escarres, la puanteur...

Pourquoi de tels services se sont constitués ? Ils sont le produit de la rationalisation de la prise en charge avec d'un côté, les cas aigus, à la clinique, et de l'autre, les cas chroniques. Cela permet d'adapter le mobilier et le matériel (pour les grabataires, lits de paille jusque dans les années 1950), les activités (tri des haricots pour les malades chroniques femmes par exemple), le taux d'encadrement (assez faible, en raison de l'absence de thérapeutiques actives). Mais ce tableau doit être nuancé : malgré les faibles ressources des malades, le Dr Ey mettait un point d'orgue à rendre visite à toutes les malades « *il connaissait le nom de toutes les malades, mêmes les démentes séniles.* » (Mme D., ergothérapeute) La salle des colonnes, celle où vivent les malades âgées chroniques fut un des premiers services rénovés, et lorsque

⁵⁷ Chapitre 4, « La première médecine sociale » P. 104- 138 Castel (Robert), L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme, Minuit, Le sens commun, 1976

l'émission « 5 colonnes à la une » de Barrères et Desgraupes fut tournée en 1961, la légende dit que le Dr Ey avait insisté pour que l'on filme la salle des colonnes. On voit dès lors que si « c'est le statut du malade qui fait le statut du médecin », cette proposition peut s'inverser. Les ressources du Dr Ey transformaient ses malades en malades dignes d'attention. Ey, certes, fait preuve d'humanisme envers ces femmes, mais ne peut-il pas y avoir un « intérêt au désintéressement » ? En agissant ainsi, il prend position dans le champ psychiatrique. Ey qui se définissait lui-même comme « *le psychiatre des champs contre le psychiatre des villes [Lacan]* », le psychiatre du peuple, des vieilles beauceronnes, à l'opposé du psychiatre mondain.

Le service carcéral : les agités

Deux services sont en dehors du cloître, excentrés, dans un bâtiment à l'architecture carcérale, ils abritent ceux que l'on appelle « les agités », ce sont les services : des « Arcades » pour les femmes et des « Berges » pour les hommes. Il y a dans chacun de ces services, une dizaine de cellules (que l'on appelle aujourd'hui chambres d'isolement), que le Dr Ey qualifie de « *cachots*.⁵⁸ » Dans chaque service, la cour est entourée de grands murs, les portes systématiquement et scrupuleusement fermées à clef. L'ambiance y est très carcérale. Il faut toujours faire attention aux malades, pour ne pas qu'ils s'échappent. « *On était tout le temps stressé, on avait peur des évasions* ». (Mme W., infirmière aux Arcades) Ce service sera rénové tardivement.

Pourquoi un tel service ? Ces services fermés symbolisent et représentent à eux seuls l'image d'Epinal de l'asile⁵⁹, des fous dans des services fermés, en cellule, attachés. L'existence de tels services est liée aux spécificités des thérapeutiques, avant l'apparition des neuroleptiques, qui ne permettait pas de calmer les états d'agitation. On peut penser que l'apparition des médicaments va faire disparaître ce type de service. Ce n'est pas le cas, car ce service n'a pas une fonction strictement « médicale » : soigner les états d'agitation. Il nous renseigne sur la composante carcérale et punitive de l'asile. Le service des Arcades, n'est,

⁵⁸ Ey (Henri), Le centre de traitement et de réadaptation sociale de l'HP de Bonneval de 1934 à 1955, Notes et documents de la FNOSS, 1960, ¾

⁵⁹ Celle décrite par Londres (Albert), Chez les fous, Arléa., dans son chapitre « on s'est moqué de Pinel » P.75-81 « *Camisoles, bracelets, liens, bretelles remplacent les fers. Voyez cette jeune femme camisolée et liée sur son matelas depuis cinq jours (...) et puis, il y a les cellules. C'est là où les lits sont des cercueils sans le couvercle (...) sa voisine est accrochée aux barreaux. C'est une déchireuse, elle mettait en pièces draps, chemises, vêtements (...)* » (il y décrit les asiles dans les années 1920)

dans les années 1960, pas tant le service des agités que celui des « cas sociaux », c'est un peu la prison des foyers de jeunes délinquantes du département, « *c'était un peu comme un centre éducatif fermé.* » (Mme W., infirmière aux Arcades), l'hôpital travaillait avec un foyer de la DDASS qui leur envoyait certains jeunes. Ce service servait également de chantage à la punition, quand un malade se comporte mal, on l'envoie aux Arcades « *c'était pas le service disciplinaire mais enfin...* ». (Mme W., infirmière aux Arcades)

Là encore, on voit que le statut de malade peut être bien différent : indigent travailleur secouru par l'asile, malade chronique à vie, ou malade étiqueté comme agité présent à l'asile plus pour déviance sociale que trouble mental. Ceci est lié aux contraintes économiques qui pèsent sur l'asile : nécessité de faire travailler les malades, au pessimisme thérapeutique de la tradition asilaire de la seconde moitié du 19^{ème} siècle avec lequel Ey tente de rompre, et à la fonction de contrôle social de l'asile contemporaine de l'institutionnalisation de l'asile.

On voit donc que ni l'hôpital ni celui dont il est le produit et ce qu'il participe à produire : l'aliéné ou le malade, ne constituent des réalités homogènes. Il n'y a pas l'hôpital psychiatrique de Bonneval mais le service homme et le service femme, les services dominés et les services dominants..., il n'y a pas l'aliéné ou le malade mais le pensionnaire, le malade en cure, le travailleur, le malade chronique... chacun ayant des conditions de vie et de soins relativement diversifiés au sein de l'asile, exploitation et misère pour certains, mode de vie confortablement familial pour d'autres, passage pour quelques mois ou internement à vie. Chaque secteur ou service sont, nous l'avons vu, le produit de contraintes sociales particulières à des époques particulières. Ainsi, la figure de l'aliéné est contemporaine de Pinel et de la création de l'asile (bien que l'asile recouvre des réalités diverses : isolement thérapeutique pour Pinel, gardiennage par pessimisme thérapeutique par la suite.) Ey tente de le détruire mais il persiste chez le Dr Picard. Le service des travailleurs et le pensionnat sont eux aussi contemporains de la mise en place en place de l'asile et des contraintes financières qui pesaient sur lui. Au contraire, la clinique et le service libre sont le produit d'évolutions plus récentes : le rapprochement de la médecine. Les services de chroniques reflètent la persistance du pessimisme thérapeutique. Bref, l'hôpital n'est pas un bloc homogène, il est le produit de l'histoire et des transformations de la psychiatrie dont Bonneval est un exemple.

B Les thérapeutiques : violence physiques, moralisation et humanisme

Nous avons vu que ce qui caractérise l'hôpital de Bonneval, jusqu'à la fin des années 1960, c'est la persistance de services asilaires, côtoyant des services modernisés, bref, il existe à Bonneval différents services ayant des fonctions sociales diversifiées : « gardiennage », assistance, thérapeutique... Mais en théorie, l'asile est une institution médicalisée⁶⁰ accueillant des malades mentaux. Qu'est-ce qui dans les relations thérapeutiques permet de dire qu'après la guerre (en 1937 dans les textes), l'asile est devenu un hôpital psychiatrique ? En quoi ces dernières sont révélatrices d'une transformation du rôle d'aliéné en malade mental ? Pourquoi de telles transformations ? Est-ce lié au personnage du Dr Ey ? A des évolutions internes au champ psychiatrique ? Dans cette partie nous aborderons de plus près les relations thérapeutiques, c'est-à-dire, les techniques thérapeutiques (B1), les relations médecins- malades (B2) et les relations infirmiers- malade. (B3)

B1 Les révolutions thérapeutiques

Dans la littérature sur l'histoire de la psychiatrie, deux révolutions thérapeutiques : les « techniques de choc » dans les années 1930, et la chimiothérapie en 1952 secouent l'asile. Ces traitements ont-ils transformé l'asile de Bonneval et la vie des malades ? Et si oui, de quelle manière ?

Les techniques de « chocs » : entre soin et technique de pacification de l'asile

⁶⁰ Depuis le début du XIX^{ème} siècle l'asile est en théorie une institution médicale. Mais le traitement moral théorisé par Pinel se transforma rapidement en traitement collectif puis en absence de traitement, en raison du nombre de malades très élevé par rapport à la proportion de soignants (« *dans un hôpital ordinaire, un médecin chef pouvait consacrer en gros trente- sept minutes par an à chaque malade* » P. 177 Foucault (Michel), Le pouvoir psychiatrique. Hautes études, Gallimard Seuil, 2003) et à un glissement des représentations sur la maladie mentale, qui sera considérée comme une maladie « incurable. » L'asile était un lieu de gardiennage où l'absorption par les malades de médicaments sédatifs servait avant tout à pacifier l'asile.

Les thérapeutiques de choc⁶¹ : électro - choc et cure de Sakel pour ne citer qu'elles sont aujourd'hui perçues comme des méthodes barbares et dépassées. Elles seront abandonnées au début des années 1970, symboles d'une psychiatrie archaïque. Mais au début des années 1950, ces techniques constituaient de véritables révolutions thérapeutiques. Comment expliquer un tel glissement ? Commençons par l'utilisation des électro - chocs. Henri Ey est l'un des premiers médecins à introduire en France les électrochocs⁶² à l'hôpital. Sa technique va s'affiner entre la fin des années 1930, date de leur introduction, et les années 1950. Cette technique consiste à appliquer sur l'encéphale un courant électrique produisant une crise d'épilepsie généralisée. Au sein du service du Dr Ey, les médecins vont lentement accorder de l'importance au suivi psychologique des patients l'électrochoqués. Un article du Bon Sens⁶³ de 1956 est ainsi consacré à « *l'environnement psychothérapeutique des électrochocs* », et souligne l'importance de prendre soin du réveil des malades « *on était quand même là quand elles se réveillaient* » confie une infirmière. Le mot « électrochoc » sera progressivement remplacé au profit du terme « sismothérapie ». Ils seront administrés sous curare afin d'éviter les fractures, puis sous anesthésie. Les électrochocs fait par série de 7 ou 8 seront également bannis. Vers la fin des années 1960, les électrochocs seront pratiqués à Châteaudun, à l'hôpital général, en raison de l'existence d'un service de réanimation. On voit ici que cette méthode se médicalise : transformation des termes, attention à la souffrance des patients, réflexion sur la globalité de la personne et les effets thérapeutiques... Il n'en demeure pas moins que cette méthode demeurait relativement violente pour les patients. Dans le Bon Sens, des malades sont interviewées afin de connaître leur avis sur la technique : il semble que la majorité n'appréciait guère cette technique qui entraînait notamment des pertes de mémoire⁶⁴, nonobstant les récits des infirmiers qui mettent au jour le fait que certains

⁶¹ Les thérapeutiques de chocs sont des thérapeutiques provoquant des « crises » salutaires (fièvres, convulsions, coma, etc.) Ces thérapeutiques sont diverses : malarithérapie (méthode de choc par la fièvre) inventé en 1917 par Wagner Von Jaureeg, insulinothérapie ou cure de Sakel (choc hypoglycémique), choc cardiazolique, électrochoc. Voir pour une description de ces différentes techniques : Ey (Henri), Bernard (P.), Brisset (Charles), Manuel de psychiatrie, Masson, 3^{ème} édition, 1970

⁶² Les électro - chocs ont été mis au point par Cerletti et Bini en Italie en 1938.

⁶³ Le Bon sens est le journal interne de l'hôpital psychiatrique de Bonneval. Il paraît entre 1949 et 1976.

⁶⁴ « *tout ce que vous voulez, sauf l'électro- choc* » (...) « *le choc a quelque chose de coercitif et la perte de conscience n'est pas très agréable, le plus choquant pour le malade c'est l'appareil qui vous anéantit et l moment du réveil, c'est la peur de l'électro choc qui vous guérit* » (...) « *moi, je ne cours pas après l'électrochoc, j'ai perdu la mémoire un peu de trop* » extraits de l'article : « *Symposium des malades électro - choquées* » dans Le Bon sens, N°22, 1^{er} trimestre 1956

malades demandaient des électrochocs : « y'avait une malade, elle était suivie en ambulatoire et bien elle venait, elle réclamait son électrochoc. » Cet usage médicalisé de l'électrochoc ne s'est fait que progressivement, et n'était pas généralisé. Il semble que dans les premiers temps, les électro- chocs étaient administrés de façon assez sommaire ainsi que le décrit une interne, Mme J. au service du Dr Picard : « Les électrochocs, on les faisait dans une salle du pensionnat, y'avait 7 ou 8 personnes. Des fois, j'exigeais des infirmiers de mettre des paravents portables. On arrivait, ni sous anesthésie, ni sous curare. On arrivait, avec la paille à électrochocs, avec un petit chariot, on nettoyait les tempes du malade... les infirmiers savaient très bien où les tenir pour pas qu'ils aient de fracture, un infirmier tenait les deux électrodes, un autre, tenait la mâchoire pour qu'il n'y ait pas de morsure de la langue et l'interne appuyait sur le bouton. Donc le premier ça allait. Mais le dernier de la file, il était impressionné, il voulait plus venir ». Les électrochocs sont théoriquement utilisés chez les malades mélancoliques. Mais ils étaient parfois utilisés pour leurs propriétés sédatives comme méthode de pacification de l'asile (une « routine clinique » en somme), et comme méthode punitive, « les électrochocs punitifs. » Cette méthode était donc une thérapeutique, mais aussi un moyen sédatif, de contrôle et de pacification de l'asile. On voit donc en filigrane deux usages de l'électrochoc qui correspondent à deux conceptions de la psychiatrie : l'une centrée sur les questions d'ordre social et de gardiennage, l'autre basée sur l'idée de guérison et ancrée dans la médecine. On voit aussi que la psychiatrie comme « médecine spéciale » se constitue : l'électrochoc est un traitement physique mais l'environnement thérapeutique, la psychologie importe.

Une autre technique de choc : la cure de Säkel du nom de son inventeur ou cure d'insuline sera largement utilisée à Bonneval. Là encore, il semble que Bonneval fut un des premiers hôpitaux à l'utiliser. Cette méthode consistait à provoquer un coma en injectant de l'insuline à haute dose. Puis, après un certain temps, une dizaine de minutes environ, à ressucrer le patient, avec une injection ou une sonde. Ces comas devaient permettre aux malades de retomber dans un état proche de l'enfance et d'accéder aux « strates inférieures de la conscience ». Comme pour ce qui est de l'électrochoc et peut être même davantage, l'environnement psychothérapeutique était central : « On leur apportait le sucre, au moment du réveil, il y avait tout un moment de maternage, comme si elles redevenaient un peu enfant. Y'avait des relations qui pouvaient s'établir, toujours la même infirmière faisait le ressucrage avec tel malade... On s'occupait de la personne malade, et pas seulement d'une technique de soin, là y'avait un côté affectif très important. Les infirmières soutenaient la patiente pour la faire asseoir, lui donnait la potion, y'avait un bon contact corporel soignant- soignés, un rôle

très important des infirmières» (Dr V., interne au service du Dr Ey) Si beaucoup d'infirmiers m'ont affirmé avoir aimé pratiquer cette technique, cette méthode était très violente pour le patient, puisqu'il tombait dans un coma. De plus, elle nécessitait une grande attention des infirmiers, les réveils étaient parfois difficiles et il y a eu «des pépins. ». Ainsi, il y eu en 1947, trois décès thérapeutiques liés à l'usage de cette technique⁶⁵. Ces cures ont été abandonnées dans les années 1970. Cette méthode illustre une certaine conception de la psychiatrie : méthode technique qui nécessite des compétences de la part des infirmiers, méthode qui agit sur le « physique » des malades... symbole d'une inscription dans la médecine. Mais à la fois, méthode sans grande efficacité, du moins est-ce le constat des infirmiers et médecins que j'interrogeais sur cette question. Et méthode dont la fonction essentielle est de créer un lien humain privilégié entre les infirmiers et les patients : « *certaines médecins ou analystes quelconques se demandaient si la prise en charge totale, la qualité du nursing, faisait plus d'effet à la limite que le traitement par lui-même, y'avait une telle surveillance, une telle prise en charge* » (M. L., entré en 1962 à l'hôpital.) Bref on peut se demander si la cure de Säkel, en mimant la technique et la médecine, n'a pas également une fonction symbolique de reconnaissance de la psychiatrie comme une branche de la médecine.

La chimiothérapie : progrès thérapeutiques et enjeux financiers

Les psychotropes⁶⁶, le Largactil puis le Nozinan vont s'imposer à partir de 1952, et être rapidement utilisé de façon routinière à Bonneval à partir de 1955. Les psychotropes vont transformer l'asile dans plusieurs directions. Pour commencer, ils vont «pacifier l'asile» en limitant les états d'agitation. C'est la transformation qui ressort en premier dans les entretiens avec les infirmiers. Ils vont être utilisés pour «calmer» les aliénés. Ainsi, un infirmier me raconte que lorsqu'au service des travailleurs, l'ambiance était un peu agitée, les infirmiers n'hésitaient pas à «rajouter des gouttes de médicaments. » Dans les premiers temps, les usages se font parfois à haute dose, d'ailleurs, dans les premiers temps, le Dr Ey utilisait les psychotropes, pour les hibernations (entre 1952 et 1955) souvent sous forme de cocktail de plusieurs médicaments : des barbituriques et du phénergan ou du Largactil, qui plongeait le

⁶⁵ P.50 Ey (Henri), Le centre de traitement et de réadaptation sociale de l'HP de Bonneval de 1934 à 1955, Notes et documents de la FNOSS, 1960, ¾

⁶⁶ Sur les neuroleptiques, voir chapitre 3 « les médicaments du cerveau » (P.78- 116) Zarifian (Edouard), Les jardiniers de la folie, Odile Jacob, 1994. Zarifian classe ce qu'il appelle «les médicaments du cerveau» en quatre catégories : les neuroleptiques ou antipsychotiques, les anti-dépresseurs, les tranquillisants ou hypnotiques, et les régulateurs de l'humeur.

malade dans un sommeil de 20 à 22 heures par jour, pendant trois semaines⁶⁷. Mais les médicaments sont aussi considérés comme des aides dans le processus thérapeutique, et non comme des fins en soi : « *les médicaments sont très importants mais leur action se combine avec les actions psychothérapeutiques* », permettant de modifier les symptômes et « *la reprise du contrôle et de la sécurité du moi.* »⁶⁸ » Ils ont cependant eu comme conséquence de faire de la maladie mentale, dans les représentations et les pratiques de certains médecins, une pathologie parfois exclusivement organique. Leur essor, quoique lié à leurs propriétés thérapeutiques, est ancré aux enjeux financiers des laboratoires pharmaceutiques : Sandoz, Theraplix, Delalande, Specia, Geigy. De nombreuses expérimentations de médicaments ont été réalisées à Bonneval, les laboratoires finançant en contre partie l'association de l'hôpital « l'Entraide ». « *Ey n'aimait pas trop cet argent* ». (Dr G., interne chez le Dr Ey) Les publicités des laboratoires Sandoz étaient omniprésentes dans le journal de l'établissement, le Bon Sens, et les films réalisés à l'hôpital étaient subventionnés par les laboratoires, c'est notamment le cas du film « *Gardiens d'hier, infirmiers de demain* », réalisé en 1972 par le Dr Barthe sur l'hôpital de Bonneval. Quand l'équipe de foot a été créée « *on a pris le Vidal, on a appelé tous les labos pour avoir des financements.* » (M. G., infirmier entre 1945 et 1980). Les enjeux financiers peuvent aussi freiner la prescription de médicaments : « *En quoi consistait la visite du Dr Picard ? Eh bien, il demandait : quelle est l'ordonnance d'untel, il regardait, et il barrait un à un les médicaments. C'était pour faire des économies.* » (M. P., infirmier)

Les maladies somatiques sont largement prises en charge à l'hôpital, au service de la clinique. Il y avait à l'hôpital : un laboratoire d'analyses médicales, un appareil de radiothérapie et un atelier d'électro-encéphalographie : le malade est pris en compte dans sa globalité, tant physique que psychique, en raison de la conception de la maladie mentale des psychiatres de cette époque, mais aussi en raison des contraintes institutionnelles : médecine générale moins technique donc pouvant se faire par des médecins au sein de l'hôpital psychiatrique.

Dans bien des cas, on voit que les méthodes, électro - chocs, insulinothérapie, hibernation et certains usages à hautes doses des psychotropes et leurs effets secondaires...

⁶⁷ P. 72 Ey (Henri), Le centre de traitement et de réadaptation sociale de l'HP de Bonneval de 1934 à 1955, Notes et documents de la FNOSS, 1960, ¾

⁶⁸ P. 1077 Ey (Henri), Bernard (P.), Brisset (Charles), Manuel de psychiatrie, Masson, 3^{ème} édition, 1970

sont assez violentes (on peut aussi citer dans les techniques violentes, les cures de dégoût pour les alcooliques « y'avait les cures de déconditionnement d'alcooliques, ça consistait à essayer de dégoûter les alcooliques de boire, on leur faisait boire je ne sais plus boire combien de litre de vin rouge puis on leur faisait boire de l'apomorphine en sous cutané, des vomitifs puissants, c'est-à-dire qu'on faisait un réflexe conditionné entre vomir, enfin vomir, vous ne pouvez pas savoir ce que c'était, c'était le drame, le très grand vomissement associé à la prise d'alcool. C'était les cures de déconditionnement. Ca se faisait en commun, c'était dans la salle où on faisait les électro - chocs, les infirmiers avaient le cœur bien accroché, des vomissements épouvantables, tragiques, des vomissements de vin rouge » (Mme J., interne chez Ey), ceci étant lié à la moindre prise en compte de la souffrance dans les hôpitaux en général, et en psychiatrie en particulier. Mais on voit aussi que s'entremêlaient des préoccupations médicales et « d'ordre asilaire », de nombreuses thérapeutiques avaient aussi des fonctions sédatives et permettaient aux infirmiers et psychiatres « d'avoir la paix ». La rupture avec l'aliénisme n'est pas totale. On remarque cependant que ces techniques sont actives, parfois efficaces, tournées vers la guérison, ce qui permet à la psychiatrie de s'ancrer dans la médecine. Les aliénés sont désormais des malades, objets de techniques de soins. Les thérapeutiques utilisées témoignent d'une continuité dans la conception de la maladie mentale par rapport à l'héritage de la seconde moitié du 19^{ème} siècle : conception organiciste de la maladie, donc usages de thérapeutiques agissant sur la dimension organique de la maladie : électrochocs, insulinothérapie, médicaments... Mais ces techniques sont couplées au « maternage », révélant la dimension morale du traitement, théorisée par Pinel⁶⁹, et reprise par des psychiatres comme Henri Ey. Ceci est lié à l'évolution de la formation des psychiatres de cette époque, la psychiatrie était dominée par les neurologues, la dimension biologique de la maladie ne pouvait pas ne pas être prise en compte, mais à la fois, la psychanalyse commençait à s'imposer, ainsi, une grande partie des internes⁷⁰ que j'ai pu rencontrer se faisaient psychanalyser sur Paris pendant leur présence à Bonneval.

B2 Le malade face au médecin : entre objet et sujet

⁶⁹ Phillipe Pinel, 1745- 1826, Médecin aliéniste français, considéré comme le fondateur de la psychiatrie en France et connu pour avoir libéré les insensés de l'hospice de Bicêtre. Médecin chef à l'hôpital de la Salpêtrière de 1875 jusqu'à sa mort. Il écrit le Traité médico- philosophique, 1^{ère} édition en 1800, 2^{nde} édition en 1809.

⁷⁰ C'est le cas d'au moins sept des onze internes que j'ai rencontrés. Je l'ai appris quand ils m'en ont parlé spontanément, il se peut que leur nombre soit supérieur.

La relation thérapeutique, nous venons de le voir, n'est pas que technique : prescription d'un médicament ou d'un électro- choc... la relation entre le médecin et son malade est en elle-même thérapeutique. Quelle forme prend cette relation ? Quelle conception de la maladie et du malade ?

Le Dr Ey : un humanisme psychiatrique

Un ouvrage sur le Dr Ey est intitulé, Henri Ey (1900- 1977), un humaniste Catalan dans le siècle et dans l'histoire⁷¹, et lors des entretiens, les interviewés expliquaient souvent que le Dr Ey était profondément humain, généreux... En quoi de tels propos renseignent-ils sa pratique ? Pour commencer, le Dr Ey connaissait personnellement chacune de ses malades. *« Ma première et unique leçon de psychiatrie, je l'ai reçue le jour du départ à la retraite du Dr Ey. Il a fait le tour de l'hôpital pour dire au revoir à ses malades. Je pensais que ce serait vite fait. Et bien, il a dit au revoir à chacune de ses malades, il les connaissait toutes par leur prénom, il a discuté un moment avec chacune d'elle, même les démentes, il prenait le temps de parler, même si elle ne parlait pas, il faisait la conversation »* me confie le Dr H, ancien interne du Dr Ey, visiblement très ému. Il considérait chaque malade comme une personne, ainsi, il fut à l'initiative de l'humanisation de l'asile : des meubles, des rideaux, des miroirs dans les dortoirs, autant d'objectifs centraux pour le médecin. Il s'intéressait à la vie des malades, *« comment ça va votre mari ? Et votre travail ? »* pouvait-il demander lors de la visite. *« Le Dr Ey suivait une malade au dispensaire à Chartres, et une fois il lui a dit « madame, faudrait que vous veniez faire un petit séjour à Bonneval », cette dame elle vivait toute seule avec ses poules et sa vache. Elle a dit au Dr Ey, je peux pas, j'ai ma vache. Alors le Dr Ey, il a tout fait pour faire venir sa vache. Et la dame est venue se faire hospitaliser, elle avait sa vache dans un pré dans l'hôpital, elle la regardait à travers la fenêtre, elle lui parlait. Et là, on s'est dit, le Dr Ey, il a vraiment bon cœur »* raconte une infirmière. Il se comportait en « bon père de famille⁷² », attentif et soucieux, les malades étaient « ses petites ». Certaines malades l'appelaient « papa Ey⁷³. » Il conseillait aux infirmières : *« il faut*

⁷¹ Du nom du titre d'un ouvrage Alezrah (Charles), Belzeaux (Patrice), Durand (Charles), Palem (Robert), Prats (Philippe), Sempé (Jean-Claude), association pour la fondation Henri Ey Editorial Perpinya, 1997.

⁷² Ce fonctionnement familial était le propre des maisons de santé privées, dont la clinique du Dr Blanche est le meilleur exemple, Foucault parle à ce sujet de « familialisation de l'asile » à partir du milieu du 19^{ème} siècle.

⁷³ Article d'une patiente lors du départ du Dr Ey, *« le Dr, ici, participe des craintes et des espoirs de ses malades, et tout ceci n'est possible que dans l'existence d'un climat de confiance et d'amitié. Ce climat est réellement vécu par les malades qui, pour les plus anciens se permettent de l'appeler « Papa Ey », sans*

leur demander si elles souffrent d'être malade, si elles souffrent de leur maladie, s'il elles ne souffrent pas, ça va. » Comment expliquer cette « bonté » ? Sa socialisation primaire : son éducation catholique peut être, peuvent expliquer ce qui est présenté comme un trait de caractère. Le Dr Ey était ouvert aux sciences humaines, il a notamment fait des études de philosophie. Il n'avait pas d'enfants, ce qui peut expliquer le fort investissement affectif envers ses malades. Il a fait toute sa carrière à Bonneval, ce qui explique l'attachement qu'il avait à certaines malades. Faire toute sa carrière dans le même hôpital était assez rare chez les psychiatres de l'époque. On commençait en général par un hôpital de province avant de se faire muter dans un hôpital plus prestigieux ou à Paris. Comment expliquer qu'il soit resté toute sa vie à Bonneval ? Malgré les fortes contraintes professionnelles qui pesaient sur lui, le médecin était un notable local, il avait un certain nombre des compensations en nature : le panier du jardin et « les meilleurs morceaux », des employés de maison, un infirmier chargé de sa cave... Le cadre de la ville de Bonneval, de l'abbaye St Florentin et de sa maison n'était pas sans charme et la proximité avec Paris lui permettait d'inviter fréquemment ses relations. Comme nous l'avons évoqué à propos de son attention particulière aux services de chroniques, en restant à Bonneval, dans un hôpital de campagne, il prend position dans le champ psychiatrique, c'est un psychiatre du peuple, des « vieilles beauceronnes », et pas un psychiatre de clinique ou de cabinet de ville. Le Dr Ey était un médecin, non pas technicien, ou simplement érudit, mais proche des malades, fidèle donc à sa conception de la psychiatrie : *« l'essence même de la psychiatrie, sa raison d'être, l'originalité de sa position dans le cadre des sciences médicales, la spécificité de ses méthodes, c'est en effet, l'acte par lequel l'esprit vient au secours de l'esprit dans une rencontre salutaire de compréhension et de restauration.*⁷⁴ »

Un optimisme psychiatrique : la guérison au centre

Le Dr Ey accordait beaucoup d'importance à la guérison, il était un « optimiste » et refusait de considérer que les malades étaient incurables. *« Je vous souhaite de guérir la plus vite et le plus complètement possible⁷⁵ »*, c'est ainsi qu'il prendra congés de ses malades lors de son départ en retraite. C'est pour cette raison que son service était très actif. Il y avait un

effronterie aucune. Je crois qu'il faut sentir là tout l'attachement qui se reflète dans ce grand médecin et sa « bonhomie entièrement tissé de nuances et de gentillesse » Reconnaissance, par une pensionnaire, le Bon sens, N°79, 2^{ème} trimestre 1970, P. 14

⁷⁴ P.1042 Ey (Henri), Bernard (P.), Brisset (Charles), Manuel de psychiatrie, Masson, 3^{ème} édition, 1970

⁷⁵ le Bon sens, N°79, 2^{ème} trimestre 1970, P. 15

grand suivi des malades, à son arrivée en 1933, il commença par faire une fiche sur chaque malade. Il rencontrait les nouvelles admises, puis effectuait des visites quotidiennes dans les différents services et le vendredi, «une grande visite », accompagné de «sa cour ». Ensuite, il réunissait une fois par semaine tous les internes pour discuter des cas, il rencontrait également les sœurs surveillantes chef. Il y avait donc un travail de groupe dynamique. Chaque lundi, le jour du marché, il voyait les familles. Le Dr Ey n'était pas un ardent défenseur de la psychanalyse, il prenait cependant certaines malades en psychothérapie et animait une séance de groupe au cours de laquelle les malades confrontent leurs délires, le samedi et le lundi. Certains de ces internes, dont la plupart était analysés à Paris, et de ses assistants suivaient des malades en psychothérapie. Il a mis la guérison au centre de son projet, extirpant les malades à la vie asilaire. Mais vouloir soigner, c'est aussi l'idée que le malade doit changer, doit être normal, se réadapter, qu'il doit guérir bref, Ey était tout sauf un anti- psychiatre. C'est bien le malade qu'il faut changer, (il est donc bien malade), et non la société ou le regard qu'elle société porte sur lui. Ey parle de « *récupération sociale* », un malade mental c'est aussi une personne qui ne peut pas travailler (sauf au service des travailleurs et dans les ateliers d'ergothérapie), donc qui ne crée pas de richesse. Le guérir c'est aussi le réadapter à la société capitaliste française des années 1960⁷⁶, l'hôpital est un CTRS « centre de traitement et de réadaptation sociale », **sa fonction essentielle est «la réadaptation sociale⁷⁷»** Pourquoi la guérison était elle au centre de son projet ? La référence à la notion de guérison va permettre à la psychiatrie d'être reconnue comme une discipline médicale à part entière. Il est à noter que jusqu'en 1968, la psychiatrie n'existe pas comme spécialité, seule existe la neuropsychiatrie, largement dominée par les neurologues des centres hospitaliers universitaires, en décalage relatif par rapport à la réalité de la maladie mentale qui s'observe dans les asiles. Henri Ey jouera un rôle important dans ce combat pour la reconnaissance de la psychiatrie comme une spécialité, distincte disait-il, de la neurologie. Dans ce contexte de lutte pour la reconnaissance de la psychiatrie, la référence à la notion de guérison va devenir centrale. Pour faire sa place dans la médecine, le psychiatre doit guérir. Ainsi, le prestige du médecin psychiatre se fonde sur sa capacité à guérir. Le Dr Ey avait une renommée internationale. Ses amis médecins de la région parisienne lui envoyaient à Bonneval des malades chroniques. Ey parvenait parfois à les guérir et en retirait un grand

⁷⁶ Cette idée est au centre de l'ouvrage Surveiller et Punir de Michel Foucault, Gallimard, 1975

⁷⁷ en gras dans le texte P. 39, Le centre de traitement et de réadaptation sociale de l'HP de Bonneval de 1934 à 1955, Notes et documents de la FNOSS, 1960, ¾,

prestige (au-delà de la dimension mythique de la figure du docteur, de nombreuses infirmières rapportent ces événements, ce qui montre bien l'importance de la notion de guérison au moins dans les représentations). Au contraire, la référence à la notion de chroniques permet de décrédibiliser un médecin : « *il a laissé son lot de chroniques comme tous le Dr Ey* » explique le Dr G. Guérir les malades va aussi avoir un intérêt économique. Les malades qui sortent de l'asile n'ont plus à être pris en charge par le département, pour les indigents, l'Etat, pour les sans domicile, et la Sécurité Sociale pour les assurés sociaux. Ce sera l'argumentaire du Dr Ey dans les négociations avec la caisse de Sécurité Sociale et le département pour faire de Bonneval un « service pilote » et ainsi arracher des financements. Se donner les moyens de guérir les malades constitue à terme une optique plus économique, car les malades sont hospitalisés moins longtemps et donc ne sont plus pris en charge par la collectivité. Les malades sortis ont aussi un intérêt pour l'économie locale, ils constituent en effet une main d'œuvre bon marché. Ainsi, le Dr G. a travaillé entre 1955 et 1960 dans un hôpital de province, il a « *vidé l'hôpital* », selon sa propre expression, et fourni des travailleurs journaliers pour les agriculteurs locaux. « *Maintenant, en y repensant, je me demande si j'ai bien fait, les malades allaient se faire exploiter dans les fermes du coin.* » (Dr G., psychiatre) A l'hôpital de Bonneval, les femmes allaient se faire employer comme « bonnes à tout faire » chez les médecins, ou chez les familles aisées du coin. C'était, pour la plupart le seul emploi qu'elles pourraient trouver à la sortie. Elles constituaient une main d'œuvre docile, leur place avait souvent été trouvée grâce à l'assistante sociale de l'asile : « *Quand l'ancienne malade ne donnait pas satisfaction, la famille me prévenait et on la ré hospitalisait.* » (Mme C., assistante sociale) Peu de malades sorties ont dans les faits été hospitalisées à nouveau, mais on peut penser que la peur de l'être pouvait constituer un bon moyen de discipline au travail. Bref, « guérir » des malades pouvait constituer un avantage pour l'économie locale. Toujours est il que cette référence à la notion de guérison va transformer l'aliéné à vie en malade : « *l'asile d'aliénés doit faire place à l'hôpital psychiatrique, dont la raison d'être est de guérir des malades et non de maintenir à l'écart de la société des sujets réputés dangereux (...) il a été prouvé que même les malades chroniques ne sont pas fatalement incurables*⁷⁸ »

Le patron clinicien : le malade objet

⁷⁸ P. 32 Ey (Henri), Le centre de traitement et de réadaptation sociale de l'HP de Bonneval de 1934 à 1955, Notes et documents de la FNOSS, 1960, ¾. Dans ce rapport sur l'hôpital de Bonneval, Henri Ey répète inlassablement que son objectif est de guérir les malades, même les cas réputés incurables.

Le mythe et les multiples commémorations qui eurent lieu après sa mort furent l'occasion d'encenser le maître des lieux, cet humaniste catalan. Mais le Dr Ey est aussi un patron autoritaire et dominateur, le médecin, qui possède le savoir et la blouse blanche. Le malade étant dès lors un objet de savoir. A ce titre, la visite est un moment assez violent, malgré les récits des infirmières « *ça distrait certains malades, dans le train-train de l'asile* ». Le psychiatre fait le tour des services avec sa cour, les internes, la surveillante générale, et parfois les visiteurs. Il s'arrête devant les malades ou les reçoit dans la salle commune. « *On ne ferait plus ça aujourd'hui... mais la visite était sacrée, il discutait avec le malade « vous délirez madame... et comment va la famille ? Et qu'est-ce que c'est que ces hallucinations ? Mais vous n'y pensez pas... », C'était très actif comme contact* » (Dr Z, interne dans les années 1950) La visite est certes un moment pédagogique, un moment de travail : le médecin prend conseil auprès du groupe. Mais elle est aussi l'espace-temps de consécration du savoir et du pouvoir du médecin, et de légitimation de l'internement au nom du savoir médical⁷⁹. Le malade est dans une position de dominé, observé, objectivé, on parle de lui à la troisième personne. Cette visite est une lutte entre la raison et la déraison « *Qu'est ce que c'est que ces hallucinations la ? Mais vous n'y pensez pas* », soutient le docteur, le médecin détenant bien sûr le monopole de la raison. Ensuite, le malade est un objet de savoir, un beau délire qui permet d'écrire de beaux articles⁸⁰ : « *Certaines malades qui avaient de beaux délires montaient à Paris avec le Dr Ey (...) Quand on a introduit le Largactil, on a soigné des gens, mais ils n'avaient plus les délires qu'ils avaient avant, et ça, ça a bien embêté le Dr Ey, mais bon, il était bon joueur.* (Dr R., interne chez Ey dans les années 1950.) Le Dr Ey pratiquait également « la présentation de malades » lors de ses cours du mercredi, un malade, exposé à la tribune devant les étudiants et les médecins. Cette conception a le mérite de ne pas considérer la folie dans son versant strictement négatif mais de mettre en évidence la dimension créatrice de la folie. Ce type de pratiques sont celles de la médecine clinique, c'est donc toute une socialisation professionnelle liée à l'histoire de cette profession⁸¹ qui parle à travers la façon d'agir du Dr Ey. Pratique qui sont celles des médecins dans les

⁷⁹ Foucault (Michel), Le pouvoir psychiatrique, Hautes études, Gallimard Seuil, 2003

⁸⁰ C'est par exemple le cas d'Henriette T. dont parle Clervoy (Patrick) dans un chapitre de son ouvrage sur Henri Ey Henri Ey-1900-1977, 50 ans de psychiatrie en France, Institut Synthélabo, (collection Les empêcheurs de penser en rond),1997, sur laquelle le Dr Ey avit semble-t-il écrit plusieurs articles.

⁸¹ Voir sur cet aspect de la profession de psychiatre et sur le pouvoir psychiatrique, la leçon du 9 janvier 1974 de Michel Foucault Le pouvoir psychiatrique, Hautes études, Gallimard Seuil, 2003

hôpitaux qui accueillent les malades issus des classes populaires, à qui l'on peut imposer une telle violence sociale.

Le malade du Dr Ey- nous n'avons pas abordé les relations entre le Dr Picard et ses malades, où les différences entre les médecins directeurs, les assistants, les internes...) car la position du Dr Ey illustre une transformation de la psychiatrie, n'est plus un aliéné mais une personne dans sa globalité : physique, psychique, sociale, avec son histoire, et pas seulement un déviant, un interné, à «administrer» comme chez le Dr Picard. Mais c'est aussi et surtout une personne malade, donc potentiellement guérissable, donc objet de soin, mais aussi objet d'étude et d'expérimentation, et soumise à une norme sociale : la raison, et réadaptable à la société.

B 3 Les malades et les infirmier(ères)

Les malades sont avant tout en contact quotidien des infirmiers. Quelle forme prend une telle relation ? Relation de domination, de compréhension, de distance, de proximité ? Relation de gardiennage, de « maternage » ? Quel rôle est assigné à l'aliéné ? Pourquoi de telles relations ? Sont elles liées à la socialisation primaire des infirmiers ? A leur formation ? Leurs contraintes professionnelles ?

Les gardiens d'asile⁸²

Les gardiens deviennent infirmiers psychiatriques en 1936, il va donc y avoir, jusqu'à la fin des années 1960, des personnes entrées à l'hôpital en tant que gardiens d'asile. Et ce n'est pas par la force d'un décret que l'on modifie un certain nombre de pratiques, ainsi, si le costume, la casquette et le sifflet vont être rapidement abandonnés, la clef restera l'attribut principal de l'infirmier, les techniques violentes seront toujours utilisées, « *j'ai vu des infirmiers frapper sur des malades* » explique un infirmier, et le chantage à la chambre d'isolement et à l'enfermement sont récurrents. Toujours est-il que même si le statut change, la formation des infirmiers sera longtemps sommaire et les connaissances en psychiatrie assez

⁸² Sur l'histoire de la profession d'infirmiers psychiatriques : Zillioux, Ils s'appelaient gardiens de fous, Roumieux (André), Je travaille à l'asile d'aliénés, Champ libre, Paris, 1974, et les ouvrages de Roger Gentis et de Marcel Jaeger. Et sur Bonneval en particulier Serreau (Jean- François)De l'abbaye à l'hôpital psychiatrique de Bonneval, 1980, Serreau (Jean- François), Réflexion... à propos de la formation des élèves infirmiers de secteur psychiatrique, certificat de cadre infirmier, 1979

limitées. Ainsi une interne au service du Dr Picard dans les années 1950, Mme K., affirme avoir vu un infirmier appuyer sur les ovaires d'un malade homme qui faisait une crise « *parce que ça calme les crises de nerfs.* » Cette ignorance est liée au fait qu'ils ont un accès très limité à l'information médicale : ils n'ont pas le droit d'assister à la visite, ils se font même tout petits quand ils voient arriver le Docteur et sa cour. Les surveillant(e)s monopolisent l'accès à l'information médicale⁸³. Les infirmiers peuvent tout juste consulter les dossiers quand ils en ont le temps, ils ne sont en contact avec le médecin que par l'intermédiaire du surveillant et il n'y a jamais de réunions avec le médecin pour discuter des malades. Un faible nombre d'infirmiers rencontrés ont pratiqué ce métier par choix, il s'agissait alors d'un pis-aller. Avant la guerre, ce métier était tout juste bon « pour les bretons⁸⁴ ». Tous les infirmiers se souviennent avec précision du jour de leur entrée à l'hôpital et leur premier jour, souvent traumatisant. Beaucoup crurent qu'ils n'allaient pas tenir et mirent du temps à s'habituer. Aucun n'avait à priori un intérêt particulier pour la maladie mentale. Ce qui peut expliquer les façons parfois brutales de se comporter avec les malades. Le fonctionnement carcéral de l'institution s'explique aussi par le taux d'encadrement assez faible, même si les effectifs ont progressivement augmenté, la règle est d'un infirmier pour 10 malades dans les services d'agités et un pour quinze dans les autres services⁸⁵ Mme J., une infirmière raconte qu'elle s'était retrouvée seule une matinée avec 70 malades. Ceci peut expliquer pourquoi les infirmier (ère)s, afin d'éviter tout problème, ont des réactions un peu brutales : mettre en cellule pour avoir la paix, faire des électrochocs pour calmer certains, mettre du bromure dans le vin, augmenter les doses de calmants... Ensuite, la majorité des hospitalisations se font sous contrainte : placement d'office ou placement volontaire. Il faut donc être vigilant(e)s face aux éventuelles évasions : il en va de la responsabilité de l'infirmier. Il est donc plus facile de fermer les portes. Ensuite, les conditions de travail sont difficiles, 49 heures par

⁸³ Gentis (Roger), Les murs de l'asile. Dans ce pamphlet, Roger Gentis insiste énormément sur la position de dominé dans laquelle sont tenus les infirmiers. Il fait une lecture de classe de l'institution, les infirmiers étant les « prolétaires », les médecins « les bourgeois » et les surveillantes les bras droits des médecins, médecins et surveillant monopolisant l'accès à l'information médicale. Cette situation est pour lui l'une des causes du peu d'évolutions de l'asile. Il oeuvrera, à travers les formations des Cemea à transformer cet état de fait qui, nous le verrons dans la seconde partie, portera en partie ses fruits dans les années 1970 et 1980.

⁸⁴ La grande majorité des infirmiers et infirmières recrutés à l'asile de Bonneval avant la guerre sont originaires de Bretagne, du Morbihan.

⁸⁵ C'est d'ailleurs certainement pour cette raison qu'entre 1954 et 1955, deux services femmes deviennent des services pour agités, alors que les malades n'ont pas changé, cela permettait à ces services d'avoir plus de personnel.

semaine et un seul jour de congés jusqu'en 1968. Les infirmiers s'occupent de tout, le travail est très physique: ils nettoient les services, vont chercher les repas à la cuisine et les servent, ils amènent et vont chercher le linge à la laverie, distribuent les traitements... il reste peu de temps pour discuter avec les malades. Les relations avec les malades sont encore proches de relations de gardiennage, malgré leur statut d'infirmier.

« Je les aimais bien mes malades »

Malgré cette ambiance rude, presque carcérale, beaucoup d'infirmiers semblent avoir tissé des relations privilégiées avec les malades, ils se souviennent souvent du nom de certains, et gardent une mémoire souvent aiguë de leurs années à l'hôpital. Il arrivait assez fréquemment que les infirmiers rendent des services aux malades : « *On apportait de la laine de chez nous pour que les malades tricotent des chaussettes* » raconte Mme H, infirmière « *J'en ai dépensé de l'argent pour les malades. Je leur achetais je sais pas moi, du savon, de l'eau de Cologne, des foulards... y'en a même que j'ai emmené en vacances* » explique Mme P., infirmière. Ces relations se déploient en partie dans les espaces informels de l'institution : on signe les bons de sortie à la place du médecin, on donne à manger pour ceux qui travaillent à la cuisine... Cette entraide est en partie liée à la proximité sociale (les classes populaires des campagnes), qui existe entre les malades et les infirmiers⁸⁶. En outre ils sont du même sexe en raison de la non mixité. Pendant longtemps d'ailleurs, les gardiens se recrutaient parmi les malades. Si cette pratique n'existait plus dans les années 1950 (si ce n'est pour les aides qui sont d'anciens malades, qui deviennent salariés de l'hôpital avec un statut particulier, en vue de leur réinsertion professionnelle), les infirmiers gardent avec les malades une proximité dans les conditions de vie à l'hôpital. Jusqu'au Front Populaire, ils dorment avec les malades, ils ne peuvent se marier, leur jour de congé n'est pas le même que celui des femmes afin qu'ils ne se rencontrent pas... Ceci changera, certes, mais ils partagent toujours huit heures, quotidiennement dans les murs de l'asile. Dans certains services, ils font du nursing : la toilette des malades, on les aide à manger... cela crée une proximité physique entre soignants et soignés qui implique forcément un engagement affectif. Dans d'autres services, comme la clinique, la thérapeutique nécessite une forte proximité. C'est notamment le cas avec les cures d'insuline. Il faut surveiller le malade pendant son coma, être présent lors de son réveil, et ces

⁸⁶ Voir à ce sujet, Gentis (Roger), Les murs de l'asile, Cahiers libres 163, éditions Maspéro, 1970, pour Roger Gentis, la proximité sociale qui existe entre les infirmiers et les patients est une force dans la relation thérapeutique.

cures sont nombreuses et répétées. Dans les ateliers d'ergothérapie, loin de l'ambiance carcérale, une complicité se noue et l'ambiance au travail favorise la confiance : on laisse un malade se déplacer dans l'hôpital pour livrer des chaussures, on lui laisse utiliser des objets interdits dans les services... Par ailleurs, la faible formation théorique des infirmiers les amène à compter exclusivement sur leurs capacités de compréhension, leur patience, leur écoute... Ils ne disposent pas d'instruments théoriques leur permettant de mettre à distance la maladie. Ils la prennent de « plein fouet » pourrait-on dire. Ainsi, ils adoptent souvent une position compréhensive vis-à-vis des malades. On ne contredit pas les délires des malades, mais on (r)entre dans le délire du malade. Telle dame voulait sa chambre en rose on a tout fait en rose, telle dame voulait être habillée en noir, qu'il en soit ainsi... Cette compréhension n'est pas purement humaniste, elle permet d'avoir la paix et de maintenir l'ordre dans l'asile. Les infirmiers travaillent beaucoup comme « ils le sentent », offrent ce qu'ils peuvent, bien souvent de la bienveillance, et de la tendresse. Cette attitude maternante était encouragée par le Dr Ey, qui expliquait aux infirmières qu'elles devaient considérer le patient comme leur père ou leur mère. Ainsi, lors du départ du Dr Ey, les infirmières écrivent dans le Bon Sens⁸⁷ : « *La formation psychiatrique que vous nous avez donnée, en des termes si compréhensifs, nous a permis d'aider les malades à soigner, suivant votre doctrine « AVEC LE CŒUR. »*, on est loin de la sacro sainte distance professionnelle actuelle. Dans les entretiens, surtout avec les infirmières, certains propos sont récurrents : « *on les aimait bien les patients* ». En effet, beaucoup d'infirmières voient encore les patients qui sont sortis dans Bonneval, prennent le temps de discuter, en invitent même chez elles et leurs rendent toujours de menus services. Ces derniers prennent la forme d'échanges puisque d'anciennes malades travaillent chez ces infirmières. Ces relations de proximité sont aussi liées à l'ambiance familiale de l'asile, les religieuses se connaissent puisqu'elles prennent leur repas ensemble à la communauté, les bretons qui constituent le noyau d'infirmiers les plus anciens, sont tous issus du même village en Bretagne, et pour les nouveaux entrants, avoir de la famille ou une connaissance dans l'institution est quasiment indispensable pour rentrer à l'hôpital. Ensuite, les mariages entre personnel de l'asile sont très fréquents. Ceci favorise l'entraide, on n'hésite alors pas à se rendre des services, les problèmes de communication sont moins fréquents, on peut penser que cette ambiance familiale au sein du personnel influence leurs relations avec les patients. Il semble donc que même si les relations sont proches de celles de gardiens, elles n'en demeurent pas moins « humaines. »

⁸⁷ P. 10, N°79, 2^{ème} trimestre 1970, « *Au revoir... Docteur Ey* », par les infirmières

Une lente médicalisation

La profession d'infirmier psychiatrique va lentement se médicaliser. Le Dr Ey va commencer par donner aux infirmières les attributs extérieurs de la médecine : tablier blanc, et petit bonnet blanc sur la tête. Il existe ensuite un cahier de liaison où la surveillante consigne les faits importants de la journée, et un dossier médical pour chaque patient (constitué dès 1934 à l'arrivée du Dr Ey). Les sœurs assistent à l'entretien avec le Docteur et prodiguent même des conseils. La médicalisation est en marche mais en partie monopolisée par les surveillantes et surtout, les sœurs qui n'ont pas obligation d'être formées. C'est pour cette raison qu'à partir de 1957, des infirmières générales secondent les religieuses surveillantes. Le Dr Ey va s'attacher à former les infirmières⁸⁸. « *Le docteur Ey nous faisait des cours... Alors là... Je l'aurais écouté pendant des heures, parce qu'il s'adaptait... Il nous parlait pas comme à ses étudiants en médecine... Il avait un discours qui s'adaptait à ses infirmières, les soignantes. Mais alors... c'était passionnant : des cours de psychologie, c'était à en baver par terre. Et quand il débordait un petit peu l'heure, « Bon, ça y est maintenant », « Oh ! » on lui répondait. Bon, alors ça, ça m'a aidé tout de même hein.* » (Mme C., ergothérapeute, entrée dans les années 1950.) Dès 1934, il met en place et organise des cours informels, sanctionnés par un examen. A partir de 1955 (arrêté du 28 juillet 1955), un diplôme national est instauré. La formation dure deux ans, les élèves stagiaires sont présentes dans les services et ont leur cours en dehors de leur temps de travail. Mais c'est davantage lors des stages que les infirmières acquièrent leurs connaissances : stage à St Alban, à Fleury Les Aubrais, Stage Croix Marine, Stage Cemea....permettent aux infirmières d'échanger leurs expériences. Ces échanges se poursuivent par le biais des journaux internes d'établissements, auxquels est abonné l'hôpital, et qui permettent d'avoir des nouvelles des activités des autres établissements et de poser des questions par articles interposés. La « *journée de l'infirmière* » est un autre temps fort de la formation, autant symboliquement que pratiquement. On y discute de problèmes pratiques rencontrés à l'hôpital. Le Dr semblait avoir une grande estime pour les infirmières qu'il valorisait énormément, nombres d'entre elles semblent avoir eu des relations privilégiées avec le Docteur. La formation et la reconnaissance des infirmières va créer une ambiance d'émulation à l'hôpital, toutes me

⁸⁸ Georges Daumézon, en 1935 a écrit sa thèse sur la place des infirmiers, il dénonce entre autre le niveau culturel des gardiens, incompatible avec le travail réclamé. Suite à une enquête, il montre que onze établissements de France et d'outre mer emploient du personnel illettré. Il insiste donc sur la nécessité de faire une sélection. Le problème sera pendant longtemps celui des salaires et des conditions de travail.

racontent avec une certaine nostalgie leurs années au service du Dr Ey. Le travail des infirmières est plus valorisé, elles sont reconnues, ont des connaissances de base, sur les règles d'hygiène, l'anatomie, la physiologie, ces deux composantes, l'une symbolique et l'autre plus concrète vont transformer leurs relations avec les malades. Ce ne sont plus simplement des personnes à garder, mais des personnes dont on doit prendre soin, dont a à apprendre, objets de connaissances et pas simplement de surveillance.

Les aliénés ne sont plus seulement des « personnes à garder », mais des personnes dont il faut prendre soin. Ce soin est particulier, basé sur la relation, « le cœur », assez peu technicisé finalement. L'histoire de cette institution et les contraintes professionnelles (faible taux d'encadrement) n'ont cependant pas totalement fait disparaître les relations aliénés-gardiens

Même si, nous l'avons vu dans le chapitre A, l'hôpital est le lieu de profondes inégalités de traitement, on peut cependant tracer une évolution générale (plus ou moins marquée selon les services) dans la prise en charge thérapeutique. Le malade mental fait place à l'aliéné. On ne garde plus, on soigne. Bien évidemment, la figure du malade mental n'est pas douce et dorée, c'est aussi la guérison au centre du projet au prix de techniques parfois violentes, le malade transformé en objet d'étude clinique... Mais on soigne d'une façon bien particulière, on soigne la personne dans son ensemble et pas seulement le corps, les soins ne sont pas strictement techniques : électrochoc dans une ambiance thérapeutique, humanisme du médecin chef, relation de proximité entre les soignants et les malades. Cette évolution est le produit d'une évolution de la place de la psychiatrie par rapport à la médecine. Elle s'ancre dans la médecine par le biais de thérapeutiques plus efficaces (et notamment la chimiothérapie). Les psychiatres des hôpitaux psychiatriques (les anciens aliénistes) tendent à se faire reconnaître comme des médecins en plaçant la guérison au centre de leur travail. Pour ce faire, ils transforment la formation des anciens gardiens qui deviennent des infirmiers.

C La vie sociale à l'hôpital : la lente humanisation de l'asile

« Quand on a rénové le dortoir de l'hospice, rien que ça y' a des malades qui n'ont plus été gâteuses. » (Dr K., interne chez Ey dans les années 1950) Dans un hôpital psychiatrique, la frontière entre le thérapeutique et le non thérapeutique est très floue. L'institution peut en elle-même être thérapeutique (et productrice de symptômes), il est donc

indispensable de connaître les conditions d'existence des malades et les relations sociales qui se nouent au sein de l'hôpital. Quand bien même ces relations n'auraient pas de dimension thérapeutique elles nous renseignent sur la vie quotidienne des malades à l'hôpital et sur leur statut. On étudiera dans cette partie : les conditions de vie (C1), le travail et les loisirs (C2), et les droits et libertés du malade (C3)

C1 Les conditions de vie

Entre la fin de la guerre et les années 1960, les conditions de vie vont être radicalement transformées : c'est la disparition progressive des tinettes au profit des toilettes, on bascule des costumes aux habits personnels, des poêles à mazout au chauffage central, des lits de paille aux matelas..., les conditions de vie vont se faire plus douces. La circulaire 148, datant de 1952 sur « l'humanisation des conditions de vie » pèsera largement sur cette évolution.

Les repas : des écuelles, et « du vin de fou »

Il y avait deux cuisines à l'hôpital, l'une près du cloître, et l'autre près du pensionnat. Les pensionnaires avaient un repas amélioré : une entrée, un dessert, du beurre... « *Quand on travaillait au pensionnat, c'était affreux, y'en avait qui avait un chocolat le matin, les autres avaient un café, et ils mangeaient côte à côte* » (Mme H., infirmière). Pour les autres, la nourriture semble de qualité médiocre. Les malades vont progressivement voir leur régime alimentaire s'améliorer : beurre deux fois par semaine, viande grillée... Un nouveau cuisinier arrivé en 1953 semble avoir contribué à l'amélioration des repas et, le nombre de personnes salariées à la grande cuisine va passer de 6 à 12 employés entre 1953 et 1970 (ceci s'explique en partie du fait que les malades étaient employés à la cuisine). La majorité des aliments était auto-produite au sein de l'hôpital : il y avait une ferme, un potager, des champs, mais aussi une boulangerie, un abattoir « *on tuait bien trois porcs par quinzaine, on leur donnait les eaux grasses, mais les cochons dormaient un peu avec les neuroleptiques* » (M. D., infirmier.) Cela employait un nombre considérable de malades du service des travailleurs. Il y avait du vin à table, il était acheté chez un vigneron du pays, mais c'était du vin « *bon pour les fous.* » ainsi que l'explique un psychiatre, le Dr C., entré à l'hôpital en 1970 « *L'hôpital recevait du vin d'un commerçant. Et un jour, je suis rentré chez ce monsieur, que je connaissais par ailleurs, et je lui ai proposé de monter une équipe de football pour aller foutre une torgnole aux commerçants du coin. Et je vois tout d'un coup un tonneau avec dessus : « Vin pour l'asile ».*

Mon sang n'a fait qu'un tour et j'ai dit : « Comment ? Vin pour l'asile ? » Il y avait en fait depuis longtemps un vin pour les fous. C'est le négociant qui le mettait de côté. Alors moi évidemment, les discriminations... machin et tout ça... Je lui ai dit : « Et bien on va voir ça, je rentre et demain je fais casser le contrat. » Evidemment, j'étais la honte de l'hôpital. On disait : « Qu'est-ce que c'est que ce toubib ? Il ne veut plus donner de vin aux malades ! » A la place, je suis allé acheter une machine à faire de la limonade. Je ne comprenais pas qu'on donne du vin aux fous. Mais, ce qui m'a le plus choqué, c'est qu'on leur donne du vin spécial, depuis un siècle. » C'est surtout le déroulement des repas qui renseigne sur la vie de l'asile. Les repas se faisaient à 7h30, 11h et 18h, les horaires seront progressivement décalés à partir de 1956. Les malades, allaient chercher la «soupe» quand ils étaient de «corvée» avec un infirmier, ils transportaient les repas sur un chariot. Bien des fois, le repas arrivait froid. Ensuite, il n'y avait ni couteaux ni fourchettes, seulement des écuelles en fer et des cuillères, à partir de 1956, ceci va être progressivement abandonné. Les malades mangeaient seuls, à de grandes tables, sous la surveillance des infirmiers, une exception cependant, d'un infirmier, M. N. « A la clinique, où l'on faisait les cures, à 7-8, je restais manger avec les malades, on discutait, le repas qui d'habitude durait une demi heure, se rallongeait un peu, nous restions trois quarts d'heures à table (...), le matin, je prenais un café avec les malades, je m'asseyais et je discutais avec les malades. Mes collègues le buvaient en 5 minutes et partaient récurer le sol, ils fuyaient un contact ». Les douceurs et les goûters semblent avoir une importance capitale « Qu'est ce qu'achetaient les patients avec leur pécule ? Du sucre, des paquets de sucre, des pots de miel... »(M.R.) de nombreux articles du Bon Sens des années 1950 relatent les menus des goûters offerts par l'Entraide, alors que ce type d'articles sera moins présent dans les années 1960.

Le cadre de vie : la thérapie par l'esthétique

Les malades dorment dans de grands dortoirs, progressivement séparés en box. L'entassement et le sureffectif constituent la règle dans les années d'après guerre. Les dortoirs sont mal chauffés, il n'y a pas de chauffage central, juste des calorifères et des poêles. Les malades ont peu d'intimité, les dortoirs sont dé-personnalisés, le Dr Ey s'attachera à changer les choses en installant une petite armoire pour chaque malade. Il y a en général deux salles communes par service : une salle à manger et une salle de repos. Comme les dortoirs, le cadre va être progressivement amélioré. Mme Ey aurait fait toutes les brocantes du département pour trouver des meubles rustiques pour meubler les services et rendre l'ambiance plus agréable. Des rideaux seront installés, des napperons, des abat jours, des miroirs.... Un

concours d'ambiance des services sera même organisé (Bon Sens N°18, 1955.) Le côté des hommes sera lui longtemps dénudé, sans meubles, avec le strict minimum, des tables et des bancs. Les services vont de plus en plus ressemblés à des lieux d'habitation familiale, mais aussi plus confortable, bien différents de l'asile, ils vont se personnaliser. Tout est systématiquement fabriqué dans les ateliers d'ergothérapie. La différence entre les deux services s'explique du fait que les hommes travaillaient davantage aux champs, à l'atelier de ferronnerie et de menuiserie et préparaient les stands pour la kermesse, et finalement peu dans les ateliers où se fabriquent les objets pour la décoration intérieur. Ceci s'explique aussi du fait qu'une part moins importante des ressources financières était allouée au service homme.

Les progrès de l'hygiène

Ce n'est qu'au début des années 1950 que tous les lits de paille vont être supprimés. « *Les malades incontinents dormaient dans des lits de paille, avec juste un drap par dessus, le matin on devait trier la paille propre de la paille sale, comme pour les animaux.* » (Mme H., infirmière psychiatrique) Une partie des matelas sera d'ailleurs fabriquée avec les malades de colonnes aux ateliers d'ergothérapie. Ensuite, les tinettes vont être remplacées par les toilettes. Les tinettes étaient déversées dans les champs et dans le Loir ce qui posait de graves problèmes de maladies contagieuses, dont la syphilis. L'odeur des dortoirs est un problème récurrent... L'hygiène des malades est assez sommaire, surtout chez les hommes, où le savon et les gants sont des denrées rares. Il semble que les conditions d'hygiène relativement correctes soit atteintes dès le début des années 1950, dans les rapports d'activités d'avant guerre, le Dr Ey fait systématiquement mention des maladies liées aux problèmes d'hygiène, ce qui disparaît à partir des années 1950.

Les uniformes

Le malade, à son arrivée, est dépouillé de ses habits personnels, on lui remet un uniforme. Il y en a un pour l'été et un pour l'hiver. Un costume en velours pour les hommes pour l'hiver, et un bleu de travail, pour les femmes, des robes à fleurs. Les femmes, dans les années 1950, n'ont pas de gilet (donc toujours, froid). On m'a raconté que les malades sont débraillés, les pantalons n'ont pas de ceinture. Les malades étaient donc dépersonnalisés (sauf dans certains services comme la clinique ou le pensionnat.) Les femmes reprennent leur nom de jeune fille et sont dépossédées de leur alliance. Ces pratiques doivent changer en théorie avec la circulaire 148 de 1952 mais ce sera long. En 1953, un salon de coiffure est installé dans un service, une infirmière ayant fait une formation faisait la coiffeuse, on pouvait

aussi venir s'y faire les ongles. Le Dr Ey fit installer des miroirs et invitait ses malades à prendre soin d'elles et à être coquettes.

Les conditions de vie se dés- aliénisent, progressivement et lentement. Les règles d'hygiène de base sont remplies. La vie dans les dortoirs est plus confortable, les salles communes plus accueillantes. Dans certains services, les malades ont leurs habits personnels. Cette évolution est le produit des critiques de l'immédiat après guerre, où un certain nombre de psychiatres ont comparé la vie dans les camps de concentration à la situation des malades dans les hôpitaux psychiatriques. Ces critiques vont se concrétiser dans la circulaire 128 de 1952. Ces évolutions sont aussi le résultat de l'élévation générale du niveau de vie.

C 2 La vie sociale : les loisirs et le travail à l'hôpital

Les conditions de vie ne sont pas les seuls éléments thérapeutiques, les occupations des malades le sont aussi, le travail, les loisirs et toutes les relations qu'ils nouent avec les objets et les personnes...Le vaste courant de psychothérapie institutionnelle⁸⁹ qui prend naissance après la guerre peut être considéré comme une révolution. Comment ces évolutions transforment la vie quotidienne des aliénés et la représentation que l'on se fait d'eux ? Comment expliquer de tels changements ?

Entre travail productif et travail thérapeutique : l'ergothérapie

La place du travail à l'hôpital va être transformée. Jusque dans les années 1950, le travail des malades correspond au travail du service des travailleurs. Le travail va se généraliser et avoir une fonction plus explicitement thérapeutique. On peut distinguer trois formes de travail : le travail dans les services généraux (ferme, jardin, lingerie, épluchage, buanderie...), le travail au sein des services où vivent les malades (ménage notamment) et le

⁸⁹ L'expression « psychothérapie institutionnelle » a été utilisée pour la première fois en 1952 Par Daumézon et Koechlin en 1952. Voir ce sujet : Chanoit (P.), La psychothérapie institutionnelle, PUF, Que Sais- je, 1995
Rappart (Philippe), « Psychopathologie et clubs psychothérapeutiques », Evolution Psychiatrique, N°11, Année 1955, P. 549- 557. Rappart (Philippe), « Henri Ey et les clubs thérapeutiques : l'entraide psychosociale féminine d'Eure et Loir », Pratiques en santé mentale, N°3, 1999. Isabelle. Tosquelles, Million, Fargeot, « les problèmes médico - administratifs soulevés par la pratique de l'ergothérapie et de la sociothérapie dans les hôpitaux psychiatriques, Information psychiatrique, » N°2, P.71- 104 , 1955. Arveiller (Jean- Paul) Pour une psychiatrie sociale. 50 ans d'action de la Croix Marine.

travail à vocation thérapeutique dans les ateliers « d'ergothérapie » (école ménagère, couture, raphia, tapis, reliure, menuiserie...) ⁹⁰ La quasi-totalité des malades vont désormais travailler (deux tiers environ). Des ateliers d'ergothérapie sont créés : vannerie, poterie, reliure, raphia, émail... chez les femmes. Menuiserie, ferronnerie... chez les hommes. Les ergothérapeutes n'existent pas en tant que profession dans les années 1950 mais sont des infirmières formées lors de stage chez des artisans ou dans certains hôpitaux pour apprendre les différentes techniques artisanales : raphia, vannerie, email... Ces ergothérapeutes semblent être l'avant-garde de l'hôpital. Leur recrutement social est plus élevé que la moyenne. ⁹¹ Le travail dans les ateliers d'ergothérapie est surtout un travail manuel artisanal. Nécessitant un vrai apprentissage il permet aux malades « *de se rendre compte qu'ils sont capables de faire quelque chose.* » (Mme C., ergothérapeute) Ce travail n'a pas vocation première à être productif mais est avant tout thérapeutique. L'admission se fait en théorie sur prescription du médecin chef ou de l'interne. Mais, les ergothérapeutes peuvent parfois « *demandeur des malades* » aux médecins pour faire tourner leurs ateliers. En théorie, si les malades ne veulent pas travailler, on ne les force pas. Paradoxalement, les malades ne demandaient jamais de leur propre chef au médecin de venir travailler, ces activités dans les ateliers étant perçues comme une contrainte. Seuls les ateliers de poterie et la faïence, qui avait une dimension créatrice, étaient demandés par les malades. Certains malades se rebellaient « *je ne suis pas ici pour travailler mais pour être soignée.* » Mme B., une ergothérapeute était allée faire un stage dans une clinique privée, « *les malades ne voulaient pas travailler...j'aimais mieux avec ma population de Bonneval* » ce qui montre bien la limite du choix dont semblaient disposer les malades. Les ateliers d'ergothérapie avaient une production conséquente, une grande partie était vendue à la kermesse, certains ateliers avaient « des clients » fixes : la base militaire de Châteaudun, un armurier local qui achetait les fameuses « boîtes à belette »... Le travail dans les services généraux étaient en général plus pénible que dans les ateliers, surtout pour les hommes, les « travailleurs. » Ils font un travail très pénible : « *ceux qui travaillaient au jardin, ils usaient une paire de sabots par mois* » explique M. R, le cordonnier. Certains travaux sont stéréotypés : trier les haricots, plumer des poulets (pour les femmes du service des colonnes), faire le ménage.... Le travail au sein des services permet aux malades de participer à la vie de leur service : faire le ménage, aller chercher le pain, emmener le linge à

⁹⁰ Ces trois formes de travail sont celles retenue dans l'enquête Daumézon (Georges), Bernhard (H.), Zissman (H.), « *Enquête sur le travail des malades dans les hôpitaux psychiatriques français* »,

⁹¹ J'ai rencontré deux ergothérapeutes, Mme G., de l'atelier de reliure, Mme B., de l'atelier d'émail. L'une avait fait des études d'histoire de l'art et est femme de psychiatre, l'autre, fille de commerçant à Bonneval.

la lingerie... Les enfants étant présents dans les services (avant la création du service enfants au milieu des années 1950), les malades s'en occupent. Ceux qui ont des compétences particulières les mettent au service de l'hôpital : les instituteurs donnent des cours aux « arriérés » et aux autres malades, ceux qui savent jouer du piano donnent un concert, les malades qui savent écrire servaient de secrétaire.... Le malade a diverses dimensions : occupationnel, thérapeutique, productif, créatif... en fonction des services et des ateliers.

Quelque que soit la forme qu'il prend, le travail est justifié par des arguments médicaux : on parle de « thérapie par le travail » et ceci pour divers raisons en fonction des auteurs : il a une dimension hygiénique (Pinel), il permet de faire diversion et de ne pas « s'enfermer dans le délire » en « dérivant les activités malades » (Esquirol), c'est un élément de socialisation (Tosquelles, Bonnafé, Daumézou, Koechlin...) il permet grâce à l'obtention d'un salaire de se re- familiariser avec l'argent (Le Guillant)⁹²... Ainsi, la confection de boîtes à belette donnaient l'occasion aux malades de sortir à l'extérieur pour rencontrer les acheteurs, au service des enfants, du Dr Faure, un atelier d'ergothérapie a été entièrement construit par les malades dans un but thérapeutique. ⁹³ Le travail permet aux malades ne pas totalement rompre avec leur mode de vie antérieur : travail à la ferme pour ceux qui avaient dû être d'anciens journaliers agricoles, participation au fonctionnement du service afin de ne pas rompre avec les exigences de la vie quotidienne... Mais le travail avait surtout un intérêt financier certain pour les malades, si, jusqu'en 1958, « *le produit du travail des malades appartient à l'établissement*⁹⁴ », progressivement, les malades vont avoir un pécule, qui, jusqu'en 1966, sera versé en nature sous forme de cantine : cigarettes, savon, dentifrice, cigarettes, eau de Cologne, confiseries... il correspond à 2,50f par jour. C'est le pécule de base versé par l'hôpital. Le pécule complémentaire est versé par l'association l'Entraide en fonction de la productivité des malades. Enfin et surtout, la « prime à la santé mentale », récoltée par l'Entraide est reversée de façon collective aux malades, à travers l'organisation de fêtes, de voyages, d'aide à l'installation pour les malades qui sortent, de confiseries... Certains travaux sont directement utilisés par les malades : les repas de l'école

⁹² Daumézou (Georges), Bernhard (H.), Zissman (H.), « Enquête sur le travail des malades dans les hôpitaux psychiatriques français »,

⁹³ Un film a été réalisé sur cette aventure : Le château des pauvres. Playdoyer pour une thérapeutique occupationnelle dans un service adolescent, réalisé par le Dr Faure, psychiatre au service des enfants. Ce film, qui fait l'apologie du travail thérapeutique est très touchant, il retrace pas à pas la construction, par les enfants de l'asile, d'un bâtiment servant d'atelier ergothérapeutique. Construction des fondations, des murs, peinture....

⁹⁴ Règlement modèle de 1857 définissant l'organisation des asiles

ménagère, les bijoux en émaux de l'atelier...et participe à l'amélioration des conditions de vie : fabrication de matelas, d'abats jour... Le travail avait aussi un intérêt financier pour le personnel : bonnes à tout faire chez les médecins, ainsi qu'à l'internat, jardin entretenu au frais de l'asile...Mais aussi pour les clients : les produits fabriqués étaient ultra compétitifs, les malades étant peu payés, les objets étaient vendus à des prix intéressants, comme le souligne un article de l'entraide : « *l'entraide met à votre disposition un grand choix d'objets à des prix sans concurrence que vous trouverez dans les ateliers d'ergothérapie* » (Bon sens N° 72, 1968)

Le travail des malades ne peut être perçu dans sa dimension exclusivement productive et oppressive, c'est aussi un moyen thérapeutique et de socialisation, dont la dimension économique peut permettre d'en percevoir les limites

La transgression de rôle : sortir du rôle de malade

Mais le club de l'Entraide et de l'Amicale ne servaient pas qu'à résoudre les problèmes administratifs et financiers liés au travail des malades dans les hôpitaux. Ils servaient à organiser les loisirs et à animer la vie de l'établissement. L'Entraide est une association où participent les malades, elle est constituée de comités de section, avec des délégués élus : deux malades et deux soignantes. Il y a une réunion hebdomadaire avec les membres de l'Entraide, à la cafétéria. Les malades qui y participent sortent un temps de leur rôle de mineur pour participer à l'organisation de la vie de l'établissement. Un journal est édité : le Bon Sens, réalisé par le personnel. Mais les malades peuvent y faire des demandes dans la rubrique : « suggestion des malades », ainsi, dans le numéro 2 de 1953, un groupe de malade demande « *des aiguilles et de la laine et des jeux de société* », il y a aussi parfois quelques articles réalisés par les malades sur leur quotidien à l'hôpital, les voyages... Là encore, cela permet aux malades d'avoir un rôle actif. Les commerçants de Bonneval sont pour beaucoup abonnés au Bon Sens, l'hôpital s'ouvre ainsi sur l'extérieur, et ne reste pas ce monde clos, objet de fantasmes. Des annonces dans le journal sont faites à destination de l'extérieur : « *recherche d'emploi pour deux malades employées de maison* » (bon sens N°72, 1968), on y annonce la kermesse, on fait de la publicité pour les objets fabriqués dans les ateliers. Bref, par ce biais l'asile s'ouvre. Ensuite, les loisirs permettent aux soignants et soignés de sortir de leur rôle : ils dansent ensemble lors des fêtes, font partie de la même équipe de foot lors des rencontres inter- établissements, jouent ensemble dans une pièce de théâtre ... Le Dr Ey faisait des parties de tennis endiablées avec un malade et lors de ses 20 ans en 1953, des malades étaient présents. Lors de la kermesse annuelle, « *la plus grande fête*

du département », les portes de l'hôpital s'ouvrent. Lors des voyages, des visites en ville, les malades quittent l'internement. Les services vont être progressivement équipés de télévision et la bibliothèque des malades (ouverte en 1953) abonnée à des journaux. Ceci va permettre aux malades de se tenir informé et d'être moins coupés du monde extérieur. Les loisirs sont aussi l'occasion de rencontres entre les malades hommes et femmes : le club culturel est mixte. Bref, les loisirs et les activités de l'Entraide transforment la figure de l'aliéné : mineur, malade, assisté, interné... en personne active, ouverte sur les autres et sur l'extérieur, ils permettent au malade de « sortir de son rôle de malade. » Cette sortie du rôle de malade est à nuancer : les occasions de renversement de l'ordre institutionnel étaient limités, il n'y a pas comme dans certains hôpitaux, et notamment à Cour Cheverny, des réunions hebdomadaires soignants- soignés, le journal interne n'est pas fait par les malades, les infirmiers portent la blouse...

Les loisirs comme certaines formes de travail ont participé à la transformation de l'asile en « *centre de traitement et de réadaptation sociale* », permettant au malade de sortir de son rôle de malade interné, pour produire et participer à la vie de l'établissement. On peut cependant voir que Bonneval, si c'est un service à la pointe de ce mouvement n'est pour autant pas à l'avant-garde. Alors que Ey était « *le pape de la psychiatrie* », l'hôpital de St Alban, en Lozère était « *la Mecque* » de la psychothérapie institutionnelle. Ey a peu écrit sur la sociothérapie⁹⁵, et il délégua la mise en place de l'Entraide, l'association qui allait servir d'organe de diffusion de la sociothérapie à l'hôpital à ses internes, les Dr Jeangirard⁹⁶, puis le Dr Rappart. Ces transformations sont le produit des évolutions de la pensée psychiatrique, du retour aux sources de l'aliénisme qui fait de l'asile une institution en elle-même thérapeutique. Ces évolutions sont aussi le produit du contexte politique de l'après guerre et de la critique de l'institution asilaire, considérée comme aliénante. Si l'asile devient une institution médicale, on voit ici qu'il s'agit d'une institution médicale bien spéciale.

C3 L'internement

⁹⁵ Dans son manuel de psychiatrie, Ey (Henri), Bernard (P.), Brisset (Charles), Manuel de psychiatrie, Masson, 3^{ème} édition, 1978, il y a tout juste quatre pages sur ce thème.

⁹⁶ Qui fondera par la suite la clinique de La Chesnaie, un exemple du genre de psychothérapie institutionnelle, près de Blois, près de la fameuse clinique de La Borde à Cour Cheverny.

L'internement est au centre du dispositif asilaire. Tout le vocabulaire est calqué sur celui de la prison : on parle de « *récidives* » pour les malades qui rechutent, d' « *évasion* » pour ceux qui s'échappent, la « *cantine* » désigne le petit magasin de l'hôpital, le « *parloir* » est le lieu où les familles viennent rencontrer les malades, les services sont des « *quartiers*. » La clef est omniprésente, c'est avec la blouse l'attribut principal de l'infirmier, la perdre peut valoir un blâme. Tout ce vocabulaire va lentement disparaître. L'une des évolutions de l'après guerre sera de dissocier l'internement de l'hospitalisation. Ceci se concrétise notamment par la création de services libres dans les hôpitaux. Comment ont évolué les droits et libertés des personnes hospitalisées ?

La loi du 30 juin 1838 et la primauté de l'internement

La loi du 30 juin 1838⁹⁷ définit le statut du malade mental. Elle définit deux modes d'hospitalisation : le placement d'office (PO) et le placement volontaire (PV.) Le placement d'office, prononcé par le préfet et légitimé par un certificat médical, est une mesure d'ordre public puisque peut être hospitalisée « *toute personne dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sécurité des personnes*⁹⁸. » Un malade hospitalisé suite à une décision de justice du préfet perd sa responsabilité pénale, il n'est pas jugé. L'article 64 du code pénal précise en effet : « *toute personne en état de démence au moment des faits est irresponsable.* » C'est le préfet, sur avis du médecin qui prononce la levée de PO. Le PV se fait sur demande de la famille (placement volontaire pour volonté de la famille, et non du malade.) L'admission se fait sur certificat médical d'un médecin qui n'exerce pas à l'hôpital, ainsi que sur demande écrite de la famille. La sortie se fait sur avis du médecin ou demande de la famille. En pratique, comme le placement volontaire est payant, la majorité des hospitalisations se feront d'office. La mise en place des placements volontaires gratuits en 1947, va pouvoir changer cet état de fait. Le nombre de PO va donc progressivement diminuer, ainsi, en 1953, 63 admissions se font en PO, elles seront au nombre de 17 en 1968. On voit cependant que beaucoup de malades (ceux en PO et PV), ne sont libres ni de leur hospitalisation, ni de leur sortie. Ils sont soumis au pouvoir du médecin et du préfet ou de la famille. Pour ce qui est de leur gestion de leurs biens, les malades sont tous « *sous administration provisoire des biens.* » C'est l'administrateur provisoire des biens, bénévole puis assistante sociale, qui gère les biens du malade pendant, et exclusivement pendant, toute la durée d'hospitalisation. (La loi de 1968

⁹⁷ La loi de 1838 est la loi fondatrice de l'assistance aux aliénés, concernant les droits du malade, elle restera en vigueur jusqu'en 1990.

⁹⁸ Article 18 de la loi de 1838

sur les incapables majeurs changera cet été de fait mais nous reviendrons dessus dans la seconde partie). Ainsi donc, les malades ne peuvent jouir directement de leurs biens. Ils reçoivent de l'argent par le biais de l'assistante sociale, qui juge de leur capacité à l'utiliser, et donc détermine leurs besoins et leurs priorités. Le malade interné jouit toujours, en théorie, de ses droits civiques : liberté d'association, droit de vote. Cette corrélation entre internement et psychiatrie réduit cette dernière à une fonction de gestion de l'ordre public et empêche bien souvent tout travail thérapeutique- la prévention est impossible. Vont alors être créés des services libres⁹⁹, ce sera le cas à Bonneval en 1949. L'hospitalisation libre deviendra lentement le mode d'hospitalisation dominant. En 1953, il y a 253 entrées en service libre et 329 en PO et PV, en 1968, il y a 334 entrées en service libre et 175 en PO et PV. Les malades de ces services ont le même mode d'hospitalisation que les malades des hôpitaux généraux. Ils sont hospitalisés selon leur propre volonté et ne sont pas sous administration provisoire des biens. Seulement, les entrées au service libre se transforment parfois en hospitalisation volontaire ou en hospitalisation d'office. De plus, un malade hospitalisé librement peut être en service fermé, « *pour son bien* », elle n'est pas forcément au service dit libre. La séparation entre les services libres et fermés n'est donc pas si nette. Un autre élément va délier progressivement le lien psychiatrie internement : les consultations externes dans les dispensaires qui permettent d'être vu par un médecin sans forcément être hospitalisé.

Si l'hospitalisation rime pendant longtemps avec l'internement, c'est que l'on considère que celui-ci aurait une fonction thérapeutique, mais c'est surtout pour protéger la cité des malades supposés dangereux. Il y a donc jusqu'à la guerre, une plus grande importance donnée aux objectifs d'ordre public qu'aux objectifs médicaux, tendance qui tendra à s'inverser progressivement.

L'enfermement et la privation de liberté à l'hôpital

Au début des années 1950, il n'y a aucun service ouvert, c'est-à-dire un service dont les portes sont ouvertes sur le parc (sachant que l'asile est entouré d'un grand mur et que la porte principale est fermée.) Les malades ne peuvent même pas sortir dans le parc de l'hôpital, ils n'ont pas le « *droit au vagabondage* », pour reprendre une expression de Tosquelles. Mais progressivement, entre les années 1950 et 1970, de d'exception, le service ouvert va devenir la règle. Le premier service ouvert sera celui des travailleurs. Dans la journée, ces derniers se rendent au travail, mais le week - end, la porte était fermée « *le week-*

end, il y avait tous les travailleurs, dans cette grande salle du chapitre, enfermés, fumant et tournant en rond, ne sachant que faire. » (M. K., infirmier au service des travailleurs) Il est relaté, dans le Bon Sens, les dates d'ouverture des différents services, contés comme de grands évènements. Mais cette ouverture est toute relative « *quand ça se passait pas bien, on n'hésitait pas, à tourner un ou deux coups de clefs pour avoir la paix, même dans les services théoriquement ouverts.* » (Mme T., infirmière entre 1958 et 1988.) Les infirmiers engageant leur responsabilité, ils ont tendance à fermer. Le Dr Ey passait pour un laxiste lorsqu'il « *tentait des ouvertures* » de services. En plus, une évasion devait être notifiée au ministre de la Santé et était donc forcément publique. On voit ici que la liberté, même au sein de l'hôpital, s'est faite de façon très progressive et assez limitée. Pour ce qui est des sorties à l'extérieur de l'hôpital, elles se font en échange d'un bon de sortie signé par les internes ou le médecin, ou accompagnés d'un infirmier. Les sorties en dehors de l'hôpital étaient très rares : le cirque annuel, pour certains la sortie du dimanche, les visites des familles pour ceux qui en ont. Les ouvertures sur le monde extérieur sont assez rares : l'hôpital fonctionne en autarcie et la cantine de l'hôpital permet aux malades d'acheter ce dont ils ont besoin sans avoir à se rendre chez les commerçants. A cette interdiction de circuler librement dans l'enceinte de l'hôpital ou à l'extérieur s'ajoute l'interdiction d'entretenir des relations avec les personnes de l'autre sexe, et donc d'avoir des relations sexuelles et donc des enfants. En effet, les services ne sont pas mixtes (jusqu'en 1970 à Bonneval pour les services d'admission et bien plus tard pour les autres services.) Les malades ne peuvent se rencontrer : les secteurs hommes et femmes sont séparés, et chaque service a sa propre cour entourée de murs. Ainsi, hommes et femmes ne se rencontrent même pas à l'extérieur. Le seul lieu de rencontre, ce sont certains ateliers, la cuisine lors des épluchages¹⁰⁰, où, pour les rares qui peuvent sortir, le parc. Les relations sexuelles hétérosexuelles sont proscrites, les relations homosexuelles plus tolérées, à une époque où la pilule n'existe pas encore. Signe de frustration, les délires érotomaniaques sur les médecins et les internes sont assez fréquents. A cette limitation de leur liberté, celle de côtoyer des personnes du sexe opposé s'ajoute le statut de mineur dans lequel ils sont : ils ne décident pas de leur emploi du temps, des horaires, la douche est obligatoire, « *on s'est battu*

¹⁰⁰ « A l'origine, il y a une ligne symbolique entre le service des femmes (où seules les religieuses ont le droit d'exercer, à l'exception du docteur Ey) et celui des hommes (dont s'occupent les infirmiers). Et tous les hôpitaux sont construits de la même manière. Les deux seuls lieux de transgression de cet interdit sont la chapelle (sous l'œil de Dieu) et la cuisine (sous l'œil de Bacchus). Et c'était pareil pour les infirmiers et les infirmières. Le seul moyen, en fin de compte, pour les malades de forniquer, c'était pendant les corvées d'épluchure. Ils sortaient de la cuisine et allaient à la morgue. Donc, avec Bacchus, c'est le vin, la mort et l'amour. » (Dr B.)

pour en mettre certains à la douche », ils n'ont pas le droit d'avoir du feu il y a un infirmier préposé au feu, chargé d'allumer les cigarettes.)

Ce fonctionnement est lié à la spécificité de la maladie mentale (le malade n'a pas forcément conscience de sa maladie) et aux représentations que l'on s'en fait (dangerosité du malade, lien entre maladie mentale et déficience mentale...), au faible taux d'encadrement (rendant difficile d'accompagner individuellement un malade à l'extérieur), et au dispositif législatif (impossibilité d'hospitaliser, dans un hôpital public, un malade sans qu'il soit contraint.)

Sortir de l'hôpital : du droit formel au droit réel

Le malade mental, est avant tout un interné¹⁰¹ et un déviant. Interné en partie parce qu'il est déviant¹⁰², il devient déviant par le simple fait d'avoir vécu à l'asile et d'être marqué du sceau de son passage par l'institution psychiatrique. Ainsi, un malade peut avoir le droit formel de sortir et ne pas le faire. Car il ne suffit pas d'avoir le droit de sortir, encore faut-il en avoir les possibilités, c'est-à-dire avoir un logement et un travail ou un revenu minimum, et le vouloir, c'est-à-dire espérer se sentir mieux dehors que dedans, et ne pas être trop désocialisé, dés-habitué à la vie sociale. *« PREMIERE SORTIE. Après 13 ans d'internement : ça y est j'ai un petit carré de papier qui s'intitule BON DE SORTIE : Robinson va sortir de son île, frôler encore la civilisation. Théoriquement visité par sa famille mais abandonné de tous... Si on pouvait se douter de ce que cela représente...plus de vêtements à mettre... Après tout ce temps ! Heureusement qu'on m'a donné quelque chose, autrement, je sortais à l'état de nature, avec une feuille de vigne comme parure... J'arrive devant le concierge et présente mon Bon : pas de difficulté. Premier pied dehors ah ! Liberté, chère liberté, comme tu es belle ! Je contemple ce chemin que nous faisons mon mari et moi, que la vie est drôle, bizarre. Bigre ! Il fait un froid du diable ! Impossible d'admirer la nature, la ramure et les petits oiseaux : ah ! Mais si : qu'il est gentil ce petit pont, et cette petite rivière qui n'a pas*

¹⁰¹La figure du psychiatre oscillant entre longtemps entre celui qui légitime un asile derrière lequel serait injustement privés de libertés d'honnêtes citoyens, avec la complicité des médecins qui cependant en laisserait sortir beaucoup trop. Si l'interné l'est toujours à tort sa sortie est toujours une erreur. Rappart (Philippe), La folie et l'état. Aliénation mentale et aliénation sociale, Privat, Toulouse, 1981

¹⁰² Les théoriciens du mouvement anti-psychiatrique réduisent le malade mental à sa position de déviant. Le psychiatre n'est alors que le (re) producteur d'une norme sociale arbitraire (et oppressive.) Il semble en réalité que se cumulent deux éléments : la déviance sociale et la maladie mentale. Tous les malades mentaux n'étant pas internés, et tous les déviants n'étant pas à l'hôpital psychiatrique.

*cessé de couler malgré ces dix années... » le Bon sens, numéro 38, 1^{er} trimestre 1960 ». On voit ici, à travers cet article d'une malade, à quel point il est difficile de sortir de l'asile. L'hôpital désocialise. On ne manipule plus d'argent, on ne fait pas à manger, la vie n'est pas mixte « *y'a des malades, dans certains services, ils n'avaient pas vu une femme pendant des années* », les liens avec la famille ont pu se rompre progressivement. Le problème, c'est de trouver un logement et un travail. Cela pose un problème pour tous ceux qui ne sont pas assurés sociaux. En effet, les assurés sociaux disposent : d'une pension d'invalidité, d'indemnités maladie pendant un mois, d'indemnités de maladie de longue durée pendant trois ans. Ceux qui sont à l'hôpital au titre de l'aide médicale gratuite n'ont aucun revenu lorsqu'ils sortent. Mais un autre problème se pose, pour les assurés sociaux comme les autres : le stigmate de la maladie mentale, pour trouver un logement et un emploi. L'association Unafam, créée en 1963, tint son premier congrès en Eure et loir en 1963 afin de transformer l'image de la maladie mentale. Pour certains, l'hôpital, c'est leur famille, entrés très jeune, ou placés ici par les familles qui ne peuvent payer une maison de retraite, l'hôpital se transforme en asile dont les malades ne veulent pas sortir : « *j'me souviens y'avait des malades, on les appelait les p'tits chevaux, ils étaient là depuis toujours, et bien on les avait envoyés dans un foyer, ils s'étaient échappés et ils étaient revenus* » L'hôpital était pour certains une famille. On m'a très souvent parlé, lors des les entretiens, de « *l'ambiance familiale de l'hôpital* ». Une famille un peu dure, mais une famille tout de même. C'est pour cette raison qu'il existe un service social à l'hôpital, que l'un des changements opéré par le statut de CTRS, c'est l'embauche d'une assistante sociale. L'assistante sociale aide les malades à retrouver un emploi, l'Entraide propose des aides à l'installation sous forme de dons... Afin de permettre aux malades de garder un contact avec les familles, l'Entraide paye le voyage de certaines familles, ou aide les malades à s'y rendre. Un appartement sera acheté par l'Entraide ? Progressivement, seront mis en place les VAD- les visites à domicile, (l'Entraide achètera une auto en 1967) et les consultations aux dispensaires, afin de suivre les malades qui sortent et d'accompagner leur sortie.*

La figure de l'aliéné disparaît très lentement : le placement libre remplace en partie l'internement sous contrainte. Mais il ne suffit pas que l'internement soit juridiquement libre pour que les modalités de l'hospitalisation le soit. Ces dernières se transforment progressivement : certains services s'ouvrent. Si les droits formels du malades changent, il en est de même des droits réels grâce à la mise en place du service social rendant les sorties possibles. L'aliéné interné à vie n'est plus la figure dominante et unique, même si elle ne disparaît pas par la volonté d'un seul homme.

L'aliéné disparaît peu à peu. Il a désormais des conditions de vie à peu près décentes (inégaies en fonction des services). Il ne « tourne plus en rond autour d'un arbre », mais travaille et a quelques loisirs. Il n'est plus à tout prix un interné, mais dans certains cas est hospitalisé volontairement et peu même espérer sortir. L'asile est un CTRS- Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale. Mais le malade vit toujours dans des dortoirs, son travail n'est pas simplement ergothérapique, il est aussi productif, sa liberté au sein de l'hôpital bien mince et fragile, et sa sortie est loin d'être systématique... L'asile que Goffman dénoncera en le décrivant comme une institution totale¹⁰³ en 1961, les psychiatres réformateurs dont Henri Ey fait partie en ont déjà perçu les limites dès l'après guerre. Ils travaillent à le transformer, dans un contexte social de construction de l'Etat social (mise en place de la sécurité sociale en 1945), et dans un contexte politique d'après guerre et de critique du totalitarisme.

¹⁰³ « toute institution qui accapare la totalité du temps et des intérêts de ceux qui en font partie et leur procure un univers spécifique qui tend à les envelopper » (P.46) Goffman (Irving), Asile. Etude sur les conditions sociales des malades mentaux Minuit, 1962

Conclusion de la première partie

L'asile devient l'hôpital psychiatrique. Le médecin psychiatre remplace l'aliéniste, administrateur avant tout. Les gardiens deviennent infirmiers. Les techniques thérapeutiques remplacent les techniques de pacification.

L'aliéné : incurable, interné à vie, mineur... devient un malade à guérir, à réadapter. Mais un malade bien particulier, un malade mental : objet de soins techniques certes, mais surtout de rapports sociaux humanisés qui doivent se rapprocher du monde « normal » (travail, loisirs, un peu de liberté.)

Toutes ces évolutions se font de façon inégale, l'asile est toujours présent dans certains services, et avec lui l'aliéné. C'est que cette transformation ne se fait pas en douceur : le Dr Ey joue de son prestige pour attirer des internes et psychiatres à Bonneval (davantage attirer par les perspectives de carrière à Paris), il « bataille » pour « arracher » des subventions à la caisse de sécurité sociale¹⁰⁴...

Un certain nombre de conditions ont été nécessaire pour que ces évolutions soient possibles à Bonneval. Un contexte socio- économique- politique particulier entre 1950 et 1970 (élévation générale du niveau de vie, mise en place de la sécurité sociale, contexte de l'après guerre et critique du totalitarisme.) Des éléments propres à Bonneval : présence du Dr Ey et proximité de Paris (qui sont que le reflet du contexte national : génération de psychiatres réformateurs, position centrale de Paris...) et des évolutions internes à la psychiatrie : ancrage de la psychiatrie dans la médecine.

¹⁰⁴ Les rapports administratifs et médicaux à destination du préfet sont à ce titre révélateur des difficultés pour arracher des financements et donc transformer l'asile. A partir de la fin des années 1950 (Bonneval n'a plus le statut de CTRS), dans chaque rapport d'activités on lit : « *les travaux n'ont toujours pas été réalisés, faute de financement* », et ce, tous les ans, pendant presque dix ans. Ce qui montre bien les difficultés qu'il pouvait y avoir à transformer le vieil asile.

Deuxième partie : 1970- 1990

La consécration de la figure du malade mental

« Pour moi, la révolution, elle n'est pas venue avec le Dr Ey mais avec le secteur, nous, on avait peur du Dr Ey, les choses ont vraiment changé avec le secteur » (Mme E, infirmière entrée en 1967 à l'hôpital). Le modèle asilaire est en partie détruit en 1970, mais seulement en partie. Le secteur¹⁰⁵, mis en place en 1970 à Bonneval, (et théorisé bien avant par des médecins comme Henri Ey) va contribuer à attaquer de front ce dispositif asilaire. Le secteur, c'est le découpage du territoire en unités de 70 000 habitants, où les structures de prévention, d'hospitalisation et de post cure sont présentes. Il doit permettre d'en finir avec l'enfermement et d'ouvrir l'hôpital sur la cité.

Comment ces transformations vont affecter les différents services de l'hôpital, y a-t-il, comme pendant la période précédente des services de pointe et des services dominés ? (A) Il n'y a pas de nouvelle révolution thérapeutique, si ce n'est l'abandon des techniques de choc. Mais la psychiatrie est reconnue comme une spécialité à part entière en 1968 et un centre de formation des infirmiers est ouvert sur Bonneval en 1972. Comment changent les relations entre les soignants et les malades ? (B) Mais surtout, dans quelle mesure les conditions de vie asilaires : enfermement, dé-personnalisation... vont définitivement disparaître ? (C)

A Le redécoupage des services de l'hôpital : vers une nouvelle configuration des inégalités ?

Quels sont les critères de répartition des malades entre les différents services ? En quoi ces services sont ils différents et construisent (ou pas) des rôles de malades diversifiés ?

A1 La fin de l'opposition asile / hôpital

Pendant la période précédente, l'hôpital était séparé en deux secteurs : hommes et femmes, l'un proche de l'hôpital, l'autre proche de l'asile. Cette différence va disparaître à partir de 1971, il n'y aura plus deux secteurs bien différents, mais trois secteurs tous calqués sur le modèle du Dr Ey : celui de l'hôpital psychiatrique. Cette transformation est liée à

¹⁰⁵ Le secteur est institué par une circulaire ministérielle du 15 mars 1960.

diverses évolutions dont notamment, le départ des deux médecins chefs : le Dr Picard le 31 décembre 1968, et le Dr Ey en septembre 1970. L'ancienne dichotomie Picard/ Ey va s'amenuiser, d'autant plus qu'elle reposait en partie sur les intérêts contradictoires liés à leur statut de médecin directeur/ médecin chef. Or à cette époque la fonction de médecin directeur disparaît remplacée par la fonction de directeur administratif¹⁰⁶(le premier directeur administratif est arrivé le 2 février 1971.) Les deux médecins sont remplacés par les docteurs Baron (qui succède en 1972 au Dr Barthe), Le Borgne et Fournier, de jeunes médecins. Leur façon de concevoir la maladie et de travailler est relativement proche, à la différence de celles de Ey et Picard. A ceci il faut ajouter qu'à partir de 1971, les services sont mixtes¹⁰⁷, (au début pour le personnel, puis progressivement la mixité se met en place pour les malades dans les services d'admission dans un premier temps, puis au niveau de l'ensemble de l'hôpital). Il n'y a donc plus d'opposition secteur femme/ secteur homme. La mixité des services entraîne une homogénéisation des modes de prise en charge, entre celle des femmes formées à l'école du « Dr Ey », et celle des hommes formés chez le Dr Picard. « *Les hommes et les femmes on n'avait pas la même façon de travailler, les femmes on était plus à cheval sur l'hygiène, les soins... les hommes étaient plus cools. Nous par exemple on voulait absolument que les malades soient lavés* » (Mme W, infirmière). On peut penser que les techniques du Dr Ey vont se diffuser dans l'ensemble de l'hôpital par le biais des infirmières, plus nombreuses numériquement que les hommes. Les services du secteur homme et du secteur femme ainsi que les différents services sont répartis entre les trois secteurs de façon à peu près équitable. Ainsi, chaque secteur se retrouve avec des services asilaires et des services rénovés, ce qui tend à réduire l'ancienne opposition entre services de pointe et services plus ou moins à l'abandon. Par exemple, au secteur C, on a : la Clinique homme, la Clinique femme (deux services de pointe), les Berges (l'ancien quartier des agités), et les Garennes (l'ancien service de grabataires du secteur homme.)

Bref, il semble y avoir une relative homogénéisation des modalités de prise en charge, la grande différence qui séparait les secteurs hommes/ et femmes a totalement disparu, le modèle de l'hôpital devenant le modèle dominant.

¹⁰⁶ Décret du 30 octobre 1970 faisant de l'hôpital psychiatrique de Bonneval un établissement public, doté de la personnalité morale, et le plaçant dans la catégorie des centres hospitaliers spécialisés. Loi du 31 décembre 1971, portant réforme hospitalière, précisant les attributions du CA et du directeur.

¹⁰⁷ Circulaires de 1960 et de 1970

A2 Chaque secteur est un « fief », des inégalités entre secteurs ?

L'hôpital est désormais divisé non plus en deux secteurs hommes et femmes mais en trois secteurs qui correspondent à des territoires géographiques. Des différences vont-elles se reconstituer, puisque chaque secteur est « *un monde* » (expression d'une infirmière, Mme V.) ? Le département de l'Eure- et- Loir est découpé en quatre secteurs:

A, Dreux, il sera fictif jusqu'en 1977, les malades étant répartis dans les trois autres secteurs en fonction des dates de naissance (nous ne parlerons donc pas de ce secteur),

B : Chartres Nord, Courville, La Loupe, Maintenon, dirigé par le Dr Baron

C : Chartres Sud, Janville, Auneau, Illiers, Voves, dirigé par le Dr Fournier

D : Bonneval, Châteaudun, Nogent Le Rotrou, Cloyes, Authon, dirigé par le Dr Le Borgne

Chaque secteur va devenir « *un monde* » avec à sa tête un médecin chef et un surveillant chef. Il n'y a jusqu'en 1991, pas d'infirmier général à la tête de l'ensemble des infirmiers, mais des surveillants chefs pour chaque secteur, ce qui tend à fragmenter l'hôpital. Il n'y aura plus de « journée de l'infirmière » comme du temps du Dr Ey, mais des réunions de secteur. Ensuite, le directeur, qui est sensé faire le lien entre les secteurs est un directeur administratif, auquel se confrontent assez systématiquement les médecins. Donc l'unité de l'hôpital est bien fragile. A cela il faut ajouter que ce sont les médecins chefs et non le directeur qui notent le personnel de chaque secteur. L'Entraide psycho - sociale des secteurs d'Eure et Loir créé en 1971 de la réunion de l'Amicale des Hommes et de l'Entraide psycho sociale féminine d'Eure- et- Loir, est mise en place en 1970. Elle aurait pu faire le lien entre les secteurs. Mais, elle sera divisée en « caisses de secteur. » Signe de son éclatement, le journal de l'établissement, le Bon Sens ne paraît plus à partir de 1974 et une nouvelle association Eteros (du type entraide) sera créée au secteur D. Bref, chaque secteur est indépendant, est-ce pour autant qu'il existe des différences, des inégalités entre ces secteurs ? Concernant les malades, le département étant sectorisé, les médecins ne choisissent pas leurs patients, ni les patients leur médecin. En raison du dogme de la médecine libérale de « libre choix du praticien », certains patients peuvent demander à être « déssectorisés. » Il semble que la volonté du médecin l'emporte toujours « *quand un médecin voulait pas des patients, il le refilait à l'autre en disant, c'est pas de mon secteur* » (Mme K infirmière). Les caractéristiques socio- économiques des secteurs géographiques étant différentes, celles des patients le sont aussi. Les secteurs B et C sont beaucoup plus urbains par rapport au secteur D,

plus rural. Les caractéristiques sociales des patients et les pathologies sont donc différentes¹⁰⁸. Le secteur D est celui du Dr Le Borgne, qui lors de la répartition des secteurs « *avait pris ce qui restait* », car il était « *arrivé en dernier.* » Cela laisse supposer que les malades y étaient moins « intéressants. » Travailler en ville, à Chartres, était plus noble « *le rêve d'un psychiatre, ça a toujours été de travailler à Chartres.* » (M. T., infirmier psychiatrique.) La ville de Chartres (la préfecture du département) a d'ailleurs été découpée en deux secteurs, ce qui n'est pas très rationnel au niveau de l'organisation, et qui laisse supposer que si un tel découpage a eu lieu c'est parce que tous les médecins voulaient avoir des patients Chartrains. On peut supposer que les caractéristiques sociales des patients du secteur B et C sont un peu supérieures à celles du secteur D. Les services de ce secteur sont d'ailleurs un peu moins neufs : le secteur D aura le vieux pensionnat et le service un peu délabré des Ifs (« la troisième ») alors que le Dr B., médecin directeur, et médecin chef au secteur B jusqu'en 1972 s'était « *tailler la part du lion* », choisissant les plus beaux services : la clinique et le service libre. Mais ce qui différencie les secteurs, c'est le médecin chef : ils ont des pratiques sensiblement différentes. Le Dr Baron¹⁰⁹, fils de sage femme et de médecin, fait ses études de psychiatrie à Paris et passe le concours de l'internat des hôpitaux psychiatriques de La Seine. Seul psychanalyste parmi les trois médecins chef, c'est un « lettré », parlant grecque et latin. Il a largement participé à la création de la bibliothèque du personnel dans les années 1970. Il était responsable du centre de formation des infirmiers psychiatriques sur Bonneval. Il était davantage intéressé par les pathologies légères de type névroses, il a d'ailleurs fait un film sur la dépression¹¹⁰. Il était connu pour avoir une durée de séjour un peu plus longue que les autres médecins, et semblait être moins porté sur les traitements médicamenteux « *il était plus psychothérapeute, il tapait pas au niveau du traitement, il n'aimait pas voir les patients diminués. Il était très humain, c'était difficile pour lui de voir les patients diminués physiquement.* » (Mme D., infirmière psychiatrique) Le Dr Le Borgne quant à lui, ancien interne puis assistant du Dr Ey revendiquait directement l'héritage du maître puisqu'il

¹⁰⁸ Cette hypothèse est au cœur de l'ouvrage de Bastide (Roger), Sociologie des maladies mentales Champs Flammarion, 1965. Durkheim (Emile) démontre dans Le suicide que les causes et les modes de suicide semblent en partie liées à la différence urbain/rural.

¹⁰⁹ « 1936- 2002, *Hommage à Jean Claude Baron (1936- 2002)* », Jacques Constant, L'information psychiatrique, vol. 79, N°2, février 2003.

¹¹⁰ Les lieux communs de la dépression, Dr Baron et Dr Lavau, Organon, 1985

habitait dans sa maison. Il était davantage tourné vers la neuro - psychiatrie et était connu pour administrer des « *traitements de cheval* » aux malades. Il aimait s'occuper des malades difficiles. Il était de la « vieille école », faisant encore la « présentation de malades » aux internes dans les années 1980. Il intervenait au ministère de l'armée en tant que médecin. Personnage charismatique, il avait une grande connaissance de la sociologie locale et des habitudes rurales, « *il aimait se présenter lui-même comme un paléonto - psychiatre des villes et des champs*¹¹¹ ». Féroce de chasse, il y partait avec les infirmiers. Il fonctionnait au sein de son service de façon très paternaliste et autoritaire. Le Dr Fournier, quant à lui, est un ancien interne du Dr Picard. Psychiatre « classique » et discret, avant de venir à Bonneval, il était médecin directeur d'un hôpital psychiatrique de province dans la Manche. Ces médecins ont donc des pratiques thérapeutiques sensiblement différentes. Leurs caractéristiques socio-professionnelles vont avoir des conséquences sur la répartition des infirmiers au sein des secteurs. Ces derniers, au moment de la sectorisation, ne vont pas se répartir de façon aléatoire, choisissant leur secteur en fonction du médecin. Celui du Dr Fournier, ancien interne de Picard sera davantage choisi par les infirmiers hommes, celui du Dr Le Borgne, ancien interne de Ey, davantage par les femmes, et celui du Dr Barthe (qui deviendra celui du Dr Baron), davantage choisi par les jeunes infirmiers, en raison de sa jeunesse et de ses méthodes peu orthodoxes. Mais ces différences vont s'amenuiser car par la suite les infirmiers ne choisiront pas leur secteur ni leur service.

Malgré les discours sur le secteur, tendant à les constituer en « fiefs », à les différencier, il semble qu'en pratique il n'y a pas d'inégalités majeures dans le traitement des malades (même si des différences existent dans la personnalité et dans les discours des médecins).

A3 Des inégalités au sein des secteurs ?

Mais chaque secteur est divisé en service. Y a-t-il des inégalités entre services ? Les malades appartenant à chaque secteur, environ 200 dans les années 1970, (150 à la fin des années 1980) sont répartis au sein des quatre services (trois à la fin des années 1980) de chaque secteur. Nous l'avons vu, la période précédente était marquée par de fortes inégalités entre services : service libre et clinique à l'opposé des services de chroniques et d'agités. La

¹¹¹ « *Hommage à Yves René Le Borgne* », L'information psychiatrique, vol. 79, N°2, février 2003

période du secteur va complètement bouleverser les critères de répartition des malades. A partir de 1968, il n'y a plus de malades pensionnaires, donc plus de différences entre les pensionnaires et les autres. Le mode d'hospitalisation libre se généralise, donc plus d'opposition entre le service libre et les autres. Mais surtout, les malades ne sont plus répartis dans les services en fonction de leur pathologie. Car l'idéologie du secteur, c'est aussi le mélange des malades. « *Le mélange des pathologies ? c'était une notion générale en psychiatrie, il fallait mélanger les pathologies. L'idée c'était que les moins malades aidaient les plus malades. C'était la règle, c'était dans l'air.* » (Dr T., psychiatre entré à l'hôpital dans les années 1980) Ce mélange est en partie lié à la taille du secteur : trois à quatre services, cela ne permet pas un triage « fin » des malades. « *Le secteur ça a fait que les malades se sont mélangés, dans un service de 50 malades, y'avait pas 50 dépressifs ou 50 personnes âgées* » (Dr T.) Par exemple, au secteur D, en 1970, on a : Les Rives, un service d'admission, les Ifs, un service de chroniques, le Pensionnat homme et le Pensionnat femme, deux services fermés. Il y a bien des différences entre les services, (service ouvert, service fermé, service plus ou moins rénovés... avec un nombre d'admissions plus ou moins important) mais elles sont assez peu tranchées. La répartition semble dépendre de négociations entre le patient et le médecin, « à la tête du client », ce qui laisse supposer que des inégalités sociales se reconstituent. Mais ce qui prime : « *le secteur c'est, on ne soigne pas par pathologie mais par rapport au secteur géographique, pour suivre la famille, au domicile* » (M. S., infirmier.) Ainsi, chaque assistant puis chaque praticien hospitalier (le statut d'assistant disparaissant en 1985) se voit affecté à un sous secteur géographique, chaque médecin a « ses malades » qui correspondent à une unité géographique, et non à une pathologie. Par exemple, au secteur D, dans les années 1980 : le secteur de Châteaudun est celui du Dr J., Nogent celui du Dr S., et Bonneval celui du Dr L. Ensuite, les infirmiers seront assez peu spécialisés et tournent beaucoup entre les services. La taille des secteurs, environ 200 malades, favorise les échanges. La plupart des infirmiers que j'ai pu rencontrer et qui travaillaient à cette époque sont passés par des services divers. Certains surveillants chefs de secteur obligent les infirmiers à changer de service tous les deux ans (même si cela est peu appliqué) « *à un moment, on tournait tous les 18 mois, la surveillante chef voulait qu'on tourne. Ca a été voté par les infirmières : ça permettait de connaître tous les services, et puis c'était pour souffler* » (Mme C., infirmière) Bref, on voit dans la période du secteur, une relative diminution des inégalités entre les différents services, pour les infirmiers qui ne se retrouvent pas dans des services trop « lourds », et pour les malades les plus chroniques, qui au contact de malades moins atteints, feront des progrès. Mais une inégalité va se recréer, non pas au sein de

l'hôpital mais entre l'hôpital et la clinique privée. Le mélange des pathologies va faire « fuir » les malades les plus légers « *la sectorisation dans le secteur public a privé de la névrose ; les gens névrosés, les petites névroses venaient une fois, mais quand ils voyaient tout mélangé, ils avaient l'impression d'être pas bien entendu. Et ils allaient dans le privé. Ils rechignaient à venir dans le public.* » (M. S., infirmier)

Bref, les services, au sein des secteurs sont relativement peu différenciés, ceci en raison de la taille des services et du discours sur la maladie mentale visant à l'unifier.

A4 Un processus de spécialisation : l'alcoologie et la géronto - psychiatrie

Progressivement, le secteur reforme des services « spécialisés. » En premier lieu, ce seront les services d'oligophrènes qui sont récrés, chaque secteur a donc son service : les Berges et les garennes au secteur C, le pensionnat au secteur D, et Les Colonnes au secteur B. « *des services que les médecins boudent un peu ou qu'ils refilent aux assistants* » (Dr E.) Et un service d'admission par secteur, « *celui où voulaient aller tous les étudiants* ». Cette spécialisation ne se fera que progressivement si ce n'est pour deux services : l'alcoologie et la géronto - psychiatrie pour lesquels des services spécialisés, communs aux trois secteurs, sont créés. Comment comprendre cette spécialisation ?

Un des premiers services spécialisés dans une pathologie spécifique est le service alcoologie ou l'USD- Unité de Soin et de Désintoxication ouvert en 1974. Ce service dispense des cures de désintoxication de deux à trois semaines. Y sont accueillis les malades alcooliques volontaires, c'est à dire désireux de se faire soigner. C'est un des services de pointe de l'hôpital : la blouse y sera abandonnée très tôt et les techniques de psychothérapie institutionnelle (repas thérapeutique, réflexion sur la relation soignant- soigné...) largement utilisées. Une nouvelle figure va donc apparaître : celle du malade alcoolique (auparavant l'alcoolique était davantage envisagé sous un angle moral¹¹²), considéré comme un malade mental et un malade mental spécifique. Comment expliquer une telle évolution ? Cette dernière est le produit du contexte législatif de l'après guerre qui tend à médicaliser l'alcoolisme (loi de 1954 et loi de 1975.) On peut aussi penser que les malades alcooliques vont devenir des malades « intéressants » pour les médecins et les infirmiers. Ce sont des

¹¹² Voir à ce sujet l'article « Lutte contre l'alcoolisme » de Dargelos (Bertrand), Lecourt (Dominique), sous la direction de, Dictionnaire de la pensée médicale, Quadrige/PUF, 2004.

malades qui se font hospitaliser volontairement (du moins dans ce service, ceux qui ne sont pas volontaires sont hospitalisés dans les services de psychiatrie classique.) Ils sont guérissables (la moitié des cas selon l'estimation d'un infirmier.) Les cures sont relativement courtes (deux à trois semaines), basées sur des techniques de soin : désintoxication physique, groupes de parole, activités thérapeutiques...

Un autre service spécialisé commun aux trois secteurs, est créé dans les années 1970 : le service de géronto - psychiatrie. Il accueille uniquement des personnes âgées. Comment expliquer la création de ce service ? Le soin aux personnes âgées serait un soin psychiatrique spécifique. Mais cette explication médicale n'est pas la seule. C'est à cette période que se constitue le troisième âge, avec son corps de spécialistes (les médecins gériatres), ses institutions (les maisons de retraite), ses associations. Les personnes âgées sont de plus en plus isolées du reste de la population, c'est aussi le cas dans les hôpitaux. A ceci il faut ajouter que jusqu'en 1975, la distinction entre le secteur médical et le secteur social n'était pas très nette, ainsi, une forte proportion de personnes âgées vivent à l'asile pas tant pour des raisons médicales que sociales. Cet état de fait va s'inverser, les maisons de retraite vont se médicaliser. L'un des enjeux de l'hôpital va être de se constituer comme une institution plus strictement médicale et de garder la «clientèle » des personnes âgées. La constitution d'un service de géronto - psychiatrie est un moment de l'institutionnalisation de la différenciation entre le social et le médical.

Certains services se spécialisent en fonction de la pathologie des patients (alcooliques, déficients) ou de leur âge (personnes âgées).

Il y a donc une grande différence par rapport à la période précédente puisqu'on observe une forme d'homogénéisation entre les différents services. Bien sûr cette homogénéisation se fera lentement et ne sera pas totale, mais les différences sont moins marquées. Aux figures diverses du travailleur, du chronique, du pensionnaire... succèdent la figure unique du malade mental. Ces changements institutionnels sont le produit de la sectorisation (qui entraîne la création de secteurs plus petits) et d'une conception de la maladie mentale centrée sur l'unicité de cette dernière. Mais cette homogénéisation des services, à l'époque même où elle semble se constituer, subit un autre mouvement : un processus de spécialisation.

B Médicalisation et professionnalisation de la psychiatrie

Les techniques de choc : électro - chocs punitifs et cures d'insuline sont progressivement interdites. En 1968, la psychiatrie devient une spécialité¹¹³ à part entière. En 1972, un centre de formation des infirmiers est ouvert à Bonneval. Dans les années 1970, les techniques thérapeutiques et la formation des soignants se transforment et avec elles le statut du malade.

B1 Des progrès au niveau des thérapeutiques ?

Abandon des techniques de choc, fin des pratiques punitives?

Les techniques de chocs (insulinothérapie et électro - chocs punitifs), les cures de sommeil, la psychochirurgie (les lobotomies) vont être progressivement abandonnées au début des années 1970. Les électro - chocs seront toujours pratiqués, mais à l'hôpital général de Châteaudun, en présence d'un anesthésiste. Son usage va se médicaliser et être davantage réservé aux accès mélancoliques. On oppose souvent les « techniques de choc », « barbares », aux nouvelles pratiques modernes des médecins. Cette opposition n'est qu'en partie fondée. Il semble d'une part que la barbarie de ces pratiques (surtout à Bonneval) était en partie surestimée, mais surtout que la violence de l'asile ne disparaît pas avec l'abandon des techniques de choc. Nous avons en effet vu que l'usage des techniques de choc était déjà plus « douce » à partir des années 1960 : l'électro - choc se faisait sous curare et sous narcose. C'est l'usage punitif ou purement sédatif qui sera condamné et qui va entraîner la disparition des ces techniques. Mais cela n'entraîne pas pour autant la disparition des pratiques répressives: enfermement dans la chambre d'isolement et traitements à haute dose pour « *casser le malade* » (cette expression appartient au vocabulaire courant des infirmières.) « *Quand on voulait avoir la paix, on n'hésitait pas à rajouter quelques gouttes d'Haldol à un malade.* » (M. K. , infirmier psychiatrique.) Si ces thérapeutiques ont disparu, c'est parce que l'asile s'ouvre, ses thérapeutiques sont davantage connues et les techniques de choc vont être

¹¹³ Arrêté du 30 décembre 1968 créant le CES de psychiatrie en remplacement du CES de neuropsychiatrie. Pour plus de précision sur cette réforme : Pinell (Patrice) « *Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France, 1968- 2000* », Rapport de recherche Mire

le symbole de la barbarie de l'asile¹¹⁴. La fin de leur usage signalerait la fin de l'asile. Mais c'est aussi qu'à cette époque, la douleur commence à être prise en compte : les antalgiques sont de plus en plus utilisés, les anesthésiants font des progrès¹¹⁵ ... et les patients sont en plus grande proportion hospitalisés volontairement, il est plus difficile de faire des traitements violents.

Les techniques de choc, symboles fantasmés plus que réels d'une psychiatrie asilaire disparaissent et avec eux, une partie de l'asile tombe définitivement, et notamment une partie des techniques punitives.

La chimiothérapie et la maladie mentale : maladie organique ou «pathologie de la liberté » ?

La chimiothérapie va devenir La méthode par excellence. ... « *Les médecins faisaient moins confiance aux psychothérapies qu'aux médocs. C'était la magie des médocs, on faisait bouffer des médocs toute la journée aux malades, des tartinées de médocs, je sais pas comment ils supportaient* » (M. K., infirmier) Les traitements sont très lourds : « *Les malades avaient des médicaments à haute dose... aujourd'hui à côté c'est de l'homéopathie* » (M. K.) souvent injectés par perfusion. Certains y voient un grand progrès. D'autres l'assimilent à une nouvelle camisole, à une méthode violente : « *Je me souviens une fois, j'avais dû faire une injection à un malade avec une ampoule de Nozinan, de Largactil et d'Haldol, c'était déjà beaucoup. Mais c'est limite si je ne suis pas faite engueulée par le médecin parce que c'était pas assez. C'était des traitements de cheval à l'époque. Une fois, je me souviens, j'avais fait une injection à un malade, il s'est écroulé, j'ai cru qu'il était mort.* » (Mme C., infirmière) Jusque dans les années 1990 les effets secondaires sont très importants : « *Ca leur donnait des troubles du comportement, plus qu'aujourd'hui, parce qu'il n'y avait pas de correcteurs : des mouvements de têtes, des balancements, ils se mordaient la langue, avaient des tics...* » (M. K., infirmier.) Ces méthodes vont avoir une conséquence sur la conception que les médecins se font de la maladie mentale : elle va s'inscrire davantage dans l'organique, le diagnostic va progressivement être établi en fonction de l'effet du médicament, et des différents types de

¹¹⁴ Que l'on pense par exemple à l'image de la psycho chirurgie et de la lobotomie dans le film Vol au dessus d'un nid de coucou de Milos Forman, réalisé en 1975. Dans ce film, un malade est lobotomisé, transformé en « légume », il a été lobotomisé pour réprimer sa rébellion bien plus que pour des raisons médicales.

¹¹⁵ Voir à ce sujet l'article « *Douleur* » de Isabelle Baszanger dans Lecourt (Dominique), Dictionnaire de la pensée médicale, Quadrige/PUF, 2004

médicaments existants¹¹⁶. La chimiothérapie est utilisée car elle présente de nombreux avantages : elle est peu coûteuse en personnel (à la différence des thérapies occupationnelles, et surtout des différentes techniques psychothérapeutiques) et surtout elle va être intéressante pour les firmes pharmaceutiques¹¹⁷.

L'usage des psychotropes transforme lentement la conception de la maladie mentale et son étiologie morale en une maladie «comme une autre », ayant des causes organiques.

Une culture psychanalytique diffuse : la place du sujet

« A l'époque [années 1970-1980], c'était le tout psychanalyse, ceux qui n'en étaient pas étaient des vieux cons » (Dr W.) Il semble qu'il y ait, une forte influence de la psychanalyse au sein des hôpitaux psychiatriques à cette époque. Sur les cinq médecins que j'ai rencontré ayant travaillé à cette époque, deux sur cinq étaient eux - mêmes psychanalysés et pratiquaient des méthodes d'inspiration psychanalytique. Un médecin chef sur les trois pratiquait la psychanalyse. C'est à cette époque que les premiers psychologues apparaissent dans les services. Les infirmiers de secteur psychiatrique étaient formés aux bases de la théorie freudienne. Cette influence de la psychanalyse est un phénomène national : « à partir de la fin des années 1960, à Paris du moins, ce sera une quasi obligation d'avoir suivi ou de suivre une formation analytique pour avoir droit à la parole dans le milieu psychiatrique¹¹⁸. »

Bref, il semble y avoir, au sein de l'hôpital, une culture psychanalytique diffuse, qui ne s'inscrit pas forcément dans la relation psychanalytique, mais qui fait de la maladie mentale une maladie bien spécifique, et qui place le sujet et son histoire au centre et fait de la relation un outil thérapeutique central.

¹¹⁶ C'est ce que montre Edouard Zarifian, dans le chapitre « les médicaments du cerveau » de l'ouvrage : Les jardiniers de la folie, Odile Jacob, 1994

¹¹⁷ Cette affirmation est un lieu commun qu'il conviendrait de démontrer à partir notamment d'une étude de la pharmacie de l'hôpital de Bonneval et des laboratoires pharmaceutiques auprès desquels elle s'approvisionnait. On pourrait par exemple étudier l'écart entre le coût de revient des différents médicaments, et leur prix de vente. Et étudier les liens entretenus entre les médecins et les pharmaciens de l'hôpital de Bonneval et les différents laboratoires pharmaceutiques.

¹¹⁸ P. 94 Voir sur les rapports entre psychiatrie et psychanalyse, le chapitre « malaise dans la clinique » P. 90-102 dans Castel (Robert), La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse, Minuit, Le sens commun, 1981

Les techniques thérapeutiques se situent dans la continuité de la période précédente : abandon des techniques de choc (alors que la période précédente n'avait fait que les « humaniser. »), usage de la chimiothérapie (mais de façon encore plus importante), place importante des psychothérapies (la période antérieure avait déjà renoué avec le « traitement moral. ») Ces techniques agissent autant sur le corps que sur la pensée. Bref, c'est la conception de la maladie mentale qui s'est construite après la guerre qui persiste et se consacre : le malade mental est un malade bien spécifique, objet de soins physiques, comme de thérapeutiques psychologiques. Cette période voit cependant se dessiner quelques transformations, annonciatrices d'évolutions futures : le poids de la pharmacopée devient très important, il a tendance à devenir dominant et transformera la psychiatrie.

B2 Le médecin psychiatre : continuités et ruptures

La figure du médecin dessinée dans la partie précédente : médecin humaniste, plaçant la guérison au centre, mais aussi « patron clinicien » va rester le modèle dominant, avec quelques transformations. L'activisme thérapeutique, amorcée par le Dr Ey, va se renforcer, et ceci grâce à l'augmentation du nombre de psychiatres formés¹¹⁹. Il y a dans chaque secteur, un médecin chef, un assistant (ils seront deux à partir de 1980) et trois ou quatre internes. Il y a donc, dans chaque service de 50 malades, un médecin. Certains vont avoir un rôle actif dans la transformation de certains services, leur présence quotidienne, auprès des malades et de l'équipe infirmière va avoir un impact déterminant. Ils vont participer à la diffusion du savoir psychiatrique auprès des infirmières, leur statut d'interne les rapprochant de ces derniers. Ces médecins ont une formation psychiatrique qui s'institutionnalise à partir de 1968 (auparavant la formation se faisait davantage « sur le tas » puisqu'il n'existait pas de diplôme de psychiatre en tant que tel mais seulement un diplôme de neuro - psychiatrie.) Certains vont rompre avec la figure du médecin clinicien autoritaire et certaines de ses pratiques : abandon des techniques de choc, disparition de la visite et de la présentation de malades. Cette rupture est cependant loin d'être totale, les médecins chefs sont toujours des « patrons » « *Y'a un psychiatre qui disait qu'il faisait de la fliquiatrie, qu'il avait pouvoir de vie et de mort sur les malades... les autres n'avaient qu'à obéir, les patients et les infirmiers... c'était le chef de*

¹¹⁹ Le nombre de psychiatres en formation passe en cinq ans de 654 (1969- 1970) à 2548 (1974- 1975). Pinell (Patrice) « *Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France, 1968- 2000* », Rapport de recherche Mire

service et sa cour. » (M. N., infirmier psy.) L'un des médecins chef de secteur poursuivra la présentation de malades jusque dans les années 1990. La figure du patron demeure présente, le médecin chef est un notable local, tout comme pouvaient l'être les médecins directeurs de l'époque antérieure.

Il y a donc une continuité avec la période précédente : la psychiatrie s'ancre dans la médecine, la guérison est au centre des projets. Qu'en est-il des infirmiers ?

B3 La transformation du métier d'infirmier de secteur psychiatrique¹²⁰

«Face à ces problèmes [la misère de la psychiatrie], il nous est apparu que les médecins ne pouvaient assurer seuls cette prise en charge, ne laissant aux infirmiers qu'un rôle d'exécutant. Il nous a semblé que « la psychiatrie de cabinet » limitant le temps des thérapeutiques à la seule consultation du bureau médical ou la traditionnelle visite était inconcevable et que l'infirmier, seul soignant à plein temps réel dans les services, devait être associé de façon étroite à l'entreprise de guérison¹²¹ » Comme le suggère cette réflexion d'un futur psychiatre, doctorant en médecine en 1968, le rôle des infirmiers psychiatriques va être amené à changer et par conséquent leurs relations avec les malades.

Les infirmiers : entre reconnaissance professionnelle et démocratisation de l'accès aux connaissances médicales

Le rôle de l'infirmier va largement évoluer dans ses relations avec le médecin et dans son accès aux connaissances médicales. Pour commencer, les infirmiers ont une relation plus directe aux médecins. La distance qui les sépare a tendance à diminuer, surtout avec les internes, très présents dans les services. Les infirmiers participent aux entretiens entre le médecin et le malade. Cette proximité est accentuée dans le secteur extra hospitalier (dans le secteur intra, les relations avec le médecin sont encore en partie monopolisées par les surveillants). Ils commencent à avoir accès aux connaissances médicales par le biais de la lecture du dossier médical, des réunions avec le médecin. Non seulement ils ont accès au

¹²⁰ Cette analyse est la synthèse d'entretiens réalisés avec des infirmiers psychiatriques ayant travaillé dans les différents secteurs et services

¹²¹ Introduction de la thèse de Ave (Michel), A propos de la place des infirmiers des hôpitaux psychiatriques dans l'équipe soignante. Une étude d'un centre hospitalier de province. Thèse pour le doctorat en médecine, faculté de médecine de Paris, 1968

savoir médical mais ils développent un savoir proprement infirmier. Le rapport d'activités n'est plus fait par les médecins mais par les surveillantes et les infirmières. Dans certains cas, lors des réunions, les infirmières peuvent présenter les malades à l'ensemble de l'équipe. A la fin des années 1980, la mise en place du « dossier de soin¹²² », dossier exclusivement rempli par les infirmiers et outil de mise en place du projet thérapeutique va symboliser ce pouvoir infirmier. Cette autonomisation se fait surtout dans le secteur extra- hospitalier où les infirmières ont davantage d'autonomie, elles se déplacent au domicile des patients, font des entretiens dans les CMP. Alors que les infirmières étaient de simples exécutantes, la loi de 1946 assignant à l'infirmière de « *donner des soins prescrits et conseillés par le médecin* » elles vont acquérir un « *rôle propre* » reconnu par la loi de 1978¹²³. Les relations avec les malades se professionnalisent, on n'est plus dans le maternage mais dans la distance professionnelle : on vouvoie le malade, on le traite avec davantage de respect... le ménage et le nursing sont renvoyés aux professions subalternes : agents des services hospitaliers et aides soignantes. Ces évolutions sont le résultat de plusieurs transformations : auparavant le savoir médical était monopolisé par le médecin et les sœurs¹²⁴. Le départ des ces dernières (les dernières partiront en 1975) va changer les choses. Les sœurs n'avaient pas forcément le diplôme d'infirmière et étaient malgré cela surveillantes, la monopolisation du savoir médical leur permettait d'acquérir une certaine légitimité. Leur compétence n'était pas toujours réelle et une barrière les séparait des autres infirmières. La laïcisation du poste de surveillant va rapprocher ces dernières des infirmières, l'accès au dossier médical des malades se fera de façon beaucoup plus systématique. Ensuite, les infirmiers vont être beaucoup mieux formés. Si en théorie les gardiens d'asile sont devenus infirmiers en 1938, il semble que les choses

¹²² Voir à ce sujet l'article de Jean François Serreau, infirmier à Bonneval Serreau (Jean- François), et Fabre (C.), « *le dossier de soin au CHS* », Soins psychiatriques N°76, février 1987

¹²³ Article « *infirmière et aide soignante* » de Acker (Françoise) et Arborio (Anne Marie), dans Lecourt (Dominique), Dictionnaire de la pensée médicale, Quadrige/PUF, 2004.

¹²⁴ « *Jusqu'au milieu du XIXème siècle, les religieuses assuraient le fonctionnement de l'établissement (administration, intendance, gestion du matériel), la surveillance des malades et la mise au travail des personnes affectées aux soins. Elles suivaient le médecin lors des visites, notaient les prescriptions, contrôlaient la pharmacie, assistés d'un personnel mal payé, sans formation et souvent de mauvaise réputation auquel elle déléguait les soins qu'elle ne pouvait pas assumer* » Article « *infirmière et aide soignante* » de Acker (Françoise) et Arborio (Anne Marie), dans Lecourt (Dominique), Dictionnaire de la pensée médicale, Quadrige/PUF, 2004. Cet état de fait, qui selon ses auteurs se termine à la fin du XIXème siècle, sera encore en partie la réalité de l'hôpital psychiatrique de Bonneval jusqu'aux années 1970.

aient évolué très lentement. Un infirmier m'explique en effet « *à partir de 1968, les choses ont vraiment changé, on est passé de gardiens à infirmiers* », ce qui montre bien, que dans les représentations (et les pratiques), le métier d'infirmier était encore près de celui de gardien (surtout au service homme comme nous avons vu en première partie.) En 1968, les conditions de travail vont s'améliorer : on passe de 49 heures de travail à 40 heures, et d'un jour de congés tous les six jours à deux jours de congés. Cette amélioration des conditions de travail et des salaires est aussi une reconnaissance de la profession. Si le diplôme d'infirmier psychiatrique est créé en 1955, c'est 1972 qu'une école de formation est ouverte à Bonneval, c'est-à-dire qu'il y a désormais une salle réservée aux cours (les cours ne se font plus dans une salle normalement pour les malades). En 1978, les deux professions, IDE (infirmière diplômée d'état) et ISP (infirmier de secteur psychiatrique), sont rassemblées, avec un tronc commun en première année et une spécialisation pendant deux années suivantes, consacrant la reconnaissance de la psychiatrie. En 1973, la formation passe de deux à trois ans, les cours ne se font plus de façon plus ou moins précaires, après le travail et au bon vouloir des formateurs. Des moniteurs vont être détachés pour effectuer ce travail (aides moniteurs dans un premier temps puis moniteurs diplômés en 1978). Les infirmiers stagiaires ne seront plus comptés dans les effectifs. Le recrutement social va évoluer en raison de l'élévation générale du niveau de formation, la formation professionnelle continue va se développer. Ensuite, les infirmières ne vont plus faire le ménage ou le travail de nursing, ce seront davantage les agents des services hospitaliers et les aides soignants. Les infirmières monopolisent ce qui s'appelle désormais le « savoir infirmier. » Ces postes ont été créés au milieu des années 1980, pour des raisons économiques « *à quoi ça sert de payer des infirmières pour faire le ménage* » m'explique un ancien surveillant. Cette évolution a été soutenue par les infirmiers car cela leur permettait d'avoir une plus grande reconnaissance professionnelle (certains hôpitaux feront de la « résistance », comme celui de Fleury- Les- Aubrais, voyant dans cette évolution une déqualification des professionnels des hôpitaux psychiatriques.)

La relation se professionnalise et se technicise, les infirmiers deviennent des soignants à part entière, ils sont donc face à des malades, objets de soins. Cet accès au savoir médical permet certes d'avoir une plus grande connaissance des pathologies des malades mais il va avoir d'autres conséquences. Nous reprenons les arguments développés par Michel Ave dans sa thèse de doctorat (P. 161- 162). L'accès aux connaissances médicales est aussi un moyen de se classer, vis-à-vis des nouvelles catégories de soignants, et vis-à-vis des malades. Cela augmente la distance face aux malades, la fameuse « distance professionnelle ». Ensuite, la médicalisation comporte le risque de se réfugier dans la technique, c'est par exemple le cas

des ergothérapeutes, oeuvrant sur ordonnance médicale, et laissant une part moins importante à la relation qui n'est pas codifiable.

Le suivi du malade : entre projet thérapeutique et totalitarisme médical

La plus grande formation des infirmiers va permettre un suivi du malade beaucoup plus important, on parle à cette époque de «projet thérapeutique. » On transforme cet espèce de gardiennage passif, surtout au service des hommes en une prise en charge plus globale et plus suivie. Ce suivi se fait à travers un usage croissant de l'écrit : dossier médical consultable par tous, cahiers de liaison, dossier de soin. Cela permet un suivi plus approfondi des malades, permettant entre autre de connaître les antécédents du malade en cas de ré-hospitalisation, très fréquentes en psychiatrie. Mais cela a comme conséquence d'enfermer les patients dans leur pathologie et dans leur rôle de malade, de limiter leurs coulisses¹²⁵. Avant, une discussion entre un infirmier et un patient pouvait se faire sans avoir de suite, au coin d'une table ou pendant un moment privilégié. Désormais, cette discussion est écrite, et/ ou transmise au médecin et aux autres infirmiers pendant les réunions. *« Quand vous aviez une discussion avec un malade, et qu'il vous confiait un tas de choses, vous le gardiez pour vous. Vous pouviez le transmettre sur le cahier de rapport, mais c'était pas obligé. Ça pouvait être intéressant pour avoir un suivi. Mais c'était pas repris d'une façon systématique. Après la sectorisation, on a commencé à rassembler les choses comme ça, on a commencé à travailler différemment. »* (M. S., infirmier.) Cette évolution est le résultat à la fois d'une réflexion sur le suivi du malade, beaucoup plus actif et rationalisé et d'une transformation du rôle des infirmières. Mais l'explosion de l'écrit est le produit d'une évolution des politiques sociales, qui doivent pouvoir être évaluées et informatisées, pour être rationalisées, ce qui signifie aussi soumis à des contraintes budgétaires¹²⁶. Ce suivi du malade se fait aussi à travers l'usage des réunions. Les réunions avec le personnel et avec les médecins se font une fois par semaine, on y parle de chaque malade. En cas de difficultés, on fait une réunion exprès. Bref, les équipes communiquent davantage, du moins de façon formelle. L'infirmier référent participe également de cette évolution, référent du malade, il le suit pendant toute son hospitalisation, et même lors de sa sortie. Là aussi, l'impossibilité de changer d'infirmier empêche une

¹²⁵ Les concepts de rôle social et de coulisse ont été forgés par Irving Goffman, dans La mise en scène de la vie quotidienne 1- la présentation de soi. 2- les relations en public, Minuit, 1973

¹²⁶ Voir à ce sujet l'article « *Dossier médical* » de Françoise Acker dans Lecourt (Dominique), sous la direction de, Dictionnaire de la pensée médicale, Quadrige/PUF, 2004.

transformation des rôles (et parfois l'impression d'être toujours considéré comme un malade même une fois sorti).

On a une prise en charge plus soutenue, mais aussi une surveillance rapprochée. Ce qui peut apparaître comme un progrès, le plus grand suivi des malades n'est pas sans poser de problèmes : le malade est enfermé dans son rôle de malade. Comme l'explique Erving Goffman¹²⁷ : « il existe une « suspicion médicale » généralisée, qui fait que tout ce que raconte le malade est suspecté de fausseté, le dossier permet de consigner tous les actes du malade qui seraient l'expression de sa maladie. Le malade n'a alors, à l'opposé de la vie ordinaire, aucun moyen de ne pas « divulguer des informations », le dossier est ouvert à tous, le personnel parle entre lui, et il est sans cesse rappelé au malade ses actions antérieures pour justifier une mesure »

Qu'est ce qu'un soignant, qu'est ce qu'un malade ?

Il a aussi à cette époque une large réflexion autour de fonction d'infirmier psychiatrique et du rôle de soignant. Doit on porter la blouse ? Doit on vouvoyer ou tutoyer le malade ? Pour commencer, le bonnet, attribut de l'infirmière imposé par le Dr Ey va disparaître. Dans certains services, la blouse est abolie. « Les blouses ? C'était tout un débat, Le débat est venu par les Cemea. Ils ont revendiqué le soin d'une manière différente, à savoir que l'infirmier ne voit plus le malade qu'à travers sa blouse. Ca c'était le problème de l'époque, la blouse était remise en cause dans le sens où elle ne permettait pas de soigner, elle ne permettait pas une relation vraie, c'est ce que l'on disait à l'époque. D'autres disaient le contraire, la blouse est aussi un soin. Quand on fait un soin physique aujourd'hui, on met une blouse, pour des questions d'hygiène. Mais en psychiatrie, la partie physique n'est pas essentielle. En fait, celui qui était de soin gardait sa blouse mais les autres pouvaient aussi la quitter. Mais attendez, ça pas été aussi simple que ça, nous n'étions pas tous...d'ailleurs c'est ce qui a fait le charme de tout un groupe, et toute une équipe, c'est que dans une équipe vous avez à faire à des gens de multiples euh... et finalement certains ont besoin de se protéger, ceux qui ont besoin de se protéger ne serait ce qu'à travers de la blouse. C'est vrai qu'on a eu des débats épiques avec ça pendant des années. (...) Ceux qui portaient plus de blouses étaient mis en avant... Parce qu'on se dit : « qui est malade là dedans ? lequel est malade ? » Ca faisait l'objet de débats, de réunions. On mettait en avant la relation thérapeutique. Sans blouse : « j'ai l'impression que... » alors qu'avec la blouse : « je ne peux pas... » (M. S.,

¹²⁷ Goffman (Erving), Asile. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux Minit, 1968

infirmier, entré dans les années 1960 à l'hôpital) On vouvoit davantage les malades « *En 1970, on a eu une approche du malade différente. On a commencé à le prendre dans son intégralité. On a commencé à le vouvoyer. C'était le lieu de débats profonds, des sessions entières sur le tutoyement et le vouvoyement. Ceux pour le tutoyement, pensaient que l'on était plus direct, ceux pour le vouvoyement, pensaient que l'on avait plus de respect.* » (M. S.)

A cette époque, certains infirmiers sont aussi porteurs d'une vision critique des relations hiérarchiques entre l'infirmier et le médecin : « *si le médecin développe vis-à-vis de l'infirmier des rapports de désaliénation (liberté d'expression, respect de l'autre, relation de sympathie, remise constante sur le plan de la réalité), l'infirmier sera amené à développer les mêmes relations vis-à-vis du malade*¹²⁸ » Bref, une large réflexion est menée sur le statut de soignant et donc sur le rôle assigné au malade : doit on réduire le malade mental à sa maladie, en la lui rappelant à chaque minute, notamment à travers le port de la blouse ? Les relations soignants- soignées sont elles et doivent elles être des relations de domination ? Ces réflexions sont le produit de diverses évolutions : les infirmiers sont influencés par la formation continue et les stages Cemeas¹²⁹, « *les infirmiers ils allaient en formations Cemea, mais moi quand je voyais Gintis je lui disais, tu vas un peu loin. Les infirmiers ils nous revenaient tout déglingués... ils avaient du mal à envoyer chier leur surveillant en revenant* » (Dr G., psychiatre) « *A Bonneval, je crois qu' ils envoyaient pas trop aux Cemea, c'était trop radical... ouais, c'était trop à gauche* » (Mme I., infirmière) comme le confirme un article du Bon Sens (N° 86, 1^{er} trimestre 1972) intitulé «deux jours de Cemea » où on lit : « *il nous apparaît également que la hiérarchie avec un grand H pourrait aussi bien être horizontale avec le même grand H et que chacun pourrait avoir un rôle et non un grade.* » Leur passage au centre de formation de Bonneval a pu également avoir un impact. Il constitue un pôle critique de l'institution, comme en témoigne la position d'un formateur, M. T. : « *à l'époque,*

¹²⁸ Bailly Sallin, cité par Ave (Michel), A propos de la place des infirmiers des hôpitaux psychiatriques dans l'équipe soignante. Une étude d'un centre hospitalier de province. Thèse pour le doctorat en médecine, faculté de médecine de Paris, 1968

¹²⁹ Les formations au sein des Cemea (Centre d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active), la revue VST (Vie sociale et traitement) les ouvrages de Roger Gintis, (psychiatre à Fleury- Les Aubrais, près d'Orléna) vont avoir un rôle dominant dans « l'émancipation » des infirmiers. Les Cemea sont un mouvement d'éducation populaire, qui formait des animateurs pour les colonies de vacances. Germaine Le Guillant, la femme de Louis Le Guillant, psychiatre réformateur à l'hôpital de Villejuif, va transposer ce modèle aux infirmiers psychiatres. Des stages seront organisés, le premier en 1949, à Fleury Les Aubrais dans l'hôpital de Georges Daumézou, autre psychiatre du courant réformateur. Dans un pamphlet intitulé Les murs de l'asile, Gintis critique férocement la monopolisation du savoir médical par les médecins.

c'était très hiérarchique comme fonctionnement, y'avait, les barons et les valets et les serfs, chaque secteur était une baronnie. C'était un fonctionnement très paternaliste, y'avait papa médecin, maman surveillant chef et les enfants infirmiers psy (...) je faisais circuler Gentis, j'étais catalogué comme le rebelle de l'hôpital » ou encore « mon engagement au centre de formation résulte d'une fuite, fuite face aux problèmes institutionnels (inertie- hiérarchie-anémie) (...) D'une position institutionnelle d'opprimé, d'infantilisé et de soumis, nous acquerrons au centre de formation une position quelque fois inversée, au niveau du pouvoir(...) les activités routinières et stéréotypées de l'infirmier dans les services signifiaient pour moi : la mort¹³⁰ »

Mais il semble que toute cette transformation et réflexion, si elle est présente dans quelques discours d'infirmiers que j'ai rencontrés reste minoritaire à Bonneval, et a peu influencé les pratiques. La blouse ne sera pas supprimée en intra hospitalier¹³¹. Les femmes auraient eu plus de mal à quitter la blouse, et ceci peut être en référence à leur socialisation chez le Dr Ey qui en avait fait des infirmières à part entière. Il n'y aura pas d'organisation de malades, juste une équipe de foot soignants - soignés, limitant donc les « transgressions de rôle » tant pour les infirmiers que pour les malades. L'organisation restera hiérarchisée et paternaliste « *quand je suis arrivée, en 1985, j'ai cru que j'étais au 16^{ème} siècle, dans ce que décrit Foucault, la hiérarchie était très stricte, c'était affreux* » (Mme U.) Bonneval restera à l'écart des événements de mai 68 : « *à Bonneval, c'était pas comme à Fleury Les Aubrais, on était pas très révolutionnaire.* » (Mme I., infirmière)

Le tout thérapeutique : l'exemple de l'atelier des Berges et du service alcoologie

« Tout est thérapeutique, vous allez pisser c'est thérapeutique, vous aller vous raser c'est thérapeutique... » (M. S., infirmier) « *en psychiatrie, aussi bien les défauts que les qualités sont thérapeutiques* » (Dr J., psychiatre.) Si tout est thérapeutique, les actes de la vie quotidienne le sont aussi : on peut alors parler de « ménage thérapeutique », de « repas thérapeutique »... Une telle conception va faire l'objet d'un changement dans les pratiques

¹³⁰ Introduction du mémoire de T.

¹³¹ Certaines cliniques, et notamment celle de La Chesnaie à Chailles (près de Blois) ont porté jusqu'au bout cette réflexion : pas de division du travail mais seulement des « moniteurs », pas de blouses, une formation hebdomadaire obligatoire... Une psychologue à Bonneval y travaillait pendant les années 1980 et m'explique : « *on avait pas de défenses, pas de barrières... la psychose, on se la prenait en plein dedans... c'est là-bas que j'ai appris la clinique, j'y ai beaucoup appris... mais c'était très dur* »

des infirmiers, surtout dans deux services de Bonneval : le service des Berges (un service d'oligophrène) et le service d'alcoologie. Nous allons décrire ces deux expériences.

Le service des Berges, un service de malades catégorisés comme « déficients », va, entre 1984 et 1991 être un pôle actif de l'hôpital, ce sera « *la grande époque du service des Berges.* » Les élèves infirmiers veulent y travailler : « *Y'a une promotion, quand ils ont eu leur examen, ils ont tous demandé au surveillant chef de venir travailler aux Berges* », les psychiatres font des mémoires sur ce service¹³²... L'atelier des Berges est ouvert en 1984, avec une dizaine de malades, par un infirmier : J-Y. Cet atelier doit permettre d'occuper ceux qui « *tournent en rond toute la journée dans le service* », par le biais d'activités manuelles, de sorties à l'extérieur, grâce à la présence d'un infirmier détaché. Cet atelier rompt avec un certain nombre de pratiques aliénistes qui n'ont à cette époque pas totalement disparues de l'hôpital¹³³, (surtout dans un service d'oligophrène, service relégué au sein de l'institution psychiatrique, en raison en partie du « faible potentiel de guérison » de ses malades).

- Pour commencer, la porte de l'atelier est toujours ouverte : « *quand je parlais avec un petit groupe en ville, je laissais l'atelier ouvert. Donc je faisais confiance à ceux qui restaient, alors qu'ils auraient bien pu aller traîner à droite à gauche à l'hôpital. Mais non, ils restaient. Bon, y'avait la radio, ils dessinaient, ils bricolaient...* »

- Ensuite, à midi, J-Y mange avec les patients, ce qui permet d'établir des relations de proximité : « *Le midi, je restais avec eux, je mangeais avec eux. Un jour je mangeais à une table, un jour je mangeais à l'autre, et ça, ils aimaient bien.* »

- L'atelier s'ouvre sur l'extérieur : « *Pratiquement tous les jours on allait dans Bonneval... on allait acheter le journal... des bricoles... En Eure et Loir, quand on disait Bonneval, on disait : « ah ouais, la ville des fous. » Et beinh ce groupe là, il était intégré, il avait des relations avec certains commerçants, des commerçants qui s'étaient attachés à eux, qui leur parlaient comme à n'importe qui, comme à d'autres clients.* » Il monte une activité équestre sur l'extérieur et s'investit dans la vie du centre équestre pendant plusieurs années : aide au déménagement du centre dans un nouvel endroit, ils connaissent les habitués du centre : « *y'avait plein de gens qui venaient de la région parisienne pour les vacances, tous ces gens*

¹³² On peut par exemple citer le travail de Schuman (Béatrice), Etudes et réflexion autour de la prise en charge de patients souffrant d'une pathologie de l'enfance d'expression déficitaire à leur passage au service du secteur de pédo-psychiatrie au secteur de psychiatrie adulte, Mémoire pour le CES de psychiatrie, Faculté Kremlin Bicêtre, 1991

¹³³ Le récit suivant se fonde sur un entretien avec l'infirmier ayant mis en place l'atelier des Berges, J.Y.

là ont adopté le groupe. C'est devenu comme une famille », et deviennent même chronomètres d'une compétition de cheval !

- Il fait preuve d'un optimisme thérapeutique : il apprend à certains patients à lire quelques mots et à écrire leur nom *« on s'est rendu compte, que ces gens là, on arrivait à leur faire faire plein de choses... y'en a certain, j'ai essayé de leur apprendre à lire... j'avais ramené mes bouquins que j'avais étant gamin, des abécédaires... pour apprendre à lire. Certains ont réussi à lire un petit peu à écrire, oui, surtout à écrire, leur nom, des dates... »* ou encore : *« ce patient, d'abord il avait très peur des chevaux. En plus il était pas très grand, il était un peu bancal quand il marchait. Il était épileptique. Il avait des moments d'agressivité, il était méchant, violent par moments... Lui on a mis des semaines à le faire caresser des chevaux, et après, on a réussi à le faire monter ... C'était vraiment le jour et la nuit par rapport au comportement qu'il avait dans les services »...*

On voit, donc, à travers cet exemple, que l'infirmier psychiatrique ne dispense pas que des soins techniques et codifiables mais que son rôle se déploie dans toutes les activités de la vie quotidienne.

Un autre service pratiquera le «tout thérapeutique », c'est le service d'alcoologie¹³⁴. *« On a donné une certaine dimension, on avait une autre ouverture (...) Les fameuses psychothérapies institutionnelles de Gents étaient appliquées d'une façon rigoureuse à la CVL. »* Les patients étaient en cure pour environ 5 semaines, la première semaine était celle de la désintoxication organique, sous perfusion, avec des vitamines. La seconde semaine : les groupes institutionnelles (sur la gestion du quotidien, le programme de la semaine), des projets sur vidéo avec débat. Les rôles soignants- soignés sont modifiés : il n'y a pas de blouse, des réunions soignants soignés...C'est un travail d'équipe : avec des réunions institutionnelles propres à l'équipe, toutes les semaines *« la grande différence, c'était l'unité de soins pour alcooliques, on travaillait en symbiose avec le médecin, il ne se serait pas permis de faire quelque chose sans consulter l'équipe... c'était un travail d'équipe. Le soin n'était pas séparé : partie médicale, partie infirmière. non. »* On pratique le tout thérapeutique, les repas thérapeutiques notamment, pris par avec les patients. *« On prenait en compte l'intégralité de la personne : la famille, au moins le couple, voir les enfants... »*

Ces deux expériences sont assez uniques au sein de l'hôpital. Elles ont des fondements assez différents : le travail au service d'alcoologie est formalisé et structuré (ce mode de

¹³⁴ Cette analyse se fonde sur un entretien avec M. H. infirmier psychiatrique qui a travaillé longuement au service alcoologie

fonctionnement existe d'ailleurs toujours aujourd'hui) alors que l'atelier des Berges repose davantage sur la personnalité d'un infirmier J-Y. Comment et pourquoi ces transformations ont été possibles? En ce qui concerne l'atelier des Berges, on peut penser que ce sont les qualités de J-Y. qui ont permis ce travail. « *Pour cela (la psychothérapie), un certain nombre de qualités sont nécessaires. Cela postule, chez l'infirmier, une attitude d'extrême souplesse, une réadaptation constante. Il ne saurait pas plus être question de consignes que de recettes, mais plutôt de maturation de la personnalité.*¹³⁵ » On peut cependant comprendre les conditions dans lesquelles ces qualités ont pu naître et se déployer : ses parents sont tous deux infirmiers psychiatriques à Bonneval, on peut donc penser qu'il a bénéficié, de façon diffuse de l'expérience de ses parents. Sa fille est en maternelle au moment où il commence cet atelier, il affirme s'être beaucoup appuyé sur les activités que faisait sa fille à l'école pour mettre en place ces activités manuelles. Cet atelier est né dans un contexte particulier : impulsé par le médecin chef, le Dr F., qui propose la création d'un atelier, toute la liberté est laissée à l'infirmier qui a donc travaillé en fonction de ses propres envies et compétences. Ensuite, le taux d'encadrement, à cette époque était suffisant pour détacher un infirmier (le cas de J-Y n'est pas unique, il y avait à cette époque, des infirmiers détachés à l'animation dans presque tous les services.) En ce qui concerne le service alcoologie, les choses sont un peu différentes, la prise en charge est codifiée au niveau national.¹³⁶

Ces deux expériences montrent que le travail des infirmiers est largement basé sur la relation, faisait donc de la psychiatrie une discipline bien spécifique.

La psychiatrie s'inscrit dans la médecine, de façon plus claire : les gardiens n'existent plus. L'infirmier psychiatrique devient un soignant à part entière : il a désormais accès aux connaissances médicales. Le malade est suivi de plus près. Mais la profession d'infirmier psychiatrique reste une profession «à part », la fonction soignante est l'objet de débat et de remise en question, la thérapeutique est difficilement codifiable, basée sur « la relation. » Le malade est désormais objet de soin, certes, mais d'un soin bien particulier.

¹³⁵ Daumézon, « *symposium de psychothérapie collective* », 1952

¹³⁶ L'une des cliniques à l'avant-garde de ces thérapies, qui sert de modèle de nombreux services alcoologie est la clinique Louis Sevestre, près de Tours (d'ailleurs créée par le Dr Igert, un ancien interne du Dr Ey.)

L'asile est encore attaqué : abandon des techniques de choc, plus grande attention donnée au soin et au suivi du patient, réflexions sur les relations soignants- soignés. Ce sont bien des malades mentaux face auxquels la relation est centrale (ceci est à lier à l'influence diffuse de la psychanalyse) qui peuplent l'hôpital. Cette évolution est liée à la poursuite des transformations amorcées dans la période précédente: amélioration des conditions de travail des infirmiers, plus grande reconnaissance professionnelle, plus grande médicalisation de l'hôpital liée à l'augmentation du nombre de psychiatres. Mais dans le même temps, d'autres évolutions traversent l'hôpital : poids croissant des médicaments, technicisation de la profession d'infirmier, apparition des professions comme les aides soignantes et les agents des services hospitaliers...

C La fin du modèle asilaire ?

A deux reprises, des soignants, entrés dans les années 1980 m'ont dit : « *quand je suis arrivé, l'hôpital c'était le moyen âge* », c'est donc que le vieil asile n'avait pas disparu. Va-t-il disparaître ?

C1 La disparition des conditions de vie asilaire ?

La mixité est l'un des évènements des années 1970 : « *La mixité, ça a commencé par le personnel. Parce qu'il y a quelque chose de symbolique dans le corps des hommes et des femmes. Les malades, eux, ils n'en disaient rien. Mais le docteur Ey, lui, disait toujours : « Mes petites, mes petites, mes petites », ça lui a fait mal au cœur. Alors que d'un point de vue sociologique, la mixité, c'est quelque chose de très intéressant. C'est la désaliénation.* » (Dr C., médecin directeur au moment de la mise en place de la mixité.)

Les conditions de logement vont lentement s'améliorer : « *C'était pas humanisé comme on dit c'était des vieux bâtiments* » (Dr C.) C'est dans les années 1970 que les derniers services vont être rénovés, la promiscuité de dortoirs cède le pas aux boxes puis aux chambres parfois individuelles, souvent doubles. Les conditions de vie s'individualisent. Mais ces progrès vont être très lents, ainsi, on lit dans le rapport d'activités de 1986 « *les conditions de travail actuel, notamment aux Arcades atteignent pour les infirmiers la limite du supportable. Pour les malades, ce sont des conditions de vie qui ne sont pas tolérables* » ou encore en 1982 « *les installations ne sont pas toujours compatibles avec les orientations de la*

*psychiatrie moderne, elles sont pour la plupart vétustes et certaines insalubres*¹³⁷ .» En 1985, sur douze services : six ont encore des dortoirs. Un nouveau service, l'USLD- unité de soin de longue durée, construit en 1987 sera composé de dortoirs.

Les costumes vont progressivement disparaître, devenant plus variés à partir de 1971, ils vont disparaître en 1975. La mise en place de l'AAH¹³⁸- Allocation Adulte Handicapé, permet aux indigents d'avoir un revenu minimum et de s'acheter des habits. Il est souvent fait récit par les infirmières de cette époque où les malades vivaient dans une relative aisance, étant pris en charge par la sécurité sociale ou l'aide médicale du département ou de l'état, et bénéficiant de la totalité de leur AAH. Ils achètent donc des « costumes trois pièces »¹³⁹. Mais le malade est toujours « dépouillé », son paquetage est déposé à la Ingerie le jour de son arrivée.

Le travail du service des travailleurs va disparaître. Le service est fermé à la fin des années 1970. L'économie autarcique : cordonnier, boucher, boulanger va progressivement disparaître vers la fin des années 1980. Les coûts de revient d'un travail artisanal deviennent trop importants, et on considère que faire travailler les malades « c'est les exploiter. » Le travail a disparu, entièrement remplacé par l'ergothérapie qui, suite à l'apparition d'un corps de professionnel va se techniciser. La visée est plus directement médicale, on ne va plus parler d'occupationnel. Les corvées faites par les malades, le travail dans les services n'existe plus, ce sera le travail des ASH- Agents des Services Hospitaliers. Ces évolutions sont perçues comme des progrès, une « humanisation des conditions de vie », car les malades étaient exploités. Mais ces évolutions ont aussi comme conséquence, aussi paradoxale que cela puisse paraître, de déshumaniser l'asile. Faire le ménage, aller dans la cuisine, faire la corvée d'épluchage, travailler... tous ces éléments avaient une fonction sociale puisqu'il rapprochaient l'asile de la « vraie vie. »

L'humanisation de l'asile se poursuit lentement : mixité, amélioration des conditions de logement, fin du travail pour l'asile.

¹³⁷ P. 67 Baron (Jean- Claude), directeur technique de l'enseignement, Rapport concernant l'enseignement et le fonctionnement du centre de formation professionnel de l'hôpital psychiatrique de Bonneval déc. 75

¹³⁸ La loi de 1975 garanti un revenu minimum à tous les adultes handicapés, après avis de la commission Cotorep.

¹³⁹ Mais dans un premier temps, les commerçants revendent les vieilles collection, « *tu comprends, il n'était pas question que la femme du notaire ait la même robe qu'un malade* » (Mme V., infirmière) Les infirmiers boycotteront donc les boutiques du centre.

C2 « Vider l'asile » : la loi de 1975 et le redéploiement vers le médico - social, un système néo- asilaire ?

Jusque dans les années 1970, de nombreux malades étaient à l'asile pour des raisons davantage sociales que médicales : sans domicile et indigents au service des travailleurs, personnes âgées, enfants de la DDASS... La fonction plus strictement médicale de l'asile va s'imposer au courant des années 1970 : l'asile va être vidé de ces malades, passant de 600 malades en 1970 à 446 en 1983. Les coupes transversales réalisées par les agents de la sécurité sociale démontrent en effet une inadéquation de certains patients à l'hôpital psychiatrique. On va alors décider qu'ils n'ont plus rien à faire à l'asile et qu'ils doivent être dans des structures plus adaptées. Un certain nombre de services vont fermer vers la fin des années 1970 dont le service des travailleurs. Les malades sont orientés vers des foyers de vie (foyer de Lèves de la fondation Josafa qui accueille environ 300 personnes près de Chartres, foyer de Courville...), des CAT- Centre d'Aide par le Travail, des MAS- Maison d'Accueil Spécialisées (ouverture d'une MAS à la fin des années 1980 à Senonches). « *A chaque ouverture, ils recrutaient, selon des critères d'âge, de pathologies... ils nous en prenaient deux ou trois* » (Mme C., infirmière). Les personnes âgées sont orientées vers des maisons de retraite du département (Hospice St Brice et hôtel Dieu à Chartres notamment.) Cette évolution se fait pour plusieurs raisons : l'hôpital psychiatrique n'est plus la seule institution prenant en charge les malades mentaux. Les IME (Institut Médico Educatifs), CAT, foyer de vie se sont développés après la guerre. Ce sont des structures associatives, souvent créés par des associations de parents d'enfants handicapés (UNAPEI- Union Nationale des Enfants et Parents d'Enfants Inadaptés) qui voulaient que leur enfant échappe à l'asile.¹⁴⁰ Une filière alternative à la filière psychiatrique existe donc dans les années 1970, condition de possibilité d'un transfert de malades vers ce type d'institutions. La loi du 30 juin 1975 va clarifier les missions de ces institutions et favoriser leur développement. Cette évolution se fait en partie pour des raisons financières : vider l'asile, c'est faire des économies. Une maison de retraite est payée par la personne âgée, un foyer de vie par la personne handicapée, alors que le prix de journée d'une hospitalisation est prise en charge par la sécurité sociale. Ce basculement est donc largement encouragé par les tutelles parce qu'il permet de réduire les dépenses de santé.

¹⁴⁰ Voir à ce sujet : Zafiropoulos (Markos), Les arriérés : de l'asile à l'usine, Payot, Paris, 1981

A ceci il faut ajouter que le prix de journée en hôpital est beaucoup plus important qu'en maison de retraite ou en foyer de vie. L'asile est donc vidé de «ses malades à vie », de ses « bons malades » qui font tourner la ferme ou les ateliers d'ergothérapie. Cette évolution a permis aux malades de sortir de l'asile, d'être dans des structures plus adaptées et puis « *il ne pouvait rien y avoir de pire que l'hôpital* » (Mme E., infirmière.) Ces changements qui auraient été faits pour le bien des malades, sont parfois en pratique de véritables « *déportations* » de groupes de malades « *j'en avais déporté 5 ou 6 dans un CAT agricole près de Montargis, des grands arriérés.* » (M. J., psychiatre) Ces déménagements se feront dans la douleur, certains auront le sentiment d'être abandonnés. Mais il va s'avérer que des asiles pour chroniques vont se reconstituer « *la fondation Josafa, c'était l'asile pur et dur (...), des fois je voulais pas sortir les malades parce que c'était pire dans d'autres institutions, pire que l'asile* » (Mme D., assistante sociale). On peut parler, me semble-t-il, à propos de certains de ces dispositifs de long séjour « *de formes institutionnalisées d'abandon social.* »

L'asile a désormais une fonction plus strictement médicale : on ne veut plus de malades «à vie » : les chroniques, et on ne veut plus d'incurables : déficients et oligophrènes. Ces derniers se retrouvent donc dans des institutions démedicalisées, parfois, mais pas toujours, plus adaptées.

C3 L'hôpital dans la cité : entre vocation révolutionnaire et impératif budgétaire

Un autre élément va permettre aux murs de l'asile de tomber : le développement du dispositif extra hospitalier. Celui-ci doit permettre d'éviter les hospitalisations, de permettre au malade de rentrer chez lui et de vivre dans la cité grâce à des dispositifs de prévention, d'alternatives à l'hospitalisation et de post cure. Un certain nombre d'institutions vont être mises en place sur Bonneval : dispensaires¹⁴¹, clubs thérapeutiques, appartements thérapeutiques, visites à domiciles (création de deux postes d'infirmiers détachés pour chaque secteur, et mise à disposition d'un véhicule), hôpitaux de jour, plus grande reconnaissance du travail de l'assistante sociale... Ceci va permettre à un certain nombre de patients de vivre à l'extérieur. La loi du 3 janvier 1968 ou « *loi de protection des incapables majeurs* », permet

¹⁴¹ Les dispensaires ne sont pas nouveaux sur Bonneval, ils avaient été mis en place par Henri Ey. La loi de 1955, prévoit en effet 80% du financement à la charge de l'état.

aux malades d'être sous tutelle sans être interné. Avant cette loi, la mise sous tutelle était forcément liée à l'internement psychiatrique. Trois régimes sont instaurés : la curatelle, la tutelle, et la sauvegarde de justice, qui correspondent à différents degrés de protection. Ceci permet au malade de vivre à l'extérieur tout en étant protégé et aidé pour la gestion de son budget. La loi de 1975 institue l'AAH- l'Allocation Adultes Handicapés qui permet aux malades d'avoir un revenu minimum et donc de vivre à l'extérieur. Cette évolution se fait pour des raisons idéologiques, les années 1970 sont la période de l'anti- psychiatrie. Il faut détruire l'asile, dés- institutionnaliser, c'est-à-dire faire une psychiatrie hors les murs voir pour certains, détruire la psychiatrie. Il faut changer le regard sur le malade mental, ce n'est pas au malade de s'adapter, mais à la société tout entière. Le malade doit alors pouvoir vivre à l'extérieur, dans des hôpitaux de jour et les appartements thérapeutiques. Mais la politique du secteur se met en place dans les années 1980 alors que dans ces mêmes années, des objectifs de diminution des dépenses publiques sont affichés. Ces deux objectifs (idéologiques et financiers) vont se télescoper : derrière le discours sur le secteur, se cache la politique de réduction des dépenses hospitalières. Le mémoire de André Loubière¹⁴², sur les représentations du secteur par les infirmiers psychiatriques est une très bonne illustration de ce télescopage. Il montre à partir d'entretiens avec des infirmiers psychiatriques que leur représentation du secteur est floue, nombre d'entre eux pensent que ce dernier répond à des impératifs gestionnaires et n'en connaissent pas les objectifs initiaux (casser l'hôpital, hospitaliser le malade près de son lieu de vie.) Il est d'ailleurs très révélateur de voir que les Dr Baron et Dr Alexandre ont écrit un mémoire¹⁴³ en sciences économiques et sociales, en 1982- 1983, juste avant la mise en place des hôpitaux de jour et précisent dans l'introduction : *« la nécessité de maîtriser les dépenses de santé que nous connaissons actuellement ne permet plus de les [les réalités économiques] ignorer (...) ce projet a été pour nous l'occasion de nous interroger sur les fondements théoriques et les raisons économiques qui pouvaient inciter à la création d'un hôpital de jour pour malades mentaux adultes. »* Jaeger¹⁴⁴ montre très bien comment le secteur n'est pas le résultat d'une action exclusive des psychiatres qui pensaient : *« on a alors fait au ministère cette circulaire du 15 mars. »*, mais qu'il correspond

¹⁴² Loubière (André), L'infirmier et l'évolution du dispositif de santé mentale. Principes et contradiction, Mémoire de DEA « politiques sociales et société », Paris 1, 1998

¹⁴³ Baron (Jean- Claude), Alexandre (Jean- Yves), Réflexions et études préalables à la création de trois hôpitaux de jour pour malades mentaux adultes dans le département d'Eure - Et - Loir, Attestation d'études approfondies de sciences économiques et sociales, Université Paris VII, UER de Médecine Lariboisière- St Louis, 1982- 1983

¹⁴⁴ Jaeger (Marcel), Le désordre psychiatrique. Les politiques de santé mentale en France, Payot, 1981

aux objectifs des technocrates des ministères de la santé et du budget. Le secteur va d'ailleurs se mettre en place de façon très lente. Alors que la politique du secteur affiche sa volonté d'en finir avec l'hôpital, de « casser » l'hôpital, diminuant le nombre de lits (en 10 ans, le nombre de lits va diminuer d'un tiers) les alternatives à l'hospitalisation ne se développent pas autant¹⁴⁵. « A cette époque, il fallait vider à tout prix, mais des fois, les personnes n'avaient pas de logement à l'extérieur, c'était pire pour elles dehors. Je me souviens d'un patient, qui était sorti de l'hôpital, moi je pensais qu'il aurait dû rester, il avait pas de logements, il mangeait mal... » (M. K., infirmier)

Bref, l'asile tombe, les malades vivent dans la cité, le secteur est né. Il permet des expériences originales et nouvelles. La psychiatrie en a fini avec l'internement, le malade doit être soigné dans la communauté parce que l'aliénation mentale est aussi une aliénation sociale. Le secteur va être un laboratoire d'innovations : le transit, les clubs thérapeutiques... il y a en effet tout à construire. On invente des nouvelles pratiques de soins. Mais cette construction va se faire de façon paradoxale. C'est que le secteur est né d'un objectif contradictoire : la volonté des psychiatres réformateurs et les impératifs budgétaires.

Trois mouvements se dessinent : amélioration des conditions de vie à l'asile, abandon de la fonction sociale de l'asile, et ouverture de ses murs. Deux de ces mouvements se font dans la lignée de ce qui s'est fait après la guerre : on humanise l'asile et on considère le malade dans son environnement social. Un autre mouvement préfigure une évolution qui sera plus tardive (nous le verrons dans la troisième partie) : l'abandon de la fonction sociale de l'asile, qui était aussi la spécificité de cette « médecine spéciale. » Ceux qui sont à l'hôpital sont désormais exclusivement ceux qui sont malades et guérissables, les autres sont dans des institutions médico-sociales. Et tous les malades ne sont plus à l'hôpital psychiatrique : internement et maladie mentale se dissocient.

¹⁴⁵ Les hôpitaux de jour ne vont qu'à partir du milieu des années 1980 à Bonneval. Et sont liés à deux réformes importantes : la loi du 25 juillet 1985 sur la sectorisation psychiatrique (alors que la première circulaire sur le secteur date de 1960), et la loi du 30 décembre 1985, loi de finances qui unifie le financement de la psychiatrie de secteur (prévention, secteur, hospitalisation)

Conclusion de la deuxième partie

Cette époque est celle de la consécration du modèle post-asilaire : celle de l'hôpital psychiatrique. L'asile a disparu : les classes de malades, les pensionnaires, les travailleurs. Les conditions de vie se font plus douces, les techniques de chocs sont définitivement abandonnées. C'est l'hôpital psychiatrique qui existe désormais : les infirmiers psychiatriques sont mieux formés, les médecins psychiatres plus nombreux.

Cette nouvelle institution forge la figure du malade mental : ce malade considéré dans sa dimension tant psychique que social et organique, avec son histoire, qui sera suivi par un infirmier référent, et qui a désormais la possibilité de vivre dans la cité.

Ceci est le produit d'un contexte particulier. Les évolutions amorcées précédemment se poursuivent. La psychanalyse devient de plus en plus influente, la critique de l'institution psychiatrique devient plus visible. Les médecins sont formés en nombre plus important, les infirmiers ont une formation plus longue et plus dense.

Cependant, un certain nombre d'éléments ne correspondent pas à ce modèle, figures annonciatrices d'une évolution de la psychiatrie, dont les tenants et les aboutissants commencent à se dessiner : spécialisation des services en fonction des pathologies et des populations, technicisation de la prise en charge et poids croissant des médicaments, abandon de la fonction sociale de l'asile et basculement d'une partie des malades vers le médico-social. C'est que la psychiatrie cherche à s'inscrire dans la médecine, et que les contraintes financières influencent son fonctionnement (fermeture de lits, dé-qualification du personnel.)

Troisième partie : 1990- 2004

La dilution de la figure du malade mental

Alors que la période précédente avait vu se constituer un savoir spécifique autour de la maladie mentale, la période qui s'amorce au début des années 1990 va voir se transformer totalement l'héritage passé. Beaucoup de psychiatres et d'infirmiers psychiatriques que j'ai pu rencontrés avait un ton désabusé et critique¹⁴⁶ : « *avant, on faisait de la vraie psychiatrie, c'est pas comme maintenant. Avant, les malades, on les voyait sortir, on les guérissait un peu* » (Mme E, infirmière en inter secteur, entrée à l'hôpital il y a une trentaine d'années.) L'hôpital a traversé une « crise », il a même failli disparaître. Le chantage à la disparition de l'hôpital est d'ailleurs largement utilisé pour faire passer les réformes. Cette crise, qui s'est traduite par la remise en cause partielle du secteur, la reprise en main du pouvoir administratif, la pénurie de psychiatres, la diminution du nombre de lits (il n'y a plus de lits d'hospitalisation à temps complet dans le service de pédo - psychiatrie) semble être vécue par les infirmiers comme une crise spécifique au CHS Henri Ey, alors qu'elle révèle les évolutions nationales de la psychiatrie. Le secteur va éclater : il va y avoir une redistribution des malades entre les différents services (A). La psychiatrie va davantage s'ancrer dans la médecine (B). Si l'asile est bel et bien détruit, la psychiatrie a toujours une position bien particulière dans la gestion de l'ordre public, et la reproduction de l'ordre social(C).

A- Remaniements institutionnels et éclatement de la figure unifiée du malade mental

Le processus de destruction de l'asile, lentement entamé en 1970, est en partie achevé. Il n'y a plus que 200 malades à Bonneval. Des services ont été transférés à Chartres (trois services de vingt lits) et le dispositif extra hospitalier et de plus en plus important. La prise en charge extra devient dominante (A1) L'hospitalisation est alors réservée aux épisodes de « crises » (A2) Nous l'avons vu, des services relégués (les oligophrènes dans un premier temps) sont progressivement constitués au sein du secteur, la période actuelle, va voir se

¹⁴⁶ Ce ton est davantage le fait des infirmiers et psychiatres en fin de carrière, leur discours est alors souvent réduit à un discours nostalgique de « l'âge d'or » de l'hôpital, et de ce fait trouve peu d'écho. Il me semble au contraire que ce discours soit le reflet d'évolutions réelles.

constituer une accentuation de ce processus de «ségrégation» des malades chroniques, avec la création des inter secteurs et le basculement prochain vers le médico-social (A3)

A1 La filière extra- hospitalière : le handicapé psychique

L'idéologie du secteur, nous l'avons vu, c'était d'ouvrir l'asile. Cela s'est fait progressivement, avec une accélération dans les années 1980. Aujourd'hui, la filière extra hospitalière est dominante. Il y a, rattaché à Bonneval, quatre CMP- Centre Médico Psychologique (nom donné aux anciens dispensaires), hôpitaux de jour et CATTP- Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel. Ils se trouvent à Nogent- Le- Rotrou, Châteaudun, Bonneval et Chartres. On peut cependant distinguer deux types de prises en charge dans ces structures extra : celles pour les malades dits « légers » pour lesquels le CMP a avant tout une fonction préventive et pour lesquels les hôpitaux de jour constituent des « alternatives à l'hospitalisation », permettant d'éviter la rupture avec le milieu professionnel et familial. Ces malades viennent pour des durées courtes. On a d'un autre côté les malades dits « lourds », qui ont un suivi sur le très long terme ou à vie en CMP ou en hôpital de jour. Ce sont « les chroniques de l'extérieur » peut-on dire. Les malades suivis sur une longue durée au CMP voient un infirmier en général une fois par mois. Les personnes en hôpital de jour viennent sur prescription médicale à l'hôpital entre 9h et 16h, pour rencontrer les autres malades, les infirmières et faire des activités dites thérapeutiques. La fonction de ce type d'institutions, c'est de « faire du lien » : « *Des fois y'a des patients, ils viennent nous voir pour nous dire qu'ils sont allés chez le coiffeur, ils viennent juste pour discuter* » (Mme R., cadre de santé en hôpital de jour.) Ces personnes vivent chez elle ou en famille. Elles travaillent assez rarement que ce soit dans le milieu ordinaire ou protégé (CAT, AP) et sont en général bénéficiaires de l'AAH- Allocation Adulte Handicapé. Ce type de suivi repose sur le principe qu'il faut à tout prix permettre au patient d'être à l'extérieur : c'est la politique du « patient dans la cité », à l'origine de la politique de secteur. Les malades sont en théorie insérés dans la population locale et non pas ségrégués au sein de l'asile, ils ont la liberté de se déplacer, d'avoir leur intimité... Mais cette politique est aussi liée à des considérations économiques : le coût d'une hospitalisation de jour ou d'un suivi en CMP est bien moindre qu'une hospitalisation complète. On peut cependant s'interroger : cette insertion dans la cité n'est- elle pas toute rhétorique ? N'assiste-t-on pas à une reconstitution des systèmes de ségrégation sociale et spatiale hors « les murs de l'asile »? Pour commencer ces malades ont bien souvent un traitement à vie, sous forme de médicaments ou d'injection neuroleptique retard qui leur

rappelle quotidiennement leur maladie. Ces traitements constituent non seulement une contrainte quotidienne, mais surtout ont des effets secondaires, qui s'ils ont tendance à diminuer avec les progrès des nouveaux traitements, sont bien réels : prise de poids, troubles de la sexualité, plafonnements, sédation... Ensuite, ces patients, s'ils sont à l'extérieur, ont bien souvent des droits limités. Une grande partie d'entre eux est sous tutelle et n'a donc pas le droit de vote, pas le droit de se marier sans autorisation du « conseil de famille. » En théorie, ils ont le droit d'avoir des enfants mais il y aura une surveillance aigüe des services sociaux (qui, si elle peut constituer une aide n'en demeure pas moins une forme de contrôle.) Ils n'ont ensuite pas le droit de disposer de leur argent librement mais doivent le demander à leur tuteur. Ils n'ont parfois pas d'argent en liquide mais des bons pour se rendre dans les magasins, ce qui renforce leur stigmatisme social...en un mot, leur situation à l'extérieur n'est pas celle d'un citoyen. Dans bien des cas, ils bénéficient de l'AAH- Allocation Adulte Handicapé d'un montant de 580 euros (auquel il faut ajouter 50 euros lorsque la personne a un logement.) Ce montant est dans les campagnes où les villes moyennes relativement correct si on le compare au RMI. Mais ce montant ne permet pas de bénéficier de la CMU, et oblige en cas d'hospitalisation à payer le forfait hospitalier de neuf euros par jour, constituant dans certains cas un frein pour se faire hospitaliser. Ensuite, ce minima social est fortement stigmatisant, certains le refusent même et préfèrent le RMI, même si le montant est bien moindre (400 euros.) Le RMI engage dans une démarche d'insertion (en théorie), à la différence de l'AAH. Il est difficile pour ces personnes de trouver un emploi avec l'étiquette psychiatrique, « *Y'a peu d'employeurs qui veulent entendre que une personne a une difficulté* » (Mme C., assistante sociale), et les places en CAT- Centre d'Aide par le Travail ou en AP- Atelier Protégé sont peu nombreuses et peu adaptées aux patients psychiatriques (qui peuvent avoir des fluctuations dans le rendement), et sont davantage adaptées aux handicapés mentaux¹⁴⁷. L'absence de travail rime parfois avec ennui et manque de lien social. Ces personnes, si elles sont logées, le sont souvent dans des quartiers les plus délaissés de la ville, car c'est le seul endroit, où, en raison de leur étiquette, elles parviennent à avoir un logement. Ensuite, l'isolement, la solitude, le stigmatisme social et la pathologie mentale entraînent des difficultés dans la réalisation des actes de la vie quotidienne : laver son appartement, se lever, se laver... L'hôpital de jour et le suivi en CMP doivent en théorie permettre d'accompagner le

¹⁴⁷ La différence entre la notion de handicap mental et de maladie mentale est en enjeu de lutte. On peut dire rapidement que le handicap renvoie à une lésion, à une pathologie incurable, quand la maladie est davantage un processus dynamique. Bien évidemment, il y a des enjeux sociaux à faire reconnaître des malades comme des handicapés, puisqu'ainsi, ils sortent du dispositif médical pour entrer dans le dispositif médico-social.

patient dans son retour à l'autonomie et dans la gestion de sa vie quotidienne. Or, le manque de soignant est tel que l'infirmier se replie sur le soin et l'urgence, et ne peut pas toujours faire de visite à domicile ou aider dans les actes de la vie quotidienne. Il considère parfois que ce n'est pas son rôle de soignant, de faire le ménage dans un appartement, d'apprendre à quelqu'un à faire ses courses...Ce type de missions qui étaient auparavant celles du secteur extra hospitalier sont aujourd'hui transférées vers le secteur privé lucratif (entreprises d'aides ménagères à domicile) ou associatif. Seulement, ces entreprises ne sont pas spécialisées dans l'aide aux malades mentaux, qui nécessite une approche particulière. L'association Entraide¹⁴⁸ est un bon exemple de cette dé- médicalisation et dé- professionnalisation de la prise en charge des malades mentaux. Cette association intervient pour aider les malades suivis en CMP ou en hôpitaux de jour, à retrouver leur autonomie en les aidant dans les actes de la vie quotidienne. Trois salariés interviennent au domicile du patient pour faire les courses, le ménage mais aussi discuter avec le malade. Cette association doit en théorie constituer une passerelle entre l'hôpital de jour et l'extérieur, elle pallie en réalité les manques du secteur. Elle suit à ce jour une trentaine de patients. Et ce, avec un fonctionnement précaire : fonctionnement sur base de subventions non nécessairement reconductibles d'une année sur l'autre (ainsi, en 2002, les budgets ont été gelés, l'association a dû licencier ses trois postes d'auxiliaires de vie. Finalement le budget a été débloqué par l'ARH- Agence Régionale d'Hospitalisation, en raison de l'urgence), emplois aidés non qualifiés, peu ou pas formés, et ceux en raison de leur «bas coût» de ces emplois¹⁴⁹. Mais le problème des malades est aussi et surtout l'isolement et l'absence de lien social : « *les personnes sont à l'extérieur mais elles ne sont pas forcément intégrées.* » (Mme C.) Certains malades n'ont aucun lien social hormi l'équipe de secteur. Ils vivent donc assez repliés, en dehors de la réalité, et s'enferment dans le délire... «*On ramène un peu de réalité chez eux, des fois, on est le seul lien social avec l'extérieur.* » (Mme C.) Le suivi en CMP et la prise en charge en hôpital de jour remplissent cette fonction, mais cette mission ne serait pas la sienne : « *on n'est pas là pour que les malades viennent à l'hôpital, discuter avec les autres, fumer une cigarette.* » (Mme W., infirmière en CMP.) Et de toutes façons, l'hospitalisation n'est pas éternelle. Il faut une prescription médicale. Une hospitalisation à vie en hôpital de jour est vue comme un échec. Lorsque ce suivi se termine, le patient a un suivi en CMP limité au minimum (une fois par

¹⁴⁸ Le nom de l'association a été changé

¹⁴⁹ Ainsi, en 2002, les budgets ont été gelés, l'association a dû licencier ses trois postes d'auxiliaires de vie. Finalement le budget a été débloqué par l'ARH- Agence Régionale d'Hospitalisation, en raison de « l'urgence. »

mois.) L'indépendance totale, l'arrêt de l'hospitalisation même de jour ou sous forme d'activités en CATTP est un objectif à atteindre. Or, sortis du dispositif de soin, certains patients n'ont aucun lien social, aucune activité. Là encore, l'association Elan 28 tente de palier ce manque. Elle propose une activité d'animation et souhaite ouvrir un Club sur Chartres. Le « droit d'asile » n'existe pas, même en extra hospitalier, avoir besoin d'une aide, même ponctuelle, bénéficier d'un espace de socialisation ne semblent plus être la fonction du secteur psychiatrique, puisqu'il se replie sur le soin. Dans certains cas limites, on peut même parler « *d'externement arbitraire.* » On a en quelque sorte « jeté le bébé avec l'eau du bain » : la psychiatrie avec l'asile¹⁵⁰. Certains patients sont « tenus à bout de bras » à l'extérieur dans des conditions pas toujours satisfaisantes, et ceci faute de place en hôpital ou dans des structures adaptées. « *Je me souviens d'une dame, elle avait été hospitalisée longtemps, un ou deux ans. On l'avait sortie, on lui avait trouvé un appartement, mais bon, comme c'était une malade, on ne lui avait pas trouvé un appartement dans le quartier le plus sympa de Chartres, mais plutôt en banlieue, dans un quartier un peu pourri... Cette dame, elle était suivie en hôpital de jour, elle y allait toute la journée, mais le soir quand elle rentrait chez elle, elle restait toute seule, elle ouvrait pas ses volets, elle avait rien comme meuble. Juste un lit et un frigo. Son frigo était vide, même pas un yaourt. Elle avait peur de la foule, peur d'aller faire ses courses... A Bonneval, c'était plus humain je crois. Je me souviens d'un patient, eh bein il allait chercher le pain le matin... Ca peut paraître tout con, mais aller chercher le pain pour tout le monde le matin, c'était hyper important... et puis il allait chercher le journal. Le soir, il sortait faire un tour dans Bonneval. Après le repas il jouait à la pétanque avec les infirmiers... et beinh ce monsieur, je crois qu'il était plus dans la réalité... c'est vrai que nous on a toujours été formés à l'autonomie... c'est notre formation... mais ça a ses limites ...* » Cette vision nostalgique de l'asile de cette infirmière, pourtant assez jeune dans la profession et largement engagée dans le mouvement de restructuration de l'hôpital, nous montre les limites de ce « tous les malades à l'extérieur. »

¹⁵⁰ C'est ce à quoi fait référence la circulaire du 14 mars relative 1990 aux orientations de la politique de santé mentale : « *pendant vingt ans, notre dispositif de soins psychiatriques a connu un extraordinaire essor, tant en ce qui concerne la psychiatrie publique que la psychiatrie exercée en cabinet privé. Aujourd'hui, il se trouve confronté à la maîtrise des coûts de santé, en concurrence avec d'autres disciplines médicales. En cette situation, le dispositif de soins psychiatriques a pu apparaître comme un réservoir de moyens utilisables à d'autres fins qu'une politique de santé mentale. En cela, la psychiatrie publique pâtit évidemment de l'image asilaire qui lui reste attachée et des analyses partielles et hâtives qui ont pu être faites à partir des surcapacités hospitalières observées.* »

Cet « externement arbitraire » se pose de façon différente pour les patients qui ont une famille sur laquelle ils peuvent compter, créant par là même une inégalité entre les patients ayant une famille et les autres. « *Le raccourcissement de la durée des séjours et le transfert d'une partie de la prise en charge du patient par son entourage font que l'aide médicale constitue une forme larvée de discrimination en faveur des patients bénéficiant d'un contexte familial, social et économique propice.*¹⁵¹ » On transfère sur la famille une grosse partie du travail, ce qui n'est pas sans poser de problèmes : « *il n'y a pas une famille où ça se passe bien, les familles nous disent qu'elles en peuvent plus, c'est très lourd, mais si elles ne s'en occupent pas, elles culpabilisent* » (Mme M., infirmière en CMP.) Certains parents arrêtent de travailler pour s'occuper de leur enfant- adulte. On peut également faire l'hypothèse que ce transfert sur les familles se fait surtout sur les femmes, qui ont un rôle toujours central dans l'éducation des enfants, et dans les liens familiaux. Ce transfert sur les familles est délicat puisque les pathologies psychiatriques sont parfois liées aux inter - relations familiales. Mais surtout : « *des fois, les familles craquent, et disent : « on en veut plus », ça c'est quand on s'est trop reposé sur les familles.* » (Mme M., infirmière en CMP).

On voit donc la psychiatrie se replier sur sa fonction soignante, éviter les hospitalisations à vie à « tout prix. » On a donc une véritable rupture avec l'asile, mais la situation des malades n'en est pas pour autant transformée. Ils ne vivent plus, certes, dans une institution totale, mais leurs conditions de vie n'en sont pas pour autant moins aliénantes : isolement, manque de relations sociales, stigmatisation sociale... bref, l'asile s'exporte à l'extérieur.

A2 Les services d'admission : le malade « en crise »

Il existe six services d'admission en hospitalisation à temps complet, qui accueillent au total environ 120 personnes. Ces services sont divisés en quatre services de 20 lits rattachés à un secteur, un seul de ces services est à Bonneval, les trois¹⁵² autres sont à Chartres depuis 1998, au CPC- Centre Psychiatrique du Coudray, un tout nouvel hôpital situé à côté de l'hôpital général, dans la banlieue de Chartres. Il existe ensuite deux services d'admission spécialisés : une unité d'alcoologie, la CVL- Clinique du Val de Loir et une unité d'admission

¹⁵¹ P. 38, Mossé, Le lit de Procuste. Hôpital : impératifs économiques et missions sociales, Toulouse, Erès

¹⁵² Un nouveau secteur a été créé en 1994 en raison de l'augmentation de la population

de géronto - psychiatrie de 15 lits, toutes deux sur Bonneval. Ces services accueillent surtout les patients¹⁵³ « en crise », qui sont bien souvent déjà suivis en psychiatrie (en CMP, en hôpital de jour, par un médecin généraliste ou spécialiste libéral, dans une institution...) Les pathologies sont dites « lourdes », le peu de place et l'image encore négative de la psychiatrie entraînant l'hospitalisation des pathologies légères en extra hospitalier ou à l'hôpital général (Chartres, Châteaudun ou Nogent). L'hospitalisation doit permettre de « stabiliser » le malade et de le « renvoyer » chez lui ou dans son institution dès que la crise est stabilisée. Cependant, une partie de ces malades reste à l'hôpital faute de logement ou d'institution pour les accueillir. Enfin, une proportion importante revient de façon réguliere en unité d'admission. Ces services sont les services de pointe de l'hôpital, ils viennent tout juste d'être construits, c'est ici que les jeunes infirmières veulent venir travailler. Ce sont les s ervices les plus techniques, la prise en charge a pour finalité de « gérer et stabiliser la crise », elle est théoriquement intensive, et le turn-over des malades y est sens e être important. Ces services accueillent des malades pour une durée relativement courte, trois semaines en moyenne (avec des variations en fonction des secteurs.) Cette durée de séjour est un élément central de ce type de service, c'est un objectif en soi : « On m'a embauch e pour réduire la durée de séjour. » (Dr N., psychiatre) Un bon psychiatre est un psychiatre qui a une faible durée de séjour, la nouvelle génération de psychiatres fait « tourner les patients. » La structure architecturale et l'organisation des services tend à les rapprocher d'un service de médecine classique, technique et rapide, réduit aux épisodes de « crises » : blouses blanches, petites chambres individuelles, relations soignants - soignés basées sur la « distance professionnelle » et le soin, peu d'activités ergoth erapiques ou occupationnelles, pas de participation aux tâches de la vie quotidienne (ménage, repas...). Bref, un patient hospitalis e en psychiatrie devient, en quelque sorte un malade « comme un autre. » La constitution de ce type de service technique, calqu e sur le modèle de la médecine générale et bas e sur une courte durée de séjour est le reflet des transformations théoriques radicales de la psychiatrie : la sortie de l'aliénisme. On assiste en effet à une transformation radicale de la psychiatrie classique dont les origines remontent à Pinel concernant le statut de l'hospitalisation. Alors que l'isolement du milieu social et familial et l'hospitalisation étaient perçus comme une thérapie en soi,  eci est désormais perçu comme le mal absolu. L'hospitalisation chronicise, d esocialise. Elle doit être évitée à tout prix et réduite au maximum. Derrière ces justifications théoriques se cachent aussi des contraintes budgétaires, l'hospitalisation coûte chère, il faut la réduire au maximum

¹⁵³ Nous ne parlons pas ici de la CVL, structure particulière au sein de l'hôpital

dans un contexte néo- libéral de réduction des dépenses publiques. Toutes ces transformations institutionnelles entraînent un certain nombre de changements dans les thérapeutiques et la relation avec les malades qui se traduisent par la mise en place de traitements plus rapides où la thérapeutique se réduit à la distribution de médicaments : « *Les thérapeutiques ? oui, ce ne sont que les médicaments. Ici, on est dans la chimie pure. Non, il n'y a pas de psychologue, le poste existe, mais il est vacant.* » (Dr N.) Ensuite, la dimension sociale de la personne est peu prise en compte par les soignants. La situation sociale des malades, c'est le travail des assistantes sociales. Cette division travail rend alors difficile de prendre le malade dans sa globalité- psychique, physique et sociale. Les soignants ont une vision très médicalisée, ils agissent sur les symptômes les plus visibles de la crise. Ceci entraîne une augmentation des hospitalisations sous contrainte : « *Pourquoi les HDT augmentent ? on est dans la rapidité, au lieu de prendre trois heures pour discuter avec un patient et lui expliquer... on fait une HDT. Parce que pour discuter avec le malade, il faut du temps, et ça coûte cher, qui veut payer ça ?* » (Dr D., psychiatre.) Lorsque les symptômes ont disparu, ils considèrent que le malade est stabilisé et qu'il peut rentrer « *c'est pas parce qu'un patient est stabilisé qu'il peut aller travailler le lendemain... des fois, la situation est stabilisée ici... par exemple, y'a un patient, il est venu ici, il est rentré, il est revenu, il est reparti, il est revenu... il a fallu trois hospitalisations pour que l'on se décide à faire des VAD- Visites A Domiciles et voir comment ça se passait chez lui. On aurait pu faire une VAD plus tôt si on avait eu une vision plus globale. Ce monsieur par exemple, il habitait en face de chez sa belle mère qui recevait son fils que lui-même n'avait pas le droit de voir, c'était insoutenable pour lui.* » (Mme R., assistante sociale) La conception de la maladie mentale est transformée : « *c'est comme si les gens n'existaient que le temps de l'hospitalisation, il n'y a pas d'avant et d'après, l'équipe gère la crise et c'est tout* » (Mme R, assistante sociale.) La psychothérapie institutionnelle, basée sur la fonction thérapeutique de l'institution en tant que telle, l'une des références centrale des psychiatres réformateurs de l'après guerre, n'est plus du tout un socle de référence. Les bienfaits de l'hospitalisation en tant que telle, comme soin, deviennent impensables « *y'a un monsieur, quand il est chez lui, il est au fond du lit, quand il est à l'hôpital, il est pimpant, à tel point que les équipes d'intra ne croient pas les équipes de l'extra.* » (Mme R, Assistante sociale) Mais surtout, toute hospitalisation longue devient un échec. Le traitement des maladies chroniques, ou du moins évoluant sur le long terme et nécessitant des hospitalisations de plusieurs mois voir plusieurs années devient impensable. « *Dans cette manière de comprendre la psychiatrie, la chronicité n'est pas considérée comme inhérente à la maladie mentale, mais comme l'échec du traitement des pathologies*

aigues.¹⁵⁴ » Les malades chroniques sont alors hospitalisés à l'extérieur où le suivi est moins intensif, et ils reviennent bien souvent à l'hôpital pour les épisodes de crise, ou lorsqu'ils ne peuvent l'être sur l'extérieur, ils sont orientés vers les inter - secteurs, fortement dé - médicalisés et relégués (voir partie suivante.) Pour finir, la technicisation de ces services qui devaient accueillir des « patients en crise », était toute théorique. De nombreux patients restent en service d'admission plus longtemps que prévu, car aux difficultés psychiatriques se greffent des problèmes sociaux- manque de logement¹⁵⁵ notamment, c'est le cas d'un quart des patients environ. On a réduit les durées d'hospitalisations, sans augmenter les possibilités de sortie à l'extérieur. Or, les nouveaux services d'admission ont été conçus pour « gérer la crise et stabiliser », donc il y a peu de lieux de vie en commun : une petite salle télé, une petite salle fumeur et un patio extérieur. Les services sont fermés. Il y a peu d'activités d'ergothérapie. L'hôpital est en banlieue de Chartres, loin de la ville. La durée d'hospitalisation doit être courte. La thérapeutique est limitée à l'administration de médicaments. Or, de nombreux patients y restent plusieurs mois voir même plusieurs années, ces structures ne sont absolument pas adaptées, et pour le coup, les patients se désocialisent et se chronicisent.

Bref, on a voulu détruire l'asile, c'est chose faite quand on se penche sur les unités d'admission : des petites unités de court séjour, techniques et rapides. Il semble cependant que ces services d'admission soit dés - humanisés, la personne y est réduite à son rôle de malade, et peu prise en compte dans son environnement social, professionnel et familial. Il est d'ailleurs frappant de voir que les chambres d'isolement ont un œil de bœuf, permettant à quiconque, depuis le couloir, de voir sans être vu, comme dans le Panopticum de Bentham.¹⁵⁶

¹⁵⁴ Pierre Delion, « *le travail en équipe comme condition et lieu d'élaboration des soins psychiatriques* », Pratiques en santé mentale, N° 1, 1999

¹⁵⁵ Dans certains cas, des patients perdent leur logement en cours d'hospitalisation. Comme ils doivent payer le forfait hospitalier de neuf euros par jour, ils ne peuvent payer le logement et le forfait hospitalier.

¹⁵⁶ Le panoptisme est largement décrit par Foucault (Michel), dans *Surveiller et punir*, Gallimard, 1975, P.229-263. La Panopticum est une structure architecturale au sein de laquelle, toute personne, où qu'elle soit peut être observée par le gardien, et ceci sans qu'elle voit le gardien en train de l'observer. Ce type d'organisation permet un contrôle des comportements très efficace.

A3 Un processus de spécialisation et de ségrégation

Cette technicisation s'accompagne d'un processus de spécialisation et de «tri» des malades.

On distingue aigu/chronique, service d'admission/service de chroniques, ce qui doit permettre de « réintégrer la névrose », les maladies légères, guérissables alors que le secteur avait fait « fuir la névrose. » Les durées courtes de séjour ne permettent pas forcément de traiter les pathologies lourdes, mais sont idéales pour les névroses et les dépressions. Le temps de séjour correspond d'ailleurs à la durée nécessaire à l'observation de l'action d'un anti-dépresseur. Cependant la présence de ce type de malades est encore peu effective, le manque de place en psychiatrie, et l'image de l'hospitalisation en psychiatrie rebutant les « déprimés » et autres pathologies légères. Mais l'accueil de ce type de « clientèle » est un objectif de ces unités d'admission. Il est d'ailleurs prévu de créer une clinique pour anxio - dépressifs. Ce service doit permettre d'attirer une « clientèle » qui pour l'instant boude l'institution psychiatrique et se fait hospitaliser à l'hôpital général (Châteaudun et Chartres, il existe des lits dans les services de médecine pour ce type de malades.)

On distingue également personnes âgées/personnes plus jeunes. Là aussi, si les raisons invoquées sont la spécificité des pathologies des personnes âgées, cette distinction doit aussi permettre d'attirer les malades qui seraient rebutés de se trouver avec des personnes âgées. Ceci fait aussi partie d'une évolution sociale marquée par la ségrégation sociale et spatiale des personnes âgées.

Il existe un autre tri : malade alcoolique désirant se faire soigner/malade alcoolique ne désirant pas se faire soigner, les premiers étant accueillis à la CVL- Clinique du Val de Loir, les seconds en unité d'admission « classique. » Ceci permet de trier entre les « bons malades » et les autres, et est aussi lié à la spécificité de la prise en charge de la CVL (et des centres pour alcooliques en général), où la démarche volontaire fait partie du projet de soin.

Il est également prévu des lits de « ruptures » dans l'inter secteur des déficients, pour personnes dites handicapées mentales, vivant souvent en institutions et qui traverseraient une « crise ». Ce service doit permettre de « libérer » les services d'admission de ce type de malades, « *Dans les services d'admission, déjà que la psychiatrie est au bout de la chaîne et que les déficients sont au bout de la chaîne de la psychiatrie, les déficients, sont pas les bienvenus, il vaudrait mieux qu'on les prennent ici* » (Mme T., infirmière en inter secteur).

Bref, on observe un processus de spécialisation des services d'admission. Cette évolution est en partie le produit de l'évolution des connaissances en psychiatrie, à laquelle se greffe des stratégies professionnelles. D'où une spécialisation de la prise en charge, grâce à des locaux plus adaptés, une spécialisation des professionnels. Mais cette spécialisation est dans certains cas toute théorique, par exemple, un médecin peut consulter en pédo - psychiatrie, à la prison de Châteaudun, en alcoologie et dans un centre pour toxicomanes, et les infirmières quant à elles ne sont même plus spécialisées en psychiatrie ! Ce processus est aussi et surtout un moyen de ne pas « *faire fuir* » les autres malades. Le processus de spécialisation est aussi un processus de ségrégation¹⁵⁷. Enfin, c'est aussi une façon de rationaliser la prise en charge, de constituer des filières homogènes, des « groupes homogènes¹⁵⁸ » de malades.

A4 Les inter secteur de malades chroniques et le secteur médico-social : le retour du malade « incurable »

Il existe deux inter- secteurs créés en 1998¹⁵⁹ : les « psychoses chroniques » et les « déficients », comptant chacun 50 lits. Ces inter - secteurs sont le produit du regroupement des services de « chroniques » qui s'étaient constitués dans les différents secteurs. Ces services accueillent des malades réputés incurables. Ce sont les services relégués de l'institution, ceux qui demeurent à Bonneval, alors que trois services d'admission sont à Chartres. Les locaux sont vétustes. Au service des déficients on trouve des chambres à trois, la peinture craquelée, au service des psychoses chroniques il y a de nombreuses chambres doubles, des salles communes vieillies. Peu de soignants choisissent de travailler chez les déficients : le turn-over y est assez important, ce qui ne facilite pas l'investissement, ne permet pas un suivi des malades et des projets sur le long terme. Dans un inter secteur, la chambre d'isolement et les sangles de contention sont encore utilisées, non par souci thérapeutique mais par manque de moyens (nombre d'infirmières insuffisant, forte féminisation, psychiatre absent ou peu présent.) Cette prise en charge par pathologies serait

¹⁵⁷ C'est ce que prouve en le dénonçant la circulaire du 14 mars 1990 lorsqu'il est indiqué II, g : « *cette évolution [la spécialisation] peut être favorable à un meilleur service aux patients, car elle vise à une meilleure utilisation des compétences et des motivations et à une haute technicité, mais à condition de veiller à ce que ne se constituent pas de filières étanches ni de clivages au sein de l'équipe.* »

¹⁵⁸ On peut faire l'hypothèse que la tarification à la pathologie va accentuer ce phénomène

¹⁵⁹ Rendu possible par la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale

plus adaptée, c'est en partie vrai (nécessité d'un mobilier spécifique, de compétences spécifiques...). Ce regroupement dans les mêmes services des chroniques ou déficients, a comme conséquence de constituer de véritables filières « *dépotoirs* » (expression d'une infirmière d'un inter- secteur.) Les déficients : « *c'est un pôle horrible, le pôle des déficients, je pourrais plus y travailler, c'est plus possible, les activités y'en a plus, c'est plus possible d'y travailler, c'est la violence de l'hôpital à laquelle répond la violence des patients* » (Mme S., infirmière en CMP). Les malades y sont réputés incurables, ils sont souvent à l'hôpital depuis leur enfance. Les médecins se désengagent peu à peu « *au début, chaque secteur devait donner un peu de son temps pour les inter secteurs, ça a marché un an, et après, c'était fini.* » (Dr N., psychiatre) Aujourd'hui, il y a juste quelques « temps » du médecin, qui correspondent à peine à un ¼ temps (à l'inter- secteur des déficients notamment) et qui vient juste « quand il y a des problèmes », il est là pour renouveler les ordonnances. Il n'y a plus de psychologue dans le service des déficients, ni d'assistante sociale, ni de généraliste.

Il est prévu de faire évoluer une partie des deux inter secteur vers le médico - social¹⁶⁰: projet de création d'un FAM- Foyer d'Accueil Médicalisé pour personnes déficientes de 25 lits, et projet de création de CAT- Centre d'Aide par le Travail. Ces institutions accueilleront les malades des inters secteurs qui n'ont pas besoin d'une institution médicalisée. Ces institutions se différencient des services psychiatriques par rapport à leur degré de médicalisation et de psychiatrisation : ainsi, à l'USLD- Unité de Soins de Longue Durée pour personnes âgées, il y a un médecin gériatologue mais pas de géronto - psychiatre. Le FAM fonctionnera avec des AMP- Aide Médico - Psychologique, et non des infirmiers, de même un CAT fonctionne avec des moniteurs d'ateliers. Ce personnel est certes plus adéquat, mais il est aussi et surtout moins qualifié (ce sont des AMP (une année d'étude) qui sont recrutés et non des éducateurs spécialisés (trois années d'études)). Ce type d'institutions existe déjà en Eure- et- Loir. Les malades en « décompensation », en « crise », se retrouvent dans les hôpitaux psychiatriques en raison du manque de psychiatres dans ces institutions « *ils viennent ici quand ils sont en crise, des fois, c'est juste un réajustement du traitement, ils profitent de nos psychiatres car eux ils en ont plus. Ils viennent ici quand les équipes sont à bout, quand elles n'en peuvent plus.* » (Mme R., infirmière en service d'admission) Bref, on voit se constituer une filière « technique », l'hôpital, pour les périodes de crise, et une filière « démedicalisée » et déqualifiée. Ceci entraîne une transformation de la conception de la

¹⁶⁰ Cette transformation étant l'une des orientations du rapport Piel et Roelandt, « de la psychiatrie vers la santé mentale », juillet 2001. Ce Rapport prônant à terme la destruction des grands hôpitaux psychiatriques.

maladie mentale. On passe du malade mental au handicapé mental. « *Pour qu'un malade soit accepté dans une institution médico - social par la COTOREP, il faut que l'on fasse un certificat qui spécifie que la pathologie est non évolutive.* » (Dr G., psychiatre) Dans ce type d'institutions, il ne s'agit plus de soigner, mais de stabiliser, de « maintenir les acquis », d'éduquer, d'insérer. Pourquoi une telle évolution? La transformation de ces inter secteurs en institutions médico - sociales permettrait une prise en charge plus adaptée : le but de ces institutions n'est pas de guérir ou soigner, mais d'offrir un lieu de vie et de travail alors que « *le but de l'hôpital, c'est pas de les garder, c'est qu'ils guérissent.* » (Mme W., infirmière en inter secteur.) Ce type d'institution est aussi le produit des critiques anti- psychiatriques¹⁶¹, opposées au tout médical, à la normalisation qu'il impose, à la violence des thérapeutiques. Il semble y avoir également des raisons financières : déqualification du personnel (sous couvert de meilleur adéquation), mode de financement différents (un CAT productif permettra des rentrées d'argent et un foyer de vie n'est pas pris en charge par l'assurance maladie (si ce n'est le forfait soin) mais par le malade ou sa famille.)

La constitution des inter secteurs et le basculement vers le médico-social sont souvent présentés comme un progrès pour les malades : spécialisation et meilleure adaptation de la prise en charge. Il semble cependant que cette évolution constitue des filières reléguées, démedicalisées, où la rupture avec l'asile n'est pas totale. « *Dans le contexte de réductions forcées, c'est faire basculer dans le champ social la cohorte des psychotiques, qui ne veulent pas guérir assez vite au gré des gestionnaires, retour à une logique de l'enfermement dans des lieux de vie où les soins et l'intervention médicale seront réduits à leur plus simple expression : MAS, lieux de séjours à double tarification et autres structures néo-asilaires.*¹⁶² »

On voit donc, d'une part, que ce qui reste de l'hôpital (les inter- secteurs) ressemble fort au dispositif asilaire et que les malades à l'extérieur ne sont pas pour autant « désaliénés. » Et d'autre part, on voit se constituer une fracture entre une prise en charge de pointe et celle des malades chroniques¹⁶³. « *On voit ainsi perpétuellement ressurgir le spectre*

¹⁶¹ Un exemple d'institutions sociales, produites des critiques anti- psychiatriques, est illustrée dans le reportage La Devinière (Benoit Dervaux, Les films du Fleuve, 1999). Cette institution semble fortement démedicalisée : il ne s'agit pas de soigner, ni de réadapter, mais de vivre avec sa « folie » ou son handicap.

¹⁶² P.31 Ayme (Jean), « *Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle* »

¹⁶³ Ceci alors que la circulaire du 10 mars 1990 relative à l'orientation de la politique en santé mentale précise : II, 3.2, a « d'une manière générale, il serait inadmissible que s'établisse, entre centre hospitalier générale et

d'un clivage d'une psychiatrie de pointe hautement médicalisée et des services de tout venant, ou marginalisés dans les campagnes bucoliques ou, pis encore, spécialisés dans l'entretien des « chroniques » et autres « non valeurs sociales » comme le disait encore Edouard Toulouse¹⁶⁴ » Les premiers étant de mieux en mieux pris en charge, avec une prise en charge spécialisée. On évite la chronicisation, on limite les hospitalisations : ce sont les malades aigus. Les seconds étant renvoyés au statut de handicapés psychiques avec une médication parfois à vie. Cette évolution est le produit de la rationalisation et de la spécialisation des filières de soin, qui, sous couvert de « mieux prendre soin » et aussi un processus de ségrégation et de limitation des dépenses (fermeture de lits, transfert de certaines charges vers le secteur associatif.)

B- Le malade mental : un « malade comme un autre » ?

Le malade est surtout modelé par les professionnels avec lesquels il noue des interactions, et qui lui assignent un rôle. Il est aussi modelé par les techniques de soins, les thérapeutiques dont il fait l'objet. Quelle figure du malade semble se dessiner aujourd'hui ?

B1 Les thérapeutiques

La chimiothérapie : la maladie mentale, une maladie neurologique ?

Les psychiatres font un usage quasi exclusif de la pharmacopée dans de nombreux services (exception faite des hôpitaux de jour où le soin est davantage basé sur les activités dites « thérapeutiques. ») *«Je suis pragmatique et rationnel... vous savez, moi je suis cartésien... ici, on est dans la chimie pure, la pharmacopée...»* (Dr W., psychiatre) Les médicaments sont LA thérapeutique. Il semble que lorsque leur usage est exclusif (ou tout juste associés à des « entretiens de réassurance » faits par les médecins), de moyens, ils se transforment en fin. Alors que pour Henri Ey *«les médicaments sont très importants mais leur action se combine avec les actions psychothérapeutiques »*, permettant de modifier les

centre hospitalier spécialisé, ou au sein des centres hospitaliers spécialisés, une psychiatrie à deux niveaux : une psychiatrie dite active pour les patients présentant des pathologies aiguës et rémissibles et une psychiatrie de gardiennage pour les patients plus valides »

¹⁶⁴ P. 86 Castel (Robert), La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse, Minuit, Le sens commun, 1981.

symptômes et « *la reprise du contrôle et de la sécurité du moi.*¹⁶⁵ » Les traitements médicamenteux se font bien souvent au long court, la référence à la notion de guérison devient plus problématique¹⁶⁶. Alors que le Dr Ey souhaitait à ses malades « *de guérir bien vite* », les infirmières d'un service d'admission m'expliquent « *que l'on ne guérit pas d'une maladie mentale.* » Leur usage se fait parfois pour des questions de confort¹⁶⁷ : « *Est ce que cela arrive que des patients arrivent pour la première fois au CMP sans traitement ? Non, c'est rare, le généraliste donne toujours un traitement, ne serait-ce que pour le confort...* » (Mme G., infirmière en CMP). Cet usage croissant des médicaments serait lié aux progrès de la recherche pharmaceutique. Les effets secondaires sont moins importants, les correcteurs davantage utilisés. Mais si l'argument médical est avancé pour légitimer l'usage des médicaments, force est de constater que d'autres éléments permettent de l'expliquer. La prescription de médicaments est aussi liée à l'importance du médecin généraliste dans le dispositif de santé mentale. De nombreux malades (voir la quasi-totalité) arrivent lors d'une première consultation psychiatrique (aux urgences, en admission, en CMP...), en ayant déjà vu un médecin généraliste qui leur a délivré un traitement médicamenteux. « *Est ce que cela arrive que des patients arrivent pour la première fois aux urgences sans traitement ? Très peu. Vous connaissez un généraliste qui, quand vous lui dites que vous n'allez pas très bien, ne vous donne pas de traitement ?* » (Mme J., infirmière aux urgences.) Le médecin généraliste n'a qu'une formation limitée en psychiatrie. Sa formation est davantage basée sur la dimension organique plus que psychologique et sociale des maladies, qu'elles soient psychiatriques ou non. Il traite donc les pathologies mentales avec des médicaments. Sa formation se fait surtout à partir de la lecture de la presse spécialisée. Or, la presse médicale (mise à part la revue *Prescrire*) est dépendante des laboratoires pharmaceutiques et est largement arrosée par les publicités des firmes pharmaceutiques. On peut donc penser que l'usage croissant de la pharmacopée n'est pas exclusivement lié aux propriétés intrinsèques

¹⁶⁵ P. 1077 Ey (Henri), Bernard (P.), Brisset (Charles), Manuel de psychiatrie, Masson, 3^{ème} édition, 1970

¹⁶⁶ C'est ce qu'explique Georges Lantéri Laura lorsqu'il dit : « *Les traitements psychiatriques tendent, sans que personne l'ait d'ailleurs voulu clairement, à rendre chronique toutes les évolutions. Tant que l'on a traité l'accès mélancolique par la sismothérapie, sous anesthésie ou curarisant, une fois les chocs terminés, le patient partait guéri quitte à revenir cinq ans plus tard. Actuellement, quand les anti-dépresseurs ont fait leur effet, l'on continue à dose dégressives, pour les remplacer par quelques normothymiques que plus personne n'osera interrompre.* » « *Histoire de l'institution psychiatrique* », Sciences Humaines N°147, mars 2004

¹⁶⁷ Voir à ce sujet l'article *Psychotropes* de Zarifian (Edouard) Lecourt (Dominique), sous la direction de, Dictionnaire de la pensée médicale, Quadrige/PUF, 2004.

des médicaments, mais également à leur rendement financier qui s'accorde parfaitement aux représentations de la maladie mentale des prescripteurs que sont pour une partie les médecins généralistes. Cette explosion de l'usage des médicaments est également liée à la réduction de la durée de séjour. Le temps d'hospitalisation est court, la seule thérapeutique possible est la pharmacopée. La durée de séjour est d'ailleurs conçue par rapport à la durée nécessaire à l'observation de l'action d'un médicament psychotrope¹⁶⁸. Cet usage des médicaments s'accompagne d'une transformation des représentations concernant la maladie mentale. De nombreuses recherches s'orientent vers la recherche des causes organiques de la maladie mentale, légitimant d'autant plus l'usage exclusif de la chimiothérapie. L'autisme serait une maladie génétique, la schizophrénie, voir même la dyslexie¹⁶⁹. Alors que la tradition psychiatrique française était ancrée dans «le traitement moral» et les «causes morales», il semble y avoir un renversement de perspectives. «*Vous savez on a bien trouvé pour la trisomie... et maintenant il paraît que pour l'autisme... avec les progrès de la médecine, on ne sait jamais*» (Mme V., infirmière.) Ce renversement est lié à l'évolution de la formation des psychiatres (nous reviendrons dessus dans la suite de l'exposé.) Ces recherches en neurologie trouvent l'appui des associations de parents de malades. La maladie mentale dans sa conception tant sociologique que psychologique, est largement considérée comme une maladie ayant une origine dans les fonctionnements sociaux et familiaux (l'autisme et les relations mères- enfants, l'alcoolisme et les relations au sein du couple, l'hystérie et la condition féminine, la théorie de la dégénérescence de Morel et la transmission des caractères acquis activés en fonction du milieu...) Ces théories auraient eu comme conséquence de fortement stigmatiser et culpabiliser les familles. Il semble donc qu'il y ait une véritable «entreprise de morale», de la part d'associations pour faire reconnaître la folie comme ayant une origine génétique et neurologique.

¹⁶⁸ «*Aux Etats-Unis, la chimiothérapie est jugée d'action plus rapide que les anti - dépresseurs : elle leur est souvent préférée. C'est que l'accent y est mis sur le raccourcissement des traitements institutionnels (en particulier des hospitalisations) jugés plus coûteux. L'hospitalisation pour dépression y est devenue en moyenne plus brève que le temps pour juger de l'efficacité d'un traitement anti-dépresseur*» Odier (Nicolas), «*Accélération des traitements, fragmentation des évolutions : vers la fast - psychiatrie ?*», l'information psychiatrique N°5, mai 2000.

¹⁶⁹ Voir par exemple l'éditorial de Roger Mises «*L'exclusion de la psychopathologie. A leur tour, les enfants dyslexiques*» de «*la Lettre de Psychiatrie Française*», N°109, Novembre 2001. Dans cet éditorial Roger Mises fustige les orientations dominantes actuelles concernant la dyslexie qui en font un trouble neurologique, «*on naît et on meurt dyslexique*» alors que jusqu'ici, c'est l'imbrication du neurologique, psychologique et social qui était mis en avant.

Bref, les enjeux financiers autour de l'usage des médicaments, la réduction de la durée d'hospitalisation, la place et la formation des médecins généralistes dans le dispositif de soin, la transformation de la formation des psychiatres, l'orientation des recherches en psychiatrie ont comme conséquence de transformer le malade mental, objet de soins tant physiques, que psychologiques et/ou « sociaux », en un malade objet de traitement médicamenteux, souvent sur le long court¹⁷⁰. Ces thérapeutiques biologiques ne sont cependant pas toujours exclusives, elles sont souvent couplées à des thérapeutiques psychologiques :

De la psychanalyse aux thérapies comportementales : (ré)adapter le malade

La référence au modèle psychanalytique va largement diminuer. *« Je suis pragmatique, je suis rationnel, je suis pas du tout de tendance psychanalytique...vous savez, ça commence à disparaître. Mais ça met du temps à disparaître les vieilles habitudes... La thérapie comportementale ? ouais, je suis pas formé encore, mais je vais peut être faire une formation. Ca donne des bons résultats, pour les névroses, les TOC [Troubles Obsessionnels Compulsifs].... Vous savez, je suis cartésien, je traite pas par rapport à ce que je ressens, mais par rapport à la clinique »* (Dr W., psychiatre.) Alors que la psychanalyse était la référence centrale dans les années 1970- 1980¹⁷¹, pas tant dans la pratique de la psychanalyse que dans l'existence d'une culture psychanalytique diffuse, les thérapies comportementales¹⁷² prennent leur essor. Ainsi, à l'hôpital de Bonneval, il y a désormais quatre médecins formés à ce type de thérapies. Ces thérapies transforment la relation malade- patient. Le malade se fixe des objectifs, répond à des questionnaires. *« Je fais des thérapies systémiques brèves : un entretien dure une heure maximum. Il se déroule toujours de la même manière: le patient définit lui- même ses problèmes, il recherche les exceptions et les aggravations et se fixe des objectifs (...) le malade règle son problème, il se fixe des objectifs, pour avoir la vie qui lui convient. »* (Dr C., psychiatre.) Le malade est avant tout considéré comme un inadapté social

¹⁷⁰ On peut cependant nuancer cette affirmation. L'usage des médicaments n'est pas nouveau. Y a-t-il eu un si grand renversement dans leur mode d'utilisation ? Les contraintes qui pèsent sur l'hôpital n'ont-elles pas fait du médicaments La thérapeutique par excellence quasiment depuis leur apparition (malgré un discours comme celui du Dr Ey) ? Quelle transformation dans son usage et pas seulement dans les discours peut on observer ?

¹⁷¹ Voir à ce sujet le chapitre « *Malaise dans la clinique* » dans Castel (Robert), La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse, Minituit, Le sens commun, 1981

¹⁷² Thérapie comportementale : Ensemble des méthodes psychologiques visant à aider un individu à vaincre des difficultés nées de son propre comportement en apprenant soit à modifier ce comportement, soit à appréhender différemment les circonstances au cours desquelles il se manifeste et ainsi agir directement sur lui. Postel (Jacques), Dictionnaire de la psychiatrie, Larousse, 2003

à réadapter et pas tant comme un malade à guérir. On ne cherche pas à agir sur les causes de la maladie ou à s'interroger sur le sens de la folie, mais à éliminer ou à composer avec les symptômes les plus visibles ou les plus gênants¹⁷³. L'efficacité de ce type de thérapeutiques est souvent invoquée pour justifier son usage, il n'est pas ici question de savoir si cela est vrai, mais nous allons voir que ce type de thérapeutiques s'accorde avec les nouvelles contraintes institutionnelles et notamment la diminution des moyens humains dans certains services : absence de psychologue dans certains services, manque de médecins...qui rendent impossible de mettre en place des psychothérapies, longues et coûteuses en temps humain. « *Des psychothérapies ? avant, je crois que tous les psychiatres en faisaient... maintenant, on peut plus en faire* » (Dr D., psychiatre depuis une vingtaine d'années à Bonneval.) Ces thérapies plus simples et plus rapides ont en effet l'avantage d'être moins coûteuses en temps, mais aussi, de pouvoir être faites par des infirmières. « *Je souhaite que les infirmières puissent fonctionner seules, que si demain je m'en vais, elles puissent continuer* » (Dr F., psychiatre en CMP.) Ces techniques sont d'un apprentissage semble-t-il relativement rapide (dans tous les cas beaucoup plus rapides que la psychanalyse.) Cette évolution est aussi liée à la réduction de la durée de séjour qui nécessite la mise en place de thérapies plus rapides. Ces thérapies ont aussi trouvé le soutien des associations de parents d'enfants handicapés qui voient dans cette méthode une façon de permettre à leur enfant d'être un minimum adapté (notamment la méthode Teach utilisée dans certains IME spécialisés dans l'accueil des enfants autistes.)

Les contraintes institutionnelles qui pèsent sur l'hôpital : manque de psychiatre, de psychologue, réduction de la durée de séjour... entraînent une transformation des thérapeutiques et l'expansion des thérapies comportementales, qui ne consistent pas tant à agir sur les causes de la maladie, qu'à agir sur les symptômes¹⁷⁴... « *je cherche pas midi à quatorze heures. A quoi ça sert de savoir pourquoi untel délire... ou traite sa femme de pute ? Ça nous importe peu. Merde. Ça sert à rien.* » (Dr U., psychiatre.) Le malade devient avant tout une personne présentant des symptômes sur lesquels diverses techniques thérapeutiques

¹⁷³ « *Ainsi, n'est ce plus la sphère du pathologique qui est visée, mais plus généralement la différence par rapport à des normes de conduite, en tant qu'elle est gênante, intolérable, intolérée, inacceptable ou inacceptée, par l'environnement ou par le sujet lui-même* » P. 112 Castel (Robert), La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse, Minuit, Le sens commun, 1981

¹⁷⁴ Le manuel de référence dominant est aujourd'hui le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders revised), qui justement classe les maladies en fonction des symptômes observés groupés en « critères diagnostiques » explicites.

peuvent être efficaces, et qui doivent lui permettre de se réadapter à son milieu social et familial. Cette transformation est en partie liée à une évolution dans la formation et les représentations des professionnels travaillant en psychiatrie :

B2 Des médecins et infirmiers « comme les autres » ?

Les psychiatres : une « espèce en voie de disparition »

Ce qui caractérise le plus la profession de psychiatre depuis une dizaine d'années : c'est la pénurie. Il y a un manque cruel de médecins à Bonneval : « *Avant, il y avait six psychiatres par secteur, trois praticiens hospitaliers et trois internes... pendant deux ans, il n'y en avait plus que deux... maintenant, il y a six médecins, mais à peu près quatre équivalents temps plein... et il n'y a que deux psychiatres... beaucoup travaillent à temps partiel, ils ont des statuts différents, je ne m'y retrouve pas, y'a moins de lisibilité dans l'organigramme* » (Dr D., psychiatre) Ainsi, l'inter- secteur des déficients n'a toujours pas de psychiatre, l'hôpital de jour et le CMP de Bonneval ont été six mois sans psychiatres en 2002, en un mot, depuis environ trois ans, le turn over est très important, l'hôpital peine à recruter des psychiatres¹⁷⁵. Ceci a plusieurs conséquences au niveau des soins : réduction du temps des rendez vous avec les patients (20 min par patient dans un CMP), le médecin se transformant en « *distributeur d'ordonnances* ». Mais aussi, perte de « motivation » des équipes infirmières, qui sans psychiatres ne peuvent être dans une position active, se bornant à maintenir tant bien que mal les services en l'état, voire à tout faire pour que certains services ne disparaissent pas : « *on a eu chaud, le CMP aurait pu disparaître, on a tout fait pour que le CMP continue à exister* » (Mme D., infirmière en CMP.) Cet état de fait est lié à des spécificités propres à Bonneval : c'est une petite ville de campagne, qui serait peu attractive (elle n'est cependant située qu'à 1h30 en TER de Paris.) Ensuite, les trois médecins chefs de service sont partie presque en même temps, le Dr F., en 1998, le Dr L. et le Dr B. sont décédés en 2003. Ces événements ont « secoué » l'hôpital, ce qui peut en partie expliquer les difficultés rencontrées dans les premiers temps. A la même époque, un directeur administratif aurait fait fuir de nombreux psychiatres. On m'a souvent décrit ce directeur administratif en terme psychologisant : « *il était pas bien, il faisait du harcèlement moral, s'attaquait*

¹⁷⁵ Pour recruter des psychiatres, beaucoup de choses ont été tentées : améliorer l'attractivité de l'établissement avec des logements de fonction neufs, des salaires attractifs... en vain. Des médecins généralistes qui vont être formés à la psychiatrie ont donc été embauchés. Les médecins généralistes pouvant en effet devenir psychiatres en passant un DU- Diplôme Universitaire de psychiatrie en trois ans.

personnellement aux médecins » (cette idée est communément partagée par un certain nombre de professionnels que j'ai pu rencontrer.) Comme nous nous proposons d'expliquer « le social par le social », remontons au contexte social de son exercice. Ce directeur est arrivé en 1995, il était chargé de mettre en place la réforme Juppé, qui s'est traduite, au niveau de l'hôpital par diverses mesures et notamment une reprise en main du pouvoir administratif (c'est le directeur et non plus les médecins chefs qui nommait les infirmières), et une mise à mal du secteur (des cadres administratifs ont été nommées, non pas au niveau des secteurs, mais des services : un cadre pour l'extra hospitalier, un cadre pour les inter secteurs... mettant à mal la philosophie même du secteur basée sur la continuité des soins, mais surtout, et c'est ce qui a dû poser problème, cela a entraîné une diminution du pouvoir des médecins), en vertu de critères économiques puisque regrouper les unités d'admission, les inter- secteurs, l'extra hospitalier permettait de faire des économies d'échelle.¹⁷⁶ Toujours est il que des médecins sont partis de Bonneval suite à cet évènement. Mais cette crise de recrutement n'est pas liée qu'à ce contexte. La pénurie de psychiatres est une donnée nationale : il y aurait quelques 600 postes vacants dans le service public français.¹⁷⁷ Cette pénurie est le produit de la mise en place du numerus clausus, en 1978, visant à limiter le nombre de médecin, afin de contrôler les dépenses de santé¹⁷⁸. Visiblement, ce numerus clausus n'a tenu compte que de façon approximative des besoins en psychiatrie.

Les médecins psychiatres ont aussi vu leur formation se transformer et se rapprocher du modèle de la médecine générale¹⁷⁹. Ce qui peut expliquer les références croissantes au modèle organiciste, le déclin de la psychanalyse, et l'usage des médicaments. Pour commencer, la psychiatrie est reconnue comme une spécialité médicale en 1968. A partir de cette époque, les médecins ne sont plus médecins - directeur. La position d'administrateur des médecins était liée à la spécificité de la psychiatrie : l'institution est en elle-même thérapeutique. Ensuite, depuis 1984, les étudiants souhaitant devenir psychiatres doivent

¹⁷⁶ Cette analyse se base sur un entretien réalisé avec Mme R, infirmière Ce n'est donc qu'une ébauche d'analyse, il faudrait étudier de façon plus précise les modalités de l'application de la réforme Juppé au sein d'un hôpital comme Bonneval.

¹⁷⁷ Pierre Delion, « *le travail en équipe comme condition et lieu d'élaboration des soins psychiatriques* », Pratiques en santé mentale, N° 1, 1999

¹⁷⁸ La diminution du nombre d'internes en formation s'amorce à partir de 1984, de 400 par an à cette époque, ils passent sous la barre des 200 à la fin des années 1990. P. 34 Pinell (Patrice) « *Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France, 1968- 2000* », Rapport de recherche Mire

¹⁷⁹ C'est ce que montre Castel dans le chapitre : « l'homogénéisation professionnelle » (P.87- 90) de son ouvrage), La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse, Minuit, Le sens commun, 1981

passer l'internat¹⁸⁰. Or le concours de l'internat, basé sur le «bachotage » est peu compatible avec les spécificités du métier de psychiatre, pas tant basé sur un corpus de connaissances scientifiques que sur un ensemble de théories diverses et parfois contradictoires. La formation de l'élite et les modèles de référence dominants vont être transformés : moins grande importance donnée à la psychothérapie institutionnelle, à la psychanalyse¹⁸¹... Ensuite, cette réforme aboutit à la création d'internat qualifiant, que seront les CHU, et pas les CHS, Bonneval va donc être mis à l'écart, et dès la fin des années 1980 n'accueillera plus d'internes. Or les internes, non seulement constituaient de la main d'œuvre (en partie remplacée par des postes de médecins assistants puis des praticiens hospitaliers), mais participaient à l'émulation des services : les médecins devaient rester dans une posture dynamique afin d'enseigner, les internes, plus proches des infirmiers permettaient la diffusion d'un savoir médical...

Les changements dans la formation des psychiatres et leur absorption par la médecine, la mise en place d'internat qualifiant et la mise en place du numerus clausus, vont transformer la profession de psychiatre : le manque de psychiatre entraîne des prises en charge très courtes, et le modèle de la médecine devient la référence. Le malade mental devient un malade «comme un autre » puisque le psychiatre perd peu à peu sa spécificité. Qu'en est il des infirmiers ?

Des infirmiers de secteur psychiatrique (ISP)... aux infirmiers diplômés d'Etat (IDE)

Il y a une transformation radicale de la profession d'infirmier psychiatrique dont nous avons vu qu'elle était axée sur la relation, sur le « tout thérapeutique... », et ceci en raison de deux évolutions : la fin du cadre unique et la disparition du métier d'infirmier de secteur psychiatrique (ISP.)

Le centre de formation de l'hôpital de Bonneval a disparu en 1987, le diplôme d'ISP en 1992. Les infirmiers de secteur psychiatrique ont donc désormais la même formation que ceux qu'ils nomment IDE - Infirmier Diplômé d'Etat et qui travaillent dans les services de médecine générale. Ce processus de rapprochement de la médecine s'était amorcé en 1978, les deux professions, IDE (Infirmier Diplômée d'état) et ISP (Infirmier de Secteur Psychiatrique), sont rassemblées, avec un tronc commun en première année et une

¹⁸⁰ L'analyse est largement inspirée de l'article : Pinell (Patrice) « *Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France, 1968- 2000* », Rapport de recherche Mire, 2002

¹⁸¹ Pour une explication plus précise : Pinell (Patrice) « *Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France, 1968- 2000* », Rapport de recherche Mire

spécialisation pendant les deux années suivantes. Cette évolution est le produit de stratégies des acteurs du champ psychiatrique pour se faire reconnaître par la médecine. Mais cette stratégie a un effet pervers : les infirmiers de secteur psychiatrique ont finalement disparu. Cette disparition est le produit de contraintes budgétaires : en faisant une formation unique, il n'y a plus qu'un seul centre de formation. Mais ces contraintes budgétaires ne sont pas la seule explication: les infirmières psychiatriques ont aussi vu une plus grande reconnaissance de leur travail, en devenant IDE, elles peuvent travailler dans tous les services, ce qui n'était pas le cas auparavant. De plus, les infirmiers de secteur psychiatrique avaient un statut à part : ils étaient payés pendant leurs études par l'hôpital au sein duquel ils faisaient leur formation. Leur formation va être transformée, tant au niveau du contenu des enseignements que des modalités de leur transmission. Le nombre d'heures et de stages en psychiatrie a diminué de moitié. L'apprentissage basé sur la relation, le questionnement... se transforme en un apprentissage plus scolaire où l'infirmière apprend avant tout à appliquer les ordres du médecin. Les IDE ont une formation plus « médicalisée », plus technique : *« Elles [les infirmières IDE] sont dans la technique, à la recherche d'une science exacte : tel traitement, tel symptôme, tel effet. Donc, en psychiatrie, elles sont perdues. Car la psychiatrie, c'est pas une science exacte. Faut toujours inventer, être imaginatif...Elles recherchent des solutions. Faut que ça marche, tout de suite et maintenant... C'est pour ça qu'elles ont de l'appétence par rapport au traitement. Quand ça marche pas, elles sont dans l'angoisse... dans la mélasse. »* (Mme B., infirmière psychiatrique) *« Il faut les reformer, il faut leur faire comprendre que la maladie ne se réduit pas une plaie, qu'il faut prendre la personne dans son ensemble. »* (M. T., infirmier psychiatrique.) Le malade est réduit à sa dimension médicale, la dimension sociale et psychologique de la pathologie psychiatrique est peu abordée: *« Par exemple, y'a une femme, elle était connue des services, on m'a appelé pour signer une HDT. Je la connaissais. J'ai vu qu'elle avait un problème avec son compte bancaire et sa carte bleue, elle avait perdu sa carte bleue, en plus c'était pas la première fois que ça arrivait et ça avait posé des gros problèmes... cette femme, et beinh, je lui ai réglé son problème, on a appelé la banque ensemble, on a fait opposition, et après, cette femme elle a signé sa HL...ça a pris une demi heure. A la limite, les infirmiers eux, ils auraient presque pu le faire, mais ils ont un regard très médicalisé. Et puis, entre ce qu'ils apprennent à l'école et la réalité... »* (Mme D, assistante sociale). Prendre le malade de façon globale ne semble plus être le référent professionnel dominant. Un autre élément transforme le rapport au malade : l'enseignement de la distance professionnelle *« Nous [les ISP], on apprenait à travailler avec notre ressenti. Par exemple, que nos émotions face à un patient, ce sont des signes... alors*

que les nouvelles, c'est la distance, faut pas avoir d'émotions. » (Mme B, infirmière ISP) Il y a désormais au sein de l'hôpital deux catégories d'infirmières : les anciennes, les «psy», les ISP et les nouvelles, les «IDE», avec deux cultures totalement différentes : « Avant, les infirmiers étaient « très psy », ils avaient un arrière plan théorique très accès sur les théories psychanalytiques... c'était la parole, l'accompagnement... maintenant, les infirmiers sont plus accès sur la technique » (Dr T., psychiatre.)

Les infirmières en psychiatrie qui ont le nouveau diplôme, même si elles sont formées par les «anciennes», et ont des stages de formation professionnelle, se rapprochent tout de même énormément des infirmières «classiques. » Le passage en psychiatrie peut n'être qu'un moment de leur parcours professionnel puisqu'elles peuvent désormais travailler dans tous les services, ce qui n'était pas le cas avant le diplôme commun (les IDE pouvaient travailler en psy, mais les psy ne pouvaient pas travailler en médecine non psy, ce qui montre d'ailleurs bien la position de dominée des infirmiers psy dans le champ médical). La psychiatrie devient donc une spécialité « comme une autre » au sein de la médecine et le malade « comme un autre. » Les relations soignants - soignés sont basées sur le soin technique, la distance professionnelle et pas tant sur la relation, difficilement codifiable.

L'explosion du cadre unique : la fin du « tout thérapeutique » et la dé - qualification

A cette transformation de la profession, il faut ajouter l'éclatement du cadre unique (c'est-à-dire l'existence d'un seul type de professionnel soignant au sein de l'hôpital). Il y a désormais trois catégories de soignants au sein d'une même équipe : les ASH - Agents des Services Hospitaliers, les AS - Aides Soignantes, et les infirmières, (il faudrait ajouter les cadres infirmiers) avec chacun un rôle propre : entretien des locaux pour les ASH, aide pour la vie quotidienne et «délégation du travail de l'infirmière » pour les AS, soin pour les infirmières, gestion et management pour les cadres. Dans certains services, par exemple, au services des déficients, le nombre d'AS est supérieur au nombre d'infirmière : il y a 15 infirmières et 23 AS (en service d'admission, il n'y a quasiment que des infirmières ce qui montre bien la situation de dominée du service des déficients). Cette évolution est liée à des raisons financières : une ASH et une AS « coûtent moins cher » qu'une infirmière. Ceci est aussi lié à la «stratégie professionnelle » des infirmières, qui ont vu une valorisation de leur profession dans le fait de ne plus faire le ménage et la toilette des malades. Or justement, la spécificité de la psychiatrie, c'est qu'une toilette a une fonction thérapeutique, la façon de donner le linge, voire la façon d'entrer dans une chambre « *par exemple, chez un psychotique, la façon d'entrer dans une chambre est importante, si vous entrez brusquement, vous pouvez*

l'angoisser » (Mme B. infirmière ISP en service d'admission) Or, toutes ces tâches sont dévolues à des personnes qui ne sont pas formées (bien que la formation ne soit pas toujours un gage de compétence). A ceci il faut ajouter que la division du travail ne permet pas toujours de prendre en compte l'intégralité de la personne : « *les infirmières psy [les anciennes], ont du mal à déléguer ce qui relève de la vie quotidienne...si elles sont moins proches du patient dans ce qui relève du quotidien, elles ont l'impression de perdre une partie de leur rôle de soignant* » (Mme H cadre de santé.) Cette division du travail entraîne des rapports hiérarchiques qui ne facilitent pas le travail en équipe. En un mot, toutes les critiques émanant du monde des infirmiers psychiatriques dans les années 1970, qui avaient certes eu un écho limité sur Bonneval ont été totalement mises de côté : aliénation du personnel par la hiérarchie, « tout thérapeutique », importance de la formation..

Là encore, on voit que ce qui faisait la spécificité de la psychiatrie, le « tout thérapeutique », les réflexions sur la division du travail et les rapports hiérarchiques est en train de disparaître...rapprochant par là l'infirmier travaillant en psychiatrie d'un infirmier comme un autre¹⁸².

Alors que l'histoire de la psychiatrie c'est l'histoire de sa lutte pour sa reconnaissance par la médecine, comme une discipline à part entière mais une discipline spécifique (Henri Ey ne disait il pas que la médecine était une branche de la psychiatrie !), il semble que cette spécificité soit aujourd'hui mise à mal. La période du secteur avait vu se constituer un savoir spécifique autour de la maladie mentale : à la fois, ancrage dans la médecine et distance par rapport à cette dernière. Il semble que la période actuelle, voit un rapprochement de la médecine (disparition du diplôme d'infirmier psy, rapprochement de la formation des psychiatres de celle des médecins...) N'est - on pas en train de faire du malade psychiatrique, un malade «comme les autres»? La figure du malade mental cède le pas au malade tout court. La maladie mentale étant réduite à une pathologie organique ou neurologique, le malade devient objet de soins techniques et scientifiques... et pas tant sujet de son histoire, et objet de questionnement. Signe (et cause) de cette transformation la psychiatrie est de plus en plus intégrée à l'hôpital général. Dans certains départements, des secteurs ont été implantés au sein des hôpitaux généraux, c'est d'ailleurs l'orientation du rapport Massé (1992). Un nouvel

¹⁸² Ce rapprochement est d'ailleurs critiqué par deux syndicats représentatifs : FO et la CGT, et par les associations professionnelles d'infirmiers et de cadres infirmiers psychiatriques : CEMEA, SERPSY, ASCISM et CEFI. « *CGT, FO, SUD, CEMEA, SERPSY, ASCISM, CEFI : « déclarent urgent de réformer la formation infirmière pour mieux intégrer la spécificité des soins en psychiatrie* » tract du 12 novembre 2003

hôpital, dépendant de Bonneval, le CPC- Centre Psychiatrique du Coudray, a été construit en 1998, à une centaine de mètres de l'hôpital général. Les urgences psychiatriques sont quant à elles au sein de l'hôpital général et disposent de façon informelle, d'une vingtaine de lits. La psychiatrie a par là tendance à se référer au modèle scientifique dominant de la médecine. Ainsi, une infirmière psychiatrique au service de pédo - psychiatrie du CHU de Bretonneau à Tours m'explique : *« Il y a une dizaine d'années, le service de pédo psy du CHU de Tours avait mauvaise réputation parmi les infirmiers psy, c'était un pôle fortement axé sur la neurologie alors qu'à l'époque, on ne parlait que de psychothérapie...mais maintenant, c'est vraiment un service à la pointe du traitement de l'autisme en France. »*

C- La psychiatisation du social

L'aliéné constituait la figure du déviant, de part sa prétendue dangerosité. L'asile était avant tout un lieu de contrôle de la déviance sociale fonctionnant à partir d'un principe simple : l'enfermement. L'institution asilaire a disparu, remplacée par des institutions variées : urgences psychiatriques, services d'admission, inter- secteurs et institutions médico - sociales, secteur extra hospitalier... L'aliéné n'existe plus, existe désormais la figure du malade. La fonction de contrôle de la déviance sociale de l'institution psychiatrique a-t-elle pour autant disparue ? La figure du malade exclut -elle celle du déviant ?

C1 La « thérapie pour normaux » : la psychiatisation de la souffrance

Alors, que selon les écoles et les manuels, il est estimé que le taux de prévalence des pathologies mentales entre 3 et 8%. On lit dans le rapport Massé (1992), qu'un français sur quatre aura à faire au dispositif psychiatrique au moins une fois dans sa vie. Il y a en effet une augmentation de la file active ainsi qu'une diversification des pathologies traitées par le dispositif psychiatrique public, et notamment une augmentation de ce que l'on appelle la « psychiatrie légère ». Il est d'ailleurs prévu d'ouvrir une « clinique psychologique » près de Chartres, dépendant du Centre Hospitalier Henri Ey pour traiter plus spécifiquement les dépressions légères. L'équipe de secteur intervient déjà pour les pathologies plus légères : problèmes de couple, absentéisme scolaire, deuils, aide aux victimes...

Cette augmentation de la file active et cette ouverture aux pathologies dites « légères » se fait par le biais de deux institutions : le CMP- Centre Médico Psychologique, et les urgences psychiatriques, ouvertes en 1998 (auxquelles sont liées l'hôpital général et les

CUMP- Cellule d'Urgence Médico Psychologique.) Les malades qui arrivent aux urgences de l'hôpital général sont parfois orientés vers les urgences psychiatriques, pour des problèmes psychiatriques variés plus ou moins liés à des pathologies somatiques. Mais la majorité des cas accueillis le sont pour des problèmes de couple ou « conjugopathie » selon le vocable des professionnels. L'équipe psychiatrique des urgences intervient aussi en « psychiatrie de liaison », c'est à dire pour des patients hospitalisés dans les services. Elle participe ainsi à la « psychiatisation » de la médecine. Dans les premiers temps de son existence, l'équipe était « utilisée » pour annoncer les deuils aux familles. Le médecin ne voulant pas faire ce « sale boulot », il le déléguait aux équipes psychiatriques, ceci alors que la mort, dans un hôpital, est un élément avec lequel il faut compter et composer¹⁸³. L'équipe suit également les patients hospitalisés au sein de l'hôpital général¹⁸⁴ pour quelques jours, pour des pathologies dites « légères. » Enfin, les personnes de l'équipe des urgences font partie de la CUMP- Cellule d'Urgence Médico Psychologique, qui intervient, sur ordre du préfet, sur les lieux d'accidents graves. Les CUMP interviennent avant le trouble psychique, leur but est de prévenir le « stress post- traumatique ». Les interventions de la CUMP sont assez rares, mais l'équipe étant désormais (re)connue, elle intervient sur demande de la gendarmerie. Les équipes de CMP ont vu leur travail évoluer depuis quelques années, limitée au suivi des patients sortant d'hospitalisation ou au cas « lourds », leur travail s'oriente de plus en plus vers la souffrance psychique : *« maintenant on est souvent appelé, enfin, parfois pour des riens... beinh par exemple maintenant les infirmières de lycées, elles vont quasiment nous envoyer des jeunes qui ont peut être pas besoin de venir voir un psy ou un infirmier psy ou un psychologue tout de suite. Bon c'est vrai que les jeunes y'en a pas mal qui vont pas très bien mais ... ptêtre qu'ils auraient juste besoin d'être écouté par la famille ou même juste par l'infirmière... »*

¹⁸³ Cette pratique a rapidement été arrêtée par l'équipe infirmière qui propose toujours dans certains cas un accompagnement et une aide aux soignants.

¹⁸⁴ Il semble que la présence de lits psychiatriques à l'hôpital général ne soit pas nouvelle, mais elle est aujourd'hui reconnue, du moins à l'hôpital de Chartres. Ces lits psychiatriques sont utilisés par les patients qui ont des pathologies légères et qui refusent de se faire hospitaliser à l'hôpital psychiatrique en raison de la mauvaise image de celui-ci. Il y a, à l'hôpital de Châteaudun, des lits psychiatriques, qui existent plus ou moins officiellement, au sein du service de gastro - entérologie. A Châteaudun, c'est un médecin généraliste, travaillant au service de gastro - entérologie, qui a endossé le rôle de psychiatre. Mais il semble que son existence ne soit connue que des équipes de secteur travaillant à Châteaudun, ce qui laisse supposer la quasi-totale autonomie de ces services par rapport à l'hôpital psychiatrique. Il semble qu'en institutionnalisant et en reconnaissant ce type de lits dans les hôpitaux généraux, l'hôpital psychiatrique public cherche à se réapproprié une certaine clientèle : les pathologies légères (comme en atteste le projet de création d'une clinique pour anxio - dépressifs)

(M. T, infirmier en CMP.) Cette évolution est en partie liée aux caractéristiques des professionnels travaillant en CMP, étant donné la pénurie de psychiatre (il faut attendre deux à trois mois pour voir un psychiatre dans certains CMP), les infirmiers proposent « un entretien infirmier. » Etant donné leur formation, ils sont à même de traiter la souffrance psychologique, par le biais d'une discussion, d'autres rendez vous... Bref, le CMP est davantage armé pour traiter les pathologies dites légères. Cette évolution du dispositif psychiatrique ne s'est pas faite « naturellement », répondant à une demande sociale. Les CMP, et les urgences psychiatriques ont tout fait pour se faire connaître : sensibiliser les professeurs, les médecins¹⁸⁵... « *Nous on a demandé à intervenir dans les écoles, à aller parler un peu de ce que l'on fait...de façon que ben... les jeunes si y'a quelque chose qui ne va pas, ils peuvent venir. Ca se fait par le biais des infirmières ou même des professeurs (...)* c'est un lieu d'écoute. Les gens nous disent que le fait d'avoir été écouté... compris là c'est autre chose... mais enfin écouté... c'est déjà important et ça va les inciter à revenir. » (M. T, infirmier en CMP) Ce travail de reconnaissance s'est fait, alors qu'au même moment les médias vulgarisent une forme de culture psychologique : « *Maintenant, y'a plein d'émission à la télé, où on parle des problèmes qui se rapprochent de la psychiatrie. Le problème du mal être des gens...Nous on a remarqué qu'à la suite d'une émission du style Delarue, « ça se discute », qui va traiter je sais pas moi d'une maladie psy ou de quelque chose qui a trait à la psy ou qui s'en rapproche, dans les jours qui suivent, on a des gens qui arrivent, qui viennent. Et en fait, parce que ça leur fait « tilt », c'est le déclic, alors ils vont franchir le pas.* » (M. T, infirmier en CMP). La prise en charge, par le dispositif psychiatrique des personnes victimes d'accidents, de l'échec scolaire, des problèmes de couple est légitimée par la référence à la notion de prévention : « *un problème de couple peut être le signe annonciateur d'une psychose (...)* un stress post traumatique peut devenir une psychose... » (Mme J. infirmière aux urgences.) Cette évolution est aussi perçue comme un progrès, une ouverture, une démocratisation de la psychiatrie : on prend désormais en compte la

¹⁸⁵ Au début, les équipes, tant les urgences psychiatriques que les équipes de CMP semblaient avoir du mal à se faire (re)connaître, mal connue et objet de préjugés. Il y a eu tout un travail d'information et de sensibilisation : réunions d'informations dans les lycées, réunions au sein de l'hôpital...Il serait intéressant de comprendre comment ce travail a été mis en œuvre : Quel discours sur la psychiatrie était véhiculé afin de renverser les préjugés ? Quels acteurs de Bonneval ont été mobilisés ? Il semble que ce soit les jeunes diplômés et les personnes les plus dotées de ressources sociales et professionnelles qui ont investi cet espace (pour les CMP, Jaeger (Marcel), montre dans un article « *Les infirmiers de secteur psychiatrique, une profession en question* » que les infirmiers travaillant en CMP sont plus dotés de capital social que les autres)

souffrance psychique. Cette évolution est lourde de conséquences : elle finit par justifier des interventions sur des personnes qui ne sont pas malades au nom de la prévention, avec des risques de « police des comportements. » *« Le dérapage de l'orientation psychothérapeutique se diluant dans une nouvelle forme de culture psychologique au sein de laquelle les frontières entre le normal et le pathologique disparaissent et où la thérapie est dépassée, alors même que la totalité de l'existence devient matière à traitement¹⁸⁶ »* La prévention primaire consiste à changer le social, cette transformation ne peut être qu'un programme politique, or elle est accaparée par des professionnels qui en font un programme a- politique, et scientifique. Ce que critiquaient les anti- psychiatres opposés au secteur qui y voyaient un « quadrillage de la population », un « contrôle des comportements » est en train de devenir une réalité. Cette intervention se fait parfois au nom de l'amélioration des compétences, de la réadaptation : le CUMP doit permettre de réadapter au plus vite, la clinique psychiatrique doit « aider les personnes en situation d'échec », le CMP aider les adolescents en situation d'échec scolaire... Ensuite, en médicalisant une question, en la technicisant et en la professionnalisation, on la dé- politise, elle entre dans le domaine de la science pour sortir du politique. Il en est ainsi des problèmes de couple et de divorce, « psychiatriser » cette question, c'est ne pas se rendre compte que bien des problèmes sont le produit des structures sociales objectives et incorporées. C'est le cas par exemple de l'échec scolaire, pas simple question de quotient intellectuel ou de troubles du comportement, mais aussi produit par les inégalités sociales légitimées par l'école¹⁸⁷. Cette extension des demandes de soins se fait aussi au détriment des pathologies « lourdes », dites « psychiatriques » : *« On manque de temps, en partie aussi parce qu'on a de plus en plus de missions. On nous demande de prendre en compte tout ce qui va pas dans la société... et y'a beaucoup de choses qui vont pas. Dès que quelqu'un sort du cadre, la réponse : c'est la psychiatrie. C'est lié à la pression sociale, à la médiatisation de la psychiatrie... On s'est ouvert à des pathologies qui ne sont pas des pathologies... avant, on voyait pas ça. Maintenant, on le voit. On voit des personnes qui viennent pour des problèmes de couple... Avant, les CMP, la fonction c'était le suivi des patients hospitalisés. Maintenant,*

¹⁸⁶ P. 75 Castel (Robert), La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse, Minuit, Le sens commun, 1981

¹⁸⁷ voir à ce sujet : Pinell (Patrice) « *La médicalisation de l'échec scolaire. De la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile* », ARSS N°24, 1978

c'est la minorité. C'est pas de la psychiatrie lourde, mais plus des états anxieux... » (Dr N., psychiatre.)

Alors que l'institution psychiatrique se diffuse : au sein de l'hôpital général par le biais des urgences, au sein de la cité par le biais des CMP, la figure du malade mental devient plus diluée, toute personne en souffrance psychologique devient désormais objet de soins psychiatriques. La frontière entre le normal et le pathologique devient de plus en plus floue. Le « normal » en ce qui concerne la santé mentale (et la santé en générale), est une norme sociale, construite socialement. Mais cette norme sociale du « normal » est en train de changer¹⁸⁸ : une tristesse après un deuil, une souffrance après un divorce, l'échec scolaire, souffrance au travail...ne relevait pas auparavant du pathologique. C'est désormais chose faite. L'institution psychiatrique, au nom de la prévention, absorbe désormais toute une partie de ce qui relevait auparavant d'institutions sociales ou politiques. Reste à savoir quelle norme sociale véhicule l'institution psychiatrique, il semble que ce soit en partie celle de la réadaptation et donc pas tant celle de la remise en cause de l'ordre social. Le dispositif psychiatrique façonne désormais une nouvelle figure : le souffrant psychique, le futur malade, l'inadapté social...bref, ses contours se diluent, et tout un chacun peut devenir objet de soins, pour peu qu'il questionne en raison de son écart à la norme et/ou sa souffrance psychique l'ordre social. Qu'en est il pour ceux qui le questionnent plus directement ?

¹⁸⁸ C'est ce qu'explique Edouard Zarifian lorsqu'il dit : « *Les frontières entre le normal (certes désagréable) et la pathologie psychique se sont déplacés et sont de plus en plus tennes. Le déviant, l'anormal se réfèrent il y a peu à des comportements que chacun pouvait identifier sans compétences particulières. Le délirant halluciné qui entend des voix, le grand état d'agitation motrice qui perturbe par ses éclats l'ordre public, la mélancolie stuporeuse qui se fige dans une immobilité accablée et se coupe du monde étaient aisément repérables au sein de la société. Aujourd'hui, on considère anormaux et dignes d'être médicalement traités des états d'âmes et des mouvements affectifs intérieurs subtils, autrefois soutenus psychologiquement, mais qui ne correspondent plus, aujourd'hui, à l'idéal social utopique du « toujours jeune, toujours beau et toujours en plein forme physique et morale. » Article *Psychotropes* dans : Lecourt (sous la direction de Dominique) Dictionnaire de la pensée médicale, Quadrige/PUF, 2004.*

C2 L'enfermement à l'hôpital psychiatrique : la psychiatriation de la violence et de la déviance

L'asile avait une fonction de contrôle social : mettre à l'écart les malades mentaux pour trouble à « l'ordre public. » Cette fonction n'a pas disparu : il existe toujours les HO- Hospitalisation d'Office, qui se font sur ordre du préfet pour « trouble à l'ordre public. » Il semble même que cette fonction sociale de l'institution psychiatrique connaisse une nouvelle dynamique. *« La psychiatrie, c'est la solution de facilité pour les institutions. A partir du moment où les individus respectent pas les règles, on les envoie en psychiatrie. Il faudrait plutôt s'interroger : qu'est ce qui fait que les individus ont des troubles du comportement, de l'agressivité, de l'agitation ? Maintenant, on nous envoie des malades pour « tasser », pour « casser l'agitation ». On peut pas faire ça parce que quelqu'un rentre pas dans le moule. Mais la psychiatrie, c'est le dernier recours, un HO, HDT, on peut pas refuser. Dans les années 1980, j'ai pas ressenti ça comme ça... on a de plus en plus de jeunes d'IME, de l'ASE qui ont des troubles du comportement... on a pas le choix parce que c'est imposé, même si on dit : c'est pas psychiatrique. Des institutions qui géraient avant ne gèrent plus. Maintenant, on ouvre le parapluie en quelque sorte... y'a une inflation des HO, avant c'était quelque chose d'assez rare... on voit des patients en HO parce qu'ils ont fait le zouave quand ils ont bu... »* (Dr P., psychiatre.) L'hôpital psychiatrique sert de « tampon social¹⁸⁹ » en enfermement et en « tassant » (grâce aux médicaments) les déviants. *« Bon et bien on travaille aussi avec l'hôtel métropole à Chartres qui accueille les sdf... dès qu'y a un petit soucis à l'hôtel métropole beinh on appelle le cmp... dès qu'y a un problème d'alcool ou d'agressivité ou de drogue... »* (M. T. infirmier en CMP) Cette évolution est le produit de différents éléments : la dé- psychiatriation de certaines institutions médico-sociales qui ne sont plus à même de traiter en leur sein les problèmes psychiatriques, et le changement des personnes accueillies dans ces institutions (forte proportion de malades mentaux en prison notamment¹⁹⁰.) Mais certaines transformations sont externes au champ psychiatrique : mise à l'agenda politique de la question de l'insécurité, qui en fait un problème social et entraîne une

¹⁸⁹ Fonction de tampon social qu'elle partage avec la prison.

¹⁹⁰ Voir à ce sujet l'article du Monde daté du 18 mars 2002 « les prisons débordés par l'afflux de malades mentaux »

moindre tolérance à l'égard de toute manifestation de violence, ou encore augmentation de la souffrance sociale qui peut entraîner une plus grande violence¹⁹¹.

Bref, la figure du médecin qui au nom de la science est chargé de garantir l'ordre public n'est pas nouvelle (qu'on se souvienne des malades du quartier des agités du Dr Ey constitué de jeunes délinquantes des foyers du département). Le malade mental est un déviant, certes, mais le déviant est parfois considéré comme un malade mental parce qu'il est déviant.

Alors que cette médecine auparavant spéciale semble se normaliser et se rapprocher de la médecine, alors que l'hôpital psychiatrique se rapproche de l'hôpital général, il semble que la psychiatrie garde une position bien particulière : l'hôpital psychiatrique a toujours une fonction de contrôle de la déviance sociale. Le malade mental n'est toujours pas un malade comme un autre, ses marges constituées par les hospitalisations d'office, sont composées de déviants. Et d'autre part, le psychiatre, au nom de la prévention, intervient auprès du tout venant dès qu'il est en souffrance psychique (ou sociale), au sein des urgences psychiatriques ou des Centres Médico - Psychologiques.

¹⁹¹ Comme le suggère le titre de l'ouvrage Beaud (Stéphane) et Pialoux (Michel) Violences urbaines, violence sociale. Genèse des nouvelles classes dangereuses, Fayard, 2003. Ils étudient un quartier bien précis : la ZUP de la Petite- Hollande à Montbéliard (près de Sochaux), et une violence bien précise : une émeute qui a éclaté le 12 juillet 2000. On peut cependant faire l'hypothèse que leur démonstration : les violences urbaines sont liées à la violence sociale, peut être généralisable.

Conclusion de la troisième partie

L'hôpital psychiatrique a éclaté, il est désormais composé de différentes institutions qui modèlent différents types de malades : les unités d'admissions, les hôpitaux de jour, les CMP, et les inter- secteurs. Chacun ayant un mode de fonctionnement propre : service technique et rapide en admission, service au long court en hôpital de jour finalement assez proche dans son fonctionnement de l'ancien hôpital (importance de la relation, des activités thérapeutiques), dé- médicalisation de les inter- secteurs et fonctionnement assez proche de l'ancien asile (forme de gardiennage)...

On a donc un éclatement de la figure du malade mental. Le malade en crise est proche du malade «classique » puisqu'objet de soins techniques. Le malade en CMP et aux urgences est proche du «non malade », et est davantage en souffrance psychique. Le malade en inter secteur est quant à lui un handicapé mental ou psychique.

Ces transformations institutionnelles ou non transformations, sont le produit des transformations des rapports internes au champ psychiatrique. Un rapprochement de la médecine (au niveau des études de médecin et de la formation des élites médicales) et une distanciation de cette dernière, avec une dé-psychiatriation de certains services (évolution vers le médico-social).

Conclusion

On est passé de la figure de l'aliéné à celle du malade mental à partir de l'après guerre. Cette transformation s'est faite lentement et de façon inégale au sein des services, jusqu'à la fin des années 1980. Aujourd'hui, cette figure du malade mental tend à disparaître, des lignes de ruptures s'étaient déjà ébauchées dès les années 1970. On a d'une part un malade mental qui perd sa spécificité et se rapproche du modèle du malade «classique.» D'autre part, on a la constitution du handicapé. Enfin, on voit se dessiner le « malade normal » Ces figures ont des attributs bien différents, l'aliéné : c'est l'interné, incurable et potentiellement dangereux¹⁹². Le malade mental : c'est un malade, donc objet de soin et potentiellement guérissable. Mais c'est un malade un peu spécifique, puisque sa maladie a une triple dimension biologique, psychologique et sociale. Le malade quant à lui perd sa spécificité de malade mental : il est objet de soins plus techniques et sa maladie est avant tout envisagée dans sa dimension neurologique. Le handicapé, psychique ou mental, quant à lui sort en partie du domaine du médical pour entrer dans le domaine social et médico-social : il n'est pas guérissable mais (ré) adaptable. Quant au «malade normal», il est potentiellement malade, et donc objet de soins préventifs.

Ces rôles sociaux sont le produit de l'évolution des structures institutionnelles : passage de l'asile à l'hôpital psychiatrique, puis à l'hôpital psychiatrique sectorisé qui se médicalise et s'ouvre sur la cité. Enfin, éclatement de l'hôpital psychiatrique en divers institutions : hôpital général, institutions médico-sociales, secteur extra hospitalier, services d'admission. Alors que l'asile était une structure de gardiennage peu médicalisée, l'hôpital psychiatrique va se médicaliser et s'humaniser, en se rapprochant, dans son mode de fonctionnement, de la cité. L'hôpital sectorisé va s'ouvrir : des structures s'implantent dans la ville, et il se médicalise de plus en plus en abandonnant une partie de sa fonction sociale. C'est que le malade est conçu comme un aliéné mental et un aliéné social, les liens entre la cité et l'hôpital sont au centre des réflexions. Aujourd'hui, une partie de la psychiatrie est implantée à l'hôpital général ou à proximité, elle singe son nouveau modèle : la science médicale. La psychiatrie perd sa spécificité de science humaine, sociale et médicale, en se rapprochant de la médecine. Enfin, la psychiatrie, au nom de la prévention, s'implante de

¹⁹² Il serait intéressant de se pencher sur l'histoire de l'hôpital de Bonneval entre 1861 et 1945. Afin de voir notamment s'il y a des évolutions, des changements au court de cette période ou si au contraire, on peut définir une période asilaire homogène. En quoi cette période ressemble à ce que j'ai défini quand que je pensais définir les « vestiges de l'asile » : gardiennage, présumé incurabilité des malades...

plus en plus dans la cité, où elle tend à devenir un nouveau mode de gestion de la violence et de la souffrance sociale. Mais la psychiatrie est parcourue par un mouvement opposé : la dé-médicalisation. Toute une partie de ses malades ne sont plus objets de soins, mais de programmes de rééducation et de réadaptation. Bref, c'est dans les liens qu'elle entretient avec la cité : plus ou moins grande ouverture, plus ou moins grande présence, et avec la médecine : plus ou moins grande proximité, que l'on peut lire les évolutions de la psychiatrie.

Ces structures institutionnelles sont le produit de diverses évolutions dont on peut tenter d'esquisser quelques lignes de force. Ce qui tient au contexte local de Bonneval semble assez mineur. Si la présence du Dr Ey a permis à l'asile de se transformer en hôpital psychiatrique peut être un peu plus rapidement que dans certains hôpitaux, tout laisse à penser que l'hôpital de Bonneval ne présente par la suite pas de spécificités majeures. Il est en partie le reflet des évolutions nationales de la psychiatrie. On peut donc penser qu'il représente le type même de l'hôpital psychiatrique de province, comme il existe dans chaque département¹⁹³. Ces évolutions nationales peuvent être présentées ainsi :

On observe une évolution de la formation des infirmiers et des psychiatres qui se traduit par le passage des gardiens aux infirmiers psychiatriques, puis aux infirmiers de secteur psychiatrique, et enfin aux infirmiers. Cette transformation est le produit des stratégies professionnelles des acteurs de ce champ¹⁹⁴, mais aussi de contraintes financières plus ou moins lourdes pesant sur l'hôpital (possibilité de financer des formations spécifiques, de financer le salaire des infirmiers...) Toujours est il que l'on passe d'un référent professionnel centré sur le gardiennage, à un référent basé sur le soin et la relation, puis à un référent centré sur la technique. Les psychiatres quant à eux passent du notable local administrateur de la folie, au psychiatre- psychanalyste qui interroge la folie et la soigne, au psychiatre technicien « prestataire de service. » Là encore, cette évolution est le produit des stratégies professionnelles des acteurs du champ (ancrage de psychiatrie dans la médecine, place de la psychanalyse) en partie dépendantes des contraintes institutionnelles et économiques (mise en place du numéris clausus notamment).

On observe un changement dans le mode de financement de l'hôpital. Dans un premier temps, les dépenses de santé augmentent et la tarification au prix de journée favorise l'hospitalo - centrisme. Ensuite, la réduction des dépenses de santé et la mise en place du budget global

¹⁹³ Seule une étude comparative de plusieurs hôpitaux de province pourrait permettre de démontrer cette hypothèse

¹⁹⁴ Il faudrait étudier la place des associations professionnelles, des syndicats dans ces transformations.

favorisent les structures extra hospitalières et la diminution du nombre de lits. Enfin, la tarification par pathologie favorise la spécialisation des services (par groupe homogène de malades), et la poursuite de la réduction des dépenses entraîne un basculement d'une partie des anciennes missions de l'hôpital vers le secteur médico-social et associatif.

L'évolution du contexte législatif concernant le droit et le statut des malades permet de comprendre les transformations de la figure du malade. Il passe du statut de mineur interné à vie (loi de 1838), au malade volontaire (circulaire Rucart de 1937), puis au malade «sous tutelle» à l'extérieur (loi de 1968 de protection des incapables majeurs) et enfin à celui d'usager du système de soin.

Toutes ces évolutions sont le produit (et produisent) d'une transformation des représentations du malade mental. Il passe de l'image du malade dangereux, dés-humanisé, à une image du malade mental, victime de l'oppression sociale. Aujourd'hui, on a un retour à l'image du malade dangereux d'une part, et une vulgarisation d'une certaine psychologie qui invite chacun à se considérer comme potentiellement malade. Ces représentations sont le produit d'un courant critique de l'institution totalitaire et du mouvement anti-psychiatrique des années 1970. Aujourd'hui, c'est part le biais des médias que se diffuse une vaste culture psychologique, alors que dans le même temps, la question sécuritaire est mise à l'agenda politique et médiatique¹⁹⁵.

Ce travail se voulait une histoire de la vie des malades à l'hôpital de Bonneval. L'interrogation première n'était-elle pas : comment les malades vivent (et vivaient), en pratique et dans leurs représentations, leur passage ou leur vie au sein de l'institution psychiatrique ? L'idée de départ était de donner la parole aux malades, ce que je n'ai fait d'aucune façon. En plus, je suis partie du présupposé théorique que l'hôpital psychiatrique produit le malade, sans voir en quoi ce dernier produit également l'institution qu'il investit. Il serait intéressant de voir de quelle façon le malade se réapproprie les catégories de l'institution lors de son passage par l'hôpital. Mais également de déterminer le poids de la parole des malades dans l'évolution de l'hôpital psychiatrique. Une des remarques que j'entendais le plus souvent sur les évolutions récentes de la psychiatrie : « *ce qui a changé, c'est la place des malades, maintenant, on les écoute plus.* » J'aimerais voir en quoi cette

¹⁹⁵ Ces remarques ne constituent qu'une ébauche d'analyse. Les représentations sont à la fois produites et productrices des structures. Une histoire des représentations se proposerait d'étudier comment sont produites ces représentations (poids de médias, des organisations professionnelles...), mais surtout en quoi elles participent à produire l'institution psychiatrique.

réflexion est une représentation, ou s'inscrit dans des pratiques. Ceci d'autant plus qu'il existe désormais des associations de malades : la Fnap psy, et des associations de parents et d'amis de malades mentaux : l'UNAFAM, qui défendent les intérêts des malades et des familles. L'un des approfondissements de cette enquête pourrait être d'étudier davantage cette institution en partant de l'expérience des malades.

Ensuite, ce mémoire se voulait une mise en relation des évolutions de l'hôpital à la lumière des évolutions nationales, ce que je n'ai fait qu'en partie, n'ayant abordé le contexte législatif, politique, économique national que de façon superficielle. Je voulais comprendre comment les politiques sociales en terme de psychiatrie étaient appliquées (ou pas) au niveau d'un hôpital, quelles étaient les tensions (ou les facilités) pour transformer l'hôpital. Il aurait fallu pour ce faire étudier de façon plus approfondie les liens entre la haute administration en santé publique et l'administration locale et rencontrer le préfet, le responsable de la DDASS(de l'ARH pour la période actuelle), le maire de Bonneval, les responsables syndicaux.

Voilà quels pourraient être les approfondissements possibles de ce travail. Mais ce mémoire a été l'occasion de découvrir une réalité que j'ignorais : la psychothérapie institutionnelle. Ce courant qui fait de l'institution psychiatrique en tant que telle, une structure soignante. Ce courant est à la fois me semble-t-il un projet politique et un projet médical, il puise ses racines dans les théories psychanalytiques, mais aussi dans les milieux de l'éducation populaire. Ce mouvement interroge les relations soignants- soignés, l'organisation de l'espace, les relations au sein du personnel de l'établissement. En ces temps de management public, de division et de rationalisation du travail, de travail sur « contrat d'objectifs et de moyens », où l'hospitalisation se réduit à la gestion des états de « crise » : Où en est la psychothérapie institutionnelle ? Le psychiatre qui a fondé la clinique de La Chesnaie à Chailles dont le fonctionnement est basé sur les principes de la psychothérapie institutionnelle m'explique « *On a fait ça à une époque où c'était encore possible, maintenant, les nouvelles contraintes institutionnelles ne nous le permettent plus.* » Simple nostalgie d'un âge d'or perdu ou véritable transformation de la place de la psychothérapie institutionnelle dans la psychiatrie française ?

Bibliographie

- Accardo (Alain) et Corcuff (Phillipe) La sociologie de Bourdieu, 2^{ème} édition, Le Mascaret, Bordeaux, 1986
- Albernhe (K. et T.) coordonnée par, Organisation des soins en psychiatrie, Masson, 2003
- Ayme (Jean), Chronique de la psychiatrie publique à travers l'histoire d'un syndicat, Eres, 1995
- Basaglia (Franco), L'institution en négation. Rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia, édition du Seuil, 1970
- Bourdieu (Pierre), Questions de sociologie, Minuit, 1984
- Brisset (Charles), L'avenir de la psychiatrie en France, Payot, Paris, 1972
- Castel (Robert), L'ordre psychiatrique, l'âge d'or de l'aliénisme, Minuit, Le sens commun, 1976
- Castel (Robert), La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse, Minuit, Le sens commun, 1981
- Castel (Robert), « *la psychiatrie dans notre société* », l'évolution psychiatrique, Tome 49, P. 719- 729, 1984
- Champagne (Patrick), Lenoir (Rémi), Merllié (Dominique), Pinto (Louis), Initiation à la pratique sociologique, Dunod, Paris, 1999
- Chanoit (Pierre), La psychothérapie institutionnelle, PUF, Que sais-je, 1995
- Clervoy (Patrick), Henri Ey-1900-1977, 50 ans de psychiatrie en France, Institut Synthélabo, (collection Les empêcheurs de penser en rond),1997
- Erhenberg (Alain), La fatigue d'être soi, Dépression et société, Poches Odile Jacob, 1998
- Ey (Henri), Bernard (P.), Brisset (Charles), Manuel de psychiatrie, Masson, 3^{ème} édition, 1970
- Foucault (Michel), Histoire de la folie à l'âge classique, Gallimard, 1972
- Foucault (Michel), Le pouvoir psychiatrique, Hautes études, Gallimard Seuil, 2003
- Gentis (Roger), Les murs de l'asile, Cahiers libre, Maspero, 1970
- Gentis (Roger), Traité d'anti- psychiatrie provisoire, Cahiers libres, François Maspero, 1977
- Goffman (Erving), Asile. Etudes sur la condition sociale des malades mentaux, Minuit, 1968
- Guattari (Félix), « *la grille* », revue Chimères N°1
- Guyotat (Jean), Psychiatrie lyonnaise. Fragment d'une histoire vécue (1950-1995), Sanofi Synthélabo (collection Les empêcheurs de penser en rond), Paris, 2000

- Herzlich (Claudine), et Adam (Philippe), Sociologie de la maladie et de la médecine, Nathan, 128, 1994
- Jaeger (Marcel), Le désordre psychiatrique, Payot, 1982
- Lantéri Laura (Georges), La chronicité en psychiatrie, Synthélabo, Les empêcheurs de penser en rond, 1997
- Lantéri Laura (Georges), « *Histoire de l'institution psychiatrique* », revue sciences humaines N°147, mars 2004
- Lainé (Tony), Karlin (Daniel), La raison du plus fou, Editions sociales, 1977
- Lecourt (Dominique), sous la direction de, Dictionnaire de la pensée médicale, Quadrige/PUF, 2004.
- Londres (Albert), Chez les fous, Arléa, 1992
- Loubière, L'infirmier et l'évolution du dispositif de santé mentale. Principes et contradiction, Mémoire de DEA « politiques sociales et société », Paris 1, 1998
- Mossé, Le lit de Procuste. Hôpital : impératifs économiques et missions sociales, Toulouse, Erès, 1997
- Peneff (Jean), L'hôpital en urgence, Métailié, 1992
- Pinell (Patrice) « *La médicalisation de l'échec scolaire. De la pédopsychiatrie à la psychanalyse infantile* », ARSS N°24, 1978
- Pinell (Patrice) « *Analyse sociologique de la formation des psychiatres en France, 1968- 2000* », Rapport de recherche Mire, 2002
- Postel (Jacques) et Quétel (Claude) sous la direction de, Nouvelle histoire de la psychiatrie, Dunod, Paris, 1994
- Postel (Jacques), Dictionnaire de la psychiatrie, Larousse, 2003
- Rappart (Philippe), La folie et l'état. Aliénation mentale et aliénation sociale, Privat, Toulouse, 1981
- Roumieux (André), Je travaille à l'asile d'aliénés, Champ Libre, 1974
- Swain (Gladys), Le sujet de la folie, Privat, 1977
- Zafiroopoulos (Markos), Les arriérés : de l'asile à l'usine, Payot, Paris, 1981
- Zarifian (Edouard), Les jardiniers de la folie, Odile Jacob, 1994

Films et reportages

Sur Bonneval :

Gardiens d'hier, infirmiers de demain, Dr Barte, 36 minutes, Novartis, 1974

Le château des pauvres. Playdoyer pour une psychothérapie occupationnelle dans un service d'adolescents, Dr Faure, 23 minutes

Les lieux communs de la dépression, Dr Baron et Dr Lavau, Organon, 1985

Enquête sur la santé mentale dans un pays au dessus de tous soupçons, 1- Les années de la mise au monde, 2- La loi du père, 3- Les hommes au travail, Daniel Karlin, production A2

Decompte de la folie ordinaire, Mireille Auprin, Toulouse Vidéo, 1987

Urgences, Raymond Depardon, 90 min, La sept Vidéo, 1987

Histoires autour de la folie, Paul Muxel et Bertrand de Solliers, 210 minutes, Film Skyline, France, 1993

La moindre des choses, Nicolas Philibert, 105 minutes, 1996

La Devinière, Benoit Dervaux, Les films du Fleuve, 1999

Regards sur la folie, Mario Ruspoli, Argos film

Une politique de la folie, Jean Claude Pollack, Danièle Sivadon, La Sept, 1989

Birdy, Alan Parker, 1984

Vol au dessus d'un nid de coucou, Milos Forman, 1975

Littérature sur Bonneval : mémoire, articles, ouvrages

Sur la période 1950- 1960 :

Hommage à Henri Ey, Société l'évolution psychiatrique, Privat, 1978)

Colloque de Bonneval : «Henri Ey et nous », Vendredi 12 juin 1998, sous le haut patronage du professeur Alexandre Minkowski.

L'évolution psychiatrique, 1987

Psychiatrie française n°1, 1988

Bohard (François), « *Du côté de Bonneval* », L'évolution psychiatrique, 1977, XLII, III, p.611- 616

Clervoy (Patrick), Henri Ey-1900-1977, 50 ans de psychiatrie en France, Institut Synthélabo, (collection Les empêcheurs de penser en rond),1997

Cohen, « *Henri Ey, psychiatre engagé* », L'information psychiatrique, 1997

Ey (Henri), Le centre de traitement et de réadaptation sociale de l'HP de Bonneval de 1934 à 1955, Notes et documents de la FNOSS, 1960, ¾

Faure (Henri), A propos des répercussions de la guerre 1940-1945 sur la vie de l'hôpital psychiatrique, Archives CHS, 1994

Rapport (Phillipe), Les clubs psychothérapeutiques, thèse, Bordeaux, 1955

Sur la période 1970- 1980 :

Ave (Michel), A propos de la place des infirmiers des hôpitaux psychiatriques dans l'équipe soignante. Une étude d'un centre hospitalier de province. Thèse pour le doctorat en médecine, faculté de médecine de Paris, 1968

Baron (Jean- Claude), directeur technique de l'enseignement, Rapport concernant l'enseignement et le fonctionnement du centre de formation professionnel de l'hôpital psychiatrique de Bonneval déc. 75

Baron (Jean- Claude) et Alexandre (Jean- Yves), Réflexion et études préliminaires à la création de trois hôpitaux de jour pour malades mentaux adultes dans le département de l'Eure - et- Loir , mémoire pour l'attestation d'études approfondies de sciences économiques et sociales de la santé, Université Paris 7, UER de médecine Lariboisière- St Louis, 1982-1983

Lainé (Tony), Baron (Jean- Claude) Colloque : l'hôpital de jour ça sert à quoi ?,

Risbourg (George), L'institution psychiatrique : une synthèse impossible ? A partir d'une expérience à l'hôpital Henri Ey à Bonneval et en d'autres lieux, Université René Descartes, Faculté de médecine Cochin, Paris, 1981

Schuman (Béatrice), Etudes et réflexion autour de la prise en charge de patients souffrant d'une pathologie de l'enfance d'expression déficitaire à leur passage au service du secteur de pédo- psychiatrie au secteur de psychiatrie adulte, Mémoire pour le CES de psychiatrie, Faculté Kremlin Bicêtre, 1991

Serreau (Jean- François), De l'abbaye à l'hôpital psychiatrique de Bonneval, 1980

Serreau (Jean- François), Réflexion... à propos de la formation des élèves infirmiers de secteur psychiatrique, certificat de cadre infirmier, 1979