

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2005

N°128

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Qualification en Psychiatrie

Par

Olivia PITON

Née le 21 mai 1977 à La Tronche (38)

Présentée et soutenue publiquement le 11 octobre 2005

**Naissance de l'institution asilaire en France
au XIX^{ème} siècle – L'hôpital Saint-Jacques de
Nantes : illustration d'un processus national.**

Président :

Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

Directeur de thèse :

Monsieur le Professeur Guy BESANCON

INTRODUCTION..... 7

-I La prise en charge de la folie au travers des époques jusqu'à l'aube de la Révolution.. 9

NAISSANCE DE LA MÉDECINE MENTALE EN FRANCE AU XIXÈME SIÈCLE ET CRÉATION D'UN RÉSEAU NATIONAL D'ASILES AVEC LA LOI DE 1838 9

Dans l'antiquité, quels furent les premiers lieux de soins ?.....	9
Quelles perceptions et quelles modalités de prise en charge par le christianisme débutant ? 9	
Au Moyen Age : incertitudes entre les tentatives de traitements et les bûchers de l'inquisition	10
A la Renaissance : apaisement des feux de l'inquisition, et réappropriation par les religieux d'une mission d'assistance auprès des insensés.....	11
Le XVIIème siècle et le grand renfermement initié par Louis XIV.....	12
Le XVIIIème siècle et l'essor du philanthropisme faisant le lit de l'œuvre pinelienne.....	12

-II Le cercle de Pinel et la naissance du traitement moral pendant la période révolutionnaire.

.....	14
Eléments biographiques.....	14
<u>1 Ascension professionnelle.....</u>	<u>14</u>
Adoption de la cause des fous par les révolutionnaires.....	14
Une reconsidération du charlatanisme.....	15
Les principes du traitement moral.....	15
Influences philosophiques.....	16
Mise en place du cercle de Pinel.....	16
Mise en application du traitement moral.....	17
Essais de théorisation sur les mécanismes de la folie à partir des observations menées sur le traitement moral.....	17
L'échec d'un traitement moral perversi et son abandon progressif.....	18

-III Le cercle d'Esquirol et la naissance du projet asilaire avec la théorie de l'isolement 19

Eléments biographiques.....	19
Ascension professionnelle.....	20
Cercle d'Esquirol.....	21
<u>a La « première génération » du cercle d'Esquirol.....</u>	<u>22</u>
<u>b La « seconde génération » du cercle d'Esquirol.....</u>	<u>23</u>
Le désaveu de Bayle... et de la concurrence.....	24
Apport théorique et nosographique	24
Prise de distance avec Pinel.....	24
Mémoire sur les maisons d'aliénés en France et émergence d'une théorie architecturale allant de pair avec la théorie de l'isolement.....	25
<u>c Etat des lieux</u>	<u>25</u>
<u>d Nécessité d'une médicalisation de la guérison des aliénés.....</u>	<u>26</u>
<u>e Un nouvel outil de guérison : l'asile.....</u>	<u>26</u>
<u>f Elaboration de règles architecturales en lien avec les exigences de cette médecine spécialisée</u>	<u>27</u>
<u>g Esquirol et les pouvoirs politiques : une rencontre fructueuse à l'origine de la possibilité d'une élaboration de la loi de 1838.....</u>	<u>29</u>

<u>-IV L'élaboration de la loi du 30 juin 1838:</u>	<u>30</u>
Quelles attentes par rapport à cette loi ?	30
)a ... « Une loi de police et de sûreté à l'égard de tous les citoyens, »	31
)b ... « une loi de bienfaisance et de tutelle à l'égard de l'aliéné, »	31
)c ... « Une loi de charité publique à l'égard de ceux de ces infortunés que leur position et celle de leur famille laisseraient sans ressources »	32
Un climat politique favorable à une alliance entre la psychiatrie et l'état, mais au détriment du pouvoir judiciaire	33
)d Renforcement mutuel du pouvoir de l'état et de la légitimation de la médecine mentale, au travers d'une alliance	33
)e Querelle de pouvoir entre cette nouvelle alliance et la justice qui met en avant le risque majeur de voir la séparation des pouvoirs compromise	33
)f Remise en question de la mesure d'interdiction émanant du code civil : une révolution législative ?	34
Enquêtes préalables au projet de loi, initiées par le gouvernement	36
Définition de règles pour régir ces établissements, et pour une uniformisation des pratiques en France	37
)g Nécessité de créer un réseau national d'asiles accueillant chacun la population de plusieurs départements :	37
)h Une procédure d' « autorisation » pour l'ouverture d'un établissement, puis une surveillance étroite de son activité par le gouvernement	38
)i Un règlement intérieur en conformité avec l'esprit de la loi	39
)j Les modalités d'admission dans les asiles	41
)01 Le placement volontaire	41
)02 Le placement ordonné par l'autorité publique, ou placement d'office	41
)k La question de la séparation des curables et des incurables	42
)l Le financement de ces établissements	43
Emergence de questions cruciales au cours des débats de la chambre des députés et des pairs.	43
)m Nécessité d'une protection de la liberté individuelle, et d'un recours contre l'internement arbitraire	43
)n Nécessité de prévoir des mesures de protection des biens	45
)o La loi reflétait la tendance hypercentralisatrice	46
)p « Ménager la susceptibilité des familles » et la question de la mixité des établissements	46
)q Quelle attitude adopter vis à vis des congrégations religieuses pourvoyeuses du personnel d'un grand nombre d'établissements ?	47
Le vote de la loi le 30 juin 1838 et la construction des premiers asiles :	52
La suite du développement des asiles, suivant les aléas de la politique	52
<u>-V Avant Saint-Jacques : le Sanitat</u>	<u>54</u>
<u>LA CRÉATION DE L'ASILE SAINT-JACQUES DE NANTES....</u>	<u>54</u>
Son histoire	54
Sa population et son fonctionnement	54
Les raisons qui imposèrent de construire un nouvel hospice	56
)a La dégradation des locaux	56
)b Des conditions d'hébergement misérables	56
)c L'augmentation de la population	57
<u>-VI Différents projets pour un nouvel établissement</u>	<u>57</u>

<u>1 Construire sur l'ancien hospice des orphelins.....</u>	<u>57</u>
Agrandir le Sanitat.....	57
Rachat du dépôt de mendicité par l'ordre de Saint-Jean de Dieu.....	58
Projet définitif d'un nouvel établissement en place du dépôt de mendicité	59
 <u>-VII Evolution des travaux jusqu'en 1834 :.....</u>	<u>60</u>
 <u>-VIII Les débuts de l'hôpital Saint-Jacques.....</u>	<u>62</u>
Mise au travail des aliénés et de tous les pensionnaires valides pour contribuer à la poursuite des travaux.....	62
Les efforts permanents des médecins pour pouvoir faire réaliser des travaux d'agrandissement par la suite.....	63
De Tollenare et Bouchet : deux personnalités marquantes pour l'histoire de cet hôpital.....	64
<u>)a Bouchet.....</u>	<u>64</u>
<u>)b De Tollenare.....</u>	<u>66</u>
Les successeurs de Bouchet.....	66
Moyens thérapeutiques mis en œuvre dans le cadre de cette psychiatrie asilaire débutante à Saint-Jacques.....	67
<u>)c Théorie du travail appliqué aux aliénés développée par Bouchet.....</u>	<u>67</u>
<u>(01 Les débuts.....</u>	<u>67</u>
<u>(02 Hypothèses psychopathologiques</u>	<u>67</u>
<u>(03 Principes thérapeutiques appliqués.....</u>	<u>68</u>
<u>(04 Proportion de travailleurs chez les aliénés</u>	<u>68</u>
<u>(05 Cas particuliers.....</u>	<u>69</u>
<u>(06 Evaluation du travail.....</u>	<u>69</u>
<u>(07 Récompenses et punitions.....</u>	<u>69</u>
<u>)d Autres recours thérapeutiques.....</u>	<u>70</u>
<u>(01 Les bains.....</u>	<u>70</u>
<u>(02 Les tisanes.....</u>	<u>70</u>
<u>(03 Les saignées.....</u>	<u>71</u>
<u>(04 Les sangsues.....</u>	<u>71</u>
<u>(05 Les dérivatifs (ou exutoires).....</u>	<u>71</u>
<u>(06 La camisole.....</u>	<u>72</u>
<u>(07 Evacuations menstruelles.....</u>	<u>72</u>
<u>(08 Régulation des appétits.....</u>	<u>72</u>
 <u>-IX Disposition de l'asile.....</u>	<u>73</u>
Le lieu	73
<u>)a Histoire du prieuré de Pirmil.....</u>	<u>73</u>
<u>)b Exposition du terrain.....</u>	<u>73</u>
<u>(01 Le cadre et la vue</u>	<u>73</u>
<u>(02 L'ensoleillement.....</u>	<u>74</u>
<u>(03 Les vents.....</u>	<u>74</u>
<u>(04 L'eau.....</u>	<u>74</u>
<u>(05 L'espace.....</u>	<u>74</u>
Disposition extérieure initiale.....	74
Disposition intérieure.....	76
La répartition des aliénés dans les différents bâtiments.....	77
Variations locales par rapport aux mesures préconisées au niveau national par Esquirol....	78

<u>-X La population administrée.....</u>	<u>79</u>
Les vieillards et les indigents.....	79
Les pensionnaires payants.....	80
Orphelins.....	81
Les aliénés.....	82
<u>-XI Le personnel de l'hôpital.....</u>	<u>82</u>
La commission administrative des hospices de Nantes.....	82
Le médecin en chef.....	83
Le pharmacien.....	83
Les internes.....	83
L'économe.....	85
Les infirmiers et gens de service.....	85
Les religieuses.....	86
L'aumônier.....	87
<u>-XII La vie quotidienne à Saint-Jacques.....</u>	<u>87</u>
Le déroulement d'une journée.....	87
Les ateliers.....	88
Les visites et les sorties.....	91
Le régime alimentaire.....	91
Les conditions d'hébergement.....	92
<u>-XIII Eléments épidémiologiques et statistiques concernant le secteur des aliénés.....</u>	<u>92</u>
Etude de Bouchet portant sur la période de 1840 à 1844.....	92
La population accueillie.....	94
)a État civil, âge.....	94
)b Profession.....	94
)c Sex-ratio.....	95
Les causes présumées de la folie.....	95
L'influence du milieu.....	96
Les catégories nosographiques.....	96
Répartition des pathologies en fonction de l'âge, du sexe, de la catégorie socioprofessionnelle	97
Guérisons.....	98
)d Pourcentages.....	98
)e En fonction de l'âge et de la pathologie.....	99
2 Rechutes.....	99
Mortalité.....	99
)a Pathologies intercurrentes.....	99
)b Suicides.....	100
<u>-XIV Quelle évolution du cadre institutionnel ?.....</u>	<u>101</u>

DISCUSSION ET LIENS ENTRE LES ASPECTS HISTORIQUES ÉVOQUÉS ET L'ACTUALITÉ PSYCHIATRIQUE..... 101

Quelles évolutions sur le plan législatif ?.....	101
)a Législation sur le secteur et sur les protections des biens.....	101
)b La loi de 1990 confirmant les orientations de la précédente.....	103
Quelle évolution sur le plan organisationnel ?.....	107
)c Naissance des services libres.....	107

<u>d La mise en place de l'organisation du secteur et des structures extra-hospitalières...</u>	<u>108</u>
Comment se discute aujourd'hui la construction d'un hôpital psychiatrique (à partir d'un exemple actuel)	111
<u>-XV Quelle évolution de la pratique psychiatrique au sein de cette institution?.....</u>	<u>113</u>
L'abandon progressif du traitement moral.....	114
Les apports de la psychothérapie institutionnelle	114
La recherche d'une continuité des soins par le secteur	117
Le développement des structures intersectorielles.....	119
La sociothérapie et les tentatives de réinsertion d'aujourd'hui succèdent au traitement par le travail d'autrefois.....	121
La place des familles dans le soin	123
<u>a L'isolement d'Esquirol les mettait clairement à l'écart.....</u>	<u>123</u>
<u>b L' « externement » de la sectorisation va les resituer dans un rôle d'accompagnement du malade.....</u>	<u>123</u>
L'évolution de la place du médecin dans son équipe.....	124
Le nouveau statut des praticiens hospitaliers	125
Regard porté sur la maladie mentale.....	127
Une actualité « intemporelle » : le psychotique chronicisé dans la structure intra-hospitalière	128
<u>-XVI Au delà de l'évolution institutionnelle que nous avons abordée dans ce travail, d'autres questions se posent aujourd'hui pour la psychiatrie :.....</u>	<u>130</u>
<u>1 Considérations sur l'élargissement de la mission confiée à la psychiatrie d'aujourd'hui, par rapport à celle d'hier ?.....</u>	<u>130</u>
<u>a Héritages divers et encombrants de la justice (l'expertise psychiatrique dans les tribunaux) et de la religion (l'art de la consolation).....</u>	<u>130</u>
<u>b Nouvelles missions de la psychiatrie au travers du concept de santé mentale, dans ses aspects préventifs et curatifs.....</u>	<u>132</u>
<u>c La psychiatrie, un « garde-fou ».....</u>	<u>134</u>
<u>Q1 ... pour l'ordre public ?.....</u>	<u>134</u>
<u>Q2 ... pour l' « ordre » conjugal, parental et plus largement, familial ?</u>	<u>136</u>
<u>d Une mission de réinsertion sociale ?.....</u>	<u>137</u>
Que penser de l'actualité psychiatrique sous l'éclairage de l'histoire de la spécialité ?.....	138
<u>e l'évaluation des pratiques professionnelles, et l'évaluation des psychothérapies.....</u>	<u>138</u>
<u>f La question du diagnostic et plus largement celle du DSM IV.....</u>	<u>140</u>
<u>CONCLUSION.....</u>	<u>143</u>
<u>BIBLIOGRAPHIE.....</u>	<u>147</u>
<u>ANNEXES.....</u>	<u>153</u>

Introduction S'intéresser aux origines de la psychiatrie institutionnelle amène à poser la question de la naissance de la psychiatrie elle-même, initialement dénommée médecine mentale.

Celle-ci n'aurait probablement jamais vu le jour sans des hommes animés d'un philanthropisme et d'un questionnement scientifique permanent quant à la folie et son traitement.

Ces interrogations mènent également à la constatation que la psychiatrie bâtit son domaine sur des plates-bandes pourtant bien défendues : celles de la religion et de la justice, domaines que l'on n'aurait pas cru si concernés de prime abord.

Dans ce travail, on se propose donc d'envisager dans une première partie les prémisses d'une institution spécifique au traitement des aliénés, idée qui fit son chemin plusieurs siècles avant la Révolution et qui trouva un révélateur dans le personnage de Pinel. Il bénéficia lui-même d'une série d'opportunités qui portèrent son message et ses idées.

Dans cette partie, nous envisagerons également la naissance d'une spécialité qui se transmettait par le biais d'un cercle patronal, mode de transmission qui fut repris par Esquirol.

Ceci nous amènera à voir de quelle manière celui-ci a pu élaborer une théorie supposant la construction d'établissements spécialisés, organisés en un maillage national étudié, et comment le projet de loi sur les aliénés fut à la fois porteur de ces idées, et porté par elles.

Nous nous attarderons sur les idées essentielles soulevées lors des débats autour de ce projet de loi, et sur l'esprit de soin que celle-ci voulait préserver dans la réclusion des aliénés.

Dans une seconde partie, nous envisagerons les particularités de l'hôpital Saint-Jacques de Nantes, qui fut créé en pleine période esquirolienne et qui vint mettre fin à des conditions de réclusion misérables chez les insensés du Sanitat.

Ceci nous permettra également de considérer l'œuvre institutionnelle d'un des élèves d'Esquirol : Camille Bouchet, aliéniste à Nantes. Ce jeune médecin théorisa de manière originale sur le travail appliqué aux aliénés comme variante du traitement moral préconisé par Pinel.

Nous aurons à ce sujet l'occasion de voir à quel point la théorie venait s'appuyer sur des nécessités pratiques qui ne relevaient pas toutes de l'obligation de pourvoir aux soins, mais aussi de celle de survivre : en effet, dans une époque où les hôpitaux recevaient peu de subventions et devaient parvenir à s'organiser plus ou moins en autarcie pour fonctionner, il fallait s'organiser de manière rigoureuse, et parfois au détriment de la dimension soignante surtout si l'on voulait parvenir à secourir tous ceux qui ne pouvaient pas payer eux-mêmes les dépenses occasionnées par leur hospitalisation.

La troisième partie sera le lieu d'une discussion dans laquelle nous envisagerons les questions actuelles de la psychiatrie à la lumière de son histoire. Nous chercherons à montrer

en quoi elles peuvent se rattacher aux préoccupations anciennes de cette spécialité, ou de quelle manière elles sont complètement nouvelles.

Nous évoquerons en particulier l'impulsion vers l'extérieur donnée par le secteur et la psychothérapie institutionnelle, permettant de baser le soin non plus seulement sur l'internement, mais aussi sur l'« *externement* », accompagné par le soignant.

Nous envisagerons également les modifications de la législation, finalement pas si importantes depuis 150 ans. Des questions se rapportant à la place du médecin, des équipes, et des familles dans le soin seront également soulevées, toujours avec l'éclairage de l'histoire de la spécialité et de ses rapports avec la société.

Naissance de la médecine mentale en France au XIX^{ème} siècle et création d'un réseau national d'asiles avec la loi de 1838

**- La prise en charge de la folie au travers des époques
jusqu'à l'aube de la Révolution**

*Dans l'antiquité, quels furent les premiers
lieux de soins ?*

Les premières institutions à prendre en charge ces maladies furent les temples d'Asclépios édifiés dès le VI^{ème} siècle avant JC, dont celui de l'île de Cos. On y pratiquait la médecine hippocratique. Ces temples dédiés au dieu de la médecine étaient également souvent des lieux de soins aux malades. Il semblerait qu'on y ait mis en œuvre de véritables psychothérapies de suggestion, notamment par le biais de mises en scène. Le malade devait se soumettre à une période de purification, en suivant un régime, en prenant des bains ; il pouvait suivre des représentations théâtrales et étudier à la bibliothèque. Puis il était admis au sein du sanctuaire après qu'un sacrifice ait été accompli ; on suppose également qu'il pouvait avoir absorbé une boisson enivrante, favorisant la situation d'autosuggestion ; le dieu lui apparaissait alors dans un rêve, lui indiquant le chemin à suivre (il est probable qu'il s'agissait du grand prêtre, se rendant auprès de ses patients, la nuit, pour leur murmurer les paroles en question).

Ces pratiques au sein des premiers lieux de soins prenaient donc en compte les facteurs psychologiques pouvant influencer la guérison. Celle-ci revêtait alors un caractère miraculeux.

Le naturalisme de l'époque n'empêchait donc pas la prise en compte de cet aspect de la pathologie.

*Quelles perceptions et quelles modalités de
prise en charge par le christianisme débutant ?*

Au départ, le christianisme primitif fut sceptique face à la médecine : c'était une œuvre païenne et donc suspecte. Origène interdisait ainsi l'usage des médicaments aux baptisés.

Puis le christianisme donna du sens à la maladie, un sens qui pouvait lui permettre d'intervenir à son chevet, définissant du même coup les termes d'une concurrence qui allait durer longtemps entre les religieux et les médecins (et qui, comme on le verra restait toujours très actuelle au XIX^{ème} siècle lorsque les premiers aliénistes vinrent imposer leur science laïque dans les établissements des religieux).

Le médecin philanthrope proposait le recours à la médecine et à ses remèdes tandis que le christianisme proposait l'amour et la charité afin de procurer à l'homme une force spirituelle qui lui permette de combattre le péché, auquel était attribué l'origine de la maladie.

La prise en charge du malade par le religieux devint donc l'objet de nombreuses œuvres pieuses.(28) On considérait que la guérison de la folie devait se faire par des messes,

des séances d'exorcisme, des pèlerinages, accompagnés de breuvages à base de plantes cultivées par les moines... La notion de cérémonial était donc toujours présente, mais avec la particularité d'être centrée sur une assimilation de la maladie au péché.

Au Moyen Age : incertitudes entre les tentatives de traitements et les bûchers de l'inquisition

La période du Moyen-Age, comme le rapporte Foucault (19) était marquée par l'existence d'une place accordée au fou parmi les autres hommes, en tant que témoin de la sagesse de la déraison, d'essence humaine, opposée à la folle raison, dans laquelle l'homme ne pouvait pas totalement se reconnaître.

Dès le XI^{ème} siècle, apparurent des fous à gages dans les cours royales et seigneuriales; c'était le plus souvent des individus porteurs de pathologies légères, entretenus et gardés par une cour qui se divertissait de leurs propos décalés, incohérents et de leurs comportements étranges; le fou occupait donc une véritable place en tant qu'objet de dérision.

Par la suite, la folie fut même simulée par certains pour pouvoir remplir ce rôle, avec des fonctions qui se complexifièrent, s'orientant vers le spectacle de bouffonneries. (35)

Dans quelques grandes villes, les fous étaient hospitalisés dans les hôpitaux où se traitaient les autres pathologies ; on ne retrouvait pas encore d'établissements spécifiques.

La plupart des fous étaient cependant à domicile ou erraient en mendiant, rejetés par leurs familles (les plus dangereux étaient mis en prison où ils mourraient rapidement de maladies intercurrentes liées aux conditions d'hygiène, d'alimentation...).

Dans les statuts de l'hôpital du Saint-Esprit à Montpellier rédigés en 1178, on pouvait retrouver l'injonction suivante : *« S'il y a des fous dans la ville, vous les accueillerez et vous rechercherez l'origine de leur folie pour y porter remède. Vous les mettrez seuls, de peur qu'ils ne se fassent mal les uns aux autres »*. Il existait donc à certains endroits une conscience réelle du caractère pathologique des troubles et de la nécessité de prodiguer des soins.

Sur le plan thérapeutique, on avait recours à l'administration de plantes, de purges, ou d'émétisants (évacuant les mauvaises humeurs), parfois on préconisait la diète stricte (pour réduire au minimum la présence des esprits animaux, de manière à ce *« que l'imagination tombe en un repos forcé, où elle peut se rétablir »*). L'application de sangsues et la pratique des saignées étaient aussi très courantes (en rapport avec les découvertes sur la circulation sanguine, mais aussi dans l'optique d'évacuer les mauvaises humeurs). On multipliait les irritants (sétons, cataplasmes, vésicatoires), et les applications en emplâtres de substances aux étranges mélanges (poudre d'os, lait de femme, sang humain ou animal, déjections...) montrant à quel point l'imaginaire du thérapeute pouvait répondre à celui du fou.

L'utilisation de l'opium à visée sédative se généralisa également au XVII^{ème} siècle, associé à d'autres plantes (jusquiame, belladone, camphre...)

L'hydrothérapie occupait une place extrêmement importante avec des protocoles de bains et de douches à températures variables pour chaque type de pathologie.

Dans les cas rebelles, on recourait parfois à la chirurgie avec une ouverture du crâne en forme de croix, afin que *« la matière sorte à l'extérieur »*. On cherchait parfois à extraire du crâne *« la pierre de folie »* (35)

Il est donc évident que contrairement à ce qu'allaient affirmer Pinel et ses disciples quelques décennies plus tard, la médecine mentale avait connu tout un parcours d'expérimentations thérapeutiques.

L'amalgame qui persistait entre le pécheur et l'insensé, entre l'immoralité et la folie fut tragique pour les insensés au moment de l'Inquisition initiée par le pape Innocent III (panique aggravée par l'épidémie de peste noire ayant fait d'innombrables victimes). On condamnait sans appel l'hérésie, accusation souvent dirigée contre les insensés, dans le prolongement de l'accusation de la sorcellerie. Celle-ci ayant auparavant la place d'un ensemble de rites folkloriques, fut dénoncée par la thèse de la démonopathie, et assidûment poursuivie.

Ainsi commença la chasse aux sorcières et les bûchers se multiplièrent au XIV^{ème} et au XV^{ème} siècle en France (28)

Les médecins trouvaient cependant toujours leur place dans l'intervention auprès des « possédés » dans le sens où on estimait qu'ils aidaient à lutter contre un terrain favorable aux méfaits du démon. Certains d'entre eux tentaient même de faire admettre que rien ne prouvait la présence du diable et que tout devait être rapporté aux humeurs seules, : « *Rien ne doit être attribué au démon qui n'ait quelque chose d'extraordinaire par-dessus les lois de la nature* » disait Marescot, médecin de l'époque. (35)

A la Renaissance : apaisement des feux de l'inquisition, et réappropriation par les religieux d'une mission d'assistance auprès des insensés.

Les sorcières trouvèrent bientôt un défenseur : Jean Wier (1515-1588) qui considérait celles-ci comme de vieilles femmes débiles et mélancoliques ; il rappelait aux prêtres que leur devoir était de « *s'estudier plutôt à guérir qu'à faire périr par les fagots* ».

Il proposa que l'avis d'un médecin soit pris pour chaque procès en sorcellerie, initiant ainsi la démarche d'expertise psychiatrique.

On vit apparaître à cette époque les premiers établissements spécifiquement destinés aux insensés. Le premier qui leur fut consacré de manière certaine est le Manicome (Casa de Orates) à Valence, construit au début du XV^{ème} siècle. L'histoire raconte qu'un ecclésiastique qui prêchait, apercevant des enfants qui tourmentaient un dément, demanda aux fidèles de recueillir des fonds pour créer une œuvre qui recueillerait et protégerait les insensés.

Par la suite fut érigé un hôpital à Grenade en 1537, où les fous étaient traités par un médecin.

L'ordre de Saint-Jean de Dieu y trouva vraisemblablement son origine et multiplia les œuvres destinées aux malades (il possédait au XVII^{ème} siècle en Espagne et dans ses colonies 79 établissements, dont certains recevaient des insensés).

En 1601, ce même ordre fonda à Paris l'hôpital de la Charité et en 1642 Charenton.

Le XVII^{ème} siècle et le grand renfermement initié par Louis XIV.

Devant la nécessité d'une réforme des hôpitaux délabrés, Henri IV créa en 1606 la Chambre de la Charité Chrétienne qui devint sous Louis XIII la Chambre de la Réformation Générale des Hôpitaux.

Cette charité fut appuyée par Saint-François de Salles et Saint-Vincent de Paul. Ce dernier prit en 1632 la maison de Saint-Lazare, ancienne léproserie qui accueillait quelques aliénés, et recommanda à leur égard une attitude bienveillante. Il créa les premiers bâtiments de l'hôpital général avec l'aide de la reine régente et de Mazarin (cet hôpital fut bâti progressivement et comprenait lorsqu'il fut achevé cinq maisons : la Pitié, la Salpêtrière, la Savonnerie, Bicêtre et Scipion). (28)

Après les désordres de la Fronde responsables d'un climat d'insécurité grandissante, Louis XIV prit diverses mesures: il interdit d'une part les poursuites pour sorcellerie dès 1670, et procéda d'autre part au Grand Renfermement par l'arrêté de 1656, afin de rétablir l'ordre public.

Les insensés furent donc arrêtés et enfermés au même titre que les vagabonds, les mendiants, les invalides, les prostituées... Il ne s'agissait donc pas d'une étape suivant celles qui avaient permis l'éclosion d'établissements spécifiques aux insensés, mais d'une pure mesure de police, mêlant indistinctement dans les établissements tous les marginaux et les exclus de la société.

Dans toutes les grandes villes fut créé un hôpital général où l'on entreprit de mettre au travail de force cette population afin qu'elle puisse financer elle même cet enfermement, et qu'éventuellement l'état puisse en tirer profit. (21)

Il n'existait donc pas encore véritablement de conscience philanthropique ni de projet de soin institutionnel organisé.

Tout compte fait, le taux d'insensés reclus dans ces conditions resta assez faible puisqu'il représentait 5 à 10% de la totalité de la population enfermée ; il y eut donc un bon millier d'insensés enfermés, pour une population Française avoisinant les vingt millions de Français à la fin du XVII^{ème} siècle.

Concernant les insensés, le point important de ce processus fut la mise en place d'un recours fréquent aux lettres de cachet, permettant leur arrestation et leur enfermement sur décision royale (les familles en étaient les demandeuses dans 90% des cas).

Les communautés religieuses furent aussi encouragées à développer des locaux qui permirent d'accueillir les 2/3 des insensés du royaume, enfermés selon ces modalités.

Le XVIII^{ème} siècle et l'essor du philanthropisme faisant le lit de l'œuvre pinélienne.

Au XVIII^{ème} siècle, on constata l'échec de la réclusion des insensés et des vagabonds dans les hôpitaux généraux car on ne parvenait pas à mettre au travail cette population trop hétéroclite. Ceci mena à la création de dépôts de mendicité, plus à même d'encadrer une population destinée au travail.

On y retrouvait environ vingt fois plus d'insensés que dans les hôpitaux généraux. Les conditions de réclusion y étaient cependant toujours aussi mauvaises, avec une mortalité pouvant aller jusqu'à 40% dans certains dépôts (35).

Parallèlement se précisa à nouveau le projet de soigner cette population, qui n'était plus considérée seulement comme perturbatrice mais aussi comme malade, dans des établissements qui lui seraient spécifiques.(21)

L'évolution de cette notion qui était en filigrane depuis plusieurs siècles fut probablement accélérée par le mouvement des Lumières, au milieu du XVIII^{ème} siècle, exaltant le culte de la liberté, de l'instruction et de la raison. Ce courant exprimait sa confiance en l'homme, et prônait le respect de l'individu, annonçant ainsi l'essor du philanthropisme.

De plus, avec ce mouvement émergeait l'idée que l'état, responsable en partie de la misère sociale, devait réparer ce mal en venant au secours des plus malheureux.

En pratique, on observa l'élaboration de la doctrine de l'assistance publique vers la fin de l'ancien régime (sous l'influence de Necker), qui fut reprise à son compte par la révolution. (35)

Concernant l'évolution des institutions, Colombier (médecin à Charenton) et Doublet (inspecteur adjoint des hôpitaux civils et maisons de force) exprimèrent leur désir de voir changer les conditions de vie des insensés ; ils publièrent en 1785 une brochure expliquant comment il fallait gouverner les fous. Ils tentèrent de définir l'espace architectural idéal pour accueillir les aliénés : à l'époque, ils pensaient que l'idéal serait un ensemble de bâtiments à un étage construits autour d'une cour, définissant un « quartier ». (33)

Colombier et Doublet insistaient donc déjà sur la qualité et la salubrité des locaux, et sur la nécessité de classer les malades par type de pathologie, en « départements » différents.

Pour chaque département étaient prévus un bâtiment réservé aux bains, des loges individuelles, un régime alimentaire soigné, et tout autour un environnement propice aux promenades...

En 1788, dans son Mémoire sur les hôpitaux de Paris, Tenon proposa un projet d'hôpital pour les fous curables énonçant lui aussi la notion que l'architecture des lieux pouvait être décisive dans le processus de traitement :

« Il est impossible de ranger des fous qu'on se propose de traiter de la folie, comme on distribuerait des malades ordinaires (...). Un hôpital est en quelque sorte un instrument qui facilite la curation : mais il y a cette différence frappante entre un hôpital de fiévreux et de blessés et un hôpital de fous curables, que le premier offre seulement un moyen de traiter avec plus ou moins d'avantages, selon qu'il est plus ou moins bien distribué, tandis que le second fait lui-même fonction de remède. Car, comme nous l'avons dit, un point essentiel dans le traitement de la folie, c'est de ne pas contrarier ceux qui en sont affectés, de ne pas les priver de leur liberté qu'autant qu'ils pourroient nuire, du reste de les laisser à leur volonté dans leurs loges, infirmeries, galeries, promenoirs etc. Ainsi, deux objets à réunir dans les hôpitaux de fous curables : des pièces où ils soient sainement et en sécurité au moment de leur accès ; des moyens de liberté accordés avec circonspection pour le temps de rémission, de déclin du mal et de guérison presque assurée. » (43)

On verra qu'Esquirol reprit à son compte trente ans plus tard des principes quasiment identiques, comme si la révolution avait fait table rase même dans des domaines où la philanthropie commençait déjà à être mise au premier plan.

-II Le cercle de Pinel et la naissance du traitement moral pendant la période révolutionnaire.

Eléments biographiques

Pinel né en 1745 en Languedoc se destinait à devenir religieux, mais délaissa rapidement la soutane pour débiter des études de médecine à Toulouse. Il les poursuivit à Montpellier puis monta à Paris pour compléter sa formation ; sur place, il fut extrêmement mal reçu par les médecins, au point qu'il lui fut impossible d'obtenir, dans un premier temps, le diplôme parisien. Il devint alors pour quelques temps journaliste médical dans un hebdomadaire, et vécut du salaire des quelques traductions qu'il pouvait faire. L'élément qui fut probablement décisif dans l'orientation qu'il prit par la suite vint probablement de ce qu'un de ses amis chers, qui l'avait suivi à Paris pour faire des études de droit, vint à contracter une affection nerveuse qui le fit enfermer de force à Bicêtre, et dont il finit par mourir.

.I Ascension professionnelle

Pinel parvint à obtenir un poste de médecin dans une maison de santé parisienne (Belhomme) où il recueillit durant quelques années des observations d'insensés. Il devint par ailleurs ami avec Thouret, Cabanis et Fourcroy, et fréquenta régulièrement le salon de Mme Helvetius. Puis ce fut la révolution. Ses amis devinrent subitement très influents, et le vent tourna enfin en sa faveur ; ses relations ainsi que ses idées prorévolutionnaires lui permirent après 1789 de faire connaître ses idées et ses travaux sur la médecine mentale (avant que la Restauration ne lui supprime son poste de professeur). En 1793, il devint médecin chef du département des insensés de Bicêtre, où l'on traitait les hommes, puis en 1795 à la Salpêtrière où se trouvaient les femmes insensées. Dans le même temps, sous le Directoire fut rouverte la maison de santé de Charenton pour l'accueil des insensés.

Adoption de la cause des fous par les révolutionnaires

Le fou au sortir de la révolution symbolisait avec les lettres de cachet un exemple criant des abus contre la liberté individuelle qui avaient pu être perpétrés sous l'ancien régime. Les embastillés furent libérés, mais les révolutionnaires exigèrent aussi la fermeture de tous les établissements religieux destinés aux soins ; des milliers de vagabonds et insensés se retrouvèrent donc dehors ; finalement, devant ce chaos, les institutions furent rouvertes, et souvent laïcisées.

Le mouvement révolutionnaire avec la libération des victimes de lettres de cachet, initia donc celui de la libération des aliénés de Bicêtre de leurs chaînes, avec l'idée que le fou, puisqu'il était privé de liberté, devait au moins être traité avec douceur et humanité. L'essor du traitement moral fut donc en grande partie dû à son harmonisation avec le romantisme naissant du siècle des lumières.

Une reconsidération du charlatanisme

La médecine mentale offrait cette constatation troublante que les remèdes employés par les charlatans étaient parfois plus efficaces que la médecine officielle ; la position particulière de Pinel fut d'admettre ceci et de chercher à récupérer au profit de la médecine officielle les caractéristiques heureuses du charlatanisme en la matière. Il admettait en effet sans équivoque que « *Des hommes qui, étrangers aux principes de la médecine et seulement guidés par un jugement sain ou quelque tradition obscure, se sont consacrés au traitement des aliénés et ils ont opéré la guérison d'un grand nombre.* » Cet intérêt pour la médecine des charlatans, put d'autant plus se faire connaître que l'époque tendait progressivement à laisser de côté les théories scientifiques, et à privilégier l'esprit de déduction à partir de l'observation clinique (c'est seulement secondairement que Pinel théorisa sur le traitement moral). L'école de médecine créée à cette époque fut d'ailleurs bâtie sur la maxime de Fourcroy : « *Peu lire, beaucoup voir et beaucoup faire* ». Le charlatanisme finit donc par rejoindre tout naturellement le mouvement de l'empirisme. Pinel défendait probablement d'autant plus volontiers cette médecine non conventionnelle qu'il avait été rejeté par les notables de la médecine prérévolutionnaire ; il accepta même après la révolution de recevoir à nouveau un jeune médecin venu présenter le magnétisme, et se contenta cette fois d'un jugement évasif, sans commune mesure avec le désaveu prononcé à l'égard de Mesmer en 1784, et il l'encouragea à poursuivre ses recherches en la matière...

Les principes du traitement moral

C'est donc le concierge de Bicêtre, Pussin, qui l'accompagna passer des heures avec les fous, tel qu'il avait pu le faire lui-même, et qui lui fit part de ses propres observations. Pinel ne théorisa pas immédiatement ; il choisit de présenter le traitement moral à ses contemporains par l'exposé de plusieurs cas cliniques où celui-ci avait permis une guérison ; tous ses essais de traitement étaient marqués par le souci de mise en scène et la théâtralité qui permettait d'entrer dans le discours délirant du patient et d'y intervenir. (Par exemple mise en scène d'un tribunal prononçant un acquittement chez un mélancolique présentant un délire de culpabilité, ou bien encore, lorsqu'un malade était convaincu d'avoir une bête vivante dans le ventre, on lui donnait un puissant purgatif, puis on jetait une bête dans le bassin sans qu'il s'en aperçoive, comme si celle-ci venait d'être éliminée par l'action de la purge...) ; à ce sujet, Pinel et ses associés évoquaient des « *fraudes pieuses* » qui exploitaient la crédulité des patients dans leur propre intérêt. C'était donc une sorte de théâtre thérapeutique.

Cette initiative thérapeutique n'était pas la première de ce registre, puisqu'on retrouve les principes que Francis Willis tenta d'employer lorsqu'il eut à traiter à la fin du XVIII^{ème} siècle la folie du roi Georges III. Pinel n'est donc pas le premier à y avoir pensé. Il est par contre le premier à avoir tenté d'élaborer une technique et de la décrire.

Pinel édicta par la suite plusieurs principes thérapeutiques : l'emploi de la douceur et de paroles susceptibles de rassurer le malade, l'importance de montrer une autorité certaine, la nécessité de combattre et de détruire l'idée délirante (soit par une expérience saisissante et frappante, le plus souvent par le biais de la mise en scène, soit par le divertissement), et enfin, la gestion des passions pathologiques, ce qui supposait que le malade se confie, et qu'on puisse le rassurer ou contrebalancer les « *affections pathologiques* » par des affections plus puissantes ; Esquirol préconisait d'ailleurs à ce sujet d' enrôler les domestiques des patients riches, afin qu'ils jouent le rôle de confidents.

L'adoption du traitement moral fonctionna comme le paradigme originel de la naissance de la psychiatrie, avec pour la première fois un intérêt pour l'histoire individuelle du malade, en dépit des désordres dont il pouvait être à l'origine. D'autre part, Pinel décida d'adopter un nouveau terme pour désigner le fou : il devint donc l'« aliéné », objet de l'étude de l'« aliénation mentale ».

Influences philosophiques

On a vu plus haut que le mouvement des lumières avait été déterminant dans la reconsidération du sort des aliénés.

Pinel fut par ailleurs soumis aux idées de plusieurs autres grands penseurs de l'époque :

- ❖ **Locke**, qui était aussi médecin, et qui s'intéressait à l'étude de la sensation, principe nécessaire selon lui à la notion d'entendement.
- ❖ **Condillac**, un des disciples de Locke, qui reprit ses travaux et le concept de sensation avec la place que celle-ci occupait par rapport à l'entendement. La sensation était pour lui au psychisme ce que l'attraction était au système Newtonien, c'est-à-dire son principe de fonctionnement.
- ❖ **Cabanis**, qui définissait la pensée en termes purement organicistes : « *Le cerveau digère en quelque sorte les impressions et fait organiquement la sécrétion de la pensée.* »

Pinel était donc engagé dans un important courant matérialiste, s'opposant au courant spiritualiste, auquel appartenait son plus sérieux rival, Antoine Royer-Collard ; ce dernier défendait une psychogenèse de la folie.

Cet antagonisme entre ces deux courants illustre celui qui existait déjà du temps de Platon et Aristote, et qui existe encore entre les abords psychogénétiques et organogénétiques sous-tendus actuellement par le développement de la psychanalyse d'une part et des neurosciences d'autre part, avec une réconciliation qui échoue sans cesse depuis des siècles.

Mise en place du cercle de Pinel

Pinel était professeur depuis 1795, ayant obtenu une chaire de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine de Paris. Par ailleurs, il était médecin-chef à l'hospice de la Salpêtrière.

Il décida de mettre en place un enseignement clinique au chevet du malade qu'il dispensa dans l'infirmerie ; l'histoire clinique de chaque malade était détaillée, puis suivaient des discussions entre le Maître et ses élèves ; c'est cet enseignement, très recherché des étudiants en médecine, qui fut à l'origine de la création du cercle de Pinel.

Il obtint qu'Esquirol puisse prendre la suite de Pussin à la Salpêtrière après la mort de celui-ci en 1811. Secondairement, il l'aida même à acquérir une maison dans la rue Buffon en face de la Salpêtrière, afin qu'il puisse fonder sa propre maison de santé. Pinel en fit l'éloge dans plusieurs de ses textes ; c'est d'ailleurs de cette manière qu'il faisait connaître ses élèves et qu'il les « recommandait » (par des louanges insérées dans ses œuvres), car il ne faisait rien par ailleurs pour les faire nommer dans des postes stratégiques ; il restait très discret, fuyant les confrontations mondaines ; il était d'une très grande timidité, avec un trouble important de l'élocution. (21)

Seuls deux de ses élèves se consacrèrent exclusivement au traitement des aliénés : Etienne Esquirol, et Guillaume Ferrus (mais celui-ci entra quinze ans après Esquirol dans le cercle de Pinel).

Mise en application du traitement moral

Le traitement moral fut donc mis en application à Bicêtre et à la Salpêtrière ; les malades « curables » de l'Hôtel-Dieu, ou considérés comme tels, furent transférés en 1802 vers la Salpêtrière pour les folles et vers Charenton pour les fous, afin que Pinel puisse continuer ses essais.

A Charenton, le traitement moral fut également mis en œuvre bien que l'établissement soit au départ indépendant de l'influence de Pinel et Esquirol (en rivalité avec le médecin en place, Royer-Collard); l'activité thérapeutique y était néanmoins placée sous le signe du divertissement, et l'un de ses pensionnaires les plus connus fut le Marquis de Sade...

Dans ses essais de théorisation, Pinel estimait que le traitement moral était efficace pour les types de folie où n'existait pas de lésion cérébrale, c'est-à-dire où la cause était morale ; il excluait les démences et l'idiotisme dans ses tentatives de traitement moral.

Essais de théorisation sur les mécanismes de la folie à partir des observations menées sur le traitement moral

Les névroses des fonctions cérébrales se déclinaient pour lui en comatas (apoplexie, catalepsie, épilepsie) et vésanies (hypochondrie, mélancolie, manie, démence, idiotisme, somnambulisme, hydrophobie) (28)

Il tenta également de donner une idée du mécanisme de la maladie ainsi que de son traitement en se référant aux théories philosophiques sensualistes de l'époque, d'où le nom du premier traité qu'il édita en 1801 : « Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie » ; trois ans plus tôt, il avait publié la « Nosographie philosophique » en s'inspirant de la classification de Cullen. Dans sa théorisation sur les causes de la folie, il délaissait l'hypothèse d'une organicité cérébrale, et se basait plus sur une causalité émotionnelle ; il se référait en particulier à la notion d'imagination développée par Condillac et Locke, estimant qu'elle était la plus propice à développer les lésions responsables de la folie, et qu'il était donc logique de mettre en place un traitement visant à l'ébranlement de cette imagination.

Ceci répondait à la perturbation des idées, mais restait la question du traitement des passions, seconde composante de la vie psychique ; celles-ci étaient identifiées comme plus proches de la vie organique que les idées car étaient intensément ressenties dans le corps au travers des émotions. Leur centre était l'épigastre, à partir duquel elle diffusaient et allaient perturber les fonctions physiologiques.

Pinel percevait de plus l'importance que pouvaient revêtir les désirs contrariés dans la genèse des passions. Il s'inspira de l'œuvre de Crichton (médecin anglais qui envisageait les passions comme secondaires à des désirs primaires non satisfaits) mais probablement aussi de l'œuvre de Rousseau (bien qu'il ne le nomme pas) reprenant l'idée des effets néfastes des passions sociales artificielles. Il est d'ailleurs tout à fait notable que la pédagogie de Rousseau dans l'Emile, comme le traitement moral de Pinel s'appuyaient tous les deux sur une figure

d'autorité toute puissante, régulatrice : ainsi, le tuteur d'Emile structurait l'environnement pour qu'il parle de lui-même et que l'enfant en tire des conclusions éducatives, et de même dans le traitement moral, la mise en scène devait amener l'insensé à remettre en question son idée délirante. Il admettait aussi qu'un principe vital se trouvait au cœur de la passion, et qu'il convenait donc plus de la canaliser que de la détruire.

Pour finir la scientisation de ce traitement, Pinel entreprit de dresser des statistiques sur quatre années, comparant l'efficacité des traitements traditionnels à celle du traitement moral qu'il préconisait ; il obtint ainsi 93% de guérison sur un échantillon de maniaques et mélancoliques dont la maladie était récente et qui n'avaient jamais reçu d'autre traitement (ce qui excluait une bonne partie de la population des services). Ce travail de statistiques était sous-tendu par l'influence de Condorcet qui s'appuyait sur la fusion des notions mathématiques et philosophiques de probabilité.(21)

L'échec d'un traitement moral perversi et son abandon progressif

Postel évoque cet aspect finalement peu développé en général par les historiens, à savoir la désillusion progressive concernant la pratique du traitement moral (ceci n'enlevant en rien l'importance de ce premier essai de théorisation d'une médecine s'adressant au fou-sujet et non plus au fou-objet).

Il est vraisemblable qu'une certaine forme de violence s'installa progressivement dans la relation aliéniste-aliéné avec une dérive de ce qui devait être au départ un « *parler avec douceur* » vers des pratiques de pure intimidation. Ce traitement fut effectivement voué à l'échec dans le sens où, d'une part il consistait à utiliser une supposée part de raison intacte du malade pour vaincre les raisons d'un délire, et où d'autre part il visait finalement à imposer au malade une norme de pensée et de comportement avec une démarche beaucoup plus éducative (on pourrait dire de l'ordre du conditionnement), que thérapeutique. C'était en quelque sorte le combat de la « bonne » volonté du médecin contre la « mauvaise » volonté du malade, mais il n'était plus question de soulager les souffrances. On voulait simplement ramener l'ordre dans la pensée... Leuret en effet, recommanda rapidement, soutenu par d'autres, d'employer des moyens autrement plus persuasifs que la douceur pour arriver à guérir les aliénés ; tous les moyens étaient bons, couverts par l'argument d'une thérapeutique : il fallait employer l'intimidation , la douleur, la peur, la colère, la surprise ... Par exemple le « *bain de surprise* » : Pinel conseillait d'y recourir « *en évitant avec soin un ton de dureté et des termes choquants, propres à révolter ; on lui fait entendre, au contraire, que c'est pour son propre avantage et avec regret qu'on a recours à ces mesures violentes, et on y mêle quelquefois la plaisanterie en ayant soin de ne pas la porter trop loin* » (32)..... Tous ces procédés étaient justifiés par la thèse que ces impressions désagréables voire insupportables détournaient l'idée fixe du malade ou créaient une émotion qui en elle-même devenait le moyen thérapeutique. Leuret n'hésitait donc pas à formuler ce que sans doute beaucoup pratiquaient sans se l'avouer ainsi : « *Soyez donc s'il le faut pour votre malade, un procès qui le harcèle, une faim qui le presse ; il vous en vaudra mais vous le guérirez* ».

Ceci fut bien entendu fustigé par les « vrais » philanthropes, consacrant l'échec cuisant de la pratique du traitement moral dans l'institution asilaire. Il est vrai aussi que la croissance démographique dans les asiles rendit rapidement illusoire la pratique d'une médecine véritablement individualisée. La question du soin fut en fait probablement réduite à savoir comment faire respecter un règlement de police intérieure par 500 aliénés, lorsqu'on en est le seul médecin...

C'est donc davantage la maîtrise de la folie qui se mettait en place, plutôt qu'un véritable savoir sur elle.

Pinel dans sa théorisation initiale misait aussi beaucoup sur l'aspect séducteur du médecin ; mais cette séduction combinée à l'autorité ne pouvait que tendre plus de pièges au médecin, aveuglé par sa toute puissance. On assista ainsi à une apothéose du pouvoir médical de l'aliéniste, le médecin devenant le personnage le plus important de l'asile, sous prétexte de lutter contre le clivage de l'autorité, dans lequel le malade aurait pu s'introduire.

Postel fait l'hypothèse que la perpétuation du mythe de la libération des chaînes a pu permettre de masquer cette décadence voire de fournir un alibi au rapport de force qui pouvait s'établir entre le médecin et son malade (idée que la liberté supposait un autre ordre de contraintes).

Le traitement moral connut donc une véritable décadence dès la fin de la première moitié du XIX^{ème} siècle et se limita dans le meilleur des cas, à un cadre strict de vie, des occupations, des divertissements, et une participation au travail organisé dans l'établissement.(35)

-III Le cercle d'Esquirol et la naissance du projet asilaire avec la théorie de l'isolement

Eléments biographiques

Né à Toulouse en 1772 dans une riche famille de négociants en tissu, Esquirol, comme son maître, se destinait initialement à la prêtrise ; il devint clerc tonsuré en 1791 au grand séminaire de Saint-Sulpice à Paris ; mais en 1792, les révolutionnaires arrêtaient tous les occupants de ce grand séminaire sauf ceux qui n'étaient pas encore sous-diacres, ce qui était le cas d'Esquirol. Lorsqu'il retrouva sa famille dans le Sud, la fortune de ses parents avait fondu sous l'effet des difficultés du commerce et de la pénurie de marchandises. Son frère aîné qui avait participé à l'insurrection antirépublicaine fut fait prisonnier et exécuté par le gouvernement en place en 1799. Jacques Postel estime que « *c'est ce drame, caché par la plupart des biographes de l'aliéniste, qui explique la fidélité de sa famille à Louis XVIII et les futures facilités politico administratives qu'il [trouva] auprès des gouvernements successifs de la Restauration* ». (34)

En 1796, il s'inscrivit à la fac de médecine de Toulouse qui était la plus renommée après la faculté Parisienne et celle de Montpellier. Il fut rapidement obligé d'interrompre ses études lorsqu'il fut mobilisé comme officier de santé en 1793, suite à la déclaration de guerre à l'Espagne. Il reprit ses études de médecine à Montpellier quelques années plus tard. Il revint à Paris en 1798, aux prises avec de grosses difficultés financières. Grâce à l'hébergement d'une bienfaitrice (Mme Molé, mère du futur ministre de Louis-Philippe), il put poursuivre ses études de médecine. Il suivit notamment l'enseignement de Philippe Pinel et présenta en 1805 une thèse consacrée au traitement moral et intitulée « *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale* ». Dans cet écrit, Esquirol reconnaissait un grand rôle aux passions dans la genèse de la folie ; il admettait qu'il pouvait exister d'autres facteurs, sociopolitiques par exemple, ou même une prédisposition constitutionnelle.

Il devint l'élève préféré de Pinel ; ils étaient tous deux très proches de par leurs origines languedociennes communes, et sans doute aussi par leur soif de pouvoir et d'action

par rapport au projet d'améliorer le sort des insensés. Cependant, leurs convictions politiques étaient de bords opposés, ainsi que leurs origines sociales : Pinel était d'une famille modeste, bien que son père fut médecin ; il était peu habitué à fréquenter « les gens en place », tandis qu'Esquirol issu d'un milieu très bourgeois, avait connu un père influent et profondément impliqué dans les œuvres de charité ; il garda de ses origines cette aisance à côtoyer le milieu mondain, et son philanthropisme. Ces différences d'origine et de personnalité des deux hommes furent sans doute à l'origine de la conception très personnelle que chacun eut de son propre cercle, bien que leurs deux œuvres se situent dans la continuité l'une de l'autre .

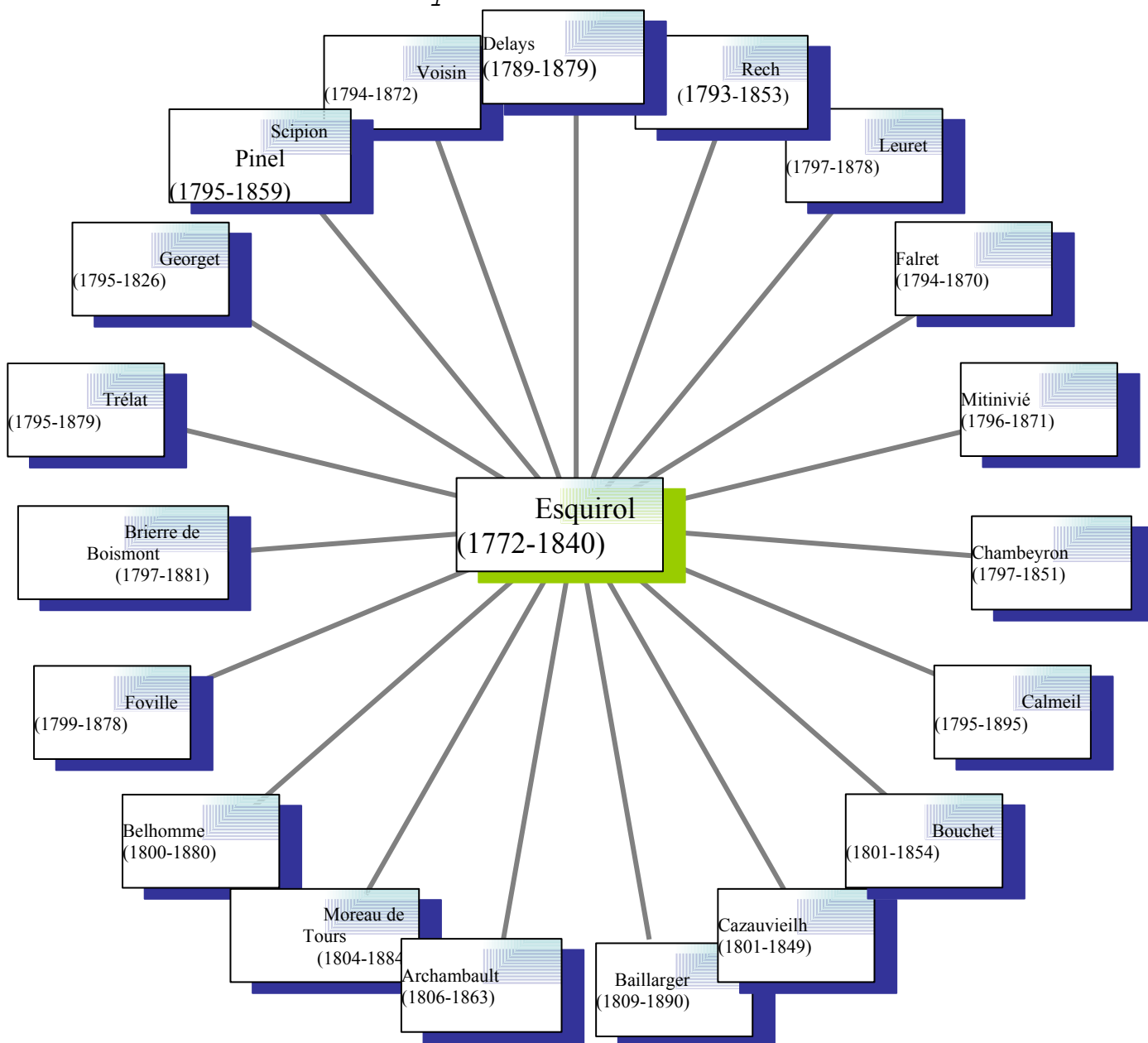
Ascension professionnelle

Esquirol appliqua le traitement moral dans les différentes maisons de santé où il exerça, tout d'abord à la Salpêtrière qui accueillait les femmes aliénées. Le quartier des insensés avait été construit entre 1786 et 1789 sous la direction de l'architecte Viel qui avait déjà tenté de tenir compte des spécificités requises pour un établissement d'aliénés ; Esquirol reconnaissait que Viel avait compris « *les avantages des bâtiments isolés, des rez-de-chaussée, des petits dortoirs* », cependant il faisait remarquer qu' « *il n'avait rien prévu pour le chauffage, mais à l'époque à laquelle il bâtissait, on ne soupçonnait pas que les fous puissent avoir froid.* » (16).

Par la suite, Esquirol souhaita avoir son propre établissement, et il s'établit à Buffon, en face de la Salpêtrière, dans une maison que Pinel l'avait aidé à acquérir. Dans cet établissement offrant une vingtaine de places, une partie était réservée au traitement et l'autre aux convalescents ; l'accent était mis sur l'importance d'un cadre agréable, et l'absence de grilles, ou de chaînes qui auraient risqué d'affliger « *la sensibilité des uns* » ou d'irriter « *l'extrême susceptibilité des autres* ». (33). L'établissement eut beaucoup de succès, notamment grâce à l'éloge et la description qu'en faisait Pinel dans ses écrits : « *chaque aliéné a un domestique exclusivement attaché à son service...C'est durant des visites familières ou la promenade que le Dr Esquirol applique avec habileté le traitement moral au déclin de la manie ou durant la convalescence. Il console l'un, encourage l'autre, s'entretient avec un mélancolique et cherche à diriger ses illusions chimériques... Aussitôt que l'aliéné donne des signes non équivoques de convalescence, il est admis à la table commune avec le médecin, et après quelques jours de cette épreuve, il passe dans la partie de l'établissement destinée aux convalescents, où il séjourne plus ou moins de temps pour confirmer son entière guérison.* » (31) ; cette maison n'était accessible qu'aux aliénés fortunés de par son standing et son coût, mais tout en y exerçant, Esquirol garda toujours une activité à la Salpêtrière où il cherchait à mettre en œuvre le traitement moral dans le même esprit, en dépit des différences de conditions matérielles (34). Néanmoins, un journaliste écrivait en 1827 « *à moins d'être fonctionnaire ou capitaliste, il ne faut pas s'aviser de déraisonner* », en évoquant le prix de pension de la rue Buffon qui lui paraissait exorbitant, et de souhaiter en parlant des patients les plus pauvres : « *je leur voudrais un asile à bon compte, un Esquirol à bon marché.* »

Esquirol envisagea au bout de quelques années (en 1827) de faire construire une clinique plus grande, et il acheta un terrain à Ivry ; il put mettre en pratique dans ce projet ses premières réflexions sur l'architecture d'une maison d'aliénés, permettant de soigner par la disposition même des lieux, en complément de la mise en œuvre du traitement moral.

Cercle d'Esquirol



Esquirol ne créa son propre cercle qu'en 1817, lorsqu'il ouvrit à la Salpêtrière (dans la salle à manger !) un cours spécifiquement consacré à l'étude de la pathologie mentale. Cette initiative eut beaucoup de succès auprès des étudiants, bien qu'Esquirol n'eût pas le titre de professeur comme son maître. (21)

La plupart des membres du cercle d'Esquirol le connurent donc durant son exercice à la Salpêtrière, et quelques uns plus tardivement lorsqu'il prit ses fonctions à Charenton. Beaucoup étaient d'origine provinciale, et issus de milieux très divers.

Esquirol qui s'était marié en 1807 n'eut jamais d'enfant. Il se consacra par contre beaucoup aux jeunes internes de la Salpêtrière qu'il côtoyait dans son service et lors de son enseignement. Il les recevait régulièrement chez lui ; ainsi, tous les dimanches étaient réunis 10 à 12 étudiants à sa table. Il s'y tenait des discussions professionnelles qui prolongeaient l'enseignement prodigué pendant la semaine (34) ; Esquirol avait même créé un prix récompensant certaines études (trois cent francs et un exemplaire du traité de Pinel). D'après Goldstein, il s'agissait presque d'une « *académie miniature* » réunie autour d'Esquirol, qui participa beaucoup au sentiment de cohésion du groupe. Il manifesta ainsi toujours une très grande générosité à l'endroit de ses étudiants (il en hébergea même certains chez lui durant plusieurs années, Georget en particulier).

Cet esprit quasi « familial » fut à l'origine de la grande solidité du groupe, et d'une véritable solidarité dans l'adversité (qui s'illustra en particulier dans le combat qui fut mené au nom de la monomanie dans les années 1820). (21)

Il comprit que pour permettre d'ancrer véritablement la spécialité médicale, il fallait qu'il puisse placer ses élèves à des postes stratégiques, et il prit soin de les recommander autant qu'il le put (contrairement à la relative passivité de Pinel sur ce point). Les élèves du cercle, ainsi que leur maître, cumulaient d'ailleurs souvent une activité médicale publique et un poste dans les établissements privés pour patients fortunés. Quand il n'obtenait pas de poste pour un étudiant, Esquirol lui trouvait un travail temporaire d'accompagnement d'un patient (le plus souvent riche) en « voyage thérapeutique », autre variété du traitement moral. Moreau de Tours eut l'occasion d'aller de cette manière jusqu'en Orient où il s'intéressa au haschisch et à ses effets. (21)

C'est ainsi que le cercle d'Esquirol fut beaucoup plus actif dans le processus de professionnalisation de la médecine des aliénés. Après une période uniquement parisienne, il s'étendit au niveau national avec la nomination de certains de ses élèves en province, toujours sur sa recommandation, dans un mouvement d'« exportation » de la médecine parisienne en province ; il fit ainsi nommer Chambeyron à Rennes, Bouchet à Nantes, Foville à Rouen, Delaye à Toulouse. Ils appliquèrent tous le savoir du maître avec un accueil plus ou moins favorable, selon la manière dont ils l'amenaient. Il s'agissait tout de même souvent de démontrer que l'on avait réussi à faire cesser des mœurs sauvages et inhumaines inhérentes à la province, grâce à une médecine philanthropique purement parisienne et éclairée... Parfois même, certains médecins locaux furent dépossédés de leurs places pour que les élèves d'Esquirol puissent les occuper.

La dispersion des membres du cercle en province ne fut pas un amoindrissement de la force de ce cercle. Celui-ci resta très uni avec une véritable présence au niveau national. (29)

) a La « première génération » du cercle d'Esquirol

Les membres les plus connus laissèrent tous des traces dans les classifications cliniques ultérieures :

Scipion Pinel : fils aîné du grand aliéniste ; il était positiviste avec la conviction que toute affection cérébrale avait pour cause une maladie organique ; il proposait d'ailleurs de substituer au terme de folie ou maladie mentale le terme de maladie cérébrale ou cérébrie. Il fut médecin surveillant à la Salpêtrière à partir de 1820, puis médecin à Bicêtre en 1836 d'où il démissionna trois ans plus tard. Il eut nettement moins de charisme que son père.

Leuret tenta d'élaborer une explication de la symptomatologie de dissociation observée dans les psychoses ; il fut parmi les aliénistes les plus critiqués quant au mode d'application du traitement moral.

Brierre de Boismont dirigea plusieurs maisons de santé dans la région parisienne, après s'être vu refusé la succession à Esquirol sur le poste de Charenton (on lui avait préféré Foville) ; sa fille dirigea à partir de 1859 la maison de santé de Saint-Mandé, qui est aujourd'hui toujours en activité. Il publia dans de nombreux domaines de la médecine, mais aussi en botanique.

Georget s'investit avec passion dans la défense du concept de monomanie dans les années 1820, alimentant de cette manière un conflit entre la psychiatrie naissante et les tribunaux. Il décéda à l'âge de 31 ans.

Jean-Pierre Falret décrivit la « *folie à deux* » (avec Lasègue son élève), la « *folie circulaire* » (en rivalité avec le concept de « *folie à double forme* » de Baillarger, posant les fondements du concept de bipolarité), il définit également le délire de persécution avec Lasègue et Magnan qui devint plus tard la démence paranoïde de Kraepelin (28). Il dispensa un enseignement des maladies mentales et participa à la discussion du projet de loi des aliénés. Aussi impliqué dans les théories que dans la pratique clinique, une de ses préoccupations était la réinsertion des aliénés à leur sortie des établissements. Il évoquait pour cela l'idée d'un « *patronage à domicile pour les aliénés convalescents* », dans le but d'une « *continuation des soins* ».

Félix Voisin se consacra à l'étude de l'arriération mentale.

Delasiauve consacra également son travail à l'étude de l'arriération mentale et créa à Bicêtre en 1880 un service spécialisé pour arriérés mentaux (travaux dans la lignée d'Itard qui avait étudié le cas de Victor l'enfant sauvage de l'Aveyron).

Moreau de Tours se rendit célèbre par les travaux qu'il initia sur les effets du haschich, et son appréhension originale de la folie comme « *le rêve de l'homme éveillé* » ; il posa ainsi les fondements de multiples pistes psychopathologiques actuelles.

Baillarger était l'élève préféré d'Esquirol (avec Georget) et acquit progressivement une renommée internationale ; il travailla sur les hallucinations, introduisit le concept d'« *automatisme* » et donna par ailleurs la description de la « *folie à double forme* ».

) bLa « seconde génération » du cercle d'Esquirol

Par la suite, quelques élèves d'Esquirol eurent aussi des élèves, et certains d'entre eux virent même leurs propres enfants suivre la même voie (ainsi que Scipion Pinel l'avait fait, sur les traces de son père Philippe Pinel), définissant ainsi une nouvelle génération dans le même cercle. (29)

Jean-Pierre Falret eut trois élèves : son fils, **Jules Falret** (1824-1902), **Lasègue** (1816-1883), et **Morel** (1809-1873) ce dernier fut à l'origine de la théorie de la dégénérescence. (29)

De même, **Auguste Voisin**, neveu de Félix Voisin, poursuivit l'œuvre de son oncle.

Calmeil, assistant d'Esquirol à Charenton eut **Legrand du Saulle** pour élève, qui se consacra à la psychiatrie médicolégale.

Leuret forma **Delasiauve** (1804-1893) qui fut lui-même le maître de **Désiré-Magloire Bourneville** (1840-1909) : celui-ci fut interne dans le service de **Charcot** ; il se voua à la prise en charge des idiots et épileptiques à Bicêtre, et fut considéré comme un des tout premiers pédopsychiatres ; il eut suite à la Commune de Paris des opportunités de postes politiques, qui lui permirent ultérieurement de promouvoir plusieurs réformes dans le domaine de la santé (création des premières classes spéciales pour enfants arriérés, création de

la première école d'infirmière à la Salpêtrière en 1878) ; par ailleurs, il fut très actif dans le mouvement anticlérical visant à faire disparaître les congrégations religieuses des hôpitaux. Léon Daudet le décrivait « *haut comme une botte, rouge comme une tomate, vindicatif et passionné* ».

On constatait donc en 1880, une persistance de l'école créée par Esquirol avec Jules Falret et Bourneville à Bicêtre, et avec Legrand du Saulle, Auguste Voisin, Baillarger et Moreau de Tours à la Salpêtrière.

Le désaveu de Bayle... et de la concurrence

S'il avait été très généreux et protecteur envers les élèves de son cercle, Esquirol se montra en revanche parfaitement injuste envers Bayle qui identifia vers 1820 la paralysie générale, à l'âge de 23 ans (entité morbide associant une difficulté d'élocution, un affaiblissement général de la motilité des membres et un délire dégénérant en démence). Il était un des élèves de Royer-Collard, et lorsque celui-ci mourut et qu'Esquirol prit sa place à Charenton, Bayle qui avait alors 26 ans, en fut chassé malgré son talent évident, et ne put retrouver de poste dans une maison d'aliénés. Vingt ans plus tard, pourtant, ce diagnostic était porté très fréquemment.

Apport théorique et nosographique

Esquirol attachait une grande importance aux causes morales sans méconnaître les causes organiques. Ses élèves furent pour la plupart somatistes. Il privilégiait l'observation clinique, reléguant l'étiopathogénie au second plan ; ceci fut d'ailleurs l'occasion pour lui de remanier la classification de Pinel.(29) Dans cette nouvelle classification quadripartite, il distinguait la lypémanie (délire partiel triste chez des patients doués d'un tempérament mélancolique ; il avait voulu remplacer le terme de « mélancolie » qui supposait une pathologie de la bile, par celui de « lypémanie » qui resituait cette affection dans le cadre des maladies nerveuses ; cette nouvelle dénomination ne fut pourtant pas définitivement adoptée, et on parle toujours aujourd'hui de mélancolie), la manie, (délire général), la démence aiguë ou chronique, l'idiotie. Il y ajouta par la suite la monomanie (« cheval de bataille » qui permit l'irruption de la psychiatrie dans les tribunaux, avec les débuts de la psychiatrie médico-légale, au détriment du pouvoir judiciaire qui prononçait lui-même auparavant la folie).

De la même manière que le *Traité médico-philosophique* de Pinel, le traité *Des maladies mentales* d'Esquirol publié en 1838 constitua une véritable référence nosographique. Il définissait en particulier la lypémanie et les monomanies, ainsi que la démence.

Parallèlement, Esquirol poursuivait une activité de recherches et de publications importante ; il participa à la création de quelques revues médicales et en particulier *Les Annales de santé publique et de Médecine Légale*. (34)

Prise de distance avec Pinel

Pendant la Restauration, fort du soutien politique que lui avait valu l'engagement très fort de sa famille pour la monarchie durant la période révolutionnaire, il fut nommé en 1823 inspecteur général des facultés de médecine, tandis que tous les professeurs ayant eu des

sympathies pour le mouvement révolutionnaire (et suspects d'opposition au régime) furent mis au ban : Pinel qui en faisait partie fut donc au même moment nommé professeur honoraire, ce qui amorça la séparation entre les deux hommes. (34)

Succéder à Pinel ne fut donc pas simple pour Esquirol, d'une part parce que le maître avait été désavoué par le régime en place, ce qui avait plus ou moins éloigné les deux hommes, d'autre part car Esquirol, avec son projet « institutionnel » prenait des distances avec le traitement moral en tant que tel ; En 1825, la mort de Royer-Collard lui permit d'occuper le poste de médecin de Charenton, et de quitter la Salpêtrière afin d'exercer de manière plus autonome. Par ailleurs, la prise de ce poste permettait de mettre fin à l'existence d'une enclave de la psychiatrie parisienne qui était toujours restée en dehors de l'influence de Pinel et Esquirol, abritant une pensée concurrente plus orientée vers le psychologisme. Royer-Collard y exerçait, avec des appuis politiques familiaux et donc très solides. Lorsque Pinel avait voulu faire nommer Esquirol à Charenton en 1806, après la mort de Gastaldy, la place avait échu à Royer-Collard).

Esquirol, à cette époque, interrompit son enseignement théorique, mais garda toujours des internes et externes, nourrissant son cercle. Pinel décéda un an plus tard en 1826.

Mémoire sur les maisons d'aliénés en France et émergence d'une théorie architecturale allant de pair avec la théorie de l'isolement.

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

(15)

) cEtat des lieux

Esquirol fit un véritable tour de France de toutes les institutions amenées à recueillir des insensés entre 1810 et 1817. Poursuivant la réflexion initiée par Colombier et Doublet trente ans plus tôt, il édita en 1818 avec la collaboration de l'architecte Lebas un plan modèle d'asile d'aliénés (cf annexe P 164) et son mémoire Des établissements consacrés aux aliénés en France et des moyens de les améliorer ; il y décrivait les conditions épouvantables dans lesquelles étaient traités les aliénés, enfermés dans des établissements qui ne leur étaient pas adaptés (hôpitaux généraux, prisons, dépôts de mendicité...), et où aucun effort n'était fait pour œuvrer à leur guérison ; c'est avec une certaine emphase qu'il exposait la situation de ces « infortunés » dans son mémoire :

« Je les ai vus nus, couverts de haillons, n'aillant que la paille pour se garantir de la froide humidité du pavé sur lequel ils sont étendus. Je les ai vus grossièrement nourris, privés d'air pour respirer, d'eau pour étancher leur soif et les premiers besoins de la vie. Je les ai

vus livrés à de véritables géoliers, abandonnés à leur brutale surveillance. Je les ai vus dans des réduits étroits, sales, infects, sans air, sans lumière, enchaînés dans des antres où l'on craindrait de renfermer les bêtes féroces que le luxe des gouvernements entretient à grands frais dans les capitales » (15)

Il mettait de même en avant le délaissement des aliénés par les médecins et leur découragement face à des pathologies qu'ils ne comprenaient pas et ne savaient pas traiter.

) dNécessité d'une médicalisation de la guérison des aliénés

Il revendiquait par ailleurs une reconnaissance officielle par la médecine de cette spécialité naissante, dévouée à la cause des aliénés et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Une place centrale devait être, selon lui, accordée au médecin dans les établissements d'aliénés :

« C'est par lui que tout doit être mis en mouvement ; il doit régulariser toutes les actions, comme il est appelé à être le régulateur de toutes les pensées... ».

Il allait jusqu'à souligner le caractère magique de cette autorité médicale, importante en elle-même pour le traitement :

« Les habitantes de cette dernière maison [la Salpêtrière] me regardent comme d'une condition bien supérieure à elles ; aussi m'est il arrivé plusieurs fois de rendre comme par enchantement, une aliénée à la raison, en lui accordant un entretien dans mon cabinet »

De plus, le médecin se vouant à l'art de guérir devait avoir « *une trempe d'esprit particulière pour cultiver avec fruit cette branche de l'art de guérir ; il faut avoir beaucoup de temps à sa disposition, et avoir fait, en quelque sorte, l'abnégation de soi même. Un médecin qui jouit d'une grande réputation, qui par conséquent a une pratique nombreuse, se chargera t'il d'un petit hôpital qui prendra tout son temps, qui lui fera courir des dangers, et qui lui offrira peu de chances de succès ?* ». Esquirol en doutait, sauf, si l'établissement était suffisamment grand pour permettre une activité importante.

En ce qui concerne l'administration, il estimait qu'elle devait exercer sa surveillance de manière « *cachée* », afin de ne jamais s'interposer entre les aliénés et le médecin. Celui ci devait être « *investi d'une autorité à laquelle personne ne puisse se soustraire* »

En outre, il se montrait ouvertement parisiano-centriste avec l'idée que tout changement devait être expérimenté dans un premier temps à Paris puis exporté vers la province. D'après Goldstein, « *Il y avait donc une parfaite cohérence entre la croyance d'Esquirol que toute réforme du soin des aliénés devait, pour des raisons scientifiques, émaner de Paris, et son choix de la bureaucratie de l'Etat centralisé comme agent de cette réforme.* » (21)

) eUn nouvel outil de guérison : l'asile

Esquirol établissait l'urgence de construire des établissements spécialisés pour l'accueil des aliénés. Il proposait à ce sujet la création d'un réseau national d'une vingtaine d'asiles qui auraient été établis dans les villes où siégeaient les cours royales (établissant ainsi

un lien de plus entre médecine mentale et médecine légale). A l'issu de son « enquête », il ressortait que huit asiles permettaient selon lui d'exercer correctement la médecine mentale en province ; les établissements parisiens lui paraissaient corrects également ; il proposait donc de ne construire que dix asiles en plus, répartis sur le territoire Français et regroupant chacun la population de plusieurs départements.

En effet, il valait mieux selon lui construire de grands hôpitaux desservant plusieurs départements afin de pouvoir créer dans chaque établissement des quartiers distincts correspondant aux différents types d'aliénation (dans de trop petits hôpitaux, on ne pourrait pas utiliser l'organisation en quartiers):

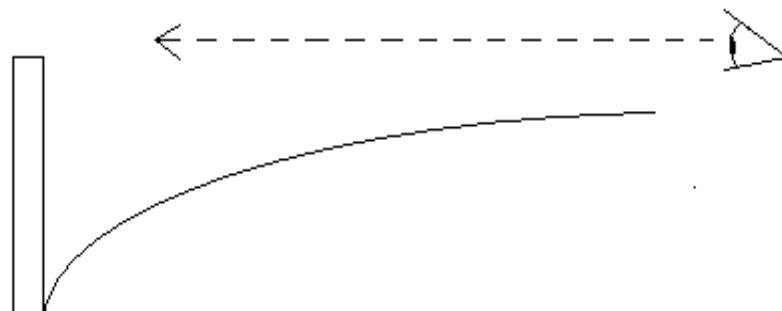
«En créant un hôpital par département, chaque hôpital devra être bâti pour un petit nombre d'aliénés (...). Or, comment établir les divisions nécessaires pour un hôpital de trente ou soixante aliénés ? Il faut un quartier pour les hommes et un quartier pour les femmes ; chaque quartier est un véritable hôpital destiné à quinze ou trente individus ; dans chaque quartiers, il faudra des subdivisions pour les furieux en traitement, pour les furieux incurables, pour les mélancoliques calmes, pour les mélancoliques agités, pour les démences, pour les convalescens, pour ceux qui salissent ; il faudra des promenoirs couverts, des ateliers, des réfectoires, une infirmerie, une salle de bain, etc. Ces subdivisions indispensables aujourd'hui pour tout hospice d'aliénés bien ordonné, ne pourront se faire dans un asile destiné à un petit nombre d'individus ; car il y aurait presque autant de subdivisions que d'habitans. (...) Si l'on n'adopte pas la subdivision des bâtimens, on retombera dans le système actuel ; on se contentera de séparer les furieux, et d'entasser pêle-mêle les autres aliénés, (...). » (15)

Un hôpital pour plusieurs départements aurait aussi l'avantage d'être moins lourd financièrement.

) fElaboration de règles architecturales en lien avec les exigences de cette médecine spécialisée

Des consignes concernant le choix du lieu où implanter un asile étaient également préconisées par l'aliéniste, ou encore, comment bâtir les corps de l'établissement.

Le lieu devait ainsi être exposé au levant, légèrement en hauteur, mais « pourvu d'eau vive et de vent frais » (16). Les constructions devaient être à l'abri des contraintes du climat (17). Le site devait être choisi de manière à ce que le loup ne puisse pas être aperçu (18).



Saut de loup permettant de masquer la hauteur d'un mur depuis le centre du terrain

Concernant la disposition des bâtiments, Esquirol donnait des consignes précises ; celles-ci visaient non seulement à améliorer les conditions de vie des aliénés, mais aussi à faire des maisons d'aliénés de véritables instruments de guérison. Ces conseils furent effectivement suivis par un grand nombre d'établissements (dont celui de Nantes).

Les habitations destinées aux furieux devaient être plus solidement bâties que le reste des pavillons. D'autre part, Esquirol tenait à ce que tous les aliénés soient logés en rez-de-chaussée, afin d'éviter les suicides et de rendre la surveillance plus aisée ; en logeant tous les aliénés au rez-de-chaussée, on serait moins obligé de les reclure dans leurs cellules de peur « *qu'ils ne se précipitent* », et les aliénés seraient ainsi « *moins casaniers, pouvant sortir à volonté, étant sollicités par l'exemple de leurs compagnons qui vont, qui viennent, qui jouent sous leurs croisées* » ; Esquirol assurait que cette possibilité d'aller et venir pouvait permettre aux agités de se calmer au grand air et que la réclusion en cellule ne pouvait qu'augmenter l'agitation par l'effet de contrariété. Il admettait que cette exigence rendrait l'asile plus onéreux que s'il avait été à étages, mais il faisait remarquer qu'en achetant le terrain en dehors de la ville, on pourrait plus facilement se permettre d'occuper une surface importante ; en plus, les fondations n'auraient pas besoin d'être aussi profondes et épaisses.

Le fait que tout soit de plein-pied permettait en outre au directeur d'arriver « *sans bruit (...) auprès des malades et des serviteurs. Ceux-ci, par la crainte d'être surpris, sont plus assidus, plus exacts et plus complaisants* ».

La disposition des corps de bâtiments devait aussi obéir à certaines règles :

« *Les constructions présenteront un bâtiment central pour les services généraux, pour le logement des officiers ; ce bâtiment aura un premier étage ; sur les deux côtés de ce bâtiment et perpendiculairement à ses lignes, seront construites des masses isolées pour loger les aliénés, les hommes à droite, les femmes à gauche ; ces masses isolées seront assez nombreuses pour classer tous les aliénés ; elles seront entourées d'une galerie sur laquelle s'ouvriront les portes et les croisées (...). L'ensemble de ces bâtiments doit présenter des logements séparés pour les aliénés furieux, pour les maniaques, qui ne sont point méchants, pour les mélancoliques tranquilles, pour les monomaniaques qui sont ordinairement bruyants, pour les aliénés en démence, pour ceux qui sont habituellement sales, pour les fous épileptiques, pour ceux qui ont des maladies incidentes ; enfin pour les convalescents : l'habitation de ceux-ci devra être composée de manière à ce qu'ils ne puissent pas voir et entendre ceux qui sont malades, tandis qu'eux même seront à portée du bâtiment central* ».(15)

Dans cette proposition de disposition des lieux prédominait l'idée d'une position centrale directoriale et d'une nécessité d'un classement des genres de folies au moins sur un plan pratique en gardant les patients les plus calmes proches de cette administration centrale, et en reléguant les plus agités aux extrémités du bâtiment. En 1838, Esquirol décrivit de manière plus précise les « masses » en question (ou quartiers), destinées à recevoir chacune une variété différente de folie :

« *Ces masses seront des quadrilatères, ayant intérieurement une cour entourée d'une galerie sur laquelle s'ouvriront les portes et les croisées de chambres ; les chambres requerront sur les deux côtés parallèles du carré ; le troisième côté sera disposé pour des salles de réunion, pour un réfectoire ; le quatrième côté sera fermé par une grille qui permettra la vue sur de grands jardins ou sur la campagne ; la cour sera plantée, avec une*

fontaine au milieu » (14). Cette dernière disposition assurait ainsi un élargissement du lieu d'enfermement, devenant moins sévère que la cour délimitée par quatre corps de bâtiments que proposait Colombier.

On peut remarquer que par rapport à ces considérations sur l'architecture des hospices d'aliénés, Tenon, Pinel et Esquirol s'accordaient à penser que la conception de leurs plans devait en passer par l'avis du médecin aliéniste afin de pouvoir adapter au mieux les locaux aux exigences du traitement.

)gEsquirol et les pouvoirs politiques : une rencontre fructueuse à l'origine de la possibilité d'une élaboration de la loi de 1838

En 1818, un mois après avoir remis son mémoire au ministre de l'intérieur, Esquirol entra en contact avec Laffon de Ladébat, chef du bureau d'assistance et des hôpitaux du ministère ; celui-ci essayait depuis 5 ans de soustraire les institutions d'aliénés aux autorités locales pour les refondre en un réseau dirigé par un système étatique uniformisé ; les deux hommes s'appuyèrent l'un sur l'autre pour leurs projets qui finalement se résumaient en un seul ; ils s'accordèrent mutuellement la crédibilité qui manquait à chacun : l'administration pour autoriser la médecine, et la médecine pour justifier l'administration. C'est ainsi qu'en octobre 1819, le ministre de l'intérieur Decazes demanda à ce que soient annulés tous les travaux d'agrandissement des quartiers d'aliénés qui venaient d'être votés, afin de se consacrer au projet de construction de nouvelles maisons d'aliénés. Une commission fut nommée pour ce vaste projet, comprenant des architectes, des médecins (dont Esquirol et Royer-Collard) et des administrateurs. Cependant, le contexte politique ne permit pas d'envisager le financement ce type d'établissement tout de suite avec les deniers publics ; la consigne fut tout d'abord d'attendre que quelques bienfaiteurs permettent par leurs dons de créer ce type d'établissement. De plus, Decazes démissionna, ce qui acheva de reléguer le projet aux oubliettes.

Par la suite, le règne de Charles X ne fut pas propice à ce type de changement, et laissa en suspens les discussions initiées par Esquirol et Laffon de Ladébat; d'autre part, un autre combat allant aussi dans le sens d'une légitimation de la profession psychiatrique, mobilisa le cercle durant cette période : celui de la défense du concept de monomanie (nouvelle entité clinique définie par Esquirol, à l'origine d'une irruption de la psychiatrie dans les tribunaux avec l'idée d'une folie insaisissable, repérable seulement par un aliéniste averti). La défense de ce concept opposa vivement le cercle d'Esquirol aux magistrats relégués au rang de profanes dans l'appréciation de la folie criminelle.

Quelques années plus tard, l'avènement de Louis-Philippe au pouvoir permit tout de même de reconsidérer le projet asilaire. De plus, en 1830, Esquirol fut élu à l'Académie Royale de Médecine et nommé membre du Conseil d'Hygiène Publique de la Seine ce qui lui permit de réinitier les débats autour de son projet, d'une place plus confortable.

-L'élaboration de la loi du 30 juin 1838:

« Où placer ces infortunés, lorsque l'intérêt de leur traitement, leur sûreté personnelle, celle d'autrui, l'ordre public, commandent de les isoler de leurs familles, de leurs relations habituelles, et de les soumettre à des précautions particulières de surveillance ? »

Comte de Gasparin, ministre de l'intérieur, exposé d'ouverture janvier 1837(38)

Cette loi constitua l'aboutissement d'une réflexion entamée dès la seconde moitié XVIII^{ème} siècle, chez les philanthropes anglais et français. En témoignaient la création du Saint-Luke's hospital for the lunatics en 1751, et l' « *Instruction sur la manière de gouverner les insensés* » écrite par Colombier et Doublet en 1785. D'ailleurs, dès 1813, Laffon de Ladébat faisait part de son questionnement face à la mission des établissements dans lesquels on recueillait les insensés :

« Il est assez difficile de déterminer si les établissements d'insensés doivent être considérés plutôt comme des hospices ou comme des maisons de détention. D'un côté il s'agit de renfermer les individus qui peuvent nuire à la société ; d'un autre côté, il s'agit de procurer des moyens de guérison à des individus malades. »

L'élaboration de cette loi fut surtout initiée dans un mouvement d'inquiétude vis-à-vis des désordres causés par les fous en liberté ; ainsi en 1835, le ministre de l'intérieur Thiers annonçait que l'administration allait devoir apporter son soutien à la justice pour faire face à ce problème. Les prémisses de cette loi visaient donc uniquement à protéger la population extérieure, sans qu'il soit question de soins. Cependant, Esquirol réclamait un système asilaire à organisation étatique depuis longtemps et ce fut donc l'occasion d'intégrer l'idée de soin dans ce projet, initiative soutenue par les aliénistes consultés à cette occasion, ce qui fit finalement qualifier la loi de 1838 de « *loi philanthropique et de police générale* ». (38). Et c'est ainsi qu'en janvier 1837, le ministre de l'intérieur Gasparin présentait devant la chambre des députés le premier projet de loi qui allait subir de nombreux remaniements par ses allers-retours successifs entre la chambre des députés et la chambre des pairs.

Par ailleurs, cette reconnaissance de la spécialité permit la création des annales médico-psychologiques dès 1843, premier journal de psychiatrie

Quelles attentes par rapport à cette loi ?

Autour des discussions concernant l'élaboration de la loi, le nouveau ministre de l'intérieur, le Comte de Montalivet, résumait l'esprit que l'on devait pouvoir y trouver:

« La loi doit présenter trois principaux caractères : c'est une loi de police et de sûreté à l'égard de tous les citoyens, une loi de bienfaisance et de tutelle à l'égard de l'aliéné, une loi de charité publique à l'égard de ceux de ces infortunés que leur position et celle de leur famille laisseraient sans ressources ».

)a... « Une loi de police et de sûreté à l'égard de tous les citoyens, »...

C'est effectivement la divagation des insensés, source de troubles de l'ordre public et de dangerosité, qui fut à l'origine d'un projet de loi.

Cette initiative fut soutenue par les Doctrinaires qui cherchaient à maintenir à tout prix l'ordre public, avec en particulier une invocation de la religion mais uniquement dans son rôle de facteur de stabilisation de l'ordre social. Ils prônaient en outre plus la bienfaisance que la charité religieuse, à la manière d'une institution réglée par l'état. Cette doctrine était tout à fait favorable aux ambitions de la psychiatrie, et l'alliance entre les doctrinaires et les aliénistes fut possible malgré le fait que les uns soient psychologues, et que les autres restent résolument sensualistes.

C'est donc au moment de l'apogée de l'influence doctrinaire, vers 1818-1819, sous le ministre Decazes (leur allié) que furent établis les plans d'un asile modèle.

Lors de la chute de Decazes, l'année suivante, le projet perdit son caractère prioritaire, d'autant plus que le régime devint alors ultraroyaliste, et que la médecine mentale sous-tendue par la théorie du sensualisme avait un caractère trop anticlérical pour trouver droit de cité sous ce nouveau gouvernement. La Révolution de 1830 ramena les libéraux doctrinaires dans le gouvernement, avec encore plus de pouvoir qu'auparavant et c'est à ce moment que les débats purent reprendre. Le maintien de l'ordre public était toujours une préoccupation majeure, que ce soit auprès des aliénés, des délinquants, mais aussi de la population qui comportait une classe ouvrière toute prête à faire la Révolution; Gasparin nouveau ministre de l'intérieur alla aussi dans le sens d'un moyen de réprimer le désordre, préoccupation à laquelle on donnait alors souvent des réponses institutionnelles, puisqu'au même moment furent réformés les prisons, les orphelinats, les hospices...

)b, ... « une loi de bienfaisance et de tutelle à l'égard de l'aliéné, »...

En effet, la loi avait pour but de procurer aux aliénés de meilleures conditions de vie, mais c'était aussi de soins qu'il s'agissait, des soins dont la loi allait devoir définir le cadre pour qu'ils puissent exister ; la loi n'avait évidemment pas pour rôle de déterminer quels étaient les meilleurs remèdes, et lesquels devaient être prodigués à l'aliéné, bien que lors des débats, de nombreux politiciens se soient parfois perdus dans cette question ; il était nécessaire de souvent préciser à quelle place devait se cantonner l'aspect législatif : celui d'un cadre permettant le soin : ainsi le comte de Portalis, dans la séance du 8 février 1838, tentait de recentrer le débat dans cette optique :

« Nous ne savons pas s'il est bon ou mauvais que les fous soient séquestrés. Ce que je sais, c'est que l'humanité et l'intérêt de la société exigent que des établissements soient formés dans lesquels les fous soient convenablement selon les préceptes de la science. L'établissement formé, les médecins introduits dans l'établissement, abandonnez les individus à leur direction. » (1)

Esquirol se chargea de fournir des arguments théoriques suffisamment clairs pour que la science vienne étayer la légitimité de cette loi : il exposa sa théorie de l'isolement qui constituait la base, selon lui, du traitement de l'aliénation mentale.

Cette théorie pointait la nécessité d'extraire l'aliéné de son milieu habituel et de le placer dans un lieu où il pourrait recevoir des soins spécifiques appropriés à son état ; ceci devait se faire dans un contexte d'égards et de douceur qui devaient délibérément se démarquer des conditions pénitenciaires punitives. Ce pouvait être un asile, mais aussi un voyage, pourvu que l'aliéné soit mis à distance de son environnement :

« L'isolement consiste à soustraire l'aliéné à ses habitudes, en l'éloignant des lieux qu'il habite, en le séparant de sa famille, de ses amis, de ses serviteurs, en l'entourant d'objets nouveaux et de soins étrangers. L'isolement a pour but de briser la direction vicieuse des idées, des affections et des déterminations de celui qui n'est plus guidé par la raison. »
(16)

Cette théorie soulevait par contre un véritable problème par rapport à la cellule familiale qui était ainsi complètement remise en question. Les liens familiaux étaient tout à coup placés à une place beaucoup plus secondaire et devenaient même suspects d'être responsables de la perpétuation voire de l'aggravation de la maladie. Il fallait donc trouver comment argumenter auprès des familles une pareille mesure. Esquirol répondit à cette difficulté en pointant le fait que l'aliéné lui-même manifestait souvent une méfiance maladive surtout à l'égard de son entourage, et que l'implication de personnes étrangères, moins prises dans un lien affectif était donc nécessaire. Il ne s'agissait donc plus seulement comme le prévoyait l'interdiction, d'empêcher la dilapidation des biens d'une famille mais aussi de mettre en œuvre des soins spécifiques à l'état mental d'une personne.

) c... « Une loi de charité publique à l'égard de ceux de ces infortunés que leur position et celle de leur famille laisseraient sans ressources »

Il était prévu que cette loi envisage le financement des aliénés indigents que leur famille ne pourrait pas entretenir ; les dépenses seraient alors réparties entre la commune d'origine et le département. Ce principe devait également être valable pour des aliénés tranquilles, ne troublant pas l'ordre public mais nécessitant des soins (disposition qui n'était pas prévue dans le projet initial, mais qui fut convenue au cours des discussions).

La question du financement de la pension des aliénés indigents allait donc devenir beaucoup plus claire avec cette loi ; par ailleurs, les législateurs soulignèrent à plusieurs reprises qu'ils s'étaient inspirés de la loi sur le financement des enfants trouvés pour établir les dispositions financières concernant les aliénés.

La crainte qui s'en suivit (exprimée essentiellement par le baron Pelet) fut d'ailleurs que les familles en profitent pour faire entretenir aux frais des villes et des départements, par de « *ruineux abus* » tous les idiots et imbéciles, jusqu'alors relativement bien insérés et tolérés dans leur environnement, ou que n'importe qui puisse se prévaloir d'être aliéné et vivre à la charge du département... sans compter les problèmes de place qui ne manqueraient pas de se poser dans ce cas.

Un climat politique favorable à une alliance entre la psychiatrie et l'état, mais au détriment du pouvoir judiciaire

)dRenforcement mutuel du pouvoir de l'état et de la légitimation de la médecine mentale, au travers d'une alliance.

Comme on l'a vu plus haut, les intérêts de l'état en matière de police générale rejoignaient ceux des médecins, en quête d'une légitimation de leur profession, et de la mise en place d'institutions de soins spécialisées.

La rencontre d'Esquirol et de Laffon de Ladébat fut l'occasion d'initier ce vaste projet de loi avec une même volonté de centralisation et d'uniformisation de la politique asilaire.

L'état procura ainsi à la médecine des moyens très importants, ainsi que la solidité d'une législation ; la médecine mentale apporta en retour des arguments scientifiques qui permirent aux politiciens partisans de la construction des asiles d'élever leur position au dessus de la mêlée des débats politiques.

Cette alliance allait par contre déposséder deux instances de leurs influences : d'une part la religion, que l'état et les médecins tenaient à une place distante, estimant que si la science et la bureaucratie faisaient bon ménage, il était plus prudent de maintenir le zèle religieux à une place secondaire, et d'autre part la justice qui jusqu'ici statuait elle-même sur l'existence ou non de la folie, pouvant prononcer une éventuelle mesure d'interdiction, avant d'exercer son pouvoir décisionnel en matière d'enfermement. (21)

)eQuerelle de pouvoir entre cette nouvelle alliance et la justice qui met en avant le risque majeur de voir la séparation des pouvoirs compromise

Le juge Isambert, membre de la chambre des députés, et fervent opposant au mouvement doctrinaire, argumenta avec force pour que le pouvoir décisionnel concernant l'enfermement des aliénés continue d'être exercé par la justice. Faire glisser ce pouvoir vers l'autorité administrative, tel que cela était prévu par le projet de loi, lui paraissait très grave et susceptible de compromettre la séparation des pouvoirs par une centralisation administrative abusive : on s'en remettait « *pour les garanties dues à la liberté individuelle au pouvoir discrétionnaire du délégué direct du ministre de la police générale* » constatait-il amèrement, et il évoquait même la crainte d'une nouvelle dérive vers les lettres de cachet. (38). Par ailleurs, il estimait que le magistrat connaissait mieux les familles, leurs réticences et « *les raisons secrètes qui [pouvaient] motiver les demandes indiscrettes ou cupides* » (1).

Il regrettait que soient remises en question les garanties chèrement acquises quelques décennies plus tôt :

« *Notre grande assemblée de 1789 a proclamé une vérité incontestable, en disant que la liberté n'est pas garantie là où les pouvoirs sont confondus, et le projet de loi a pour effet d'appeler deux pouvoirs rivaux à statuer sur l'aliénation d'esprit, en donnant l'initiative de la décision principale à celui des deux qui ne devrait être appelé qu'à exécuter les ordres de l'autre.* » (1)

D'autre part, un journal de l'époque exprimait sa crainte que le gouvernement ne construise de nouvelles Bastilles, pour y enfermer les personnes gênantes « *atteintes seulement de la folie d'une opposition un peu incommode* ».

Gasparin puis Montalivet, ministres de l'intérieur, répondirent par des propos visant à rassurer sur la bienveillance de cette administration centralisée, et sur l'absence de risque d'atteinte à la liberté individuelle telle que celles qui avaient pu survenir dans la monarchie prérévolutionnaire : « *Parler aujourd'hui de bastilles, c'est commettre un anachronisme volontaire. Les lettres de cachet ne sauraient pas plus revivre dans notre système administratif que la question dans notre procédure criminelle. Les attentats contre la liberté individuelle sont tellement en dehors de nos mœurs publiques et privées, qu'il suffit de jeter les yeux sur la statistique du ministère de la justice pour rester convaincu que la détention arbitraire est effacée de fait de la liste des crimes.* » (Montalivet, ministre de l'intérieur, dans son discours à la chambre des pairs du 28 avril 1837)-(1)

On rappelait aussi que l'internement n'étant plus sous-tendu par une mesure judiciaire (l'interdiction), mais par une mesure purement médicale (l'isolement), la justice n'avait plus sa place dans cette affaire.

D'autres membres de la chambre, dont M. Odilon-Barrot, défendirent un « *système mixte* » où l'administration prendrait la mesure provisoire d'internement, et où le système judiciaire statuerait dans tous les cas sur les mesures définitives, proposition qui ne fut pas retenue (1)

Quant aux aliénistes, ils soutinrent la position gouvernementale qui visait à transmettre ce pouvoir aux instances administratives ; Esquirol soutenait publiquement cette idée. Falret de son côté expliquait que la justice était trop lente pour pouvoir prendre des décisions qui devaient parfois l'être dans l'urgence. Par ailleurs, il craignait que la justice inspire trop la crainte et qu'elle produise sur les malade et leurs familles « *la plus funeste influence* » ou « *une impression de douleur et d'irritation analogue à celle qu'éprouvent des personnes injustement accusées* », tandis que « *l'autorité administrative n' [inspirait] aux familles ni aux malades aucun sentiment de crainte et de défiance, puisque son essence [était] d'être paternelle* »...

Ferrus seul se démarqua du groupe sur ce point, en soutenant que la responsabilité de l'internement devait rester de l'initiative judiciaire, par peur d'une dérive vers des abus, tels que ceux qui avaient pu être observés en Angleterre. (20).

L'argumentation pourtant soutenue d'Isambert ne modifia donc pas ce point du projet de loi. Par contre, il ne fut à aucun moment remis en question la place de la justice dans son rôle de recours pour l'aliéné et sa famille par rapport aux risques d'internements abusifs, mais il s'agissait donc d'un recours « post-décisionnel ». (21)

**) fRemise en question de la mesure
d'interdiction émanant du code
civil : une révolution
législative ?**

Au sortir de la révolution, l'abolition des lettres de cachet fut votée par l'assemblée constituante les 13 et 16 mars 1790. Les familles ne pouvaient donc plus recourir à ce mode d'internement, et qui plus est, la suppression en 1792 des congrégations religieuses qui accueillaient en accord simple avec la famille la majeure partie des insensés aggrava ce

problème de manière notoire et rendit urgente l'élaboration d'une nouvelle modalité d'internement. Les travaux de Pinel contribuèrent à faire prendre en considération le sort des aliénés (38)

La mesure d'interdiction qui existait déjà sous l'ancien régime fut cependant conservée, et redéfinie dans le code civil Napoléonien en 1804 : devaient être frappés d'interdictions les majeurs qui se trouvaient « *dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, même lorsque cet état [présentait] des intervalles lucides.* »

Dans la séance du 6 janvier 1837, le ministre fit observer un des paradoxes de la législation concernant les insensés au début du XIX^{ème} siècle : « *Par une antinomie frappante, d'une part, les lois des 24 août 1790 et 19-22 juillet 1791, les articles 175 et 479 du code pénal, admettent et supposent que la divagation de tout insensé, fou ou furieux, devra être prévenue ou qu'il y sera porté remède dès qu'elle deviendra dangereuse (...) d'autre part, les articles 489 et suivants du code civil n'autorisent l'interdiction et par suite les mesures de sûreté indiquées en l'article 510 que pour le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur.* » Une clarification de la situation était donc largement nécessaire, car si le code civil était basé sur le principe d'autonomie de la volonté, et excluait du droit les actes qui ne relevaient pas de ce principe, il ne précisait pas quelle devait être la prise en charge des insensés : on ne trouvait que des dispositions négatives dans les textes de loi. Le fou était donc mis « *hors la loi* » par la loi elle-même... (40)

Le code pénal reprit d'ailleurs la même logique d'exclusion (cette fois de l'acte) lorsqu'il définit six ans plus tard le célèbre article 64 : « *il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister.* »

Ainsi, bien que l'aliénation soit citée dans les textes de loi, rien n'était clairement prévu pour les urgences ou les folies intermittentes. C'est ce qui motiva les aliénistes à militer pour un changement de législation. Falret résuma l'ensemble des critiques à l'encontre de la mesure d'interdiction : il s'agissait, hélas, de la « *seule loi protectrice pour conserver la fortune des aliénés, seule voie légale pour les séquestrer* », et pourtant, c'était « *une mesure extrême, inapplicable dans la majorité des cas, dispendieuse, toujours longue à obtenir, fatale par la perte d'un temps précieux pour la guérison, et par l'influence du sentiment d'humiliation si fécond en récidives.* » ; c'était aussi une mesure qui présentait « *toute la solennité d'une grande procédure puisqu'elle [frappait] de mort civile* ». Et pour accentuer le paradoxe législatif, l'interdiction avait en outre la particularité de ne pouvoir être demandée que par la famille ! Aucun tribunal ne pouvait donc en prendre l'initiative sans son accord, et encore moins les aliénistes...

Pour finir, il s'agissait essentiellement d'une mesure de protection des biens et non pas de la personne : elle visait prioritairement à empêcher un aliéné de dilapider la fortune de sa famille ; logiquement, elle devait être préalable à l'enfermement, mais en pratique, de nombreux aliénés étaient enfermés sans être interdits, du fait des difficultés d'application citées plus haut.

La loi de 1838 acheva de faire perdre tout son sens à cette mesure d'interdiction en substituant dans la démarche d'internement l'autorité administrative à l'autorité judiciaire.

Le marquis Barthélémy, rapporteur de la commission, estimait que cette nouvelle loi créait « *entre l'interdiction et le libre exercice des droits une position intermédiaire toute nouvelle, dont il [fallait] fixer et régler les conséquences* ». (38)-commentaires de Quétel)

Le juge Isambert était loin d'envisager les choses de manière aussi novatrice et dénonçait une atteinte inacceptable au monument sacré du Code Civil...

Le projet de loi se basait donc sur la théorie médicale de l'isolement développée par Esquirol (21), argumentant l'enfermement des aliénés dans des établissements spéciaux après

avis médical puis validation de la mesure d'internement par l'autorité administrative. Ainsi, l'internement supposant des soins appropriés n'était donc plus seulement une réclusion visant à protéger la société et l'hospitalisation devenait légalement possible, sans que la perte de la capacité civile préalable soit nécessaire. Ceci était d'autant plus important qu'en considérant que la folie était curable dans certains cas, il importait d'adopter des mesures qui ne compromettent pas définitivement cette capacité civile (40).

Enquêtes préalables au projet de loi, initiées par le gouvernement

Plusieurs enquêtes concernant les aliénés furent diligentées par le gouvernement au début du XIX^{ème} siècle : en 1812 fut nommée une commission spéciale, chargée de faire l'état des lieux de tous les établissements recevant des aliénés, des aveugles et des sourds muets en France. On se questionnait sur les causes de la folie, sur sa fréquence, et sur la manière dont étaient pris en charge les insensés. (38)

Le 5 mars 1813 parut un décret demandant aux préfets de rendre compte « *des moyens à pourvoir à compter de l'an 1814, au traitement et à la défense des indigents atteints de folie dans les divers départements.* »

Après la chute de l'Empire, les enquêtes et les consignes à l'égard des aliénés se poursuivirent ; le mémoire d'Esquirol de 1818, adressé au ministre de l'intérieur, prit place dans cette période. Par contre, de 1820 à 1830, rien n'évolua, alors que la discussion vers un projet de loi s'était pourtant bien amorcée. En 1832 ressurgit avec la monarchie de juillet la question des aliénés, à l'occasion du vote d'une loi sur l'entretien des aliénés indigents : La chambre des députés rejeta le projet de loi inscrivant ces frais au nombre des dépenses municipales obligatoires (la dépense resta facultative). Ce fut la réelle amorce de la discussion qui mena à l'élaboration de la Loi de 1838.

En 1833, le ministre redemanda donc une enquête aux préfets, questionnant principalement l'aspect financier. Le résultat de cette enquête étant peu fructueux, le ministère décida de créer le poste d'inspecteur spécial du service des aliénés auquel fut nommé en 1835 Ferrus, ancien élève aliéniste de Pinel, et dont l'anticléricalisme correspondait bien à la politique gouvernementale. Ferrus réorganisa les enquêtes initiées par le gouvernement, mais saisit surtout cette occasion pour les compléter par des questions beaucoup plus orientées sur les pratiques médicales (existait-il un médecin spécialement attaché à l'établissement, quelle était la fréquence de ses visites, quelle était l'étendue de son autorité, quel était son salaire, tenait-il un relevé journalier de ses observations... ?). On peut voir dans cette collaboration une autre preuve évidente de l'alliance passée entre l'état et les aliénistes.

Les différentes enquêtes ainsi menées firent état en 1833 de l'existence d'environ 15000 à 18000 aliénés (les résultats avaient été extrapolés à partir des préfectures qui avaient répondu, car un grand nombre n'avaient donné aucune réponse) ; les 2/3 de ces aliénés étaient séquestrés dans 126 établissements de nature et de contenance très diverses (dans lesquels les asiles départementaux consacrés aux aliénés ne constituaient qu'une minorité). Il faut rappeler que l'état des lieux initié par Esquirol quinze ans plus tôt n'en avait pourtant répertorié que 8000 ou 9000 ... De même, là où Esquirol ne retrouvait que 8 établissements spéciaux, on en dénombrait 34 en France en 1833 Mr Vivien estimait que cet écart de chiffre ne signifiait pas « *que la science [ait] depuis lors manqué à sa mission* », mais il posait l'hypothèse que « *les secours donnés aux aliénés s'étant étendus, il [était] naturel qu'un plus grand nombre se soient présenté pour les recevoir.* »(1)

La question du financement s'avérait par ailleurs très épineuse et variable d'un endroit à l'autre. (38)

En 1837, le projet de loi était prêt, et commença ses allers-retours entre les deux chambres, durant un an et demi.

Définition de règles pour régir ces établissements, et pour une uniformisation des pratiques en France

)gNécessité de créer un réseau national d'asiles accueillant chacun la population de plusieurs départements :

Le premier projet de Loi ne prévoyait pas la construction des asiles, bien que le fonctionnement en fût défini. Ce problème fut soulevé par Calemard de Lafayette qui insista sur la nécessité de se doter d'établissements permettant de mener à bien le projet de soins qu'on se proposait de mettre en place. Il était clair que si la construction des asiles ne revêtait pas un caractère obligatoire, la loi ne changerait pas grand-chose à la condition des aliénés :

« Puisque les aliénés doivent être placés dans des établissements spéciaux, l'existence de ces établissements doit, dans l'ordre logique, être préalablement constituée », soutenait-il dans son argumentaire de la séance du 3 avril 1837.

Calemard de Lafayette se positionnait en faveur d'une centralisation de ce réseau d'asiles, pour favoriser une uniformisation des soins à travers la France. (21)

Suite au premier projet de loi présenté, une commission fut nommée pour remanier le projet, en conformité avec les avis qui avaient été émis par la chambre des députés d'une part, mais aussi par les médecins qui avaient été consultés à ce sujet : Esquirol, Ferrus, Falret, et Scipion Pinel. C'est surtout Falret qui fournit un rapport précoce sur le projet de loi et qui contribua donc le plus à remanier ce projet initial ; l'examen du projet que fit Esquirol fut publié beaucoup plus tard et ses avis furent beaucoup moins suivis (peut-être en partie à cause du mépris très clair qu'il affichait à l'endroit des mesures de protection de la liberté individuelle- ses positions sont exposées plus loin).

Tous ces aliénistes se prononcèrent en faveur de la création d'un réseau d'asiles à travers la France qui permettrait l'application de cette nouvelle loi, à condition qu'on les consultât pour la réalisation des plans.

Il fut établi que ce projet d'établissements spéciaux devrait être intégré dans les lois de travaux publics à venir, si l'on voulait les voir se réaliser.

Vivien, le rapporteur de la commission explicita en conséquence dans le projet de loi suivant que *« le gouvernement [devrait] examiner tous les projets (...) et les soumettre à l'avis non seulement du conseil des bâtiments civils, mais surtout des hommes spéciaux voués à l'étude des questions qui se rattachent aux aliénés »*. (1)

En janvier 1838, un nouveau texte fut donc soumis à la chambre des pairs, prévoyant que chaque département puisse avoir un établissement spécialisé, ou traiter avec un département voisin. (38)

Les discussions tant du côté des aliénistes que des parlementaires avaient en effet abouti à la conclusion qu'il valait mieux créer de plus gros asiles (de 300 à 500 places) qui puissent accueillir la population de plusieurs départements plutôt que de construire un asile par département, ce qui aurait été d'une part plus cher, et qui n'aurait pas permis de bien

séparer les malades en fonction de leurs pathologies. Accessoirement, à la lecture des débats parlementaires, on apprend qu'un département (la Corse) déclarait lors de l'enquête nationale n'avoir aucun insensé sur son territoire : comment argumenter alors de la nécessité d'y bâtir un asile pour lui seul...?_

**)hUne procédure d' « autorisation »
pour l'ouverture d'un
établissement, puis une
surveillance étroite de son
activité par le gouvernement**

Dès le deuxième projet de loi, on retrouvait cette notion d'autorisation préalable nécessaire pour qu'un établissement puisse recevoir des aliénés sous le régime de la contrainte. Dans le texte final, ceci était défini par l'article 5 :

« Nul ne pourra diriger ni former un établissement privé consacré aux aliénés sans l'autorisation du Gouvernement. »

Les établissements privés consacrés au traitement d'autres maladies ne pourront recevoir les personnes atteintes d'aliénation mentale, à moins qu'elles ne soient placées dans un local entièrement séparé.

Ces établissements devront être, à cet effet, spécialement autorisés par le Gouvernement, et seront soumis, en ce qui concerne les aliénés, à toutes les obligations prescrites par la présente loi. »

L'autorisation supposait donc qu'un certain nombre de conditions requises soient respectées ; celles-ci furent précisées plus tard par l'ordonnance du 30 décembre 1839 qui déterminait entre autres « *les bases de l'organisation et de l'administration des établissements privés qui [demanderaient] d'être autorisés à recevoir ce genre de malades, les obligations auxquelles ces derniers établissements [seraient] soumis, et les cas dans lesquels les autorisations accordées [pourraient] être retirées* » (38)-(Rapport au roi par T Duchatel, ministre de l'intérieur -sur le projet d'ordonnance du 18 décembre 1839) :

Dans les établissements publics, le directeur était nommé par le ministre, ainsi que le médecin chef (sur une liste de trois candidats présentée par le préfet).

Dans les établissements privés, la personne se présentant avec le projet d'ouvrir son propre établissement devait être soumise à l'approbation du gouvernement pour en avoir le droit. Elle devait :

- ❖ être majeure,
- ❖ produire un certificat de « bonnes vie et mœurs », délivré par le maire ;
- ❖ être elle-même médecin ou alors produire l'engagement d'un médecin pour son établissement,
- ❖ spécifier le nombre et le sexe des aliénés prévus,
- ❖ fournir un plan, surtout si l'établissement devait recevoir d'autres maladies (et pouvoir prouver que les deux parties de l'établissement étaient clairement séparées),
- ❖ fournir un règlement intérieur adéquat,
- ❖ fournir un cautionnement.

Dans les établissements publics et privés, le directeur était chargé de l'administration intérieure de l'établissement et de la gestion financière, ainsi que de la vérification des formalités d'admission et de sortie.

Au cours des débats fut examiné le cas des hospices administrés par une commission administrative et comportant un quartier d'aliénés ; il n'y avait dans ce cas pas de directeur, et le ministre estimait que la responsabilité s'affaiblirait trop si elle était portée par l'ensemble des membres de la commission administrative. Il évoquait aussi les graves inconvénients qu'il y aurait à nommer un directeur indépendant pour le service des aliénés dans ce type d'établissement car cela aurait généré des conflits d'autorité avec la commission administrative. Il fut donc décidé que pour les quartiers affectés aux aliénés dans les hospices civils (comme c'était le cas pour l'hôpital Saint-Jacques de Nantes), il ne serait créé ni poste de directeur, ni commission de surveillance, mais que ces établissements seraient tenus de « *faire agréer par le préfet un préposé responsable qui [serait] investi de toutes les attributions [définies par la loi de 1838]* ».

Par ailleurs, il était stipulé dans le texte de la loi de 1838 aux articles 2 et 3 que « *les établissements publics consacrés aux aliénés [seraient] placés sous la direction de l'autorité publique* » et que « *les établissements privés consacrés aux aliénés [seraient] placés sous la surveillance de l'autorité publique* ». L'ordonnance de 1839, en plus de la question de l'autorisation, définissait les modalités de la surveillance qui serait exercée sur ces établissements : des commissions gratuites seraient constituées, composées de 5 membres nommés par les préfets et renouvelés chaque année par cinquième. Elles devraient surveiller le régime intérieur, les comptes, les modes de gestion des biens, les projets de travaux, la répartition du budget et se réuniraient tous les mois.

Concernant ces commissions, Falret exprima sa méfiance vis-à-vis de la formulation adoptée par la loi : on ne savait même pas s'il y aurait des médecins de manière systématique parmi les membres choisis, avec le risque d'une immixtion de l'instance administrative « *dans un contrat de confiance entre un médecin et une famille* » ; par ailleurs, il se disait hostile à l'esprit de suspicion que pourrait générer l'intervention de cette commission.

) iUn règlement intérieur en conformité avec l'esprit de la loi

Comme on l'a vu, la procédure d' « autorisation » supposait que le règlement intérieur soit conforme aux exigences de la loi de 1838. L'examen des différents règlements présentés au ministère témoigna d'une telle diversité et d'un tel manque de conformisme que le ministère décida d'élaborer un modèle de règlement intérieur qui fut envoyé aux préfets en 1857.

Ce règlement édictait en détail des règles précises pour le fonctionnement de tout établissement ; il expliquait notamment

- ❖ le rôle de chaque catégorie professionnelle,
- ❖ l'assignation à résidence d'un certain nombre (directeur, médecin chef, infirmiers),
- ❖ les rapports hiérarchiques (ce qui était l'occasion de préciser quels étaient les rapports avec les religieux ; ce règlement modèle les plaçait sous l'autorité du directeur et celle du médecin chef ; on verra plus loin qu'à Saint-Jacques, il était explicitement écrit qu'une religieuse ne recevait d'ordre que de la supérieure),
- ❖ l'obligation de n'employer que du personnel masculin pour les services d'hommes, et que du personnel féminin pour les services de femmes.
- ❖ l'organisation des soins médicaux,
- ❖ la tenue des registres d'observation (*cf annexes P 160 et 162*),

- ❖ les modalités de surveillance,
- ❖ les modalités des dépenses, et la tenue des comptes,
- ❖ les modalités du service religieux (il était précisé qu'il ne pouvait y avoir de contact entre l'aumônier et les malades sans un avis positif du médecin chef ; par ailleurs, on constate que l'article 109 stipulait que la chapelle de l'établissement devait être consacrée au culte catholique mais qu'une salle spéciale pourrait être destinée aux conférences des ministres des autres cultes). Les aliénés pouvaient quand même communiquer avec l'aumônier en cas de maladie grave ou de mort prochaine
- ❖ les peines disciplinaires possibles, à l'endroit des soignants,
- ❖ la condamnation de tout châtiment corporel (Il fallait amener les malades à se conformer au règlement « *par voie de persuasion* », expliquait le ministre dans sa circulaire).
- ❖ quels étaient les horaires selon lesquels devait s'organiser la vie de l'aliéné,
- ❖ quel devait être son régime alimentaire (tableaux établissant au gramme près des proportions en fonction du sexe, du degré d'infirmité...ou de pension payée !). A propos du régime alimentaire, le ministre précisait dans sa circulaire explicative : « *un certain nombre d'établissements où le régime alimentaire est insuffisant, ont assimilé à une sorte de rémunération les suppléments d'aliments qu'ils se sont vus forcés d'allouer aux aliénés employés à des travaux manuels. Je ne saurais tolérer cet abus. C'est dans son propre intérêt, bien plus que dans celui de l'asile, que l'on demande à l'aliéné sa part de travail, et le régime alimentaire doit être suffisant pour lui permettre de s'en acquitter* » (ces remarques étaient postérieures à la rédaction du règlement de l'hôpital Saint-Jacques de Nantes, qui comportait des dispositions de ce type, avec une rémunération du travail par un supplément alimentaire dans certains cas)
- ❖ l'obligation de distribuer une quantité standardisée de tabac à chaque aliéné (« *des considérations d'humanité exigent qu'il y soit donné satisfaction dans les asiles* », estimait le ministre),
- ❖ l'habillement et la distribution des vêtements,
- ❖ les mesures de propreté et d'hygiène,
- ❖ l'aménagement des chambres (par exemple, il était spécifié que les rideaux entourant les lits devaient céder sous une faible traction),
- ❖ les distractions et occupation intellectuelles,
- ❖ les visites et sorties,
- ❖ l'organisation du travail des aliénés dans l'établissement (les travaux de force étaient clairement interdits). Le ministre tenait également à être très clair concernant la raison d'être du travail des aliénés : « *de tous les moyens employés pour combattre l'aliénation mentale, le travail est peut-être le plus efficace et le plus certain. Aussi l'administration n'a-t-elle rien négligé pour en assurer l'organisation dans les asiles, et l'article 150 du règlement pose t'il en principe que le travail y est institué non dans l'intérêt de l'établissement, mais comme traitement curatif ou palliatif pour le malade (...)* » Le ministre souhaitait donc que les aliénés perçoivent un salaire, par exemple 10 centimes par journée de travail. Le pécule ainsi amassé pourrait pourvoir aux premiers besoins de l'aliéné après sa sortie. Si ce pécule n'avait pas atteint 15 francs à la sortie, le règlement préconisé par le ministre imposait à l'établissement de le compléter.
- ❖ les modalités d'admission, de sortie,

- ❖ les formalités à accomplir en cas de décès (et dans quelle mesure l'établissement pouvait revendiquer l'appartenance d'une partie des biens de l'aliéné),

Ce règlement, très directif, ne laissait donc rien au hasard...

) j Les modalités d'admission dans les asiles

La loi définissait deux types de placements distincts en maison d'aliénés :

() 1 Le placement volontaire

Il était nécessaire de fournir :

- ❖ une demande d'admission contenant l'identité de la personne à placer et de la personne demandeuse, et précisant la nature de la relation existant entre elles.
- ❖ un extrait du jugement d'interdiction le cas échéant,
- ❖ « *un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés, et de l'y tenir renfermée* »(47), ce certificat datant obligatoirement de moins de 15 jours, et ayant été rédigé par un médecin ne faisant pas partie de l'établissement d'accueil, et qui n'était pas parent ou allié au second degré inclusivement des chefs ou propriétaires de l'établissement ou de la personne faisant réaliser le placement (on pouvait néanmoins se passer provisoirement de ce certificat en cas d'urgence),
- ❖ un passeport ou toute autre pièce pouvant attester de l'individualité de la personne à placer.
- ❖ L'ensemble de ces pièces devait être communiqué au préfet dans les 24 heures.

Dans le cas d'un établissement privé, le préfet devait envoyer dans les trois jours un ou plusieurs hommes de l'art visiter la personne et faire un rapport immédiat sur son état mental.

La mesure de placement devait être communiquée dans le même délai aux procureurs de l'arrondissement du domicile et de l'arrondissement de l'établissement.

Par la suite, pour les établissements publics comme privés, devait être produit un certificat de quinzaine.

Dans l'établissement, sur un registre paraphé par le maire, l'ensemble des certificats devait être reporté pour chaque patient, ainsi qu'une observation du médecin, au moins une fois par mois, mentionnant l'évolution de l'état clinique.

La personne cessait d'être retenue dans l'établissement une fois que le médecin avait déclaré la guérison, ou si la famille ou la personne ayant fait la demande réclamait la sortie (sous réserve qu'il n'y ait pas de notion de dangerosité ; sinon, le préfet pouvait prononcer un placement d'office)

() 2 Le placement ordonné par l'autorité publique, ou placement d'office

Il s'agissait d'une décision du préfet de police à Paris ou du préfet en province, consistant à renfermer un aliéné dont le comportement compromettait l'ordre public ou la

sûreté des personnes. L'ordre préfectoral devait détailler les circonstances. En cas d'urgence, les maires (ou le commissaire de police à Paris) pouvaient prendre eux même cette mesure, à charge d'en référer dans les 24 heures au préfet. Dans tous les cas, en attendant le transfert de l'aliéné dans l'établissement, il devait être logé dans un hospice ou ailleurs, mais jamais en prison. Un certificat mensuel devait par la suite être produit par le médecin de l'établissement. Les procureurs du Roi devaient en être informés de la même manière que pour le placement volontaire. Dès l'instant où le médecin déclarait l'aliéné guéri, le directeur devait en référer aussitôt au préfet, afin que celui-ci statue sans délai. (47)

Des modalités de recours contre l'internement arbitraire étaient prévues, comme on le verra plus loin

)kLa question de la séparation des curables et des incurables

La question de la séparation des aliénés curables et incurables se posa dès l'apparition d'établissements spécifiquement destinés au traitement de la folie.

En effet, avant les travaux de Pinel, à Paris, les patients supposés curables étaient soignés à l'Hôtel-Dieu, puis si au bout de quelques mois ils n'étaient pas guéris, on les enfermait aux Petites Maisons, à Charenton, à Bicêtre ou à la Salpêtrière (après production d'un certificat attestant qu'une guérison avait été tentée).

Ce point, déjà source de polémiques, fut donc inévitablement un des sujets épineux abordés lors des débats autour du projet de loi.

Après la lecture du premier projet qui prévoyait le transfert dans des établissements à part des « *incurables* » (c'est-à-dire ceux des patients qui n'auraient pas montré de signes de guérison dans les deux ans), Falret se prononça très clairement sur cette question : il refusait cette ségrégation entre « *curables* » et « *incurables* », craignant que l'incurabilité soit prononcée de manière abusive, que la reconnaissance du statut d'incurable exclue encore plus l'aliéné et favorise un rejet accru par la famille, et que la prise en charge soit morcelée, avec le passage au bout de deux ans du patient dans un service d'incurables où le médecin ne le connaîtrait pas et ne pourrait pas se situer dans la continuité des soins :

« C'est un obstacle aux progrès de l'art, que de morceler l'histoire d'une partie des maladies mentales : d'un côté on prive un médecin de la connaissance des périodes antérieures et de tous les renseignements primitifs ; de l'autre, on enlève au médecin qui les observait toute une classe de malades, et on limite en quelque sorte les soins qu'il leur doit, comme si, en les leur continuant, il n'avait pas beaucoup plus de chance pour les guérir, ou du moins pour retirer de leur observation des documents utiles. » (17)

Falret s'engagea aussi avec force contre la limitation de la durée de l'internement, qui dans le premier projet de loi ne devait pas excéder quatre fois six mois. La rédaction du nouveau projet de loi tint également compte de cette revendication.

Par la suite, dans le courant du XIX^{ème} siècle, Parchappe, le « *Napoléon des asiles* » fut également très fermement engagé contre cette ségrégation, et cet avis fut visiblement suivi de manière assez officielle puisqu'en 1874, « *les inspecteurs généraux constatent et se félicitent de ce que les curables et incurables soient partout réunis* ». (42)

) Le financement de ces établissements

La question du financement de ces établissements était un point central de cette nouvelle législation puisqu'on a vu qu'elle se prévalait d'être « *une loi de charité publique* ».

La loi de 1838 précisait dans les articles 25 à 28 que la dépense occasionnée par le séjour et le traitement de chaque aliéné dans un établissement public serait réglée d'après un tarif arrêté par le préfet ; pour les établissements privés, le tarif serait fixé par les traités passés par le département. Ces frais seraient à la charge des personnes placées, et à défaut « *à la charge de ceux auxquels il [pouvait] être demandé des aliments* » ; à défaut ou en cas d'insuffisance de ressources, il était prévu qu'on y pourvoie « *sur les centimes affectés, par la loi des finances, aux dépenses ordinaires du département auquel l'aliéné [appartenait], sans préjudice du concours de la commune de l'aliéné* » (47)

Il était également prévu que les hospices versent aux nouveaux établissements la somme qu'ils consacraient auparavant aux aliénés, dans le cas où ils ne seraient pas eux même autorisés à les prendre en charge. Quelques législateurs tentèrent de faire observer que même si ces hospices accueillaient moins d'aliénés, les places libres ne tarderaient pas à être prises par d'autres malades, ne diminuant donc en rien les dépenses, mais le gouvernement ne voulut rien savoir et prononça cette obligation, en vertu de « *l'obligation que cet établissement aurait contracté envers le fondateur* » (c'est-à-dire une mission de soin auprès des malades dont les insensés), lourde nouvelle charge pour des structures qui avaient déjà bien du mal à financer leur activité...

Emergence de questions cruciales au cours des débats de la chambre des députés et des pairs.

) Nécessité d'une protection de la liberté individuelle, et d'un recours contre l'internement arbitraire.

Durant toutes les discussions, la crainte de voir la liberté individuelle abusivement compromise fut très présente. Une grande majorité des parlementaires invoquait cette crainte pour justifier les nombreuses mesures de surveillance, et les modalités de recours auxquelles les aliénés pouvaient prétendre.

Esquirol lui-même disait : « *la loi ne doit avoir rien à démêler avec l'aliéné lui-même, qui ne la comprendrait pas, et qui est hors d'état d'en abuser ; elle doit s'adresser à ceux qui sous prétexte de folie peuvent violer la liberté individuelle.* » (16)

Mais même si les aliénistes se prononçaient favorablement par rapport au souci du respect des libertés individuelles, Esquirol en particulier exprimait des réticences nettes quant à la mise en application de ces mesures : Il estimait qu'il était excessif d'exiger que le médecin signataire du certificat soit extérieur à l'établissement d'accueil et ne soit pas parent avec l'aliéné, l'existence d'un certificat de 24h lui paraissait dénuée de sens car la symptomatologie pouvait fluctuer du tout au tout entre l'entrée et ce moment. Sa réticence allait jusqu'à qualifier d'inutile la tenue d'un registre répertoriant les états civils et les observations médicales, car ce serait « *mal fait* » ; il aurait préféré que la mesure d'internement ne soit pas notifiée au procureur par souci de discrétion...et que le préfet ne

puisse pas avoir pleins pouvoirs sur les entrées et sorties des malades indépendamment de l'avis du médecin.

Lorsqu'étaient évoqués les odieux abus constatés par une enquête en Angleterre dix ans plus tôt, Esquirol prétendait que « *la douceur de nos mœurs, le désintéressement de notre caractère nous mettent à l'abris de semblables excès* », et il questionnait : « *La possibilité des abus compromet-elle assez la sûreté de la société pour recourir à des mesures préventives si multipliées qu'elles mettront obstacle au bien qu'on se propose.* » En effet, selon lui les visites des différentes personnes chargées de veiller au respect des libertés individuelles était très perturbantes et excitantes pour les aliénés. Il soulignait qu'il n'était pas contre le contrôle en lui-même, mais qu'il trouvait qu'il y avait trop d'intervenants susceptibles de se présenter pour visiter les établissements : « *Que d'individus admis dans le secret d'une maladie que tout le monde cherche à cacher !* »)

Enfin, il ne comprenait pas qu'il faille respecter et faire parvenir au procureur toutes les requêtes des aliénés, évoquant ceux qui écriraient du matin au soir : il arguait que les rares requêtes qui seraient rédigées de manière à en imposer tourmenteraient les magistrats « *qui, ne connaissant pas l'état mental des malades, [pourraient] croire à un isolement injuste* » ; il n'hésitait pas à ajouter plus loin qu'il serait « *nuisible à tel ou tel aliéné, de le laisser fatiguer son cerveau à écrire et surtout à écrire dans le sens des idées qui le dominent.* » ... (16). Falret quant à lui offrait une argumentation tout à fait inattendue face aux craintes concernant les atteintes à la liberté individuelle se disant « *bien persuadé qu'un individu parfaitement rétabli trouverait mille moyens d'échapper à la surveillance dont il ferait l'objet, et d'obtenir sa sortie de l'établissement* » ! (17)

On comprend que les chambres aient eu quelques réticences à se laisser convaincre par une telle argumentation !

Ferrus adopta une position tout à fait opposée, probablement liée à la place qu'il défendait pour la justice : il encourageait toutes les mesures qui visaient à prévenir les abus : selon lui, les visites répétées des magistrats n'étaient pas du tout contradictoires avec la mesure d'isolement elle-même, puisque les administrateurs n'étaient pas des gens proches affectivement des aliénés :

« *Il y a une immense différence à établir des rapports entre un aliéné et une personne qui lui est tout à fait étrangère, ou avec qui il a eu des relations familiales.* » Il ajoutait de même : « *Je m'engage à prouver encore que la préoccupation et même l'inquiétude que peuvent causer à certains fous les visites de quelques magistrats sont assez passagères, et peuvent avec les précautions convenables, être assez modérées pour que de pareils inconvénients ne balancent pas l'immense avantage de donner aux aliénés non interdits, une position fixe, régulière, et légale* ». Et concernant les modalités plus pratiques de cette surveillance, il précisait : « *dans nombre de cas, le délire est assez évident pour que l'enquête puisse avoir complètement lieu sans qu'on interroge le malade ; et, dans les cas douteux, le délire est assez partiel, et assez peu fougueux pour qu'une simple conversation avec le magistrat et même un interrogatoire puissent être tolérés par nous sans causer le moindre préjudice.* » (20)

Les parlementaires optèrent pour la prudence puisqu'on retrouve spécifié dans le texte de loi aux articles 29 et 30 que toute personne placée pourrait demander un recours en se pourvoyant devant un tribunal, ainsi que tout parent ou ami, afin de procéder aux vérifications de la validité du placement ; de plus, il serait interdit de supprimer ou de retenir une requête adressée aux autorités judiciaires ou administratives, ainsi que de retenir une personne dont la sortie aurait été validée par les médecins (pour un placement volontaire, sans que le préfet s'oppose à la sortie) ou par le préfet ou le procureur (pour tous les placements).

L'article 4 de la même loi organisa par ailleurs, en dépit de la réticence de certains aliénistes, une surveillance régulière des établissements par le passage (tous les trimestres dans les établissements privés et tous les semestres dans les établissements publics) du préfet, du président du tribunal, du procureur du roi, du juge de paix et du maire de la commune. Ceux-ci devaient recueillir à cette occasion toutes les requêtes des personnes placées.

)nNécessité de prévoir des mesures de protection des biens

Devant l'exposé de l'insuffisance de la mesure d'interdiction, et du vide législatif qu'il y avait donc en matière de mesure de protection des biens, les parlementaires estimèrent, suivant également l'avis de la plupart des aliénistes qu'il fallait trouver un moyen plus sûr et plus pratique pour protéger les biens des aliénés.

Ferrus exprimait en effet son inquiétude liée au fait que bon nombre d'internement se faisant sans mesure préalable d'interdiction, le médecin constituait le seul « rempart » contre une famille malhonnête cherchant à faire signer quelque papier ou à extorquer une signature à l'aliéné. Avant le vote de la loi, c'était en effet les familles qui faisaient signer une procuration à l'aliéné (à moins que l'administration, en l'absence de famille, ne demande au tribunal civil d'exercer les droits des aliénés).

Ferrus s'insurgeait contre cela (avec un décalage étonnant par rapport à ses contemporains qui rechignaient rarement devant des responsabilités ou des pouvoirs accrus) :

« Cette autorité exclusive du médecin m'a toujours paru exorbitante et je me suis fortifié dans cette opinion par les difficultés majeures que j'éprouve à l'exercer. » (20)

Falret aussi estimait que l'arbitrage des décisions au cas par cas par le médecin était dangereux et arbitraire bien qu'il estimât que le médecin était la personne la mieux placée pour se prononcer sur l'intégrité des facultés mentales d'un patient à un moment donné. Il se ralliait donc à l'avis de Ferrus et militait pour clarifier ce point qui manquait au premier projet de la loi. (17)

Les parlementaires étaient partagés quant à la nécessité d'une mesure systématique de protection des biens durant l'hospitalisation ; les avis les plus réservés s'expliquaient par la publicité excessive qu'aurait pu avoir cette mesure, et par le coût et l'inutilité d'une telle protection pour les petites fortunes. Les plus engagés en faveur de cette mesure dénonçaient le risque que les familles après avoir sollicité l'enfermement dilapidassent tranquillement la fortune de leur proche. (1)

Par ailleurs durant les discussions, les pairs insistèrent beaucoup pour que les descendants ne puissent être nommés curateurs de leurs parents. *« Les exemples d'enfants qui ne remplissent pas envers leurs parents les obligations sacrées que la nature leur impose, surtout lorsqu'ils sont mis en présence de leurs propres intérêts, ne sont pas assez rares pour qu'ils ne doivent pas exciter toute la sollicitude du législateur. »* (Séance du 22 mai 1838-Rapport par M. le marquis Barthélémy au nom d'une commission spéciale) (1)

Il fut donc décidé lors de la rédaction du texte de loi, que les commissions de surveillance ou les commissions administratives, exerceraient à l'égard des personnes placées et non interdites, la fonction d'administrateur provisoire ; un de leurs membres devrait être désigné à cet effet. Il était même prévu que les sommes perçues au nom de l'aliéné transitent par les caisses de l'établissement (et soient éventuellement utilisées dans l'intérêt de l'aliéné) !

Néanmoins, sur la demande de la famille, de la commission administrative ou du procureur, le tribunal pouvait nommer un administrateur provisoire extérieur à l'établissement.

De même un mandataire spécial était systématiquement nommé par le juge en cas d'engagement dans une procédure judiciaire de l'aliéné au moment de son placement.

L'ensemble de ces dispositions cessaient de plein droit dès la sortie de la personne de l'établissement, ce qui amenait un changement considérable par rapport à la mesure d'interdiction : la mesure de protection des biens s'adaptait à l'évolution de la conception de la folie comme un mal possiblement réversible.

Il est tout à fait intéressant de constater à ce sujet que le droit revenait à des mesures de protections des biens qui avaient déjà été définies auparavant par le droit Romain (Loi des XII tables) au V^{ème} siècle avant JC. A cette époque, la curatelle était attribuée à la figure d'autorité de la famille, de manière systématique, sans en passer par un tribunal, lorsque l'état mental d'une personne de la famille ne lui permettait pas de gérer correctement ses biens. Quelques siècles plus tard ces mesures avaient été attribuées par voie prétorienne.(11)

)oLa loi reflétait la tendance hypercentralisatrice

L'esprit même du projet de loi était nourri par une volonté d'hypercentralisation, que ce soit du côté de l'état, avec la volonté de surveiller et d'uniformiser les pratiques, ou que ce soit du côté de la médecine, avec la volonté d'Esquirol d'exporter en Province une manière unique de soigner, correspondant à la théorie de l'isolement qu'il avait exposée.

Tous les ordres, les consignes, les nominations (directeurs et médecins) émanaient effectivement du gouvernement, comme en témoigne la loi.

De même, les informations émanant de chaque asile devaient remonter de manière systématique au ministère : on s'aperçoit ainsi qu'au départ, le ministre devait être avisé par une lettre particulière de l'entrée et de la sortie de chaque aliéné, mais leur nombre augmenta si vite qu'il décida dès 1842, qu'une liste établie tous les dix jours serait amplement suffisante, et par la décision de décentralisation du décret du 25 mars 1852, les informations ne furent ensuite envoyées qu'au préfet à partir de 1861.

Selon le même principe de « remontée » des informations, le ministre souhaitait que lui soient transmis des rapports sur l'activité de chaque interne, afin de pouvoir procéder aux nominations de la manière la plus éclairée. Autre exemple anecdotique : un directeur ne pouvait pas s'absenter plus de deux jours sans l'autorisation du ministre de l'intérieur...

Si elle ne l'était pas tellement au niveau étatique, au niveau départemental la centralisation était questionnée : Esquirol et Falret estimaient que la décision d'internement devait pouvoir être prise par le maire plutôt que par le préfet car le maire était susceptible de détenir une meilleure information par rapport à la situation du fait de la proximité.

)p « Ménager la susceptibilité des familles » et la question de la mixité des établissements

Les aliénistes étaient quasiment tous d'accord pour dire qu'on ne devait tolérer aucun établissement mixte, c'est-à-dire aucun établissement accueillant aussi bien des aliénés que

d'autres pathologies ; il est probable qu'ils cherchaient ainsi à éliminer la concurrence des non-spécialistes qui étaient le plus souvent à la tête de ces établissements. (21).

Esquirol dans son mémoire de 1818 exposait aussi ses craintes de voir le soin aux aliénés compromis dans un établissement mixte : *« on n'aura pour les aliénés que de mauvais infirmiers ; car les meilleurs sujets préféreront le service plus facile, moins pénible, moins dangereux du reste de l'hospice ou du dépôt. Le service de santé sera fait avec moins de zèle ; car le médecin de l'hospice ou du dépôt aura trop à faire : il négligera les aliénés dont le traitement offre moins de chances de guérison que celui des individus atteints de maladies aiguës. La portion de l'établissement destinée aux aliénés deviendra un épouvantail ; elle servira de prison, elle sera un lieu de punition pour les habitants du reste de la maison, ce qui exercerait une influence funeste à la guérison des aliénés qui en seraient susceptibles »* (15)

Un grand nombre de parlementaire (Roger et Boudousquié notamment) s'opposèrent à cette restriction, dans le souci de ménager la liberté et la « *susceptibilité des familles* » : en effet, faire enfermer l'un de ses proches dans un établissement exclusivement consacré aux aliénés n'offrait aucune garantie de discrétion vis-à-vis d'une pathologie que la plupart des familles tenaient cachée, tandis que le faire enfermer dans un établissement offrant une étiquette plus ambiguë, pouvait offrir le « bénéfice du doute » au regard de l'opinion publique et le processus d'internement risquait moins de nuire à la réputation de la famille. Le ministre lui-même avait exprimé cette préoccupation dans sa circulaire explicative, avec le souci de fournir un moyen curatif, tout en préservant l'honneur des familles. (38)

Pour Esquirol et Falret, c'était plutôt l'interdiction qui avait un caractère désastreux en terme de publicité, et il n'iaient la plus grande confidentialité qu'auraient soit disant offert des établissements mixtes.

Cette position témoignait avant tout d'un souci de confidentialité, qui paraissait impératif dans le cas d'une pathologie si honteuse.

Pour finir, la mixité des établissements fut tolérée dans la mesure où les locaux destinés aux aliénés resteraient totalement séparés du reste de l'établissement.

) Quelle attitude adopter vis à vis des congrégations religieuses pourvoyeuses du personnel d'un grand nombre d'établissements ?

La question des religieux fut tout aussi présente au cours des débats. Le pivot de la discussion était l'aspect financier très avantageux que conféraient les services d'une congrégation religieuse.

L'investissement professionnel du personnel laïc était en effet très médiocre. Ils n'étaient pas formés à cette tâche, se montraient parfois instables sur le plan professionnel, demandant des gages plus élevés. En outre, on les choisissait plus sur le gabarit que sur une motivation particulière à exercer cette profession ; il faut rappeler aussi qu'une partie de ce personnel était également issue de la population des malades, choisis parmi les convalescents.

La science et l'administration se voulaient laïques sans la moindre équivoque, mais il fallait se rendre à une évidence : les religieux fournissaient une énorme partie du personnel soignant, avec un zèle inégalable, et pour une somme si modique qu'on ne pouvait pas faire abstraction de l'avantage matériel incontestable que constituait leur action auprès des insensés.

Montalivet, ministre de l'intérieur doctrinaire, proposa lors des discussions du projet de loi un compromis avec l'acceptation de tous les établissements à condition que la science y soit bien pratiquée avec une place reconnue aux médecins :

« Là où existent des établissements laïques, où toute la science est pratiquée, où l'ordre subsiste, nous pensons qu'il est bon de les soutenir, de les protéger. Existe-t-il, au contraire, des établissements dirigés par des congrégations religieuses autorisées par les lois ; si l'ordre y existe, si la science y est bien pratiquée, si on ne lui ferme pas la porte de l'asile des aliénés, comme à une sorte d'invention mondaine, nous nous empresserons aussi de protéger, de maintenir ces établissements. »

Les parlementaires après de longues discussions passionnées décidèrent d'accorder ce maintien, uniquement lorsque ces asiles existaient déjà, mais avec une surveillance administrative stricte.

Malgré cette tolérance des religieux dans les institutions, la tonalité anticléricale resta nette et fut le début d'une rivalité entre aliénistes et pouvoir administratif d'une part, et les religieux d'autre part, que le texte de loi ne permettait absolument pas de clarifier.(21)

En ce qui concerne les établissements publics, peu après la parution du plan idéal préconisé par Esquirol, quelques asiles avaient été construits selon ses indications. Esquirol fit un nouveau tour de France juste avant le vote de la loi de 1838, qui lui permit de constater que son œuvre avait eu une influence certaine au travers de toute la France où se généralisait la question de l'amélioration des conditions de prise en charge des aliénés, aussi bien sur le plan architectural que par rapport aux soins prodigués.

Dans son ouvrage *Des maladies mentales* (16), il listait les principaux établissements publics (c'est-à-dire dirigés par une administration laïque, mais recrutant la plupart du temps une congrégation religieuse parmi les membres du personnel). *Cf carte dans pages suivantes.* Ceux-ci avaient été ouverts soit à partir de nouvelles constructions, soit par la réhabilitation de dépôts de mendicité ou de bâtiments religieux

- ❖ L'asile de Saint-Yon (où oeuvrèrent Foville, puis Parchappe
- ❖ L'asile du Mans (1834)
- ❖ L'asile de Marseille (1833), construit sur le modèle esquirolien.
- ❖ L'asile de Nantes (1834)
- ❖ L'établissement d'Aurillac fondé en 1836 et qui présentait de grandes analogies avec celui de Nantes car il partageait lui aussi son site avec l'hospice civil dont il était une grande division
- ❖ L'établissement de Montpellier (1822) où un bâtiment esquirolien avait été ajouté à l'Hospice du Saint-Esprit
- ❖ L'asile de Lafond (près de la Rochelle)
- ❖ Le Couvent de force de la région bordelaise
- ❖ Les asiles de Lyon situés à Fourvière, et à l'Antiquaille
- ❖ Les établissements du Nord (à Lille pour les femmes, Armentières pour les hommes, et Saint-Venant)
- ❖ L'asile de Toulouse (hôpital de la Grave) où oeuvra Delaye
- ❖ L'asile de Poitiers

- ❖ L'établissements de Saint-Méen à Rennes(1835) où oeuvra Chambeyron
- ❖ L'établissement de Fains,
- ❖ L'établissement de Saint-Dizier,
- ❖ L'établissement de Quimper,
- ❖ L'établissement d' Alençon,
- ❖ L'établissement de Chalons sur Marne.
- ❖ L'établissement de Strasbourg
- ❖ L'établissement de Grenoble.

Esquirol cite aussi des particularités locales :

- ❖ L'hospice de la providence de Saumur, où les cellules des aliénés étaient creusées dans la roche, formant des habitations troglodytes. C'est d'ailleurs dans cet établissement que Bouchet exerça quelques années avant de venir à Nantes.

Ce plan eu donc vite fait le tour de France, avec une influence inégale selon les régions, et bien souvent une limitation essentiellement financière, la construction des asiles rivalisant forcément avec de nombreux autres projets locaux.

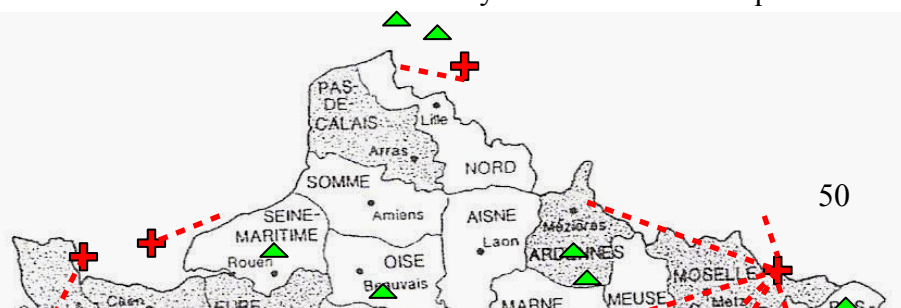
Les religieux de leur côté bâtissaient beaucoup plus, et suivaient de loin le plan d'Esquirol. Ils correspondaient principalement à trois grands ordres qui avaient œuvré à compléter la construction de ce patrimoine asilaire dès la restauration, prenant une avance considérable par rapport aux établissements publics : il s'agissait de l'ordre de Saint-Jean-de-Dieu, de l'ordre de Saint-Marie-de-l'assomption, et de l'ordre du Bon-Sauveur.

La pression mise par le gouvernement sur les départements pour qu'ils se munissent rapidement d'accords avec des asiles susceptibles de recevoir leur population fut en fait assez favorable aux religieux car leurs asiles furent souvent préférés par les départements, du fait de leurs tarifs toujours plus intéressants ; ils firent parfois même de la concurrence à des établissements laïcs plus proches des départements mais plus chers (exemple de Limoges). Ces établissements religieux s'agrandirent donc considérablement après le vote de la loi de 1838. L'état, malgré l'évidence des faits ne leur accorda pourtant jamais une totale reconnaissance, incitant les départements à la prudence et leur recommandant de ne jamais signer un accord avec ce type d'établissement pour une durée de plus de un an.

Répartition des asiles en France en 1842

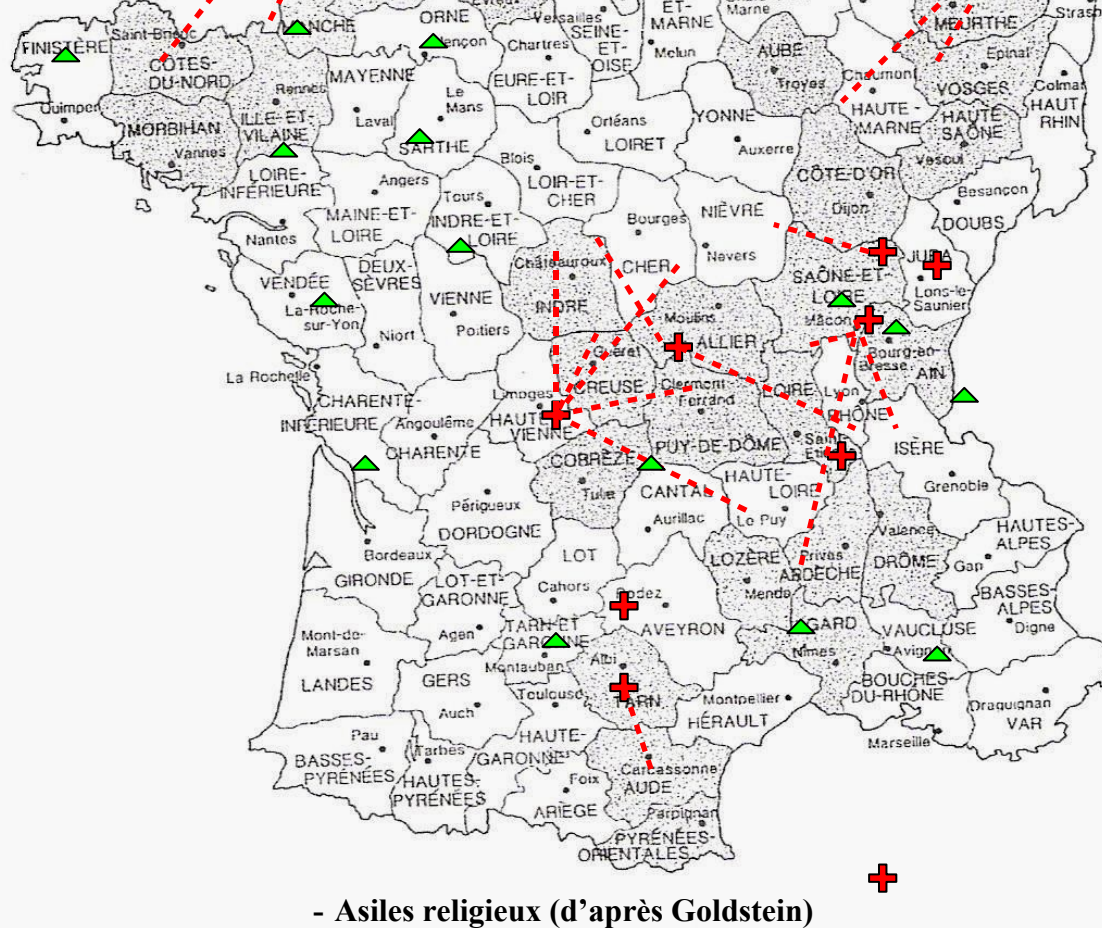
En 1842 treize asiles entièrement religieux fonctionnaient comme établissements départementaux de référence (Esquirol par contre, les ignorait volontairement dans Des maladies mentales, ne considérant que les établissements publics ; il concédait cependant que l'asile du Bon Sauveur de Caen et celui de la Guillotière à Lyon recevaient une quantité

suivie l



ci-dessous

- ❖ Les
- ❖ L'a
- ❖ L'a
- ❖ L'a
- ❖ L'a
- ❖ L'a
- ❖ L'a
- ❖ L'a
- ❖ L'a
- ❖ L'a



- ❖ L'asile de Lehon dans les Côtes du Nord desservant les départements des Côtes du Nord et du Morbihan
- ❖ L'asile de Lommelet dans le Nord, desservant le Pas-de-Calais.
- ❖ L'asile Saint-Pierre et Saint-Paul à la Guillotière près de Lyon, desservant la Drôme, le Gard et la Loire.

Ces trois derniers établissements étaient dirigés par l'ordre de Saint-Jean de Dieu (dirigeant en France depuis 1601 plusieurs hôpitaux) qui fit beaucoup parler de lui notamment par les propos très rejetants de Frère Hilarion vis à vis de la science médicale. On verra d'ailleurs plus loin que cet ordre fut pressenti à une époque pour implanter un asile à Nantes, mais que le préfet se rétracta sur les conseils du ministre de l'intérieur. Certains établissements dirigés par cet ordre durent être mis à l'écart progressivement du fait de leur incompatibilité avec l'esprit de la loi de 1838, et surtout du fait de leur résistance extrême à reconnaître leur place aux médecins.

Ces difficultés de cohabitation entre religieux et aliénistes trouvaient leur explication dans la rivalité ancienne qu'ils entretenaient, revendiquant chacun l'exclusivité du traitement moral s'apparentant à la consolation religieuse.

Les religieux étaient en conséquence soumis à une surveillance très stricte de la part des administrateurs et des médecins dans les établissements, et on limitait volontairement leur influence avec pour argument principal la crainte de voir s'aggraver les monomanies religieuses. Un patient ne pouvait ainsi pas voir un prêtre ou se rendre à la messe sans autorisation médicale.

Les rapports d'activité ultérieurs et les nombreuses observations rapportées par les préfets montrèrent d'ailleurs que le reproche le plus fréquent qui était fait aux établissements privés était l'absence de soins spécifiques, même si les conditions de vie étaient bonnes, et trop de zèle religieux parfois, remplaçant la science.

Ailleurs, c'était le médecin qui était placé au centre de la surveillance des religieux : on cite souvent le cas de Chambeyron à l'asile de Saint-Méen de Rennes, où il était l'objet de la suspicion permanente des sœurs, qui contrecarraient toutes ses décisions, et finirent même par le suspecter d'abus sur certaines patientes ; il lui était devenu impossible de voir une patiente seule, puisque la supérieure ordonnait qu'il soit partout accompagné.

Le vote de la loi le 30 juin 1838 et la construction des premiers asiles :

Le vote définitif eut lieu le 14 juin 1838, et la loi fut adoptée à 216 voix contre 16. (39)

D'après une enquête menée en France en 1874, 3 asiles seulement furent construits en France entre 1838 et 1852 (les nouveaux bâtiments de Charenton, l'asile de Rodez et celui de Blois), et la fureur de la construction ne vint que plus tard. Lantéri-Laura constatait dans un de ses livres (*La chronicité en psychiatrie-1997*) :

« [Pour] *les asiles comme [pour] les chemins de fer, le régime Louis-Philippe en invente les plans, mais ce n'est que le second empire et les débuts de la troisième république qui mettront en place les voies ferrées et les établissements psychiatriques* ». En effet, on constate une période de latence d'environ quinze ans avant que les constructions ne se multiplient ; elles se firent principalement sous le second empire, avec en particulier l'œuvre architecturale du Baron de Haussmann (avec Sainte-Anne par exemple). Ces travaux étaient devenus d'autant plus nécessaires qu'après le vote de la loi, on observa une explosion du nombre de demandes d'internement (ce qui aurait rendu l'utilisation du terme de grand renfermement plus juste à cette époque), avec une moyenne de un médecin pour 400 à 500 malades dans certains endroits. Dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, Parchappe se pencha aussi depuis son poste d'inspecteur du service des aliénés, sur tous les plans d'asiles proposés, qu'il analysait et évaluait. Une quinzaine d'asiles furent construits entre 1850 et 1870, puis avec la défaite de 1870, les travaux s'arrêtèrent pour reprendre en 1880 avec une série de bâtiments d'architecture très médiocre.

Avant ces constructions furent favorisés les travaux d'aménagement des établissements publics déjà existants (hospices, dépôts de mendicité).

La suite du développement des asiles, suivant les aléas de la politique

La loi de 1838 avait défini les aliénistes comme des fonctionnaires et les rendait donc extrêmement vulnérables par rapport à l'état. Comme on l'a dit, l'avènement du second empire fut globalement favorable à la continuité de la construction du réseau d'asiles. De plus, ce gouvernement sut aussi témoigner publiquement de son estime lorsqu'il missionna les psychiatres pour aller enrayer une épidémie de maladies nerveuses en Savoie qui venait d'être annexée à la France (« *le mal de Morzine* »).

Cependant, les libéraux qui avaient permis l'élaboration de la loi de 1838 étaient à présent dans l'opposition, tandis que les psychiatres étaient inclus dans la dynamique étatique. Ce fut donc à l'origine d'un conflit de loyauté pour les psychiatres, dont on attendait à présent une position politiquement irréprochable, avec notamment la nécessité de mettre en « veilleuse » les doctrines somatistes...pour le plus grand bonheur du clergé !

A la même époque, Sainte-beuve prônait la séparation de la quête de la vérité scientifique et les pouvoirs politiques.

Après la chute du second empire, le positivisme put à nouveau s'afficher plus librement ; les travaux de Charcot furent d'ailleurs basés sur cette théorie. La génération des républicains qui avaient constitué l'opposition au second empire était imprégnée du Romantisme des années 1840, profondément positiviste et anticléricaliste.

Durant la troisième république persista un lien idéologique étroit entre le régime politique et la psychiatrie. Ceci fut à l'origine d'un véritable effort de laïcisation du système asilaire.

A partir de 1874, les aliénés furent à nouveau délaissés par l'état, avec une abolition de l'obligation de subvenir aux dépenses des aliénés enfermés. Ceux-ci purent survivre essentiellement grâce à l'autarcie qui s'était développée par l'organisation de leur travail à l'intérieur des établissements.

Vers 1879-1880, les aliénistes prirent la décision de provoquer une réelle confrontation avec l'Eglise, là où la querelle avait été enfouie et où l'on tentait de cohabiter dans les asiles. Les premières écoles infirmières laïques furent créées. Ce programme de laïcisation était, d'après ses partisans, garant de la « *méthode scientifique* » contre l'esprit métaphysique. Bourneville tenta de débarrasser la Loi de 1838 de la disposition autorisant les asiles religieux à remplir la fonction officielle d'asiles départementaux, tandis que dans le même temps Jules Ferry « *travaillait à arracher l'éducation au contrôle de l'Eglise au niveau national* » mais Bourneville ne parvint pas à ses fins. Les multiples propositions de révision de la loi furent toutes refusées.

C'est seulement en 1968 que la loi fut modifiée par de nouvelles modalités de protection des biens, puis dans le début des années 1980 qu'on vit apparaître la loi sur le secteur, avant qu'en 1990 ne soit élaboré un nouveau texte de loi concernant les soins psychiatriques sous contrainte.

La création de l'asile Saint-Jacques de Nantes

— Avant Saint-Jacques : le Sanitat

Son histoire

A Nantes, le premier établissement destiné à recevoir les aliénés fut le Sanitat (cf annexe P 159) ; celui-ci eut pour commencer toute autre vocation puisqu'il avait été aménagé en catastrophe en 1569 afin d'accueillir et de mettre en quarantaine les pestiférés ; c'est la propriété de l'Asnerie qui avait été réquisitionnée devant cette nécessité, et qui fut vendue à la ville de Nantes 3 ans plus tard.

En 1602 l'Asnerie prit officiellement le nom de Sanitat, en s'agrandissant d'une propriété voisine. L'établissement s'agrandit encore au fil des années, atteignant une surface de 4 hectares, limitée au sud par la Loire (qui correspond aujourd'hui à l'emplacement de l'église Notre-Dame-Du-Bon-Port et du quartier qui l'entoure).

Après la vague d'épidémies, le Sanitat fut utilisé pour la détention de prisonniers, puis la ville décida d'en faire un hôpital général, inspiré par l'exemple de la Salpêtrière à Paris. Mais cet hôpital n'était pas destiné en premier lieu à l'accueil des malades, il devait servir à l'accueil de nombreux éclopés, mendiants et vagabonds, errant dans les villes et causant des désordres depuis les troubles de la Fronde.

Cette nouvelle vocation de l'établissement allait de pair avec la politique du « Grand renfermement » décidée à l'époque par Louis XIV. (41)

Sa population et son fonctionnement

Dans l'esprit du Grand renfermement, il ne s'agissait donc pas d'une mission de soins, mais plutôt (et de la même manière qu'au temps des pestiférés) d'une structure devant permettre l'accueil d'une population dangereuse ou génératrice de troubles de l'ordre public. Il fallait restaurer la sécurité et l'ordre à Nantes comme dans le reste de la France.

L'enfermement visait donc à protéger la population extérieure mais pas particulièrement à organiser des soins pour les reclus. Il s'agissait de « rééduquer » une population par le travail, la religion en l'encadrant et en l'employant à des travaux divers. Les patients qui relevaient de soins somatiques importants étaient transférés à l'Hôtel-Dieu.

D'après Morin (26), suite à la Fronde, on trouvait près de 7000 mendiants à Nantes.

Les aliénés y furent aussi accueillis à partir de 1676, d'après les observations de Deluen, élève interne dans cet établissement. Il s'agissait au début de cas isolés, et acceptés dans l'établissement avec beaucoup de réserves puisque cela nécessitait une transgression du règlement initial de l'établissement ; on faisait donc payer ces places à prix d'or.

C'est en 1699 seulement que fut décidée la construction de trois loges permettant d'enfermer des folles. Des lettres patentes furent accordées au Sanitat par Louis XV le 20 août 1760, rédigées en ces termes à l'article 4 :

« Voulons que dans le lieu dudit hôpital, appelé refuge soient renfermées à l'avenir, comme ci-devant, les filles et femmes débauchées et de vie scandaleuse ; comme aussi aux loges dudit lieu, les insensés fous et furieux ; ce qui néanmoins, ne pourra se faire qu'en vertu de nos ordres ou d'ordonnance des juges à qui la connaissance en appartient, à l'effet de

constater juridiquement l'irrégularité de la conduite ou l'état des personnes qu'on voudra faire renfermer » (6)

Des dispositions furent alors prises pour que les fous puissent être véritablement reçus, et on réalisa de nouveaux travaux en 1782.

En réalité, durant plus de 150 ans, les fous furent logés dans de véritables cachots, décrits par Bouchet et Esquirol dans leurs rapports sur les établissements. Vers le milieu du XIX^{ème} siècle, avec les nouveaux principes nationaux édictés pour le traitement des aliénés, ils furent un peu mieux logés, dans des dortoirs (notamment lors de la construction du quartier Sainte-Marie en 1824, sous l'influence de Tollenare).

A l'époque, comme le soulignent les lettres patentes, on constatait « juridiquement » la pathologie mentale puisqu'elle était plus ou moins mise sur le même plan que les autres causes de troubles de l'ordre public. Le médecin n'avait pas encore une place reconnue dans la démarche d'internement.

Cependant, le Sanitat comportait tout de même outre du personnel religieux, un médecin avec quelques internes (on citera Treluyer, nommé docteur médecin du Sanitat en l'an 12 et qui s'occupa particulièrement des aliénés jusqu'à leur transfert à Saint-Jacques (51-a); les gens de service étaient souvent pris parmi les pensionnaires les plus valides.

Il y avait donc quand même une activité de soins, destinée à la population de l'établissement. Cette activité voisinait cependant avec un tout autre commerce, puisque les artisans avaient la possibilité d'installer leurs échoppes dans les cours du Sanitat en payant un loyer et à condition de former les orphelins (une partie des orphelins en bénéficiaient, et les autres étaient placés dans la mesure du possible dans des familles à la campagne). C'était l'excellente situation du Sanitat en centre ville qui permettait de faire fonctionner cet arrangement.

Par ailleurs, tous les pensionnaires valides participaient à divers travaux qui arrondissaient les finances de l'établissement ; certains participèrent ainsi par exemple à la construction du quai de la Fosse. (41) Chacun était donc employé à hauteur de ses moyens pour participer au financement général.

Quelques personnes demandaient aussi à y finir leurs jours (vieux prêtres, officiers retraités...); ils y étaient admis moyennant finances, et constituaient la catégorie des pensionnaires volontaires. (41)

Il convient de préciser que le Sanitat ne recevait aucune aide financière de l'état ou de la ville ; la période post-révolutionnaire avait été particulièrement difficile car les privilèges accordés aux hôpitaux sous l'ancien régime avaient été abolis, ce qui fut à l'origine d'une pénurie de soin, accentuée par le départ des religieuses sous l'influence de ce même mouvement révolutionnaire; et ce n'est qu'en 1796 que ces privilèges purent être rétablis.

Le Sanitat devait donc vivre sur ces privilèges, les legs, la charité publique et les revenus occasionnés par les divers travaux des pensionnaires ou les locations des échoppes dans l'hôpital.

Les raisons qui imposèrent de construire un nouvel hospice

) a La dégradation des locaux

L'abolition des privilèges des hôpitaux durant la période révolutionnaire eut pour autre conséquence de rendre impossible la réalisation des travaux qui auraient permis l'entretien et la conservation de ces bâtiments. Un rapport daté de 1822 sur l'état du Sanitat le décrit comme complètement délabré, et compromettant « *la sûreté et même l'existence des personnes qui habitent cette maison* ».

Ces travaux, et notamment ceux destinés à l'agrandissement, auraient néanmoins rencontré rapidement des obstacles à leur réalisation, compte tenu de l'extension du quartier alentour, devenu très commerçant.

D'autre part, la proximité de la Chézine contribuait à rendre les locaux insalubres par l'humidité et la pollution de ses eaux.

Cette dégradation des locaux, aggravée par son encombrement rendit bientôt inéluctable la nécessité de pouvoir accueillir cette population ailleurs.

) b Des conditions d'hébergement misérables

Dès 1676, Les aliénés y furent accueillis dans d'épouvantables conditions. Esquirol en visitant les lieux en fit les commentaires suivants :

« Les habitations des aliénés étaient affreuses. Nulle part je n'ai vu plus de luxe de verrous, de barres de fer pour refermer les portes des cachots. Ces cachots étaient pavés en grès comme des rues. De petites ouvertures pratiquées à côté de la porte étaient garnies de barres de fer et d'un volet. Tout près de cette ouverture, il appendait une chaîne scellée au mur par un bout et portant à son autre extrémité un vase en fonte, ressemblant assez bien à un sabot dans lequel les aliments étaient déposés et passés à travers les barreaux des ouvertures. » (14)

Bouchet paraissait bien du même avis lorsqu'en 1839 il décrivait les loges comme :

« Exhalant à l'intérieur l'odeur infecte des latrines qui s'y trouvaient ; présentant pour tout meuble de la paille sur un plancher humide et disjoint par d'énormes rats et une espèce de gamelle en fer (...) dans laquelle les aliénés happaient leur aliments comme les chiens de basse-cour happent les restes de cuisine dans les terrines de terre... ». (6)

Ceci existait encore à une époque où, quinze ans plus tôt, une circulaire ministérielle datée de 1819 stipulait que :

« Les loges souterraines doivent être abandonnées. Les aliénés, même les plus furieux ne doivent jamais être laissés couchés par terre ou sur le pavé. Les serviteurs ne doivent jamais être armés de bâtons, de nerfs de bœuf, de trousseaux de clés, ni accompagnés de chiens (...) le médecin doit visiter les malheureux au moins une fois par jour »

Les agités étaient donc reclus dans ces cellules, tandis que les autres insensés, plus calmes, se mêlaient à la population des vieillards dans des dortoirs.

) cL'augmentation de la population

Entre 1751 et 1826, le nombre d'aliénés accueillis par le Sanitat passa de 14 à 133, pour un nombre total de lits qui passa sur la même période d'environ 600 lits à un peu plus de 800.

Dès que des travaux étaient exécutés pour pouvoir recevoir plus d'aliénés, les places étaient très rapidement prises.

Les aliénés y étaient d'ailleurs parfois admis au-delà de la limite de ces places, puisqu'on s'aperçoit, en consultant les archives (50-a) qu'en 1825, pour 127 aliénés, le Sanitat ne comportait que 97 loges, et qu'une même loge accueillait donc parfois plus d'un aliéné... Celles-ci faisaient 10 pieds de long, 6,5 de large et 7 de haut). De plus, il est indiqué qu'au même moment, 46 aliénés attendaient à l'extérieur de pouvoir être accueillis dans la structure.

-sDifférents projets pour un nouvel établissement

.iConstruire sur l'ancien hospice des orphelins

Le projet initial de faire construire un hôpital réservé aux aliénés à l'emplacement de l'ancien hospice des orphelins en y annexant la Maison de la providence tenue par des Soeurs fut évoqué en 1814.

En 1816 un rapport favorable fut rendu après étude des locaux et du terrain, et en 1817, le sous-secrétaire d'état du département de l'intérieur demandait en conséquence à ce que tous les travaux d'agrandissement du Sanitat fussent suspendus :

« je dois regretter d'autant plus que ces travaux soient presque terminés qu'ils me paraissent sans objet, comme sans utilité, puisque tout me porte à croire que la maison des orphelins sera convertie en maison centrale pour le traitement et la réclusion des insensés » (51-b)

Il proposait en attendant la réalisation de ce projet que les aliénés ne trouvant pas de place au Sanitat puissent être accueillis provisoirement au dépôt de mendicité de Pirmil.

L'architecte Ogée commença à établir des plans en prenant conseil auprès d' Esquirol. Le nouveau bâtiment devait pouvoir recevoir 1200 personnes, permettre le traitement des aliénés curables, et l'enfermement des incurables. La construction fut prévue de manière progressive pour que la comission administrative puisse faire face aux dépenses. Ce projet fut abandonné, probablement pour des raisons financières. (10)

Agrandir le Sanitat

Pendant que s'élaborait ce projet de nouvel établissement en place de l'ancien dépôt des orphelins, la situation allait de mal en pis au Sanitat : en 1816, le Maire adressa une lettre au préfet où il déclarait que 27 « fous furieux dangereux » n'avaient pas pu être admis au Sanitat en dépit de leur état.

C'est à ce moment que furent entrepris les travaux d'agrandissement dont le ministère de l'intérieur allait réclamer l'arrêt ; en dépit de cette injonction, et devant la nécessité absolue d'accueillir les insensés, les travaux furent exécutés en l'absence d'autorisation.

Après l'abandon du projet de reconstruire sur l'ancienne maison des orphelins, de nouveaux plans furent élaborés en 1819, puis 1822 pour agrandir le Sanitat. Pour financer ce projet d'agrandissement, la commission administrative décida de vendre des propriétés et de réaliser des économies en n'engageant qu'un seul receveur pour tous les hôpitaux de Nantes ; c'est Louis François de Tollenare, philanthrope très investi dans la cause des aliénés, qui fut nommé en 1823, apportant de plus à la commission administrative un cautionnement de 41 000 francs. Sous son impulsion, les travaux du quartier Sainte-Marie se terminèrent en 1824.

Rachat du dépôt de mendicité par l'ordre de Saint-Jean de Dieu

En 1825, les autorités réclamèrent à nouveau l'arrêt des travaux ; c'est qu'une proposition intéressante venait de se faire connaître, possible source d'économie : en effet, les frères de l'ordre de Saint Jean de Dieu proposaient de racheter le dépôt de mendicité et d'y faire construire à leurs frais un établissement pour les aliénés.

Les travaux au Sanitat s'avéraient comme on l'a vu de plus en plus nécessaires, mais avaient l'inconvénient de coûter cher, sans être vraiment satisfaisants sur le long terme.

C'est le préfet qui avait pris l'initiative de faire appel à cette congrégation religieuse, ayant déjà fait bâtir plusieurs établissements pour aliénés en France.

On retrouvait donc à nouveau l'idée d'un nouvel établissement qui remplacerait le Sanitat, trop compliqué à agrandir. Ce projet, sans cesse ramené aux discussions, témoignait de l'esprit de la loi de 1838 qui s'annonçait, dans le prolongement de la nouvelle médecine des aliénés décrite et enseignée par les psychiatres parisiens au sein des premiers asiles.

Le préfet expliquait avec enthousiasme dans une lettre datée d'avril 1825, que « *les moyens curatifs adoptés par les frères de la charité, [étaient] conformes aux indications de la nature et de l'humanité la plus compatissante, et plus moraux que physiques* ». Il poursuivait en arguant de l'absence de loges insalubres dans leurs établissements, même si « *des mesures de précautions et de surveillance [étaient] prises à l'égard des plus furieux* », Par ailleurs, « *on [laissait] tranquillement errer ceux dont la démence [était] calme et mélancolique. Des consolations douces et religieuses [étaient] accordées à ceux qui [jouissaient] de quelques moments lucides, et enfin on [avait] recours aux ressources de l'art pour calmer, autant que possible, l'effervescence du sang et de l'exaltation du cerveau des malades.* » (50-a)

Il concluait en estimant qu'il s'agissait d'une offre très avantageuse et qui aurait permis, avec l'argent retiré de la vente du dépôt de mendicité, de reconstruire le palais de justice sur la place du Bouffay.

Le ministre de l'intérieur tempéra cependant l'optimisme du préfet, en l'incitant à la prudence, compte tenu notamment de l'absence de caractère légal de cette congrégation.

En octobre 1825, il renouvela ses injonctions à la prudence, évoquant des plaintes qui lui étaient parvenues au sujet d'autres établissements tenus par ces frères en France :

« *Il est surtout essentiel de vous assurer de certaines opinions des frères qui paraissent disposés à regarder la folie comme une maladie de l'âme, contre laquelle tous les remèdes corporels seraient impuissants* », expliquait il, « *J'ai, à ce sujet, des renseignements qui ne me laissent pas de doutes, & je sais même qu'il s'est passé, à Lyon et à Montbrison, des scènes fâcheuses, sous tous les rapports.* » (50-a).

En effet, dans cette congrégation on retrouvait le Révérend Père Tissot, nommé frère Hilarion, qui s'illustra à plusieurs reprises par des propos disqualifiant la médecine, et exaltant les vertus de la religion dans le traitement de la folie, ce qui ne pouvait qu'attirer la méfiance des administrateurs et des médecins :

« Si les médecins ont paru guérir quelquefois, mais rarement, des énergumènes ou aliénés d'esprit, sans les moyens spirituels, c'est que le démon, par permission de Dieu, s'est retiré volontairement des possédés, ou a cessé d'opérer manifestement en eux pour tromper les médecins (...). Mais les prétendues guérisons, (...) ne sont que de fausses guérisons, parce que le démon revient ordinairement après un certain laps de temps. Pour traiter un possédé selon les règles de la science et de l'expérience, il faut un saint exorciste et un pieu médecin (...). J'ai guéri constamment par la foi, la prière et le jeûne, depuis plus de vingt ans, dans les divers hospices d'aliénés que j'ai fondés (...) »

Les administrateurs décidèrent donc en décembre 1825 de ne pas donner suite à cette offre pourtant très arrangeante sur le plan financier ; de Tollenare, en particulier, se montra très hostile à ce projet.

Projet définitif d'un nouvel établissement en place du dépôt de mendicité

Tandis que l'enthousiasme manifesté pour le projet d'un établissement religieux mollissait, d'autres projets commençaient à se discuter, gardant l'idée d'un nouvel hôpital qui serait bâti en place de l'ancien dépôt de mendicité.

Un riche fonctionnaire en particulier, M. Bernard des Essarts proposa de financer lui-même la création de cet asile, mais le prix de pension en était trop élevé pour que le département s'y engage.

Quoiqu'il en soit, en décembre 1825, la commission administrative des hospices de Nantes (et sans doute sous l'influence de M. de Tollenare) décida de financer par elle-même ce projet. Les administrateurs tentèrent de souscrire un emprunt de 140 000 francs pour lequel il firent de la publicité (51-c), mais ils trouvèrent peu de gens disposés engager des fonds...et le projet fut à nouveau reporté en 1826, du fait de ces difficultés financières. La commission administrative acheta tout de même le terrain de Saint-Jacques cette année là. (50-b)

L'idée de vendre le Sanitat fit alors son chemin, compte tenu surtout du prix intéressant qu'on pouvait en tirer, au vu de sa situation très avantageuse, dans un quartier commerçant en plein essor.

Ce plan de financement paraissant réalisable, il restait à savoir quel type d'asile on allait construire ; M. de Tollenare fit plusieurs voyages en France et en Europe afin de visiter, comparer et décider quelle serait la disposition architecturale la plus intéressante à adopter. Il était par ailleurs très demandeur de conseils auprès d'Esquirol à qui furent soumis les plans.

Ce sont les frères Douillard, architectes, qui furent chargés de l'élaboration des plans de Saint-Jacques ; ceux-ci ne furent acceptés qu'en 1831 par le Conseil des bâtiments civils.

Ils prévoyaient en fait de réaliser un hôpital qui accueillerait non seulement les aliénés du Sanitat, mais aussi toute la population des orphelins, des vieillards et des indigents ; c'est donc toute la population du Sanitat qui allait être transférée dans ce nouvel établissement. Esquirol émit d'ailleurs beaucoup de réserves quant au projet d'un établissement qui ne serait pas exclusivement réservé au traitement des aliénés.

Au départ, il était question d'installer les orphelins et les vieillards dans l'ancien dépôt de mendicité, et le conseil de salubrité de la ville de Nantes avait été invité à se prononcer sur l'opportunité d'établir les aliénés en ce lieu ; leur rapport daté de juin 1826 concluait « *que l'ancien dépôt de mendicité [était] un local généralement salubre, par sa position et par la disposition des bâtiments* », « *que les eaux [étaient] abondantes et de bonne qualité* », par contre, il émettait quelques réserves et « *ne[prétendait] point en inférer que le dépôt de mendicité soit tel qu'il[était] actuellement disposé un local propre à recevoir des aliénés. Pour qu'il remplisse utilement cette nouvelle destination, il [était] indispensable que cet établissement soit modifié dans ses dispositions intérieures de manière à mettre les localités en harmonie avec les hommes* ». Le conseil des bâtiments civils s'estima du même avis lorsque le 4 juillet 1829, Mr Grillon, son rapporteur, déclara que l'hôpital actuel (en parlant de l'ancien dépôt de mendicité), ne présentait « *qu'une agglomération informe de bâtiments disposés sans ordre ni symétrie (...). Tout projet d'amélioration semblerait impossible, surtout si les constructions, comme il [était] présumable de le penser, [étaient] mauvaises. Il [était] presque probable qu'il faudrait ériger sur cet emplacement, d'ailleurs fort irrégulier, des constructions nouvelles qui coûteraient autant que celles projetées sur le nouvel emplacement* » (51-d)

Le projet initial de la conservation des locaux de l'ancien dépôt de mendicité fut donc abandonné.

La commission administrative procéda à l'achat de quelques propriétés alentour pour pouvoir y bâtir le nouvel établissement. Cela ne se fit pas toujours sans mal, certains propriétaires refusant de vendre leurs biens. Ainsi, le 20 juin 1834, les administrateurs demandaient dans un courrier à la commission des bâtiments publics dans quelle mesure ils pourraient avoir recours à des mesures d'expropriation. (51-d)

Le financement du nouvel hôpital fut donc élaboré de la manière suivante (*cf annexe P 158*) : la vente du Sanitat le 13 mars 1833 rapporta 611 254 francs, la vente d'autres propriétés des hospices de Nantes rapporta 229 912 francs, les subventions gouvernementales, sous la forme des ateliers de charité rapportèrent 150 000 francs et deux legs (Lemarié et Laubriaux) rapportèrent 150 000 francs; ces revenus équilibraient les dépenses à envisager qui étaient : l'achat du dépôt de mendicité pour la somme de 100 000 francs, les travaux de construction et de réparation sous la direction des architectes Douillard nécessitant la somme de 986 744F, et l'achat d'autres propriétés . (51-d)

–III Evolution des travaux jusqu'en 1834 :

Il ne fut prévu qu'une réalisation partielle de l'hôpital dans un premier temps, pour des raisons de financement.

Afin d'assurer la supervision des travaux, de Tollenare quitta provisoirement sa fonction de receveur des hôpitaux et la place fut confiée à son fils.

De plus, à une période où les difficultés financières se faisaient à nouveau sentir, le gouvernement de Louis-Philippe décida de prendre des mesures destinées à donner du travail aux ouvriers sans emploi pendant l'hiver : une somme de 5 000 000 de francs fut allouée à la France entière, dont 150 000 francs pour Nantes. L'état acceptait d'allouer cette somme à des travaux destinés à la ville, à condition que la ville fournisse le double de la somme, ce qui

revenait à un financement assuré pour un tiers par l'état.(51-d). Des ateliers de charité furent mis en place à cet effet. Le préfet décida de consacrer cette aide à la construction du nouvel hôpital. Les travaux débutèrent donc en décembre 1831, avec le soutien du ministre qui autorisa l'initiation de ces travaux après un examen en urgence du projet par le Conseil des bâtiments civils ; celui ci reconnut que « *cette nouvelle étude était parvenue à un degré de maturité suffisant pour être adopté* ».

Mais ce fut seulement le 2 mai 1832, 6 mois plus tard, que le ministre du commerce et des travaux publics approuva définitivement le projet ; l'adjudication générale eut lieu le 14 juin 1832.

Le 28 juillet 1832 eut lieu la cérémonie de la pose de la première pierre (51-e)

Les ateliers de charités organisés sous le gouvernement de Louis-Philippe avaient permis durant l'intervalle entre leur mise en place et l'approbation des plans du nouvel hôpital, de bien avancer les travaux de terrassement en bord de Loire. Ces ateliers occupaient 600 à 700 ouvriers. Ils se poursuivirent après l'obtention des autorisations, mais avec des subventions arrivant au compte-goutte de l'état qui aurait voulu que la ville paye au fur et à mesure les travaux dans la proportion de 2/3 des dépenses ; cependant, il ne fut pas possible pour la ville d'avancer ces frais dans un premier temps compte tenu du retard à la vente du Sanitat, pour lequel on voulait obtenir le meilleur prix possible.

En outre, les autorisations de travaux, trop longues à être obtenues, obligèrent parfois les entrepreneurs à débiter des chantiers dans l'illégalité ; on retrouve par exemple une lettre datée du 24 août 1834 signée du préfet de la Loire inférieure qui explique au ministre que si les travaux qui initialement devaient correspondre au devis de 568 932F finalement s'élèvent à la somme de 946 619F, c'est parce que des initiatives ont été prises par la commission administrative pour faire faire de nouveaux devis et travaux, en négligeant d'en référer au ministère, et il demande à celui ci de faire preuve d'indulgence pour épargner aux hospices une situation difficile. La commission administrative se vit ainsi faire plusieurs fois le reproche durant cette période par le préfet et le Conseil des bâtiments civils. Mais le temps pressait, d'une part du fait de la surpopulation souffrant de l'exiguïté des locaux du Sanitat, et d'autre part car le Sanitat avait été vendu, et que la date limite de mise à disposition des locaux était fixée au mois de septembre 1834. La commission administrative passa donc outre l'interdiction du préfet de poursuivre les travaux qui ne se trouvaient pas en conformité avec les autorisations ; le 21 août 1834, il se justifiaient en ces termes dans un courrier adressé au préfet : « *nous nous trouvons dans le plus cruel embarras, vu que nous voilà menacés de ne plus pouvoir évacuer le Sanitat au 21 septembre, et que vingt et un acquéreurs de cet immeuble, irrités des délais que nous leur avons fait éprouver depuis le 4 mars 1833 nous attendent avec des assignations à la main à ce même jour 21 septembre...* »

C'est pour cette raison que les aliénés furent transférés dans des locaux à peine habitables dans un premier temps.

Les difficultés furent donc nombreuses à se présenter, financières ou administratives pour la plupart ; un contentieux avec l'entrepreneur Perraudau dura également de nombreuses années. En effet, en février 1832, le ministre demanda à ce que soient arrêtés les travaux commencés par son entreprise car le conseil des bâtiments civils se prononçait en défaveur du marché conclu. Cependant, ces travaux étaient déjà bien avancés, les matériaux livrés, et le Sieur Perraudau menaçait de procès les hospices, tout en commentant avec cynisme l'absurdité de cette centralisation extrême paralysant toute initiative des localités : « *En vérité, on devrait bien avoir à Paris quelque confiance dans les localistes, surtout quand*

on se trouve au milieu du feu ; Les généraux de Louis XV se plaignaient de ne pouvoir livrer bataille avant une décision prise sur la toilette de la marquise de Pompadour. Autant en pourraient dire les autorités départementales. » (50-b)

–§III Les débuts de l'hôpital Saint-Jacques

Mise au travail des aliénés et de tous les pensionnaires valides pour contribuer à la poursuite des travaux

Lorsque les aliénés arrivèrent à Saint-Jacques en septembre 1834, seul le bâtiment destiné à l'accueil des vieillards était réellement habitable. Bouchet décida de mettre à contribution les aliénés pour continuer une partie des travaux. La commission administrative y fut tout d'abord très hostile, mais devant l'économie de main d'œuvre que cela pouvait représenter, elle se rendit à cette décision.

Bouchet expliquait qu'il avait finalement rencontré peu d'obstacles à remettre au travail des aliénés auparavant entièrement reclus dans les loges du Sanitat, puisque *« peu après les premières tentatives, on pouvait montrer tel aliéné, qui, jadis, renfermé dans une loge et couché constamment sur la paille, faisait un bon terrassier (...) tel autre, enfin, qui jadis nu dans sa loge qu'il salissait d'ordures dont il se repaissait ensuite, faisait aussi peu à peu un manœuvre »*. (2) Se posa tout de même le problème de la dispersion des aliénés dont certains ne parvenaient pas à rester dans une logique d'équipe de travailleurs, et il remplaça les brouettes par des tombereaux qui permettaient une meilleure cohésion du groupe.

Ils participèrent donc au remblaiement du terrain qui constitue l'actuelle cote Saint-Sébastien, au terrassement des terrains en bord de Loire qui furent surélevés de 4 mètres (41) à partir d'un banc de sable proche (un pont de bois avait été jeté sur la Loire), et ils se virent même confier des travaux de *« déroquage »*. En effet, le sol était rocheux et il fallu avoir recours aux explosifs pour niveler le terrain. Sous l'impulsion de Bouchet, *« quelques monomanes furent promptement aguerris à ce travail par les soins d'un surveillant intelligent »*. Il trouva l'expérience tellement satisfaisante, qu'il pria la commission administrative de prendre l'engagement de fournir toute la pierre nécessaire à une des constructions prévues. Cette enthousiasme fut cependant refroidi par la survenue d'un accident : *« un jour, la mine tardant à éclater, un des mineurs improvisés s'en approcha imprudemment, et, malgré la surveillance, il fut renversé et eut l'un de ses bras labouré par des morceaux de pierre et de terre »*. Bouchet conclut avec une certaine mauvaise foi que ce type d'accident arrivait *« quelquefois dans les associations les plus raisonnables »*, mais il décida de cesser cette activité dangereuse, et ne fit plus employer que les pics et les coins. (2)

Bouchet ne tarda pas à envisager le travail comme une mesure thérapeutique, et l'intérêt s'alliant à la nécessité, il fit aussi installer une forge pour fabriquer des lits en fer, des outils, et une serrurerie. Finalement, les aliénés se retrouvèrent à fabriquer eux même les serrures, et même les cloisons intérieures des bâtiments ainsi que les cellules du quartier des agités.

Les ateliers furent rapidement de plus en plus diversifiés, correspondant à toutes les nécessités de la maison pour la poursuite de sa construction d'une part, et pour le fonctionnement de tous les jours d'autre part.

Les efforts permanents des médecins pour pouvoir faire réaliser des travaux d'agrandissement par la suite

Bouchet continua par la suite à faire de nombreuses demandes afin d'améliorer le sort des malades et indigents (un manège à chevaux pour la pompe à eau, des appareils de chauffage...).

Des travaux d'agrandissement furent envisagés en 1837, mais les plans n'obtinrent un agrément qu'en 1840 ; de plus on avait voulu attendre que Ferrus fut passé faire son inspection pour pouvoir se conformer à ses avis par rapport à la poursuite des travaux.

La commission administrative rédigea le 3 octobre un rapport des modifications préconisées par celui-ci :

Il supprimait le projet de salle de bains commune aux vieillards et aux aliénés, insistant particulièrement *«sur cette circonstance que les aliénés sont de tous les malades, ceux auxquels l'usage des bains est le plus constant et le plus nécessaire»*. En conséquence il demandait *«formellement que chaque section d'aliénés ait son service de bains à part ; afin de ne pas exposer ces malades à un déplacement difficile, et sous plusieurs rapports, dangereux»*.

Il proposait par ailleurs une machine à vapeur à la place du manège à chevaux préconisé par Bouchet pour remonter l'eau de la Loire ; cette machine aurait en outre l'avantage de fournir de l'eau chaude en plus de l'eau froide.

Au sujet de l'organisation des services, il prônait la mise en place d'un service de nuit, et préconisait la création de nouvelles unités en ajoutant des étages aux pavillons déjà existant (ceci malgré la réticence que l'on sait de Mr Esquirol). Il était question d'y installer tous les patients pour lesquels on avait le moins de craintes de suicide, c'est-à-dire les plus calmes des aliénés, les épileptiques et les gâteux.

Enfin, il proposait l'installation d'un orgue au fond de l'église afin *« que le bienfait qu'on se [promettait] de la présence des aliénés au service divin fut complet »*. (50-b)

Grillon ajoutait le 24 février 1840, dans son rapport du conseil des bâtiments civils qu'en plus du bâtiment des aliénés et du *« moteur à appliquer au service des eaux »*, il était nécessaire de pouvoir achever d'autres petits travaux dont notamment *«un réservoir pour la conservation des sangsues»*.(50-b)

Les travaux purent finalement être exécutés grâce à 200 000 f de subventions de la ville et se terminèrent en 1845 (41).

En 1848 furent construits en vertu de la loi de 1838 des murs destinés à séparer l'hospice et les quartiers des aliénés de manière plus effective. On retrouve, datant de cette époque des demandes de réalisation de murs divers entre ces deux parties dans l'enceinte de l'hôpital.

En 1852, c'est un projet de ferme qui fut mis à l'ordre du jour ; avant cette date et dès l'arrivée à Saint-jacques, on avait en effet installé des étables provisoires devant l'hospice mais les vétérinaires en dénonçaient l'insalubrité (mort de 6 vaches en 1 an).

On décida donc de faire construire deux étables pour 20 vaches, une grange, une écurie pour 4 chevaux, un grenier à fourrage, des hangars (pour le bois de chauffage et les voitures), un poulailler, une porcherie et une basse cour. Le lieu choisi était la zone

marécageuse de la Grèneraye dont on entreprit le remblai grâce aux aliénés. Cet endroit correspond aujourd'hui à la localisation de l'école d'infirmière.

En 1853, on réclama des fonds pour la construction d'un pavillon destiné aux enfants aliénés idiots « *fâcheusement confondus avec les aliénés adultes* ».

Par ailleurs, une femme aliénée avait réclamé la construction d'un pavillon isolé qu'elle habitait avec deux domestiques, et pour lequel sa famille payait 4000 francs/an « *dans le but de satisfaire aux convenances de la position sociale de la pensionnaire* » ; la famille d'un aliéné homme demanda alors la construction d'un pavillon semblable du côté masculin « *voulant augmenter son bien-être matériel en raison de sa fortune privée.* ». C'est ainsi qu'on entrepris de construire de petits pavillons supplémentaires situés au bas des préaux destinés aux plus riches des pensionnaires (les travaux de terrassements nécessaires à l'établissement de ces pavillons furent faits par les aliénés auxquels était prescrit le travail, parmi lesquels ne comptaient probablement pas ces riches pensionnaires...)

Par la suite, d'autres travaux furent nécessaires et difficiles à obtenir puisqu'en 1862, le Dr Petit signala que l'établissement pouvant accueillir théoriquement 478 aliénés en hébergeait en réalité 600. Il estimait que cette situation générait « *un état d'agitation et d'irritation permanente, apportant à la guérison des obstacles presque invincibles* ». On apprend de plus qu'en 1860, le ministre de l'intérieur avait déjà sommé le préfet de faire promptement exécuter des travaux d'amélioration après le rapport de l'inspecteur Anthelme.

Il signalait aussi la longueur des bâtiments rendant la surveillance difficile, le mauvais aménagement des cellules des agités qui comportait des ouvertures par lesquelles tous les bruits se répandaient « *en sorte qu'un aliéné, criant la nuit, [réveillait] tous les autres* ».

Il expliquait même que l'entassement des locaux était tel que la distribution de vin pour l'ensemble de la population devait se faire dans la grande galerie courant au rez-de-chaussée de l'hospice « *en violation flagrante de la loi du 30 juin 1838 qui dispose que les aliénés ne doivent être en rapport qu'avec des pensionnaires de leur sexe* » (50-c)

A la suite de ses réclamations, des étages furent rajoutés à certains bâtiments, et des locaux mieux adaptés à la prise en charge des agités furent aménagés.

Du côté des femmes furent aussi rajoutés des pavillons à partir de 1875, dont celui qui devint par la suite le « pavillon bleu » (entièrement peint en bleu à l'intérieur, y compris les carreaux des fenêtres, dans l'hypothèse d'une influence de cette couleur dans le traitement de la folie) (26) ; il y eut moins d'agrandissements du côté des hommes. Les travaux furent en partie financés par un leg datant de 1854 (Mme Veuve Souhigaray) ; le reste fut à la charge du département, de la ville et des hospices.

Le Dr Biaute réclama lui aussi des agrandissements en 1898, toujours plus importants du côté des femmes que des hommes.

En 1888 le rapport d'inspection du Dr Regnard concluait pour l'hôpital Saint-Jacques à « *un rang fort honorable dans la hiérarchie des établissements de ce genre* ». (26)

De Tollenare et Bouchet : deux personnalités marquantes pour l'histoire de cet hôpital

) aBouchet

Bouchet naquit à Poitiers le 2 novembre 1801.

Il fit des études de médecine et fut reçu comme interne des hôpitaux et hospices civils de Paris en 1823. A la Salpêtrière, il côtoya notamment Esquirol et Ferrus. Il fut récompensé

en 1825 par une médaille au concours qu'organisait chaque année Esquirol pour motiver les jeunes esprits à élaborer des travaux sur l'aliénation mentale. Il gagna même la confiance du maître puisque celui-ci lui confia lorsqu'il tomba malade en 1827, son service de la maison royale de Charenton durant 4 mois.

Bouchet soutint sa thèse en 1827, sur le sujet de l'encéphale des vieillards, puis il partit exercer à Saumur. Il était marié et eut deux enfants.

Lorsque se précisa le projet de créer un nouvel hôpital à Nantes, destiné à la réclusion et au traitement des aliénés, Esquirol recommanda sans équivoque son ancien élève dans les termes suivants : « *En vous parlant de M. Bouchet, Messieurs, je ne cède nullement à mes affections pour le médecin, quoiqu'elles lui soient acquises à toutes sortes de titres (...), mais je cède au désir bien sincère de voir votre établissement confié à un médecin capable de le diriger, d'y introduire les bonnes méthodes de traitement et de seconder ainsi les vues bienfaisantes de votre administration.* »(2)

Quelques mois plus tard, le 15 mars 1833, le registre des délibérations de la commission administrative des hôpitaux faisait état de trois candidatures pour le poste de médecin à l'hôpital Saint-Jacques : Bouchet, Lamoureux et Bonamy. (51-f)

Le 21 mars 1833, soit plus d'un an avant la mise en fonction de l'hôpital Saint-Jacques, le préfet nomma par un arrêté le Dr Bouchet Camille comme médecin spécial d'aliénés à résidence dans le nouvel hôpital général.

Au niveau du travail dans l'établissement, il exista toujours un conflit entre la commission administrative et Bouchet, notamment car celui-ci adressait son rapport médical directement au ministère, sans en passer par eux, procédure cependant tout à fait normale. Le conflit de pouvoir entre l'administration et le corps médical exista toujours plus ou moins et persista même avec ses successeurs. (41)

Dès son arrivée, il fut élu membre de la société académique de Nantes.

Son traitement annuel qui s'élevait dans les premiers temps de son exercice à 2500 francs, fut porté progressivement jusqu'à 6600 francs, peu avant sa mort (et donc en 20 ans d'exercice à Saint-Jacques).

A partir de 1848, après avoir assuré pendant 15 ans ses soins à l'ensemble de l'hôpital, Bouchet ne fut plus responsable que de la section des aliénés compte tenu de la création de postes de médecins suppléants. (51-f)

Il apparaît, à la lecture des différents documents, que Bouchet semblait considérer le maintien de l'ordre et de l'exactitude comme un moyen de combattre la folie ; rien n'était laissé au hasard dans l'emploi du temps de chacun ; l'hygiène paraissait également revêtir une grande importance.

Il mourut le 20 janvier 1854 d'une « *phtisie laryngée* ». Les Docteurs Marcé et Bonamy rédigèrent à cette époque un certificat établissant que « *la double maladie qui [avait] entraîné la mort de Mr Bouchet s' [était] développée dans l'exercice de ses fonctions et que la cause déterminante de cette affection [avait] été l'excès des fatigues résultant du service qui lui était confié* »

Il laissa plusieurs écrits dont le plus connu et le plus original est « Du travail appliqué aux aliénés » ; son premier écrit important fut publié en 1839 dans les annales d'hygiène publique Tome XXIII et s'intitulait « Mémoire statistique sur les aliénés du département de

Loire Inférieure » . Il y étudiait les conditions géographiques et climatiques de la région nantaise, et tentait de les relier aux caractéristiques présentées par les populations d'aliénés du même département. (9)

)bDe Tollenare

Fils de riches négociants en textile, il commença aussi sa vie professionnelle en se dirigeant vers une carrière industrielle ; il fut en particulier à l'origine de l'introduction de la navette volante dans les métiers à tisser. Par la suite, il se préoccupa de causes humanistes et philanthropes, il fit beaucoup de voyages.

En 1823, il décida de se dévouer à la cause des aliénés, qui étaient encore à l'époque reclus au Sanitat et il devint receveur principal des hospices de Nantes en y apportant un cautionnement de 41 000 francs.

Par la suite, il supervisa activement les travaux de construction du nouvel hôpital. Le reste de son exercice comme receveur fut émaillé de nombreux conflits avec les administrateurs et le préfet. L'honnêteté de son travail fut même remise en question.

A Nantes, il fit partie de la Société académique et de la Société industrielle.

Son action auprès des insensés n'eut pas beaucoup d'échos dans la littérature médiatique du moment ; il semble avoir suscité beaucoup de réserves au moment où il adhéra à la doctrine théosophique de Swedenborg (recherche philosophique des correspondances entre le naturel et le spirituel) ; il réduisait toutefois ses pratiques au simple magnétisme.

Il prit dès 1827 ses distances avec la Société académique de Nantes, regroupant la plupart des notables.

A l'âge de 71 ans, il connût des problèmes de santé importants et sollicita Bouchet. Ce dernier rédigea le 13 septembre 1850 un certificat établissant que M. de Tollenare était hors d'état de remplir ses fonctions de receveur. Dans ce document, il reliait les troubles observés aux lourds travaux inhérents à cette fonction, et parlait d'une « *affection nerveuse cérébrale* ». (50-e)

C'est certainement en grande partie grâce à son philanthropisme et sa persévérance que de véritables changements dans les conditions d'hébergement des aliénés purent voir le jour. De plus il mena un important travail de recherche avant d'élaborer avec les architectes la disposition du nouvel hôpital.

Les successeurs de Bouchet

Bouchet on l'a vu, décéda le 20 janvier 1854 de la tuberculose. Peu avant sa mort, un médecin adjoint avait été nommé pour lui venir en aide car sa santé fragile compromettait de plus en plus l'exercice de sa fonction.

C'est le Dr Foureau de Beauregard qui fut nommé médecin en chef du quartier des aliénés le 23 janvier 1854, mais il mourut lui aussi rapidement, sans avoir eu le temps de prendre ses fonctions.

Le Dr Petit, ancien interne de Maréville et de Charenton, fut donc nommé le 2 mai 1854 médecin en chef de l'hospice général de Saint-Jacques, sur décision préfectorale, peu après que la commission administrative ait tenté de faire nommer le Dr Lignard. Le Dr Petit mourut en 1883.

Lapeyre, élève interne assura l'intérim pendant 5 ans, jusqu'à la nomination en 1888 du Dr Biaute, venant de l'hospice de Blois. Celui-ci resta en fonction jusqu'à son décès en 1914. (41)

Moyens thérapeutiques mis en œuvre dans le cadre de cette psychiatrie asilaire débutante à Saint-Jacques.

) cThéorie du travail appliqué aux aliénés développée par Bouchet

() 1 Les débuts

Rapidement après la mise au travail des aliénés dans le cadre de la poursuite des travaux de l'hôpital Saint-Jacques, Bouchet tenta de théoriser (dans ce qui fut le plus célèbre de ses travaux (8)) ce qu'il considérait comme une nouvelle forme de thérapeutique pouvant entrer dans le cadre du traitement de la folie : le travail. Pour Bouchet, il s'agissait d'une sorte de variante du traitement moral préconisé par ses maîtres, distrayant les aliénés de leurs idées morbides, et leur réapprenant la vie en collectivité. *« J'ai appliqué les aliénés à tous les genres de travaux, disait-il, sans en avoir éprouvé encore un seul regret. Et j'ai l'intime conviction que plusieurs aliénés ont dû leur guérison à cette méthode simple et rationnelle, que tous lui ont certainement dû cette tranquillité générale, et cette apparence de liberté, qui font, je crois, le caractère distinctif de l'Etablissement de l'Hôpital Général de Nantes. »* (7)

Il se comparait par ailleurs volontiers à Pinel libérant les aliénés de leurs chaînes lorsqu'il libéra des leurs les aliénés du Sanitat. Il expliquait que cela n'avait pas été sans mal puisque la commission administrative s'était tout d'abord opposée à cette dispersion des aliénés en plein air. (8)

Dans les premiers temps, les ateliers furent disposés dans les soubassements placés au nord sous les bâtiments des vieillards, avec le problème de se situer en dehors de l'enceinte de l'asile proprement dit, puis ils furent installés dans un des pavillons des hommes après la *« grande construction de 1844 »*. Bouchet demanda à ce que des locaux spécifiques fussent aménagés par la suite, avec le développement et la diversification de plus en plus importante de l'activité des aliénés. (8)

Malgré le bénéfice évident que l'hôpital trouvait dans le travail des aliénés, Bouchet avait cependant à cœur de plaider pour le désintéressement total de la structure par rapport à celui-ci, et il allait même jusqu'à soutenir que ces travaux ne pouvaient entrer dans la balance des budgets de l'établissement *« que comme une cause de dépense, à raison des instruments et des matériaux indispensables, qu'il sera utile d'évaluer à l'avance. »*

() 2 Hypothèses psychopathologiques

Dans son ouvrage, Bouchet déclarait qu'une des causes du développement et de l'accroissement de la folie *« est la lutte incessante que l'homme soutient contre son semblable, dans ses aspirations, dans ses appétits, dans ses instincts, dans ses passions »* ; il affirmait en outre que de manière habituelle et normale, cette lutte permettait la production

des biens de la civilisation, mais que parfois elle pouvait être à l'origine de la folie lorsque les circonstances étaient défavorables, c'est-à-dire : « les *inspirations trompées* », « les *appétits sans cesse excités* », « les *instincts contrariés* », « les *passions toujours combattues* ». (8)

() 3 Principes thérapeutiques appliqués

Bouchet préconisait donc la cessation de la lutte, et la prise de distance par rapport à « *cette famille qui [avait] tourmenté sa sollicitude ou perverti ses sentiments* », « *ce travail qui n' [avait] donné qu'une amère déception* », « *cette liberté enfin qui n' [avait] offert que des entraves* ».

Il estimait que l'individualité sociale devait donc disparaître, pour ne plus offrir de prise à la souffrance, et se fondre dans la vie en commun. Bouchet admettait sans détour dans son ouvrage « *que [c'étaient] les principes même du communisme dont l'application [était] faite au régime des aliénés* ». Il n'hésitait d'ailleurs pas à préconiser, pour le traitement de la folie « *l'abnégation de soi même, et la régularisation des actes soumise à la direction d'une pensée étrangère* » (8)

Ainsi, cette régularisation des actes devait permettre « *la régularisation des sentiments, des affections et de l'intelligence* » (6).

Dans le rapport que fit Bouchet en 1836 à la commission administrative des hospices de Nantes, on pouvait lire : « *Ma première pensée, celle qui domine tout le traitement des aliénés, a été, en marquant chaque heure de la journée par une occupation continue, d'assujettir les malades à une habitude d'ordre, à une véritable harmonie, qui ralentît graduellement et fit enfin cesser ce désordre de l'intelligence et des actes ordinairement le caractère le plus saillant de leur délire* » (7).

De plus, il recommandait la plus grande prudence durant la convalescence : ce n'est que par degrés qu'il fallait faire sentir au malade « *les émotions qui l' [attendaient], et entrevoir les joies et les peines qu'il [allait] avoir la force de supporter.* »

Il ne fallait donc pas rendre trop brusquement l'aliéné aux « *luttres intellectuelles et morales de la vie sociale* »

Enfin, il pensait que le travail ainsi imposé aux aliénés ne devait pas être attribué au hasard : l'aliéné devait être remis à la place qu'il occupait antérieurement dans la société pour pouvoir retrouver la raison. Il avait donc à cœur de procurer aux aliénés un travail qui leur soit familier et qui soit de préférence accompli à plusieurs : c'est ainsi que furent mis en place de nombreux ateliers, chacun spécialisé dans une activité (ceux-ci sont détaillés plus loin dans le chapitre consacré à la description de la vie quotidienne à Saint-Jacques).

() 4 Proportion de travailleurs chez les aliénés

Environ 6 aliénés sur 10 travaillaient aux différents ateliers, et 7 aliénées sur 10 ; on plaçait au travail de manœuvre les hommes « *les moins maîtres de leur intelligence* », pour les conduire ensuite aux travaux industriels ou agricoles. Chez les femmes, on commençait par le travail de charpie.

Bouchet faisait le constat que c'étaient les monomanes, souvent incurables, mais disposant d'une grande partie de leur intelligence, qui donnaient ordinairement les plus fortes

journées. *« Les aliénations mentales aiguës ne les [donnaient] guère que dans leur convalescence et près de la sortie ».*

() 5 Cas particuliers...

Bouchet regrettait qu'il ne fut pas possible d'appliquer le travail à toutes les classes d'aliénés ; certains, en effet, ne pouvaient pas se voir appliquer cette thérapeutique : il s'agissait (en dehors des fous furieux) de *« ceux que la culture d'esprit ou l'aisance de la fortune [avaient] éloignés des professions manuelles ».*

Le travail n'aurait pas pu constituer pour eux un retour à leur première condition. Bouchet avouait donc ne faire que peu d'efforts pour *« entraîner ces aliénés dans la voie des travaux manuels ».*

Il rapportait notamment une anecdote dont il avait eu connaissance à l'époque : *« Le travail du jardinage avait été prescrit à un pensionnaire de la maison de Vanves, que son domestique pressait avec insistance : « Le monde est-il changé, répondit-il, pour que les domestiques fassent travailler leurs maîtres ? »... »*

Bouchet se rangeant à cet avis ne préconisa le jardinage que dans de petits compartiments mis à leur disposition dans les jardins à l'anglaise, il veilla en outre à *« fournir aux dames, à leur convenance, tout ce qui est nécessaire aux ouvrages de tapisserie ou de broderie ».*

Il restait cependant sceptique quant aux bénéfices que pouvaient apporter ces maigres activités aux riches pensionnaires, et il se rassurait de pouvoir également leur proposer *« des promenades à la campagne, à pied ou en voiture, sagement mesurées », « des déplacements réguliers et journaliers à un salon-bibliothèque-billard », « des réunions générales où le jeu, la musique et la danse [remplissaient] tous les instants ».*

Ces changements de lieux et d'impressions lui paraissaient salutaires, mais pas au point de faire « illusion » d'un retour à leur position antérieure. La lutte morale se maintenait donc pour eux : *« Le médecin et l'avocat [regrettaient] toujours leur clientèle (...), le négociant ses affaires en souffrance, la mère de famille ses enfants et sa maison éloignés. »*(8)

() 6 Evaluation du travail

Bouchet avait entrepris de faire noter la qualité du travail des aliénés en fonction de sa valeur *« intellectuelle »* et non pas *« matérielle »*. Une note était donc attribuée sur 100, et la gratification était accordée en fonction d'elle. L'un des surveillants inscrivait chaque jour ce qu'il proposait comme travail pour chacun, en fonction du numéro affecté au travail de la veille.

Bouchet s'était livré au calcul de ce qu'on pourrait appeler le rendement de cette activité, et il en concluait que le nombre total de journées de travail multiplié par le coefficient de la moyenne des notes *« intellectuelles »* attribuées faisait état d'une valeur de $\frac{1}{4}$ seulement de ce qu'aurait été autant de journées de travail cotées à 100 (chez les hommes comme chez les femmes).

Ceci constituait probablement un argument de plus pour dire que le travail des aliénés n'était décidément pas rentable pour la maison...

() 7 Récompenses et punitions

Les punitions et récompenses étaient attribuées en fonction de la qualité du travail fourni dans les différents ateliers, ou suite au non respect du règlement, d'après un rapport fourni à l'agent de surveillance par les chefs d'atelier, chaque soir après le souper.

D'après Bouchet, la récompense devait être « *proportionnelle au travail, en sorties, en douceurs alimentaires, mais jamais en argent* ». (6)

On pouvait ainsi utiliser comme récompense un témoignage de satisfaction verbale ou écrite, une promenade dans les jardins, une gratification alimentaire (fromage, beurre, fruits, œufs), en vin ou en tabac (dispositions qui durent être revues quelques années plus tard, au vu des consignes du ministre de l'intérieur).

D'autre part, « *une autre récompense bien appréciée, surtout parmi les femmes* » explique Bouchet était l'assistance à la messe les jours de fêtes. D'après lui, il pouvait même s'agir d'un « *levier de plus* » pour le traitement, mais il précisait que la morale devait leur arriver « *indulgente et douce* », et la religion « *pleine d'espérance et de miséricorde* ». (6) La chapelle n'était autrement fréquentée que par les orphelins et les personnes logées dans l'hospice. Il existait par ailleurs une séparation des populations même au sein de la chapelle. (51-d)

Quelquefois, la récompense suprême était accordée, à savoir la « *décoration du tablier de service* », signifiant l'« *élévation au grade de sous-infirmier* ».

Les moyens de punition ne devaient en aucun cas comporter de violence physique, (bien que Bouchet admît utiliser parfois les bains glacés à visée coercitive chez les aliénés). On devait utiliser la réprimande verbale ou écrite, la privation de sortie, de tabac ou de vin.

La punition par réclusion n'était employée qu'en cas de rixe ou de révolte.

) dAutres recours thérapeutiques

() 1 Les bains

Bouchet utilisait des bains tièdes dans un but thérapeutique. « *Ils [variaient] entre 24 et 28 degrés. L'action de ces bains [était] souvent aidée par l'application d'une éponge d'eau froide sur la tête, ou de la glace enfermée dans un bonnet de toile gommée* » (pour calmer l'agitation des malades et « *exercer une action réfrigérante sur le cerveau* »). Ils pouvaient durer une dizaine de minutes, jusqu'à deux ou trois heures, et ils étaient surveillés par les sœurs, ou le chef des garde-malades. Des bains sulfureux ou de vapeur avaient été tentés mais sans qu'on y donne suite, à cause de l'imperfection des appareils.

On pratiquait également des bains de siège chauds chez les femmes convalescentes à l'époque de la menstruation, et des bains de pieds « *simples ou sinapisés* (cataplasmes) » parfois accompagnés de l'application de sangsues.

La machine à vapeur était située entre les deux sections d'aliénés, et alimentait d'eau froide les deux réservoirs situés le long de la chapelle tout en fournissant par des canaux l'eau chaude et l'eau froide à chacune des 7 sections. (6)

Le quartier psychiatrique avait l'avantage de pouvoir se servir en eau chaude en premier, et l'hospice n'eut pendant longtemps que de l'eau froide pour préparer les bains des indigents et des vieillards (jusqu'en 1849) (41)

() 2 Les tisanes

Tous les aliénés, sans distinction, pouvaient consommer à volonté, une tisane composée d'orge et de chiendent, édulcorée avec de la racine de réglisse.

Les autres tisanes pouvaient être prescrites, à visée rafraîchissante, diurétique ou laxative.

Les plantes utilisées pour les tisanes étaient cultivées dans les jardins de l'asile.

() 3 Les saignées

En ce qui concerne les saignées, Bouchet paraissait les pratiquer de manière prudente : il les ordonnait « *toutes les fois que le développement du poulx, les forces du sujet, la rougeur et le gonflement de la face [semblaient] les indiquer* ».

On pouvait également avoir recours aux saignées locales au siège, aux malléoles ou derrière les oreilles par exemple, selon les indications.

() 4 Les sangsues

Conservées dans un grand réservoir, elles étaient couramment utilisées en complément des autres moyens thérapeutiques.

() 5 Les dérivatifs (ou exutoires)

Bouchet, cherchant à repérer les moyens pouvant aider à la guérison (6), remarqua au travers des observations cliniques que plusieurs cas de folie avaient été influencés dans leur évolution par la survenue d'une maladie physique intercurrente. Il observa ainsi des guérisons de lypémanies contemporaines d'un « *retour d'hémorroïdes* » ou du développement d'un abcès. Il notait avec intérêt que « *dans quelques cas, des abcès s' [étaient] formés dans divers points du corps, et [avaient] suppuré, en paraissant déterminer la guérison, qui suivait leur développement* ».

Pareillement, il décrivit une manie ayant évolué de manière concomitante avec une « *phtisie pulmonaire* » et ayant cédé en même temps qu'elle.

A partir de ces constatations, il essaya de théoriser sur les relations pouvant exister entre les différents organes et le cerveau. Il estimait que certains organes étaient plus en « *sympathie* » avec le cerveau que les autres : c'était « *dans le système muqueux, l'utérus et l'estomac ; dans le système circulatoire, le cœur ; dans l'appareil respiratoire, les poumons.* »

L'emploi des dérivatifs pouvait se faire d'après lui au niveau de l'estomac ou de la peau, bien que cette dernière soit reliée de manière plus lointaine au cerveau.

On employait donc de manière courante des vésicatoires (substance causant l'apparition de vésicules sur la peau) ou des sétons (sorte de drain sortant à chacune de ses extrémités par un orifice cutané) ; ils étaient indiqués particulièrement dans la manie, et plus rarement dans la lypémanie. D'autre part, Bouchet préconisait d'entretenir l'écoulement d'un abcès constitué, et de ne pas hésiter à l'augmenter en l'irritant. Il proposait même, si une plaie accidentelle survenait, de la faire suppurer pour la convertir en un véritable abcès ouvert.

Il conseillait selon le même principe, de favoriser l'entretien d'une pathologie digestive aiguë dans le but d'aider à la guérison de la pathologie mentale ; En effet, chercher à guérir trop vite cette « *phlegmasie des voies digestives* » aurait pu faire craindre de voir reparaître le délire ; par contre, ce moyen de hâter la guérison de la folie n'était valable, selon lui, que dans le cas d'une pathologie aiguë (notamment la manie et la monomanie) et s'il s'agissait d'une aliénation mentale plus chronicisée, il était préférable au contraire de traiter rapidement toute maladie intercurrente.

La difficulté résidait, semblait-il, dans le choix du moment où l'on pouvait user de ce procédé d'inflammation artificielle au cours de la maladie mentale : « *rien de plus obscur*, affirmait Bouchet, *que les présomptions qui peuvent diriger dans l'application salutaire de la médecine dérivative* » ; le moment le plus favorable, dans un accès aigu, lui paraissait être

celui où survenait une rémission de quelques jours, ou lorsque la maladie semblait diminuer de force ; l'emploi de dérivatif permettait alors d'éviter la chronicisation.

On peut dire que le mot d'ordre était donc de favoriser les écoulements en dehors du corps.

() 6 *La camisole*

La camisole était couramment employée, à but de contention physique, mais aussi « morale », assurait Bouchet : « *Avec le sentiment de sa faiblesse physique, le fou comprend son impuissance morale, rappelée sans cesse par la contrainte qu'il éprouve* », ce qui lui permettrait de ressentir « *des impressions salutaires d'ordre et de régularité* ».

L'alternative à la camisole était la demi-camisole qui maintenait les bras collés au tronc mais qui autorisait les mouvements des avant-bras et des jambes de manière à permettre quelques travaux qui assureraient une prompte guérison...

Ceci dit, Bouchet estimait que les accès d'agitations étaient relativement rares, et il l'expliquait de la manière suivante : « *le petit nombre d'agités, et le peu de durée de l'agitation, tiennent aux occupations de tous les instants appliqués aux fous. Ils consomment dans des travaux utiles cet excès d'énergie que l'oisiveté conduirait au désordre (...)* »

Il est à noter que la camisole servait couramment à maintenir sur Montauban les incontinents.

() 7 *Evacuations menstruelles*

Les règles étaient l'objet de beaucoup d'attention : Bouchet les reliait de manière évidente à l'évolution d'une pathologie mentale ; il respectait toute aménorrhée qui se manifestait pendant un accès aigu de folie, mais lorsqu'on entrait en période de convalescence, tous les efforts étaient faits pour « rappeler » ces règles « *par des applications périodiques de sangsues, des bains de pieds, des bains de siège.* »

Concernant la période du post-partum, il lui paraissait bénéfique lors des troubles psychiques manifestés dans cette période de « rappeler les lochies », et de remplacer la lactation « *par une autre évacuation* ».

« *En cela, écrivait Bouchet, j'obéis à ce principe que les fonctions de la génération et ses succédanées, tendent constamment dans leur exercice, même quand elles s'accomplissent dans l'ordre le plus normal, à produire dans le système nerveux, un état fâcheux d'excitation, pour peu que ce système y soit déjà prédisposé.* »

() 8 *Régulation des appétits*

Il fallait freiner la voracité de certains déments ou maniaques, « *les uns parce que leurs sensations perdues ne leur permettent plus d'éprouver la satisfaction du repas ; les autres parce que leurs sensations excitées désordonnent leurs appétits et leurs goûts.* »

On encourageait par contre les hypémaniaques, réticents à l'alimentation, et quand les moyens ordinaires n'y suffisaient plus, « *l'introduction d'une sonde dans l'œsophage, et l'injection d'aliments, [parvenaient] ordinairement à vaincre l'obstination la plus rebelle.* »

~~-E~~Disposition de l'asile

Le lieu

)aHistoire du prieuré de Pirmil

Le prieuré de Pirmil fut fondé par les Ducs de Bretagne puis il devint une abbaye bénédictine dont la chapelle est aujourd'hui devenue l'Eglise Saint-Jacques ; celle-ci date du XI^{ème} ou du XII^{ème} siècle et fut le siège de travaux au XVIII^{ème} siècle. Les moines assistaient les voyageurs empruntant le pont de Nantes, un des seuls passages existant pour joindre la Bretagne depuis la Vendée. (26)

La Révolution en fit un bien national (41), et c'est au début du XIX^{ème} siècle que le département le racheta pour établir un dépôt de mendicité dans les anciens locaux de l'abbaye. Mais celui-ci fut fermé en 1819 du fait de difficultés financières.

)bExposition du terrain

« A l'extrémité sud de la ville, le long de la rive gauche du dernier bras de Loire, sur une éminence d'où la vue s'étend au loin sur le fleuve, s'élève l'hospice Saint-Jacques ».(22)

Les avis furent unanimes pour déclarer que l'endroit se prêtait parfaitement à l'établissement d'un asile d'aliénés selon les critères préconisés par les aliénistes de l'époque:

() 1Le cadre et la vue

Celle-ci était reconnue comme un facteur déterminant dans le traitement des aliénés puisque ceux-ci devaient pouvoir profiter d'un environnement agréable leur faisant « oublier » leur état de réclusion.

A Saint-Jacques, on pouvait profiter d'une vue sur le fleuve, et sur les coteaux de l'île Beaulieu qui à l'époque étaient encore de vastes prairies.

Grillon, rapporteur au Conseil des bâtiments civils ne doutait pas *« que le choix d'un pareil site n'améliore la position des malades en général, et surtout ne contribue puissamment à la guérison des personnes atteintes de maladies mentales, guérison qui dépend souvent des influences qu'elles ressentent de l'aspect plus ou moins agréable des localités »* (51-d)

Une fois l'hôpital aménagé, c'est toujours dans ce même esprit que Bouchet décrivait les mails des ateliers formant *« un long ruban de verdure avec une seule rangée d'arbres verts et de pommiers ; les grands jardins, plantés en légumes, en arbres fruitiers et d'agrément, (...) terminés par des sauts de loup en pente douce, et entourés de grandes allées d'où l'on jouit de la vue de la Loire et de ses coteaux »* et les préaux, délimitant *« des bassins de verdure, entourés de fleurs variées et d'une plantation de tilleuls argentés. »*(6)

Il attribuait aussi à l'orientation architecturale des pavillons des aliénés le souci de conserver *« les expositions du levant et du couchant. »* (7)

Les sauts de loup aménagés en pente douce et décorés de vignes à leur extrémité supérieure permettaient de masquer les hauts murs entourant l'établissement.

() 2L' ensoleillement

Pour les mêmes raisons, il était nécessaire de pouvoir bénéficier d'un bon ensoleillement et « *pour réjouir ces pauvres vieillards qui vont y terminer une carrière si souvent remplie d'inquiétudes et de souffrances physiques* » (22)

() 3Les vents

Le caractère venteux était considéré comme avantageux, pour éviter la stagnation de l'air que l'on soupçonnait d'entretenir des miasmes et d'être source de contamination ; on évitait donc les points trop bas.

A Saint-jacques, Bouchet assurait que « *les plantes variées [ôtaient] à la composition de l'air toute l'altération qui pourrait résulter de la réunion des malades* » ; il précisait même que « *quelques prairies basses, pendant une très courte période de l'année, mises à nu par la retraite de la Loire grossie, [dégageaient] quelques miasmes qu'un vent rapide [enlevait] et qu'une végétation promptement animée [absorbait] vite* » (6)

La disposition pavillonnaire du nouvel hôpital faisait aussi espérer que l'aération des structures en serait meilleure. (51-d)

() 4L' eau

L'eau devait être proche, pour pouvoir être consommée facilement, et le terrain suffisamment surélevé par rapport à elle. La proximité de la Loire répondait à cette exigence. L'eau de la Loire fut ainsi utilisée pour la boisson, les bains, et la lessive. Deux cuves servaient à recueillir l'eau de pluie, et à collecter l'eau pompée depuis la Loire. Des canalisations avaient été construites, et une équipe d'aliénés alimentait l'établissement en eau en actionnant manuellement la pompe.

() 5L' espace

Celui-ci permettrait de « *développer les forces des jeunes orphelins que l'on conserve au dépôt quand ils sont malades ou infirmes* »(22) Celui-ci était en outre bien appréciable à côté de l'exiguïté qu'on avait connue au Sanitat ; d'éventuelles perspectives d'agrandissement pourraient ainsi voir le jour.

Disposition extérieure initiale

Le nouvel hôpital fut construit en deux parties qui permettaient d'accueillir d'une part les aliénés, et d'autre part les vieillards, indigents, pensionnaires et orphelins. Aucune communication ne se faisait entre les administrés de ces diverses parties ; la séparation fut encore accentuée, une fois que la loi de 1838 fut adoptée.

Les bâtiments du vieux dépôt de mendicité furent supprimés pour y construire les neufs.

Les jeunes filles orphelines furent logées dans les anciens bâtiments de l'abbaye (ce qui correspond aujourd'hui aux bâtiments de la Providence).

L'hospice des vieillards et indigents était constitué des deux lignes de bâtiments parallèles à la Loire qui existent toujours. Ils délimitaient deux parties symétriques destinées à séparer les sexes ; de chaque côté se situait un préau, fermé sur son quatrième côté par la

buanderie du côté des femmes, et par la boulangerie du côté des hommes. En position centrale se situait la chapelle, offrant une façade à fronton triangulaire, posé sur quatre colonnes.

Du côté sud, les bâtiments s'élevaient sur un ou deux étages, et du côté nord, sur un étage de plus compte tenu de la dénivellation du terrain. Une galerie en rez-de-chaussée courait à ce niveau, permettant de relier les différents services des aliénés aux ateliers et services centraux.

La partie destinée aux aliénés était reliée à l'hospice par cette galerie et se présentait aussi de manière symétrique, constituant deux séries de 7 bâtiments perpendiculaires à la dite galerie et séparées par un grand jardin central (*cf annexe P165*) ; les bâtiments (correspondant à des sections) étaient parallèles entre eux du 1^{er} au 5^{ème} en partant du centre, le 6^{ème} leur était perpendiculaire, puis le 7^{ème} à nouveau parallèle. Chaque section était donc séparée des suivantes par un préau, limité au sud par la longue galerie, et au nord par « *une galerie fermée par un grillage en fil de fer qui permet la vue sur le grand jardin des pensionnaires, et dont la destruction formait, dans le commencement, l'amusement des aliénés* » (6) ; dans le prolongement du « *grand jardin des pensionnaires* », on pouvait voir la Loire. Les aliénés ne pouvaient par contre se rendre que dans un seul préau, et les fenêtres donnant sur l'autre étaient volontairement plus élevées.

En réalité, au début des travaux, seuls huit bâtiments furent bâtis pour les aliénés, correspondant aux quatre premiers de chaque groupe ; les suivants furent ajoutés plus tard (et terminés en 1845), ainsi que d'autres parties, secondairement, répondant aux besoins d'agrandissement (on édifia notamment entre les années 1872 et 1876 deux nouveaux bâtiments pour les pensionnaires et indigents).

Sur l'ensemble de l'établissement, les femmes occupaient la moitié ouest, et les hommes la moitié est, à l'inverse de tous les projets qui avaient été élaborés précédemment : « *En voici la raison. L'établissement est également balancé à droite & à gauche du bâtiment central ; mais le nombre des femmes âgées et infirmes est plus grand que celui des hommes. Comme l'ancien bâtiment conventuel (c'est-à-dire l'ancienne abbaye) forme un surcroît aux constructions proposées & qu'il se trouve à l'ouest, on a pensé qu'il pourrait satisfaire à de nouveaux besoins, si le nombre des femmes venait encore à augmenter.* » (51-d)

A partir de 1878, deux bâtiments furent construits en face de la chapelle, délimitant l'entrée de l'hospice (ils existent également toujours) ; ils abritaient alors le logement de l'économe d'une part, et le dépôt mortuaire d'autre part. (41)

Les ateliers se situaient le long du rez-de-chaussée de l'hospice, donnant vers le nord ; ils étaient disposés le long d'un mail, fermé à ses deux extrémités.

On trouvait autour des bâtiments des jardins à l'anglaise, des jardins potagers, des vergers, une ferme avec un poulailler, une étable, une écurie

Disposition intérieure

En ce qui concerne les bâtiments de l'hospice, de part et d'autre de la chapelle dans le bâtiment sud de l'hospice se situaient les logements affectés au directeur, au médecin en chef, à l'économe et à l'aumônier, ainsi que les locaux de l'administration..

Le bâtiment nord comprenait à son rez-de-chaussée la cuisine, ses dépendances, une tisanerie, des entrepôts, le magasin de combustibles, la sommellerie, le « *magasin de la dépense* » (c'est-à-dire tout ce qui n'était pas pain, vin, viande ou produits issus du travail de la maison) la salle de bain des femmes comportant quatorze baignoires et la salle de bain des hommes comportant douze baignoires, rangées sur une ligne droite et séparées par des rideaux.

Au centre des étages du bâtiment nord de l'hospice, on trouve les logements des soeurs, mais aussi la lingerie, l'atelier d'habillement, la pharmacie.

Autour du préau des femmes à l'ouest se trouvaient quatre bâtiments comprenant sur leurs deux étages les réfectoires, dortoirs et infirmeries des services des vieillards et indigents ; l'un de ces bâtiments était cependant réservé aux locaux de l'infirmerie.

Autour du préau réservé en principe aux hommes à l'est, on trouvait quatre bâtiments identiques , dont les deux plus au sud étaient réservés aux vieillards et infirmes hommes. Les deux bâtiments leur faisant face au nord étaient réservés pour l'un au pensionnat (hommes au rez de chaussée, femmes aux deux étages supérieurs), et l'autre aux orphelins (garçons).

Aux deux extrémités se trouvaient la boulangerie à l'est, et la buanderie à l'ouest.

Au rez-de-chaussée du bâtiment nord, ainsi que dans le quatrième pavillon des aliénés à partir de 1839 se trouvaient les nombreux ateliers dans lesquels travaillaient tous les individus valides de l'hôpital (ceux-ci sont détaillés plus loin).

Du côté des aliénés, les dortoirs de 24 lits étaient décrits en 1839 par Bouchet (6) comme suffisamment vastes pour que chaque individu ait 22,24 m³ d'air à respirer. L'aération se faisait par 12 fenêtres opposées les unes aux autres, d'est en ouest, et étaient plus élevées du côté étranger à la section.

Les cellules bénéficiaient aussi de deux fenêtres opposées et faisaient 16 m². Au bout du pavillon se trouvaient la chambre des 4 pensionnaires de 2^{nde} classe, puis deux chambres particulières pour les pensionnaires de 3^{eme} classe. (Dans les pavillons 1, 3, 4).

Les pavillons 2 et 5 étaient différents : le 2^{eme} ne comportait qu'une rangée de 12 cellules, et le 5^{eme} était exclusivement consacré aux pensionnaires de seconde classe : il comportait trois petits dortoirs et deux cellules avec un salon de réunion ; pour ce bâtiment il existait aussi un premier étage pouvant accueillir 52 lits.

Le 6^{eme} pavillon était disposé perpendiculairement aux autres et surmonté de deux étages (au rez-de-chaussée on trouvait un réfectoire, au 1^{er} une terrasse orientée vers le sud, cinq salles de malades, le logement du surveillant ou des sœurs, au 2^{eme} une terrasse orientée vers le sud, cinq salles de malades. « *Les terrasses seront défendues par des grillages en fer solides et des fenêtres fermant à clef et glissant sur coulisses* » précisait Bouchet.

Le 7^{eme} pavillon était réservé aux pensionnaires de la troisième classe et comportait au rez-de-chaussée et au 1^{er} étage des chambres privées ; on y trouvait également un réfectoire, un salon de réunion, une salle avec un billard et un piano, et des chambres particulières de bain.

Les latrines étaient situées au milieu de la partie sud de chaque préau, où l'eau circulait. (41)

Les salles de bains ne furent réellement organisées qu'après le passage de Ferrus en 1837, qui les fit installer le long de la galerie reliant les différents services entre eux, à côté des latrines. Il y en avait 2 par pavillon, et 6 fois plus chez les pensionnaires.

La répartition des aliénés dans les différents bâtiments

La variation du nombre de pavillons fut à l'origine de changements au niveau de la répartition des aliénés :

La réduction initiale à 4 pavillons fit choisir la classification distinguant :

- ❖ dans le 1^{er}, les convalescents (toutes classes confondues)
- ❖ dans le 2^{ème}, les mélancoliques et maniaques tranquilles
- ❖ dans le 3^{ème}, les maniaques agités (toutes classes confondues)
- ❖ dans le 4^{ème}, les aliénés épileptiques, idiots, gâteux et indigents
- ❖ La section du fond réservée aux pensionnaires dans les trois premiers fut réservée aux furieux et aux dangereux dans le 4^{ème}.

Par la suite, Bouchet élaborait des projets pour le moment où seraient construits les bâtiments manquants : il voulait baptiser la division des hommes « *asyle Pinel* », et celle de femmes « *asyle Esquirol* ». Pour la répartition au sein de chacune d'elle, il semblerait qu'il ait cherché à privilégier le caractère de gravité à la nature même de la maladie. D'après lui, chacune des 7 sections formées par chaque corps de bâtiment devait aussi recevoir un nom particulier, inscrit au dessus de la porte d'entrée, inspiré de l'état des malades qu'elle contenait :

- ❖ Le 1^{er} pavillon, nommé « *Convalescence* » aurait reçu les aliénés tranquilles, travaillant tous dans les ateliers « *c'est un lieu de récompense, tenu avec plus de propreté et de recherche que les autres sections* » ;
- ❖ le 2^{ème} pavillon, nommé « *Epreuve* » aurait reçu des aliénés qui devaient faire preuve de bonne tenue, dans le travail et la conduite, afin de pouvoir passer dans le premier pavillon ;
- ❖ le 3^{ème} pavillon, nommé « *Espérance* » laissait entendre qu'il pouvait y avoir un espoir de guérison, permettant un jour de passer dans les deux premiers pavillons.
- ❖ Le 4^{ème} pavillon nommé « *Consolation* » aurait reçu ceux pour lesquels on n'espérait plus de guérison, mais qui étaient « *assez tranquilles pour travailler et pour être réunis en dortoirs* » ;
- ❖ le 5^{ème} pavillon nommé « *Isolement* » aurait accueilli les agités ;
- ❖ le 6^{ème} nommé « *Infirmierie* » aurait reçu les « *aliénés de toutes les autres sections affectés au cours de leur aliénation mentale d'infirmités exigeant des soins particuliers* ».
- ❖ Enfin, le 7^{ème} pavillon nommé « *Retraite* » aurait été destinée aux « *aliénés dont l'état ne laisse plus d'espérance de guérison, et dont l'agitation, ou la défiance qu'ils inspirent, exigent qu'ils soient retirés de la société de leurs semblables.* »

Ferrus, après son passage de 1837 préféra favoriser une autre organisation, en mettant dans les premiers pavillons les aliénés les plus agités pour une meilleure surveillance, et en rétablissant une classification correspondant mieux à la nosographie :

- ❖ 1^{er} pavillon: maniaques agités
- ❖ 2^{ème} pavillon : maniaques furieux et mélancoliques dangereux
- ❖ 3^{ème} pavillon : épileptiques aliénés
- ❖ 4^{ème} pavillon : ateliers du côté des hommes, maniaques tranquilles et mélancoliques du côté des femmes
- ❖ 5^{ème} pavillon : pensionnaires tranquilles de 2^{ème} classe, convalescents à l'étage.
- ❖ 6^{ème} pavillon : Convalescents au rez-de-chaussée, infirmerie au 1^{er} étage. aliénés gâteux au 2^{ème} étage.
- ❖ 7^{ème} pavillon : pensionnaires tranquilles de la 3^{ème} classe. gâteux à l'étage

On note que les populations placées dans les étages étaient celles dont on redoutait le moins les suicides.

Variations locales par rapport aux mesures préconisées au niveau national par Esquirol

En ce qui concerne la disposition intérieure, alors qu'Esquirol préconisait des cellules, tous les pavillons étaient équipés de grands dortoirs, sauf la partie réservée aux riches pensionnaires et les bâtiments réservés aux furieux et agités. (10)

Par ailleurs, sur le plan architectural, même si l'esprit du plan esquirolien était incontestablement respecté, les bâtiments n'étaient pas disposés en U, mais étaient rectangulaires ; ils définissaient des préaux dont la promiscuité avec les différentes unités garantissait moins bien la séparation des différents types d'aliénés, et ceci d'autant plus qu'à Saint-Jacques, les aliénés circulaient relativement librement du fait de l'activité très développée des différents ateliers.

De même, Esquirol prônait un établissement exclusivement consacré au traitement des aliénés, or Saint-Jacques comportait un hospice et un orphelinat dans ses murs. La loi de 1838 votée quatre ans après l'ouverture de l'hôpital, tolérait heureusement la mixité des établissements à condition que les locaux soient complètement séparés des parties non consacrées au traitement des aliénés. On retrouve donc dans le registre des délibérations de la commission administrative au 29 janvier 1839 les considérations suivantes :

« La loi du 30 juin 1838 impose l'obligation de tenir les aliénés renfermés dans des établissements entièrement séparés.

L'établissement public de Saint-Jacques n'a point encore reçu l'application de cette division si importante pour l'ordre public et la sécurité de la population des vieillards de l'hôpital général.

Il devient extrêmement urgent de faire cesser la communication existant entre les deux établissements.

Pour se conformer aux exigences de la loi et pour prévenir, autant que possible, tout évènement malheureux, la commission s'est fait présenter par l'architecte des hospices un plan et un devis pour la construction dans le préau des aliénés (hommes)... » d'un mur de clôture et d'un portail. (50-b)

Par ailleurs, la question peut bien sûr se poser de savoir pourquoi l'asile Saint-Jacques a été construit avant la promulgation de la loi de 1838. On a pu constater que les travaux d'Esquirol avaient eu une grande influence bien avant le projet de loi, avec la réalisation ou la rénovation de plusieurs établissements en France sur ses conseils. D'autre part, les conditions du Sanitat étaient devenues tellement insalubres que ce furent des impératifs vitaux qui édictèrent vraisemblablement la nécessité de construire un nouvel établissement. Les aliénés y étaient entassés au point que plusieurs fous furieux ne pouvaient y être admis (argument majeur pour les autorités publiques, et avec certainement beaucoup plus de portée que les conditions de réclusion elles-mêmes !). Il en allait donc de la sécurité de la population, ce qui fit probablement considérer le problème plus sérieusement..

Il faut se souvenir également pour prendre la juste mesure de cette situation qu'Esquirol, dans son mémoire sur les établissements consacrés aux aliénés rendu au ministre en 1818 faisait remarquer que l'hospice du Sanitat de Nantes était l'endroit le plus détestable qu'il ait visité, par « *le luxe de serrures, de verrous, de barres de fer* », l'insalubrité des cachots. Il précisait par ailleurs que le Dr Treluyer n'avait pas été le dernier à « *entrer dans cette voie d'humanité et de réforme* » et qu'il « *sollicite l'administration locale, et adresse plusieurs mémoires au ministre de l'intérieur.* »

Cette mobilisation extrême, si elle paraît avoir été précoce par rapport au vote de la loi, fut en réalité assez tardive par rapport aux conditions devenues inacceptables de réclusion des aliénés.

La population administrée

Au moment de l'ouverture de l'établissement en 1834, le nombre total de lits était de 1000, répartis comme suit :

- ❖ 480 pour les vieillards
- ❖ 52 pour les épileptiques
- ❖ 200 pour les aliénés
- ❖ 118 pour les orphelins
- ❖ 50 pour les pensionnaires
- ❖ 100 pour le personnel soignant

Le mouvement journalier du 30 avril 1835 (*cf annexe P 163*) montre qu'un an plus tard, les lits étaient en fait occupés dans des proportions moindres. Ceci fut un bref répit avant que quelques années plus tard, il soit nécessaire de réclamer des agrandissements

Les vieillards et les indigents

Les indigents entraient à la condition d'être munis d'un certificat d'indigence, établi par le commissaire de leur quartier, sous réserve qu'ils aient résidé au moins trois ans à Nantes. (51-g)

Les vieillards entraient à partir de l'âge de 60 ans, avec les mêmes conditions.

L'âge pouvait être inférieur à 60 ans, si l'individu présentait une affection chronique grave et invalidante, sur certificat médical (art 9).

Certains aliénés faisaient partie des indigents ; c'était donc la ville qui payait leur pension.

Le règlement de l'hôpital Saint-Jacques précisait que « *tout indigent admis dans l'hôpital général y doit son travail suivant ses forces* ». Il devait d'ailleurs à l'établissement tout ce qui pouvait lui rapporter un bénéfice, aussi maigre soit il ; ainsi, les effets des décédés devenaient la propriété des hospices « *sauf l'anneau de mariage et les papiers de famille* » et l'établissement se réservait de surcroît le droit de se rembourser des dépenses nécessitées par le malade, sur la succession qui revenait ensuite seulement aux héritiers.

Les heures de lever, coucher, repas, travail et repos ainsi que les visites étaient réglementées.

Les pensionnaires payants

A l'hospice on pouvait trouver des individus qui ne correspondaient pas aux critères de l'indigence, et qui demandait donc l'hébergement moyennant le paiement d'une pension. Celle-ci s'élevait pour eux à 350 francs/an ou 32 francs/mois. Ils devaient aussi avoir plus de 60 ans, ou être infirme, ou avoir eu une profession dans la fonction publique ou industrielle ; de plus il était nécessaire de pouvoir présenter des garanties de bon paiement.

Certaines familles choisissaient d' « *acheter un lit à perpétuité* », dans lequel se succédaient plusieurs membres d'une même famille. On le payait 3500 francs au départ.

Les effets des pensionnaires devenaient en outre la propriété des hospices après le décès, ou après 2 ans de séjour dans la maison.

Chaque pensionnaire avait un cabinet dans lequel il pouvait se retirer lorsqu'il le souhaitait. Il existait néanmoins un salon commun dans lequel ils mangeaient ensemble ; ils pouvaient faire faire leur lit par les plus pauvres, mais en les rémunérant eux-mêmes. Ils pouvaient rentrer, sortir et recevoir des visites 2 jours par semaine, en se conformant aux horaires fixés.

Aucun animal n'était toléré dans le pensionnat, excepté les oiseaux en cage. (51-g)

Du côté des aliénés, ceux qui ne réunissaient pas les critères de l'indigence étaient également tenus de payer une pension qui pouvait varier selon la classe choisie :

- ❖ **1^{ère} classe** : 325 francs/an ou 30 francs/mois (cette classe était traitée comme celle des aliénés indigents)
- ❖ **2^{ème} classe** : 360 francs/an ou 32 francs/mois (ils étaient placés en dortoirs mais avec des clôtures à claire voie formant des cabinets isolés)
- ❖ **3^{ème} classe** : 750 francs/an ou 75 francs/ mois (le régime alimentaire était amélioré, l'aliéné bénéficiait d'un cabinet privatif donnant sur un salon commun ; il était servi par des domestiques et prenait son repas avec les pensionnaires de sa classe. Ils pouvaient se promener dans le préau et les jardins à des heures précises).
- ❖ **4^{ème} classe** : 1300 francs/an ou 130 francs/mois. (Les pensionnaires de cette classe bénéficiaient d'un cabinet privatif attenant à un salon commun ; chacun avait un domestique attaché à sa seule personne, ils avaient la liberté de prendre leurs repas seuls et de se promener dans les jardins sous la surveillance de leurs domestiques)

Par la suite, il y eut même des pensionnaires hors classe, logés dans des pavillons particuliers où ils se trouvaient seuls avec leurs domestiques, et pouvaient recevoir leurs

proches (ceci fut mis en place à la demande de quelques familles ; ils payaient 4000 francs/an pour ce privilège). (51-g)

Orphelins

Les catégorie des orphelins était constituée des enfants « *trouvés ou abandonnés sur le tour* », des enfants de parents décédés, et des enfants dont les parents étaient trop pauvres pour s'en occuper (pour un certain degré d'indigence, les parents pouvaient confier un ou plusieurs enfants selon l'importance de la fratrie, notamment si l'un des deux parents était décédé). En 1860, on en dénombrait 543 à Saint-Jacques (41).

A Saint-Jacques, les orphelins étaient logés dans l'ancienne abbaye. Les jeunes garçons disposaient d'une école, d'un laboratoire, d'un réfectoire, de dortoirs, d'une infirmerie et d'un préau séparé. Les filles également, de leur côté. Les garçons étaient sous la direction d'un régent et d'un prévôt chargés de leur surveillance et de leur instruction. Une sœur veillait à l'hygiène. Les filles étaient placées sous la direction d'une sœur hospitalière qui les dirigeait et les instruisait. Cette sœur était assistée d'une « *surveillante capable de diriger les travaux d'aiguille* ».

On tentait au maximum de les placer dans des familles en nourrice mais certains étaient renvoyés à Saint –Jacques « *par suite de leurs vices ou de leurs mauvaises tendances* » (50-c); ceux qui restaient étaient logés à Saint-Jacques et placés si possible en apprentissage en ville, ou dans les ateliers de Saint-Jacques. Les personnes qui prenaient un orphelin en apprentissage devaient « *faire connaître leur moralité et leur capacité, soit par certificat des commissaires du quartier, soit par d'autres témoignages écrits ou non écrits* » qu'appréciait l'administration ; en pratique il semblerait que l'on ait été moins regardant. C'est l'agent spécial du dépôt des orphelins qui était chargé d'évaluer les conditions d'apprentissage et de traitement.

Les filles, si elles ne pouvaient pas être placées en apprentissage, étaient employées dès leur première communion aux cuisines, à la buanderie, à la pharmacie, à la lingerie, au raccommodage et de manière générale « *dans tous les services de la maison qui [étaient] compatibles avec leurs forces, la conservations de leurs mœurs et le complément de leur éducation* ».

Un grand nombre d'orphelins devenaient domestiques.

En dehors du travail en apprentissage ou aux ateliers, certains orphelins étaient employés à suivre les cérémonies funèbres.

A 21 ans ils étaient renvoyés, sauf s'ils relevaient de soins correspondant à la mission de l'établissement.

Des sourds muets furent aussi pris en charge à l'hôpital Saint-Jacques dans le cours de l'année 1835 ; ils participaient à la vie commune des orphelins, mais leur éducation était faite à part (7)

Les aliénés

Avant 1838, chaque admission d'un aliéné devait se faire sur la demande du préfet, du procureur du Roi du département, ou du maire de la ville dont l'individu était originaire.

Lorsqu'un aliéné arrivait sans ces demandes, les médecins devaient s'assurer de l'existence d'une pathologie mentale et de garanties de paiement. L'admission pouvait alors se faire immédiatement s'il s'agissait d'une urgence, mais la situation devait être régularisée dans les 24 heures auprès des autorités compétentes. Le procureur jugeait, en fonction des renseignements obtenus sur la situation du malade, et en fonction de l'avis donné par le médecin de l'opportunité de prononcer une interdiction judiciaire.

Chaque sortie d'un aliéné n'était prononcée, qu'après avis médical et avec l'autorisation des autorités qui en avaient provoqué ou permis l'admission.

Le département ou la ville d'origine payaient la pension des aliénés indigents. Pour les autres, la pension était à la charge des familles, selon plusieurs possibilités de tarification.

Le médecin décidait du pavillon qu'occuperait l'aliéné et déterminait s'il pourrait participer aux travaux de la maison. Le cas échéant, il indiquait l'atelier qui lui paraissait convenir le mieux, en fonction des capacités de l'individu. Le règlement de l'hôpital Saint-Jacques rédigé en 1835 assurait qu'il s'agissait d'«une affaire de traitement beaucoup plus qu'une affaire d'utilité pour l'établissement» et qu'en conséquence, le médecin devait «compter sur l'indulgence et le concours des divers employés» et pouvait «en appliquer le principe à tous les aliénés sans exception».

Les épileptiques n'étaient reçus qu'après qu'un médecin de l'hospice ait constaté leur état. Ils étaient traditionnellement accueillis dans la section des aliénés, du fait de leurs troubles caractériels, et de la croyance populaire qui incriminait l'emprise des démons. La sœur affectée au service des épileptiques prenait note du nombre d'accès présentés par les malades et en informait le médecin.

Les épileptiques pouvaient aussi être affectés à un atelier de travail.

Un approfondissement sur les caractéristiques de la population des aliénés sera fait plus loin dans la partie consacrée aux éléments épidémiologie et statistique

~~—EI~~ Le personnel de l'hôpital

La commission administrative des hospices de Nantes

La commission administrative des hospices de Nantes était composée de 5 membres qui avaient pour président né le Maire de Nantes. Ils avaient chacun des attributions différentes dans la gestion des affaires de l'établissement (travaux, construction, réparation, surveillance, etc....).

Cette commission gérait un budget devant satisfaire aux compromis entre les exigences des médecins d'une part, et les limites posées par les autorités nationale, départementale et municipale d'autre part. Ceci explique l'extrême lenteur ayant caractérisé toutes les tentatives d'avancées, d'améliorations ou de changements dans l'histoire de cet hôpital. (26)

Le médecin en chef

Le médecin était nommé par le préfet. Il était tenu de loger dans l'hôpital où un « *logement convenable* » était prévu pour lui. Sa famille pouvait y vivre aussi, pourvu qu'elle ne « *s'immisce en rien dans les services de la maison* ». Il ne pouvait découcher plus d'un jour ni s'absenter sans en avoir averti l'administrateur spécial. Il avait droit « *à la nourriture et au blanchissage en ce qui concerne sa personne seulement* », « *au chauffage et à l'éclairage* » (on lui fournissait donc le bois et la chandelle selon des quantités prédéterminées) (51-g)

Au départ, Bouchet fut non seulement médecin des aliénés mais aussi de tout le reste de l'établissement, devant s'occuper aussi des vieillards, orphelins et indigents. Il était convenu que le médecin nommé à ce poste s'abstiendrait aussi d'exercer la médecine de clientèle. (51-f) En contre partie il lui était accordé le droit à une pension de retraite. (Lettre du 9 juin 1836) (51-f)

Le traitement du médecin était variable en fonction de son ancienneté, et il percevait en complément des indemnités pour recevoir à sa table des aliénés, dans un but thérapeutique.(51-f)

Chaque trimestre, il fournissait un rapport sur l'état sanitaire de l'hospice général.

Par ailleurs, sa voix était consultative seulement aux séances de la commission administrative.

Le 1^{er} octobre 1848, deux postes de médecin suppléants (occupés dans un premier temps par les Docteurs Hélie et Mahot) furent créés pour aider Bouchet dans son travail et le remplacer en cas d'absence ; cette mesure paraît avoir été rendue nécessaire par les difficultés à confier ce travail aux internes (inexpérimentés et ayant beaucoup d'obligations à l'école de médecine), mais aussi par « *l'accroissement considérable de la population du quartier des aliénés et la création temporaire d'un hôpital succursal dans l'enceinte de l'hospice Saint-Jacques* ». Ce déplacement de plus de cent patients de l'Hôtel-Dieu vers Saint-Jacques était dû à l'état d'insalubrité extrême dans lequel étaient soignés les malades.

Le Dr Bouchet « *ne fut plus chargé que du service du quartier des aliénés, après avoir, pendant 15 ans, pourvu seul au traitement des maladies de toute la population de l'établissement* » (51-f)

Le pharmacien

Un poste de pharmacien fut créé en 1848, au moment où eut lieu ce même transfert des malades de l'Hôtel-Dieu.

Les internes

Les élèves internes furent tout d'abord nommés par le Préfet sur proposition du médecin, puis sur concours à partir de 1849 (bien que cette mesure n'ait pas empêché de privilégier les jeunes gens issus de « *familles honorables* », parfois au détriment de la compétence). Le premier élève interne nommé à Saint-Jacques fut Ludovic Deluen, en 1835 ; le nombre de postes fut progressivement augmenté jusqu'à 4 en 1849. La multiplicité des

postes permit aux internes de mieux suivre l'enseignement de l'école de médecine puisqu'ils pouvaient se remplacer mutuellement.

Les internes étaient nourris et logés par la maison et l'ambiance carabine qu'ils entretenaient à l'internat n'était guère appréciée des administrateurs... (Georges Clemenceau fut ainsi nommé quelques mois à Saint-jacques en 1861 puis renvoyé au vu de sa mauvaise conduite bien qu'il fût brillant par ailleurs).

Ils gagnaient 200 à 240 francs par an au début du siècle puis 600 f en 1860. On leur versait seulement la moitié de leurs appointements lorsqu'ils étaient en vacances (l'autre moitié étant payée au collègue qui les remplaçait).

Ils avaient pour mission d'assister le médecin et de le remplacer en cas d'absence ou de maladie (ils devaient alors rendre compte de leurs décisions et prescriptions dans les plus brefs délais).

Le matin, ils suivaient les visites pour lesquelles ils s'assuraient au préalable que tout était disposé « *pour qu'elles s'effectuent dans l'ordre convenable et sans aucune espèce d'entrave* ».

A 6 heures du soir dans les services, ils vérifiaient que toutes les prescriptions avaient bien été exécutées et faisaient celles qu'ils jugeaient nécessaires. Ils surveillaient notamment l'exécution de la prescription des bains « *afin de les prolonger ou de les réduire suivant l'état du malade* ».

En plus d'assister le médecin, ils avaient la charge de toutes les « *ouvertures de corps* » (les autopsies) pour lesquelles ils rédigeaient des notes détaillées en en transcrivant « *des extraits sur les cahiers de visite, pour faire suite aux observations médicales* ».

Par ailleurs ils participaient à un service de garde décrit par Camille Bouchet dans une lettre datée du 16 décembre 1834 :

« *Le nom de l'élève de garde est inscrit en caractères visibles au dessous du clocher, entre la chapelle et la lingerie. Lorsqu'on réclame ses soins, on sonne un certain nombre de coups, convenus d'avance et on attend son arrivée pour qu'il puisse être accompagné (...), la nuit cependant, depuis l'instant où la cloche a sonné le souper jusqu'à celui de l'heure de la visite, on va le chercher dans son appartement* ».

Dans chaque service de l'hôpital où ils étaient appelés, les internes de garde donnaient les premiers soins, et pouvaient réclamer l'assistance du médecin « *en cas d'urgence ou d'incapacité* ». Ils pouvaient être amenés à ordonner « *la camisole, la réclusion ou la mutation de pavillons suivant l'exigence des cas* » mais devaient en référer dès que possible au médecin, afin que soit infirmée ou confirmée leur prescription ; les initiatives de transfert à l'infirmerie en cas de maladies intercurrentes étaient aussi de leur ressort (Les actes de médecine « générale » ne se faisaient que dans les infirmeries de chaque section).

Lors des admissions, ils recueillaient auprès des personnes accompagnantes les renseignements pouvant « *éclairer sur la conduite à tenir* », ceci pour les aliénés comme pour les vieillards. Ils notaient les patients devant être présentés prioritairement à la visite du lendemain.

On leur présentait aussi les enfants de retour de la campagne ou des apprentissages afin qu'ils jugent de leur état de santé. (51-h)

Enfin, ils prenaient note « *des phénomènes particuliers que leurs [offraient] les maladies pour en rendre un compte exact le lendemain à la visite* », et étaient chargés de « *réunir les matériaux d'un rapport sur les deux services des aliénés* » tous les trois mois. (6)

L'économe

L'économe, aussi appelé agent de surveillance, faisait les comptes et s'assurait du respect de la police intérieure. Il inspectait les bâtiments, s'occupait de pourvoir aux réparations et veillait à l'hygiène et à la salubrité des locaux.

Il détenait les clés de toutes les issues, que les soeurs détenaient ensuite de lui. Il possédait en outre les clés des caves et des magasins de provisions où il surveillait la distribution de toutes les denrées. Les travaux des ateliers étaient également soumis à sa surveillance, où il s'assurait qu'il n'y ait « *aucun produit du travail qui soit soustrait aux profits de la maison* » ; en cas d'infraction au règlement de la police intérieure, il avait la possibilité de punir un administré en lui supprimant sa ration de vin ou de tabac ou en le privant de sortie pendant trois mois.

L'agent de surveillance contrôlait aussi le travail des élèves auprès de l'instituteur.

Comme les autres membres du personnel assignés à résidence, il ne pouvait s'absenter plus d'un jour ni découcher sans en avoir prévenu un des membres de la commission administrative.

Les infirmiers et gens de service

Une partie des infirmiers employés par l'hôpital venait de l'extérieur de l'établissement et trouvaient dans cette fonction une rémunération et la garantie d'être logés et nourris (41). L'autre partie des employés était recrutée dans la maison parmi les aliénés convalescents tranquilles (6). En 1897, l'inspecteur Drouineau reprécisait ce mode de recrutement en confirmant les avantages de celui-ci, permettant de recruter des individus habitués à la vie hospitalière « *et acceptant bénévolement, pour un salaire trop modique, les dures obligations du métier d'infirmier* », mais il déconseillait vivement de continuer de recruter parmi les épileptiques même les plus tranquilles, compte tenu de leur caractère irritable (à cette époque, une histoire avait fait grand bruit lorsque l'un d'eux avait été incarcéré suite à des coups et blessures sur un patient, puis avait été réembauché ensuite comme infirmier après sa sortie de prison!) (50-a)

Bouchet en octobre 1833 écrivait à la commission administrative qu'il lui paraissait nécessaire que le mouvement de nomination et renvoi des infirmiers puisse se faire sur les indications du médecin, et pas seulement sur avis des administrateurs ou des religieuses (51-f). Il expliquait d'autre part avoir veillé à ce que les devoirs du personnel infirmier aient « *été tracés dans un livret imprimé sur le modèle du livret de la maison royale de Charenton* » (Bouchet se référait souvent pour argumenter ses prises de position, ou interpréter ses statistiques, à la référence esquirolienne et des établissements parisiens).

La direction du personnel infirmier était confiée chez les femmes à une sœur, et chez les hommes à un surveillant chef (ou infirmier major) qui accompagnait le médecin dans sa visite et veillait à l'exécution de l'ensemble des prescriptions. Il devait toujours se conformer aux ordres du médecin « *dont la puissance morale se fait partout sentir* » (6).

Le surveillant chef était, comme ses infirmiers, logé et nourri par l'établissement. Les familles de ces employés n'étaient pas, par contre, autorisées à y vivre.

Par ailleurs, le règlement de l'établissement précisait que les infirmiers et gens de service devaient « *agir avec la plus grande douceur envers les administrés, surtout avec les aliénés* » et que « *celui qui se permettrait de frapper serait renvoyé immédiatement* ». (51-g)

Les religieuses

Au dix huitième siècle, les religieuses s'occupaient déjà des services des hôpitaux, mais à la révolution, elles furent chassées de ces établissements où la qualité des soins s'en ressentit très durement. A Nantes, c'est en 1803 que l'on fit à nouveau appel à elles, pour venir soigner des malades hospitalisés ; on sollicita les Sœurs de la Sagesse, issues de la communauté de Saint-Laurent-sur-Sèvre ; ce sont ces mêmes sœurs qui accompagnèrent le transfert des aliénés à Saint-Jacques et s'établirent dans le nouvel hôpital avec le reste du personnel. Le 14 août 1840, un contrat passé avec la communauté officialisa leur présence dans l'établissement.

Dans la hiérarchie hospitalière, les sœurs occupaient un rang supérieur aux infirmiers ; il était indiqué dans le règlement que c'était la sœur hospitalière qui commandait « *aux infirmiers en l'absence du médecin de l'élève ou de l'infirmier major lorsqu'il s' [agissait] de réprimer les violences d'un aliéné* » mais elle devait en référer au plus vite au médecin après une décision prise ainsi dans l'urgence.

Il est difficile de savoir clairement si elles avaient un pouvoir quand à la nomination ou le renvoi du personnel infirmier ; les avis divergent à ce sujet. C'était les sœurs qui distribuaient leurs appointements en fin de mois à chaque employé. (41)

Au quotidien, les sœurs veillaient à l'hygiène dans les services, elles distribuaient le linge et les vivres, et préparaient quelques tisanes ou cataplasmes pour la pharmacie (leur rôle dans la préparation et la distribution des médicaments fut amoindri lorsque la pharmacie fut créée). Elles veillaient aussi au respect du règlement, et certaines d'entre elles avaient des tâches plus spécifiques (organiser le travail dans les divers ateliers de femmes notamment pour tout ce qui avait trait au linge, surveillance et éducation des enfants...) (41)

Les religieuses étaient placées sous l'autorité d'une supérieure qui restait cinq ans dans la maison avant d'être remplacée. Dans le règlement, il était écrit qu'« *elle seule [commandait] aux sœurs et leur [transmettait] les ordres de l'agent de surveillance et du médecin pour tout ce qui [avait] rapport au service matériel et médical, auxquels du reste elle [devaient] se conformer rigoureusement* »

On put constater parfois des excès de zèle religieux de la part de certaines sœurs auprès des malades, mais Bouchet semblait en faire peu de cas puisqu'il considérait qu'il était « *impossible de trouver dans d'autres classes de la société leur zèle et leur désintéressement matériel* » et que les inconvénients qu'on avait voulu faire résulter de leur présence n'en balanceraient jamais les avantages. En évoquant l'autorité de la supérieure, il estimait que celle-ci avait pour seul but de « *centraliser les mouvements respectifs des sœurs qui lui [étaient] subordonnées, en leur donnant l'unité qui [convenait]* ». (6) De Tollenare quant à lui écrivait dans un courrier daté de 1832 qu'il ne voulait considérer les religieuses que comme des « *subordonnés plus fidèles que d'autres gagistes.* »

Lorsque la première école d'infirmière fut créée à Nantes en 1903, beaucoup de sœurs cherchèrent à en obtenir le diplôme afin sans doute de rester à une place avantageuse dans la hiérarchie des soignants, et pour enrayer cette concurrence laïque.

L'aumônier

Un aumônier, logé et nourri par la maison, était chargé du service religieux et de l'instruction religieuse des jeunes enfants.

Le règlement précisait qu'il devait chercher « *par de sages avis et sa douce morale à réchauffer en eux le germe du bien civil et religieux* ».

Par ailleurs, « *il ne [donnait] les soins de son ministère aux aliénés qu'autant que le médecin [jugeait] qu'il le [pouvait] faire sans danger* ». (51-g). Bouchet confirmait la nécessité de cette prudence, expliquant « *combien un zèle non éclairé (...) pourrait produire de résultats fâcheux dans une intelligence malade et disposée à subir une influence funeste, tout aussi bien qu'une influence salutaire* ».

De par ses fonctions, l'aumônier présidait, « *sans rétribution aucune, aux funérailles des administrés indigents* » ; pour les pensionnaires par contre, ce service devenait payant.

~~-51~~ La vie quotidienne à Saint-Jacques

Le déroulement d'une journée

Le déroulement de la journée d'un aliéné admis à l'hôpital Saint-Jacques était différent selon qu'il lui était prescrit le travail ou non. Comme on l'a vu plus haut, les seuls aliénés qui étaient dispensés de travailler étaient les fous furieux, agités, ou dangereux, et les aliénés pensionnaires aisés pour qui le travail ne correspondait pas à une situation antérieure à l'hospitalisation (sachant que le médecin pouvait tout de même exceptionnellement le leur prescrire). (51-g)

A la visite du matin, le médecin désignait à l'infirmier major les aliénés susceptibles de travail dans la journée, ou qui devaient changer d'atelier, en fonction des notes attribuées dans celui de la veille.

Par ailleurs, pour ce qui concerne le reste de la population, une catégorie était d'office soumise à l'obligation de travailler : les indigents ; qu'ils soient vieillards, orphelins ou handicapés, l'administration estimait qu'à partir du moment où leur pension était payée par la commune ou le département, ils devaient leur travail à l'établissement, dans la limite de leurs forces et de leurs capacités. Par contre, le statut de pensionnaire rendait le travail accessible par prescription médicale uniquement mais ne pouvait en aucun cas être exigé par les administrateurs comme pour les indigents. Bouchet multipliait donc les arguments médicaux allant dans ce sens.

Le règlement stipulait explicitement que « *ceux qui [refusaient] de travailler [seraient] privés de vin et renvoyés s'ils [persistaient], à moins qu'ils n'obtiennent du médecin un certificat qui les dispense* ».

Pour un aliéné à qui le travail était prescrit, les journées étaient rudes :

- ❖ Le lever se faisait à 5 heures du matin, et le travail commençait immédiatement si la saison le permettait ;
- ❖ Ensuite ils prenaient leur déjeuner entre 6 et 7 heures ;

- ❖ Puis jusqu'à 9 heures se faisait la visite du médecin, pour laquelle ils se rangeaient tous au pied de leur lit.
- ❖ Ils retournaient alors à leurs travaux jusqu'à 11 heures, heure du dîner ; il leur était possible de se reposer brièvement après le repas
- ❖ A 12h30 ils retournaient à leurs travaux.
- ❖ A 15 heures ils s'arrêtaient à nouveau pour prendre une collation
- ❖ Le travail reprenait jusqu'au souper servi à 18 heures
- ❖ A 19 heures, ils retournaient travailler si la saison le permettait.
- ❖ Le coucher se faisait entre 20 heures et 21 heures. (6)

Pour les aliénés pensionnaires, la visite du médecin se faisait de la même manière, mais ils devaient occuper leurs journées autrement puisqu'il leur était si rarement prescrit le travail manuel; le médecin pouvait par exemple leur « *prescrire (...) la lecture de certains ouvrages, qu'il [jugait] utiles au rétablissement ou l'amélioration de leur santé* » ; le règlement prévoyait également qu'il puisse « *inviter en soirée ou à sa table ceux des aliénés de cette classe, à la cure de qui cette distraction [pouvait] contribuer (...)* ».

D'autre part, l'administration fournissait une bibliothèque, un billard et un piano aux aliénés pensionnaires, ainsi que des jeux de volants, d'échecs, de dames. Ils pouvaient aussi dessiner, broder, tricoter...ou bénéficier des « *réunions dans un salon où la pensée médicale [présidait], et où l'on s'[efforçait] de rappeler la vie calme du monde* » (6) Bouchet se proposait même de « *placer, dans les jardins paysagers, quelques jeux de gymnastique* » pour les pensionnaires, et il espérait qu'il serait possible un jour de « *donner la promenade en voiture dans ces jardins ; moyen d'une application si utile pour les lypémaniques et certaines classes de déments* ». (6)

Les ateliers

L'établissement de Saint-Jacques fut très rapidement équipé d'ateliers, tout d'abord créés pour terminer en urgence les travaux d'habitation, puis développés progressivement pour pouvoir subvenir aux besoins de la maison de manière quasi autarcique, et toujours sous le couvert des arguments médicaux de Bouchet.

C'est toujours cette double raison, de la nécessité matérielle de l'établissement, et du traitement moral sous une de ses formes singulières, qui fut la raison d'être de ces nombreux ateliers à Saint-Jacques. Le règlement le justifiait en tout cas de la manière suivante : « *Les ateliers entretenus par l'administration dans l'hospice général ont pour objet, les uns de prévenir les dangers de l'oisiveté et d'utiliser le reste des forces des vieillards et infirmes ou les forces naissantes des enfants ; les autres de procurer des économies sur les dépenses.* »

On employait donc comme chefs d'ateliers de véritables artisans, recrutés à l'extérieur de l'établissement, qui encadraient le travail des malades. De plus, on a vu que certains orphelins de l'hospice pouvaient y faire leur apprentissage.

On trouvait donc, du côté des hommes :

- ❖ La menuiserie qui permit la construction d'une grande partie du mobilier, des boiseries, planchers ; elle assurait aussi la fabrique des cercueils pour la ville de Nantes (elle en avait même l'exclusivité !).

- ❖ La saboterie
- ❖ La forge où furent fabriqués tous les lits en fer, des outils pour les travaux.
- ❖ La serrurerie qui permit d'équiper toutes les portes de Saint-Jacques.
- ❖ L'atelier de cordonnerie
- ❖ L'atelier de matelasserie
- ❖ L'atelier de fabrication des paillassons (afin d'en équiper tous les services pour faciliter l'entretien des sols qui étaient cirés) ; par la suite, cet atelier s'orienta vers la confection de nattes et chapeaux de paille.
- ❖ L'atelier de fabrication des paniers en osier
- ❖ La buchellerie avec le travail des fendeurs de bois
- ❖ La boulangerie, fabriquant chaque jour le pain blanc et le pain noir pour Saint-Jacques et l'Hôtel-Dieu. Les aliénés n'y furent cependant pas longtemps employés car on y alternait un travail excessivement difficile à des périodes de repos qui ne satisfaisaient pas à l'indication thérapeutique.
- ❖ Le service d'actionnement de la pompe à eau était commandé par la nécessité seule. Bouchet ne cachait pas, en effet, que cette activité besogneuse et répétitive ne présentait selon lui aucun intérêt thérapeutique dans le traitement des aliénés ; 12 patients s'y relayaient, choisis prioritairement selon le critère de la « *force et la docilité* ». Il était question de les remplacer par un manège à chevaux mais l'inspection de Ferrus fit décider de la mise en place d'une machine à vapeur (2).
- ❖ Les travaux de ferme (celle-ci fut tout d'abord provisoirement installée devant l'hospice, avec une étable et une écurie) ; les chevaux étaient employés aux transports divers de l'établissement, les vaches assuraient la production de lait et de beurre). Une basse cour permettait la production d'œufs et de quelques volailles. Plus tard, lorsque la ferme définitive fut installée à la Grèneraye, on y adjoignit une porcherie. (51-g)
- ❖ L'activité de jardinage permettant de cultiver fruits et légumes pour la consommation de l'établissement, ainsi que les plantes médicinales pour la pharmacie. Ils utilisaient le fumier de la ferme.
- ❖ Une fabrique d'allumettes aurait vu le jour entre 1870 et 1880 (41)
- ❖ Certains aliénés convalescents devaient occuper parfois des postes de gardiens, faute de personnel.

Lors de l'arrivée dans ce nouvel établissement où les travaux n'étaient pas finis, on trouvait aussi comme on l'a vu plus haut l'activité des casseurs de pierres, déroquage aux explosifs, déblaiement, remblaiement d'un terrain accidenté, recueil du sable de la Loire, maçonnerie, travaux de terrassement...

D'autre part, à partir du moment où les besoins de la maisons furent pourvus par le rythme de fonctionnement des ateliers, une partie de leur production, ainsi que de celle de la ferme fut vendue à l'extérieur, à des prix probablement assez concurrentiels.

Bouchet racontait par ailleurs que lorsque les travaux de terrain furent terminés, les administrateurs et lui craignirent que le travail vint à manquer (ce qui aurait posé le problème d'une perte d'un moyen thérapeutique, et d'un réencombrement des locaux) ; C'est à ce moment là que la commission administrative se décida à acheter la Grèneraye pour y établir la ferme après le remblaiement de cette zone marécageuse.

Du côté des femmes, on trouvait « *les ouvrages de leur sexe* »

- ❖ Epluchage des légumes
- ❖ Repassage
- ❖ Couture
- ❖ Lavage (à l'aide des cendres récupérées à la boulangerie)
- ❖ tricot
- ❖ broderie
- ❖ tissage (l'atmosphère humide et les longues stations debout finirent par faire contre-indiquer ce travail aux aliénées)
- ❖ Filage
- ❖ fabrication de chaussons et lisières

Tous ces ateliers alimentaient l'« *atelier de linge, habillement et layettes* » qui fournissaient le linge et l'habillement à l'hôpital général, les layettes aux orphelins ; le produit du travail effectué pour cet atelier pouvait aussi répondre à des commandes extérieures à l'établissement.

Bouchet expliquait avoir essayé de faire travailler quelques aliénées aux travaux d'extérieur, mais il les y trouvait bien moins efficaces que les hommes.

Les orphelins, quant à eux, pouvaient être employés comme apprentis dans les différents ateliers, et devaient régulièrement accompagner les cérémonies funèbres pour les enterrements de première ou seconde classe.

En ce qui concerne les vieillards de l'hospice et les infirmes, ils étaient employés de la même manière à toutes sortes de travaux, sous le couvert de justifications médicales que Bouchet avançait lui-même :

« On a remarqué en effet, que les individus qui, après une vie inquiète et agitée, tombaient tout à coup, par l'effet de circonstances particulières, dans un repos plus ou moins complet, perdaient rapidement leurs forces et succombaient promptement par l'effet d'affections cérébrales ou d'ossification des vaisseaux »

Des tâches « *en rapport avec leurs forces* » leur étaient donc attribuées :

- ❖ la cueillette du tilleul pour la pharmacie,
- ❖ l'épluchage des marrons (afin d'en retirer l'amidon permettant d'empeser le linge, notamment les cornettes des sœurs) (41)
- ❖ les ateliers de charpie et d'étoupes

On voit à quel point le bénéfice des administrés et celui des administrateurs pouvaient être curieusement intriqués...ce qui n'enlève rien au possible bienfait que pouvaient tirer les aliénés à exercer une activité concrète et utile dans la journée.

Il est à noter que les médecins et internes employaient couramment des aliénés à leur service pour leurs travaux ménagers. Ceci était à l'origine d'un différent avec la commission administrative, qui aurait souhaité que les médecins payent en retour l'établissement pour ce service rendu par des pensionnaires qui devaient tout fruit de leur travail aux caisses du receveur...

Les visites et les sorties

Le règlement intérieur autorisait les visites au parloir à des horaires précis, mais Bouchet estimait que concernant les aliénés, les relations avec la famille devaient être « *ménagées de manière à les faire désirer aux malades, et à reporter ainsi leurs pensées aux affections tendres, qui [avaient] fait autrefois leur bonheur, et qu'ils [avaient] perdues si douloureusement.* »(6)

Les promenades dans les jardins ne se faisaient jamais seul mais par escouades, et sur autorisation de l'agent de surveillance ou de la supérieure.

En ce qui concerne les sorties, la permission de sortir en semaine était accordée aux indigents seulement s'ils s'étaient bien conduits (51-g). Les vieillards pouvaient sortir une fois par semaine, tandis que les pensionnaires payant pouvaient sortir tous les jours à condition d'être revenus pour 8h du soir. (41)

Le portier devait signaler toutes les personnes rentrées après le terme fixé pour leur permission.

Le régime alimentaire

Le règlement définissait le régime alimentaire de chaque classe de malades en fonction du statut d'indigent ou de pensionnaire (*cf annexe P 161*) ; les régimes étaient aussi variables entre les différentes classes de pensionnaires, entre les différents soignants également.

Il était précisé la quantité de vin distribuée, rouge ou blanc, la quantité de pain noir ou blanc en grammes, la quantité de viande, grasse ou maigre, de légume, etc.... (Toutes ces quantités étant revues à la baisse pour les régimes équivalents chez les femmes).

Le pain blanc était ainsi réservé aux octogénaires, aux malades, aux pensionnaires et aux employés supérieurs. Les sœurs distribuaient le pain dans chaque section en fonction des régimes prescrits. Tout le monde en recevait entre 600 et 650 g par jour. Les restes étaient ramenés aux cuisines pour en faire de la pannade.

Au niveau de la ration de vin, les orphelins en recevaient tous les dimanches (quantité non précisée par le règlement), un indigent non aliéné en recevait 25 cl, un indigent aliéné n'en recevait qu'à titre de remède (donc sur prescription médicale), un pensionnaire en recevait ½ litre par jour, les médecins, internes, aumônier et chefs d'ateliers en recevaient un litre par jour. Les sœurs hospitalières en recevaient ½ litre par jour

Dans son rapport sur le scorbut en 1874 le Dr Petit, exposant sa vigilance concernant la qualité des denrées servies, rapportait une anecdote illustrant la ténacité de certaines habitudes d'économie ... :

« Je dois dire que je n'ai pas trouvé de résistance sérieuse, sauf pour le vin qui, à la suite d'une tolérance motivée sur la cherté extrême et qui ne devait être que momentanée, a continué d'être additionné d'eau malgré mes protestations. On niait que cela fût, mais les civelles trouvées de temps en temps dans les bouteilles ne venaient assurément pas du pressoir ! ».

Par ailleurs selon la même logique de classe, le repas pouvait se composer d'une simple soupe ou bouillie seule avec de la viande occasionnellement ou d'un menu varié et riche. (51-g)

L'eau provenait de la Loire, y compris celle que l'on buvait ; elle était filtrée sur son trajet, mais l'hiver, *« elle [était] fortement mêlée à l'eau qui [filtrait] à travers le sol constituant ».* (6)

Au régime alimentaire standard, étaient ajoutées des gratifications en nature pour le travail bien fait (beurre, fruits frais, œufs, fromage...).

Les repas étaient pris en silence dans les réfectoires, tandis que des lectures étaient faites.

Les conditions d'hébergement

L'hôpital pût bénéficier de l'éclairage au gaz à partir de 1877, mais il fut vite remplacé en 1904 par l'électricité.

Les aliénés, vieillards et pensionnaires étaient logés en dortoirs, plus ou moins grands, ou en chambres seules selon leur indigence ou leur classe de pensionnat.

Bouchet et les administrateurs de Saint-Jacques veillaient à ce que l'ordre règne dans l'établissement. Les règles de propreté paraissaient ainsi bien respectées : les aliénés ciraient tous les parquets, les lits étaient faits par chaque individu dès son lever (en fonction de sa validité). Les draps étaient changés une fois par mois en été, toutes les 5 semaines en hiver, et le linge de corps au moins une fois par semaine en toute saison.

Les lits de bois avaient été progressivement remplacés par les lits en fer fabriqués par les aliénés.

Le médecin inspectait l'hygiène de chaque individu une fois par trimestre.

-EMEléments épidémiologiques et statistiques concernant le secteur des aliénés

Etude de Bouchet portant sur la période de 1840 à 1844

C'est une étude qui fut publiée en 1839 sous le titre de *« Mémoire statistique sur les aliénés du département de la Loire inférieure »* (6). Dans cette étude, il cherchait à faire des

liens entre les conditions géographiques, climatiques, sociales, et la survenue des pathologies mentales, à la recherche notamment d'hypothèses sur l'influence du milieu.

On apprend ainsi qu' en 1801, la population de la Loire Inférieure s'élevait à 370 000 habitants, et qu'en 1836, elle avait atteint 470 000 habitants. En 1836, le Préfet de la Loire inférieure ordonna le recensement de tous les aliénés : on en dénombra 684, séquestrés ou dans leurs familles, sachant que le recensement et la classification étaient fait par les maires des différentes communes. Ceci permit de conclure qu'un certain nombre d'aliénés (présentant pour la plupart des troubles anciens et chroniques) pouvaient manifestement vivre en dehors de l'hôpital, car tolérés dans leur famille ou leurs communes.

« **Mouvement des aliénés depuis le 1^{er} janvier 1840 jusqu'au 31 décembre 1844** » (9) :

	Aliénés entretenus par le département et les communes			Aliénés entretenus par les familles			Total général	Aliénés entretenus par les départements étrangers			Total général
	H	F	Total	H	F	Total		H	F	Total	
Existant au 01/01/ 1840	108	169	277	47	31	78	355	53	38	91	446
Admis du 01/01/1840 au 31/12 1844	160	152	312	158	138	296	608	-	10	10	618
Existant au 31/12/1844	108	115	223	56	54	110	333	-	10	10	343
Population pendant la période	268	321	589	205	169	374	963	53	48	101	1064
Guérisons du 01/01/1840 au 31/12/1844	48	62	110	66	48	114	224	3	6	9	233
Sorties sans guérisons	56	50	106	32	32	64	170	24	19	43	213
Morts du 01/01/1840 au 31/12/1844	65	93	158	40	32	72	230	7	6	13	243
Total des sorties	169	205	374	138	112	250	624	34	31	65	689

On peut conclure de ces chiffres, qu'entre 1840 et 1844, 1064 patients furent traités à l'hôpital Saint-Jacques dans le quartier des aliénés, dont 963 patients originaires de Loire Inférieure, soit un pourcentage de 90,5%. Les 9,5% restants étaient originaires de départements voisins qui les entretenaient. 374 aliénés, soit 35% du total, étaient entretenus financièrement par leurs familles.

Sur cette population totale de 1064, on observa

- ❖ 233 guérisons (21,9%)
- ❖ 213 sorties sans guérison, les patients étant repris dans leurs familles pour la plupart (20%)
- ❖ 243 morts (22,8%)

La population accueillie

) a État civil, âge

« Admission des fous selon les âges (malades de la Loire inférieure et entretenus par les familles) » (9) :

âge	Entretenus par les communes et le département			Entretenus par les familles			Total général
	H	F	Total	H	F	Total	
Avant 20 ans	4	5	9	1	3	4	13
De 20 à 40 ans	76	54	130	81	72	153	283
De 40 à 60 ans	52	38	90	49	40	89	179
Au dessus de 60 ans	9	22	31	7	19	26	57
inconnu	4	19	23	13	3	16	39
total	145	138	283	151	137	288	571

La tranche d'âge la plus représentée dans la population des aliénés de Saint-Jacques était celle des 20-40 ans (50%)

Par ailleurs, on apprend dans un rapport à la commission administrative daté de 1836 (7), que parmi les aliénés reçus en 1835, on dénombrait 2/3 de célibataires ; les aliénés mariés n'en représentaient qu'un quart. Bouchet en conclut que « *chez les hommes, comme chez les femmes, le célibat [était] une circonstance favorable au développement de la folie* » ; Bouchet se confortait dans cette conclusion en remarquant qu'au vu des âges d'admission, on constatait bien que la folie survenait surtout à « *un âge où, d'ordinairement on est marié* ».

) b Profession

Dans son rapport à la commission administrative de 1836 (7), Bouchet présenta un tableau récapitulant la répartition des différentes professions d'origine parmi les malades, observés sur l'année 1835. Il en conclut que « *l'aliénation mentale [surprenait] dans toutes les positions de la vie* » :

Profession des aliénés	Hommes	femmes	total
Culte, droit, médecine, belles lettres, employés	10	3	13
Rentiers, propriétaires	1	10	11

Militaires	9	0	9
Artistes	1	1	2
Négociants	3	0	3
Marchands en détail	2	7	9
Bois	12	1	13
Fer	2	0	2
Or et argent	1	0	1
Autres métaux	0	1	1
Filature et tissus	9	8	17
Bâtiments	2	0	2
Cuir et peaux	4	0	4
Teinture	0	0	0
Objets d'habillement et de luxe	3	28	31
Gens occupés de travaux agricoles	28	16	44
Comestibles, boissons et objets de bouche	3	7	10
Gens de peine	12	6	18
Domestiques	3	17	20
Sans professions	13	25	38
Profession inconnue	5	24	29
Total des aliénés qui ont formé le mouvement de l'année 1835	123	154	277

Ce tableau permet de préciser que sur 277 aliénés en 1835, 67 étaient sans profession ou de profession inconnue, soit 24%. Parmi les professions les plus représentées, on retrouvait les travaux agricoles chez les hommes, et le commerce des « *objets d'habillement et de luxe* » chez les femmes.

) cSex-ratio

En 1835, sur le total des aliénés admis sur l'année, Bouchet constatait que les aliénées étaient plus nombreuses que les aliénés, « *comme il est à 13,82* ».

Les causes présumées de la folie

Bouchet distinguait les causes morales et les causes physiques dans la genèse de la folie.

Il estimait que chez les fous de Loire Inférieure, les causes physiques l'emportaient « *de près du double sur les causes morales, parce que l'hérédité, l'abus du vin, l'épilepsie, les maladies diverses, le dénuement et l'âge [avaient] exercé leur funeste influence d'une manière très prononcée.* » Il estimait que l'abus du vin représentait le quart de ces causes physiques, et devait être rapporté aux classes inférieures. Ensuite venait l'hérédité, due selon lui à la défiance qui régnait entre les familles, la rareté de l'émigration, et l'humidité très importante du sol influençant de manière défavorable le développement intellectuel.

Pour cette même population, il estimait que les principales causes morales étaient « *les chagrins, la plupart domestiques, la religion mal entendue, l'amour et la jalousie* ». Parmi les chagrins domestiques, il signalait que c'était « *les femmes qui [déterminaient] presque*

exclusivement l'élévation du chiffre », et qu'ils provenaient le plus souvent « de l'inconduite et des habitudes d'ivresse de l'homme » ; ensuite venait « la religion mal entendue », touchant un « peuple ignorant », dont les yeux étaient « vides des hautes vérités religieuses et morales qui raffermissent l'homme dans le bien et le fortifient contre le mal ». (6)

Il concluait que les causes morales paraissaient prédominer chez les femmes, tandis que les causes physiques étaient plus fréquentes chez les hommes.

En 1862, le Docteur Petit chercha à son tour à déterminer les différentes causes pouvant être retrouvées pour expliquer la survenue de la folie : il dressait un tableau où l'on retrouvait toujours cette distinction entre les causes physiques et les causes morales (44), et où l'hérédité et la boisson arrivaient toujours en tête, accompagnées de l'épilepsie et de la faiblesse intellectuelle.

L'influence du milieu

Dans son mémoire statistique, Bouchet expliquait qu'on dénombrait en Loire Inférieure 404 fous et 280 idiots et il faisait la constatation que la proportion de fous était plus élevée sur Nantes, tandis que la proportion d'idiots était plus élevée en campagne, notamment dans la région de Savenay. Devant cette constatation, Bouchet n'hésitait pas à affirmer que *« le mouvement de l'intelligence et des passions, avec leurs excès et leurs désordres, [justifiait] la grande proportion des fous dans un grand centre industriel, comme l'ignorance, avec sa défiance et ses sensations bornées, [justifiait] la grande proportion des idiots sur un sol triste, humide, et peu productif. »*

Il évoquait même les méfaits que pouvait occasionner la vie dans des localités trop retirées, soumises non pas à l'air marin mais aux eaux stagnantes ; on y trouvait ainsi, selon lui, *« ces populations peu intelligentes, disposées à la tristesse et à la défiance, peu développées dans leur physique, et dont le teint hâve et sans fraîcheur [portait] d'avance l'empreinte des commencements de la lypémanie ».*

Les catégories nosographiques

Bouchet distinguait l'idiotie de la folie :

« La première est l'absence ou l'oblitération de plusieurs facultés intellectuelles dès la naissance ou pendant l'enfance ; la seconde, est le dérangement des facultés intellectuelles développées, étudiées selon cette distinction. »(6)

En ce qui concerne les catégories nosographiques, on retrouve dans les écrits de Bouchet l'utilisation des termes de paralysie générale, manie, mélancolie, monomanie, lypémanie, épilepsie, démence, idiotie et imbécillité.

A propos de ces deux dernières catégories, il lui paraissait important d'établir une distinction clinique, celle-ci étant principalement basée sur le degré d'éducabilité.

En effet, pour Bouchet les idiots comme les imbéciles étaient soumis à des facteurs héréditaires et environnementaux (cf. ce qu'il disait plus haut sur la campagne de Savenay) ; d'autre part, la survenue de vers et de convulsions dans l'enfance semblait également déterminante dans la survenue de ces états.

Mais sur le plan clinique, il distinguait d'une part les idiots, caractérisés par leur incurabilité, leur caractère craintif et le plus souvent inoffensif, et d'autre part les imbéciles qui étaient ceux qui semblaient susceptibles de recevoir une éducation. Ils pouvaient être défiants, jaloux et soupçonneux, s'abandonnant la plupart du temps « *sans frein à tous leurs appétits* » et devenant même parfois agressifs. Ils posaient donc essentiellement des problèmes de type caractériel.

Répartition des pathologies en fonction de l'âge, du sexe, de la catégorie socioprofessionnelle

Les diagnostics étaient variables selon la tranche d'âge observée :

Entre 1840 et 1844, Bouchet décrivait la manie comme très fréquente avant 20 ans, et la monomanie plutôt retrouvée entre 30 et 40 ans ; au-delà, la proportion de monomaniacs tendait à décroître, tandis que la proportion de déments tendait à augmenter. Bouchet liait d'ailleurs l'état de démence aux autres pathologies psychiatriques, puisqu'il estimait que la plupart d'entre elles avaient « *dû être, avant leurs admissions, des manies ou des monomanies dont elles [étaient] ordinairement la conséquence* ». (6)

En 1862, le Docteur Petit décrivait la répartition des différentes pathologies à la fin de 1862 : ces données sont récapitulées dans le tableau suivant :

diagnostic	nombre	pourcentage
manie	175	28,5 %
monomanie	41	6,7 %
lypémanie	167	27,3 %
Démence simple ou sénile	107	17,4 %
Démence paralytique	25	4,1 %
Idiotie ou imbécillité	98	16 %
Total	613	100 %

42 d'entre eux présentaient également une épilepsie.

Il remarquait par ailleurs, que le nombre de monomaniacs était bien plus élevé dans les classes aisées que chez les indigents. Par contre, la démence paralytique touchait identiquement les deux classes.

Il repérait lui aussi la tranche des 30 45 ans comme celle où l'on constatait le plus souvent l'apparition de la folie. (50-c)

En 1897, le Docteur Biaute signifiait dans son rapport sur l'activité médicale de l'hôpital, la répartition des différentes pathologies récapitulées dans le tableau suivant: (50-d)

diagnostic	nombre	pourcentage
manie	236	34,2 %
mélancolie	86	12,5 %
Folie périodique	25	3,6 %
Folie systématisée progressive	90	13 %
Démence vésanique	47	6,8 %
Démence sénile et organique	42	6,1 %
Paralysie générale	23	3,3 %
Folies névrosiques	46	6,7 %
Folies toxiques	31	4,5 %
Folie morale et impulsive	9	1,3 %
Idiotie et imbécillité	55	8 %
Total	690	100 %

De nouvelles entités étaient apparues, pour classer les maladies ; on ne retrouvait plus la monomanie qui représentait pourtant plus du quart des diagnostics portés 35 ans auparavant, et la lypémanie était redevenue la mélancolie.

Guérisons

) dPourcentages

Bouchet dénombrait 25, 81% de guérison chez les fous de Saint-jacques (sans compter la population des idiots et imbéciles) sur l'observation menée de 1840 à 1844 ; en comptant cette population, le pourcentage de guérisons chute à 21,9 % comme on l'a vu dans le premier tableau. (9)

Par la suite, on apprend des rapports annuels des médecins chefs que la proportion de guérison était de 34,28% à Saint-Jacques en 1875, alors qu'au niveau national, elle était de 33% seulement au même moment.

D'autre part dans ces mêmes résultats, on retrouve une différence significative des guérisons en fonction de la classe sociale (42% de guérison chez les pensionnaires, contre 29% seulement chez les indigents). Le Docteur Petit y voyait une conséquence des différences de conditions de salubrité dans les bâtiments correspondants.

Il estimait que les conditions d'hébergement pouvaient aussi influencer le cours de la guérison, puisqu'en 1862, devant l'entassement des malades dans des locaux où l'agitation régnait partout, il regrettait que « *malgré les efforts les plus grands et les plus soutenus, les curables se [confondaient] avec les incurables* » et que « *lorsqu'un malheureux [recouvrait] un peu de raison, la vue du milieu où il se [trouvait] lui [produisait] une impression pénible qui le [replongeait] aussitôt dans le délire* ». (50)

Dans le mémoire statistique traitant de la période de 1840 à 1844, on retrouve le nombre de guérisons suivant la durée du séjour :

« Sorties des aliénés. Guérison des fous selon le séjour dans l'asile (Loire inférieure et pensionnaires) » (9):

sexes	Avant 3 mois	Avant 6 mois	Avant 1 an	Avant 2 ans	Au-delà de 2 ans	Total
Hommes	51	26	16	13	8	114
Femmes	20	25	28	18	19	110
Total	71	51	44	31	27	224

Bouchet concluait à la nécessité de prendre en charge très précocement la folie, puisque les chiffres montraient que l'on guérissait moins à mesure qu'on s'éloignait de l'époque du début de la folie.

On observe aussi que les durées de séjour étaient volontiers plus longues chez les femmes, avec des guérisons qui s'échelonnaient aussi plus régulièrement en fonction de la durée de séjour sur les deux premières années.

) eEn fonction de l'âge et de la pathologie

Dans son mémoire statistique portant sur la période de 1840 à 1844, Bouchet affirmait que c'était de 20 à 30 ans qu'on trouvait le plus de guérisons chez les femmes, et de 30 à 40 ans qu'on en trouvait le plus chez les hommes.

C'étaient les manies qui guérissaient le mieux (surtout chez les hommes), ensuite les monomanies puis les lypémanies. (6)

.2Rechutes

Bouchet estimait que la folie, de la même manière que les maladies du corps, était susceptible de récidiver ; et ceci avec une plus grande fragilité peut-être, compte tenu du fait que « *l'homme n' [avait] pas autant en son pouvoir la faculté de s'opposer aux influences qui [déterminaient] la folie, qu'à celles qui [déterminaient] les autres maladies.* » (6)

Mortalité

) aPathologies intercurrentes

Des statistiques montrent qu'il existait une différence de mortalité significative entre le Sanitat en 1831 et le nouvel hôpital général en 1835 : pour 109 morts dans le premier cas, on n'en dénombrait que 58 dans le second. Ceci était vraisemblablement dû à l'amélioration considérable des conditions de salubrité.

Néanmoins, le XIX^{ème} siècle vit sévir de nombreuses épidémies, responsables de la persistance d'un chiffre élevé de mortalité (variole, choléra, tuberculose) ; on retrouvait aussi de nombreuses affections pneumologiques et cardiovasculaires.

« Sorties des aliénés. Mortalité selon les âges (Loire inférieure et pensionnaires) » (9) :

sexes	Avant 20 ans	De 20 à 40 ans	De 40 à 60 ans	Au dessus de 60 ans	inconnu	total
Hommes	4	42	38	14	7	105
Femmes	6	41	36	37	5	125
Total	10	83	74	51	12	230

) bSuicides

Bouchet décrivait le suicide comme rare ; en 1839, il n'en avait dénombré que 6 depuis le début de son exercice à Saint-Jacques (6).

Discussion et liens entre les aspects historiques évoqués et l'actualité psychiatrique.

évolution du cadre institutionnel ?

-Elle
elle

Durant les 150 dernières années, le cadre de soins se transforma progressivement, sous l'influence de l'histoire, de la politique, de l'évolution des mentalités, mais surtout en réponse à l'évolution de la conception du soin psychiatrique.

Quelles évolutions sur le plan législatif ?

)aLégislation sur le secteur et sur les protections des biens

Les pratiques évoluant, divers problèmes vinrent à se poser, nécessitant des adaptations voire des changements de la législation, celle-ci devant permettre de légitimer ces nouvelles pratiques, tout en tenant comptes des difficultés qui se présentaient. L'expérience du XIII^{ème} arrondissement menée par Paumelle en 1954 permit par exemple d'expérimenter l'idée du secteur sur un petit territoire et sa mise en place put être précisée par la suite par différentes circulaires. La première, véritablement significative, parut le 15 mars 1960, et définissait les principales orientations de cette nouvelle politique, (ainsi qu'on les conçoit encore maintenant) :

« Ce dispositif consiste essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médicosociale devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de post-cure. » (42).

Quelques années plus tard en 1971 une carte sanitaire fut établie, puis en 1972 des conventions furent passées entre les administrations locales et les hôpitaux, et enfin de véritables lois furent votées, venant officialiser l'adoption de la politique de secteur (loi du 30 juin 1975, puis celles des 25 juillet et 31 décembre 1985).

Par la suite, la sortie des malades des établissements et la mise en place du secteur posèrent la question de la protection des biens des patients à l'extérieur de l'hôpital, puisque les mesures de protections prévues par la loi de 1838 étaient réversibles et cessaient dès la sortie, ne permettant pas une « continuité de la protection » à l'extérieur.

La loi de 1838 avait constitué à son époque une avancée considérable par rapport à la mesure d'interdiction. Cette dernière constituait auparavant la seule mesure de protection des biens et présentait de nombreux inconvénients : elle ne pouvait être mise en place que par la famille (et donc ni par un médecin, ni par un magistrat), était très peu discrète, et longue à mettre en œuvre ; de plus, elle visait exclusivement à empêcher les aliénés de dilapider les biens familiaux. Au cours des discussions de la loi de 1838, émergea l'idée que si l'aliéné pouvait causer du tort par son comportement, il était également exposé à des abus de toutes sortes, du fait de son état mental. Des mesures visant à protéger les biens de l'aliéné furent

donc mises en place, aussi bien pour empêcher la dilapidation de ceux-ci que pour protéger l'aliéné du tort qui pourrait leur être causé (y compris par ses proches).

Au moment de la mise en place du secteur, une nouvelle loi fut donc nécessaire pour permettre une protection du malade mental dans son effort de réinsertion, plus exposé qu'auparavant par cette confrontation nouvelle avec le milieu dit « ordinaire ».

Ainsi trouva sa place la loi du 3 janvier 1968 sur la protection des incapables majeurs, venant rendre possible à sa manière la sortie du patient de l'asile par la création des mesures de curatelle, tutelle et sauvegarde de justice.

Par ailleurs, cette loi, en plus de procurer au malade mental une protection au sein de la société, lui permit d'y retrouver symboliquement une place très importante, qui succédait à l'exclusion systématique du droit de tout ce qui était inhérent à la pathologie mentale. On a vu en effet que l'article 64 du code pénal (1810) spécifiait dans cet esprit : *« il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister »*.

Dans une orientation complètement différente, la loi de 1968 précisait dans son article 489-2 : *« celui qui a causé un dommage à autrui, alors qu'il était sous l'empire d'un trouble mental, n'en est pas moins obligé à réparation. »* Avec cette nouvelle loi, le malade mental restait donc pénalement irresponsable mais devenait par contre civilement responsable.

Cette réappropriation partielle du fou par le droit se tenait finalement dans le même esprit que la naissance du secteur, où la société civile était amenée à accueillir et à assumer dans la communauté sociale, la maladie mentale. En effet, la justice établissait à sa manière une différence entre l'aliéné et tout autre individu dans cette première version du code pénal faisant des données médicales un principe de différenciation sociale (il faut tout de même préciser qu'autrefois, cette mise à l'écart du fou par le droit lui sauvait la vie, puisqu'au terme du jugement il était gracié et non pas condamné à mort comme les autres criminels ; cependant, dans un pays où la peine de mort a disparu depuis plus de vingt ans, l'enjeu n'est plus le même, et la question doit pouvoir être posée librement, de l'intérêt d'une réintégration du malade mental à sa manière, et avec ses conditions, dans le droit).

L'aménagement introduit par la loi de 1968, « logeant » le malade mental dans le décalage entre responsabilité civile et responsabilité pénale paraît intéressant et constitue un bon compromis, signifiant l'appartenance au groupe, mais la prise en compte de la différence et de la vulnérabilité. On peut noter ici que le rapport Piel et Roelandt (30) passe complètement à côté de cette subtilité (il s'en étonne ouvertement).

Tarde évoquant de son côté la possibilité d'introduire la notion d'une responsabilité relative, la défendait ainsi :

« Est il donc nécessaire, pour trouver juste l'idée d'une culpabilité limitée et relative d'attribuer à la volonté de l'homme autre chose qu'une efficacité limitée et relative ? En deux mots, pour juger quelqu'un coupable... avons-nous besoin d'imaginer qu'il a exercé une causalité libre, et ne nous suffit-il pas qu'il ait mis en jeu sa causalité propre ? Son acte ne lui est il pas suffisamment imputable dès lors qu'il apparaît que son acte est le sien ? » (25).

Cette idée d'un acte s'inscrivant dans un référentiel erroné et malade, mais acte pourtant bien réel, accompli et personnel, rejoint l'idée de Georges Canguilhem que lorsqu'on est malade, c'est non seulement par référence aux autres, mais surtout par rapport à soi même (25). Il s'en suit que la maladie avant d'exclure l'individu du groupe l'exclue en premier lieu de son propre sens logique, de son appréhension personnelle et individuelle de la réalité, caractérisée par une inaccessibilité au sens commun.

Cette orientation nouvelle du droit vis-à-vis du malade mental fut par ailleurs confirmée par un changement important de la législation avec le remplacement de l'article 64

du Code Pénal de 1810 par l'article 122-1 du Code Pénal de 1994, distinguant « *l'abolition du discernement* » et « *l'altération du discernement* ». Ce nouvel article fut de manière fort prévisible responsable d'un accroissement important de la proportion de malades mentaux en prison (30 à 50% des détenus souffriraient actuellement d'un trouble mental).

On pourrait philosopher sur le fait que la prison fait partie intégrante de la société, celle que cherche à retrouver l'aliéné (et celle dans laquelle le droit le ramène) dans le sens où elle en illustre la règle. Néanmoins, ces considérations trouvent leurs limites lorsqu'on voit combien il est difficile de soigner des malades mentaux en prison puisque les SMPR ne peuvent en aucun cas contraindre un patient aux soins, dans l'enceinte de la prison. Si la réintégration du fou dans la société doit passer par la réclusion suite à un acte répréhensible, il faudrait que cette « réclusion » continue d'être garante de la « ré-inclusion » du malade mental dans la société, et que le lien initié par le secteur puisse aller jusque là ; pour le moment, c'est toujours très compromis, sans doute aussi parce que les médecins des SMPR ne souhaitent pas qu'une législation vienne rendre le soin obligatoire en prison, craignant qu'on ne les contraigne à devenir garants de l'ordre, et que le soin devienne alors punition et coercition dans un monde où le rapport de force est continu. On peut répondre à cela que le médecin doit pouvoir continuer d'agir en son âme et conscience, de manière indépendante de toute administration, et avec le souci de distinguer ce qui relève véritablement du soin et ce qui ne relève que de l'éducatif (avec un autre type de cadre), d'où la nécessité d'une prise de recul continue par rapport à la pratique quotidienne.

Il semblerait que Mr Douste-Blazy envisage dans son plan de santé mentale la création d'« unités hospitalières spécialement aménagées » (UHSA), qui seraient consacrées exclusivement aux soins aux détenus.

)bLa loi de 1990 confirmant les orientations de la précédente

La loi de 1838 fut souvent attaquée, et de manière bien compréhensible puisqu'elle venait compromettre une des valeurs les plus chères de la Révolution : le droit pour tout individu d'aller et venir librement au nom de la liberté individuelle. Cependant, elle résista pendant 150 ans aux assauts des uns et des autres (assauts qui ne faisaient finalement que reprendre les débats qui avaient eu lieu dans les deux chambres lors de son élaboration).

Gourevitch fait par ailleurs remarquer que durant les deux périodes autoritaires (1852-1860, et 1940-1944) que connut la France durant la validité de cette loi, cette dernière n'eut jamais à servir les pouvoirs politiques dans le sens de leur totalitarisme (35).

Il est probable que si cette loi réussit ainsi à traverser les époques, c'est parce qu'elle constituait un formidable outil de justice, combiné à un outil de soins. Elle se présentait en effet comme une loi équilibrée qui articulait trois exigences complémentaires : l'intervention médicale précoce, les voies de recours du patient et de ses proches et la protection de la société (4); ainsi sous-tendue par des valeurs nécessaires, elle trouvait toute sa justification et sa solidité ; de plus, on a pu voir qu'elle se caractérisait par un souci très affirmé de prévenir les mesures d'internements arbitraires.

On peut en effet admirer que les législateurs aient eu une telle vigilance à établir non seulement les conditions d'internement, mais aussi les conditions de recours contre lui ; cette loi contenait donc en son sein un pouvoir défini par certains articles, mais autorégulé par d'autres articles. On peut considérer qu'elle fut donc un effort conjoint des législateurs et des médecins, effort émaillé de tensions de part et d'autres puisque les uns défendaient la sécurité publique et la liberté individuelle, et que les autres défendaient le droit aux soins dans des

conditions décentes, chacun souhaitant voir prévaloir la suprématie de l'autorité de son milieu.

Les magistrats auraient voulu voir la mesure d'internement soumise à leur décision seule, tandis que les médecins revendiquaient le même pouvoir, rejetant jusqu'à l'idée de pouvoir être contrôlés par la justice (on a pu voir combien la position d'Esquirol était catégorique sur ce point). Durant plus d'un siècle par la suite, les magistrats continuèrent de revendiquer le pouvoir décisionnel concernant une mesure de privation de la liberté qu'il leur paraissait dangereux de confier à des non juristes, et qui rendait par ailleurs les garanties contre la détention abusive inférieures à celles offertes aux détenus et criminels (45); mais la folie mettait doublement l'individu hors de portée du magistrat puisque le droit lui-même l'excluait de son champ (comme on l'a vu au niveau de l'article 64 du code pénal) ;

La réintégration partielle du fou par la justice dans les textes de loi participa donc à éclairer d'un jour nouveau ces réclamations des magistrats mais sans que les législateurs ne se départissent de leur prudence.

Une judiciarisation de la démarche serait venue assimiler l'hospitalisation sans consentement à une privation de liberté, bien plus qu'à un processus de soins, allant ainsi à l'encontre du projet initial des législateurs. De ce point de vue, il était important de considérer l'enfermement comme un passage nécessaire par la contrainte pour pouvoir retrouver grâce au traitement une liberté non seulement d'aller et venir, mais aussi de penser et d'agir, la pathologie mentale étant ainsi implicitement assimilée à une « pathologie de la liberté ».

Suivant la même logique, le nécessaire respect de la liberté d'autrui (qui aurait pu en certaines circonstances mener au refus d'intervention) devait donc s'effacer devant la nécessité d'assister toute personne en danger. (45)

De plus, d'après certains, la judiciarisation aurait risqué de faire faire un bond en arrière de trois siècles, à l'époque où le malade mental était assimilé au délinquant, et où l'objectif unique de l'enfermement était la protection de la société.(45)

Les dérives possibles vers une inscription au casier judiciaire des internements auraient également été à craindre, comme ce fut par exemple le cas en Italie pendant longtemps, sous l'influence fasciste.

On peut remarquer que de même que les magistrats hurlaient au sacrilège quant à la règle de séparation des pouvoirs lors de l'élaboration de la loi de 1838, les législateurs au nom de cette même séparation des pouvoirs dénonçaient le risque d'« *une concentration des pouvoirs dans les mains des seuls juges, alors que le maintien de la procédure médico-administrative assortie de garanties judiciaires [permettait] de préserver l'équilibre des pouvoirs et des contre pouvoirs entre les différents acteurs potentiels* ». (45)

Michel Gourevitch fait à ce propos observer de manière fort intéressante que priver un individu de liberté sous prétexte de troubles mentaux sans avoir recours à la justice est une particularité française qui persiste jusqu'à nos jours ; dans bien d'autres pays Européens ainsi qu'aux Etats-Unis (45), la décision passe par les tribunaux. Si autrefois, par la lettre de cachet, le roi pouvait requérir l'internement d'une personne, aujourd'hui, la demande d'internement peut amener au même effet, mais elle doit être argumentée par des certificats médicaux pour que le préfet puisse rendre effective la mesure alors qu'autrefois, la lettre de cachet rédigée par le roi se terminait par la formule « *car tel est notre plaisir* »; l'autre différence, c'est qu'il y a bien sûr aujourd'hui des recours auprès des tribunaux contre les internements abusifs.(35)

Un autre avantage de conserver l'autorité administrative dans la démarche d'internement était la mise en place rapide et discrète de la mesure (sachant que si la

discrétion était souhaitable, elle mettait tout de même en danger la liberté individuelle), tandis que la justice restait toujours très lente et solennelle dans ses décisions (risquant donc de compromettre la mise en place d'une mesure en urgence). Cette dernière n'était donc requise qu'« après-coup » pour contrôler le cas échéant les procédures mises en œuvre pour l'internement.

Il semblerait que ce soit pour l'ensemble de ces raisons que lors de l'élaboration de la loi de 1990, bien que la question de la judiciarisation de l'internement ait à nouveau été soulevée, le texte final n'ait pas retenu cette possibilité. Cette nouvelle loi était donc une redite de la précédente, ne changeant en rien son esprit fondateur de soin et de protection de l'ordre public, seulement modernisée au niveau du vocabulaire et des données contextuelles.

Lors de ces discussions sur la loi de 1990 avait même été évoquée la possibilité de refondre HDT et HO en un unique type d'hospitalisation, plus sévère que l'HDT, mais plus souple que l'HO, où l'on serait entré sur avis du préfet, et sorti sur avis médical, mais cette proposition n'eut pas de suites, probablement car elle faisait perdre de sa souplesse au système. (45)

Choisissant à nouveau la voie administrative utilisable sous deux formes (HO et HDT venant remplacer PO et PV) pour la démarche d'internement, cette nouvelle loi venait consacrer la sagesse de la loi initiale, et montrait que si les pratiques psychiatriques avaient changé dans leur forme, la question de l'internement restait identique, immuable et intemporelle dans sa problématique humaine, 150 ans plus tard.

Les mesures de recours exerçables par le patient restaient très importantes, voire même renforcées, avec la nécessité d'un deuxième certificat pour entériner la mesure d'HDT, la délivrance d'une information au patient dès son admission sur sa situation juridique et ses droits, le droit de communiquer avec les autorités judiciaires par téléphone ou par courrier, et le droit de prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de son choix. (35)

Les modalités de cette loi prévoyaient tout de même quelques différences importantes par rapport à la précédente : tout d'abord, la loi reconnaissait dans son texte l'existence de l'hospitalisation libre (représentant la majorité des hospitalisations en psychiatrie), évoquait un souci de réinsertion sociale avec une prise en compte des avantages du secteur et la définition des mesures de sorties d'essai, encadrées par ce même secteur, et enfin prévoyait la création des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques chargées d'examiner la situation des personnes hospitalisées sous contrainte « *au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes* ». Il en existe actuellement une par département comprenant

- ❖ Un psychiatre désigné par le procureur général,
- ❖ Un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel,
- ❖ deux personnes qualifiées, désignées l'une par le préfet, l'autre par le président du conseil général, dont un psychiatre et un représentant d'une organisation de familles de personnes atteintes de troubles mentaux.

Cette commission est chargée d'un rôle de contrôle très important en étant informée de toutes les hospitalisations sous contrainte, et en en suivant l'évolution. Elle doit visiter les établissements, vérifier les procédures et examiner la situation de toute personne dont l'hospitalisation se prolonge plus de trois mois ; en outre, elle peut saisir lorsque cela lui paraît justifié, les instances judiciaires. (35)

Dans le texte de cette loi était prévue une révision cinq ans plus tard sur la base des rapports établis par les commissions départementales. (48) Celle-ci eut effectivement lieu, sans remise en question majeure pour autant : cette révision à la lumière du travail des

commissions permit de questionner l'utilité du deuxième certificat dans l'HDT (considéré comme superflu puisque peu de certificateurs infirmaient cette mesure), de questionner la forme que devait revêtir l'information au patient, la possibilité d'établir une période d'observation avant la mise en place d'une hospitalisation sans consentement, la nécessité de mieux définir le tiers pouvant défendre les intérêts du patient, et la possibilité de poursuivre des soins sans consentement à l'extérieur de l'hôpital. (12)

Le plan de santé mentale rendu par Mr Douste-Blazy en mars dernier prévoit, sans donner beaucoup de précisions, une réforme des modalités d'hospitalisations sans consentement, en ayant visiblement l'intention de garantir de meilleures pratiques par la mise en place de « *protocoles d'interventions* » et de « *recommandations de bonnes pratiques* » (par exemple en ce qui concerne la contention physique en psychiatrie) sous la tutelle de la haute autorité de santé. (13)

On peut se demander, cependant, si ce type de protocole garantira véritablement la qualité des soins... Car il est à craindre que plus les relations humaines seront soumises à protocoles, moins la prise en compte du vécu et des affects transféro-contre-transférentiels sera favorisée. Ces nouvelles mesures peuvent aussi être envisagées sous un jour plus positif, avec l'idée que l'existence de ces protocoles viendrait jouer le rôle très important de « tiers » dans la relation patient – équipe soignante. Ceci serait cependant le signe inquiétant que la médecine à elle seule ne suffit plus à remplir cette fonction d'objet tiers.

Il faut se souvenir qu'en psychiatrie, le soin se situe tout d'abord dans l'aspect relationnel, ainsi qu'avaient commencé à le laisser entendre les premières applications du traitement moral, avant la dérive de ce type de pratiques.

La sécurité que recherche le ministre en prenant ces mesures ne peut venir que de la formation, de l'expérience, de l'intuition, et de l'éthique de chaque médecin ou d'une manière générale, de tous les aspects qui caractérisent la profession médicale, pour laquelle les études font partie des plus longues. Est-ce qu'un système de règles, voire bientôt de lois va pouvoir mieux soigner que ce qu'un médecin déciderait de mettre en place à la lumière de son « bagage professionnel ».

On pourrait objecter que ce sont là des réticences qui pourraient s'apparenter à celles d'Esquirol devant la perspective du contrôle des juges à la veille du vote de la loi de 1838, mais la problématique ne se situe pas au même niveau, puisque Esquirol s'insurgeait contre un cadre de soins, alors que ce qu'il s'agit ici de dénoncer, porte sur la teneur même du soin : va-t-on être effectivement envahis et parasités par ces normes de bonnes pratiques ?

Il est à craindre qu'elles nous soient opposées en premier lieu par nos patients car elles viendront se loger exactement dans la faille constituée par l'ambivalence d'un patient aux soins : elles mettront le médecin dans une position d'exécuteur simple de conduites à tenir protocolisées puisqu'elles viendront nier sa capacité à prendre les décisions adaptées à la situation. Tout cela ne facilitera pas certaines prises en charges !

Par ailleurs, l'initiative de soin bannie, elles s'opposeront à la dimension créatrice du soin, celle là même pour laquelle la psychothérapie institutionnelle s'était battue, et risqueront donc de faire perdre tout sens au soin.

Ces recommandations de bonnes pratiques qui s'annoncent comme des règles réintroduisent d'une certaine manière le « droit » à l'excès dans une démarche qui ne devrait concerner que la médecine, c'est-à-dire la teneur du soin. Le droit ne devrait avoir de place que dans la définition du cadre de soins et s'il est souhaitable qu'il permette le respect de la

liberté individuelle, il reste problématique qu'il cherche à s'introduire dans ce qui est l'essence même du soin psychiatrique.

Un autre des problèmes soulevés par le plan de santé mentale, mais qui est noté depuis un certain temps dans la profession, est l'augmentation des mesures d'hospitalisation sous contrainte dans les dernières décennies. Celles-ci ont quasiment doublé entre 1992 et 2001 (passage de 32000 à presque 65000 mesures/ an entre 1990 et 1999), ce qui a fait passer leur pourcentage, en comparaison du nombre total d'hospitalisations en psychiatrie de 11% (en 1992) à 13% (en 1997).

Les HDT d'Urgence représentent par ailleurs 40% du total des HDT, alors qu'elles ne devraient être qu'exceptionnelles (ce qui questionne une fois de plus l'utilité du deuxième certificat, si on retourne le problème). De plus, on observe parfois le choix d'un tiers n'ayant aucune relation avec l'intéressé, sans qu'il soit possible de savoir si ceci se passe de manière abusive ou non ; il est vrai que nous sommes souvent amenés à faire appel à des assistantes sociales pour ce type de démarche lorsque les familles n'arrivent pas à se positionner, ou lorsque les personnes sont peu entourées. (13) Mais on se retrouve aussi parfois devant des tiers, très proches, mais avec des intentions qui sont moins bienveillantes ; ce n'est donc pas toujours l'inquiétude et l'intérêt pour le malade qui poussent un tiers à faire cette demande.

Quelle évolution sur le plan organisationnel ?

L'organisation de l'hôpital psychiatrique a aussi changé au travers des siècles. L'hôpital initialement renfermé sur lui même s'est ouvert vers l'extérieur avec une nécessité de repenser l'ensemble des structures.

) cNaissance des services libres

Falret avait ébauché la question de la demande de soin avec beaucoup d'avance sur ses confrères ; il formulait ceci d'une manière qui laissait penser que certains troubles mentaux pouvaient rendre possible le consentement de principe aux soins. Il estimait en effet que certains aliénés savaient très bien reconnaître un début de crise et demander une mise à l'abri : *« Nous en avons vu ayant si bien la conscience de leur situation mentale, qu'ils avaient à peine le temps de se rendre à notre établissement et offrant immédiatement après leur arrivée un état si alarmant, que, restés libres de leurs actions, ils auraient pu compromettre leur fortune, leur vie et la sûreté publique. D'autres malades de la même catégorie sont plus heureux : leur arrivée dans l'établissement suffit seule pour prévenir le développement de l'accès »*. Il soulignait par ailleurs que rien n'était prévu pour ce cas de figure dans le projet de loi. Fallait-il refuser l'asile à ces gens ?

Cette position, accordant une valeur à l'entendement du malade mental, le distinguait complètement de ses contemporains pour lesquels l'aliéné en tant qu'aliéné devait être placé sous la tutelle morale du médecin, et était bien sûr incapable de formuler un discours ayant quelque valeur dans l'initiation du processus de soins.

C'est donc au siècle suivant seulement que furent ouverts les services libres, avec l'expérience de l'ouverture d'Henri Rousselle en 1922 à Paris dans l'enceinte de Sainte-Anne. Il est difficile de savoir si Edouard Toulouse, à l'origine de l'ouverture de ce service, considérait déjà la demande du patient comme essentielle dans le processus de soins. Il est probable que cette notion n'est apparue dans toute son importance que lors du mouvement ultérieur de psychothérapie institutionnelle ; il semblerait en effet que ce service « libre »

initial n'ait eu de liberté que par rapport à la loi de 1838, dans la mesure où il voulait agir « en amont » de la nécessité d'internement ce qui en soit est une idée intéressante et toujours actuelle.

Ce qui était très nouveau, c'était une volonté d'ouverture sur l'extérieur avec des projets de visites à domicile, de consultations de psychiatrie publique, ce qui n'existait quasiment pas à l'époque à Paris (seuls les privés faisaient quelques consultations externes). Edouard Toulouse initia également un projet de prévention, de « *prophylaxie mentale* » avec la création de la Ligue d'Hygiène Mentale en 1920(35).

L'ouverture de ce service libre fut cependant à double tranchant, avec une idéalisation de ce type de structure, accentuant encore plus l'image de repoussoir des services fermés. Le clivage entre l'intérieur et l'extérieur de l'asile, entre l'idéal de la prévention et le rejet de ses échecs vers l'asile s'accroît. L'idée de ce processus était pourtant très proche du secteur puisqu'on voulait inscrire une psychiatrie dans la société, au plus près des gens.

Cette situation se simplifia lorsque les lois officialisèrent le secteur et permirent aux hôpitaux de développer eux-mêmes leurs structures extrahospitalières à partir de l'intrahospitalier, se situant ainsi dans la continuité et non plus dans l'opposition.

Cependant, la démarche de Toulouse se distinguait par son projet d'intervenir en amont du trouble, presque avant la survenue de celui-ci permettant ainsi d'éviter le développement irréversible des pathologies mentales. Edouard Toulouse envisageait en effet la prévention comme le moyen le plus sûr de cesser de dépenser inutilement de l'argent dans les soins, mais il poussait ce discours dans des extrêmes un peu dérangementants puisqu'il en venait à dire qu'il était inutile de chercher à dépenser de l'argent pour guérir les incurables, qu'il fallait les mettre à l'écart, et se consacrer à une médecine susceptible de générer plus de « *profit* » ; la prise en charge des enfants abandonnés lui paraissait importante mais seulement parce qu'ils constituaient « *un capital certain dont les revenus dépasseront tous les sacrifices faits pour eux* » ;. Le service libre ne correspondait donc visiblement pas à un élan de philanthropisme pour ce médecin, mais à une logique purement économique, voire eugéniste (concernant la question du sort des incurables).

D'aucuns pensent que E. Toulouse s'est inspiré du modèle de l'époque concernant les tuberculeux. Ceci peut sans doute expliquer le terme d'« *hygiène mentale* » où le mot hygiène interpelle lorsqu'il s'agit du psychisme... On est tenté de penser qu'il s'agissait surtout pour cet homme d'éradiquer les prémisses d'un désordre mental de la même manière qu'on aurait considéré un bacille de Koch ; Le problème, c'est que si le BK est parfaitement reconnu comme un microorganisme indésirable qu'il faut éliminer, la particularité de la pathologie psychiatrique suppose un symptôme faisant partie intégrante de l'individu. Donc vouloir guérir quelqu'un sans prendre en compte cette intrication du symptôme et de l'individu, c'est risquer de faire beaucoup de tort à ce dernier...

) dLa mise en place de l'organisation du secteur et des structures extra-hospitalières

L'ouverture intellectuelle sur l'extérieur initiée par la psychothérapie institutionnelle (comme on le verra plus loin), ainsi que l'horizon inespéré apparu avec les premières thérapies médicamenteuses dans les années 50, furent à l'origine du remaniement actuel des structures de soin dans l'impulsion de la logique de secteur. Une véritable ouverture sociale s'opéra ainsi dans l'institution psychiatrique, institution désespérée et renfermée sur elle-même, accusée de fabriquer de la chronicité, et en laquelle on ne croyait plus guère ; cette

révolution de la pensée soignante permit une évolution vers une période asilaire ouverte sur elle-même, puis ouverte vers l'extérieur.

Mais comme à l'époque de Pinel, où la libération des aliénés de leur chaînes et l'amélioration de leurs conditions de vie paraissait une révolution alors que des médecins s'y intéressaient depuis longtemps, ici aussi on peut repérer que l'idée du secteur n'était pas nouvelle, et que toute révolutionnaire qu'elle paraisse, cette idée avait elle aussi suivi un long chemin de maturation : Falret fut un des premiers à évoquer cette nécessité (de même qu'il avait été l'un des premiers à évoquer l'intérêt de l'hospitalisation libre, tout grand précurseur qu'il était !) avec l'idée d'un « *patronage à domicile pour les aliénés convalescents* », dans le but d'une « *continuation des soins* ». D'ailleurs, Mme Teyssendier fait remarquer dans sa thèse (42) que la loi de 1838 par l'organisation géographique qu'elle mettait en place initiait une démarche de sectorisation, même si celle-ci se trouvait définie à l'échelle départementale ; un aliéné appartenant à tel département devait être traité par un établissement donné, permettant à toute personne d'avoir la possibilité de se faire soigner dans un établissement spécialisé (même si au départ les équipements étaient très hétérogènes). La naissance véritable du secteur, en restreignant le champ géographique d'intervention de chaque établissement, permit de favoriser le nombre d'établissements pour faire bénéficier aux patients d'une offre de soins proche inscrite dans leur environnement, signant ainsi la fin de l'ère des immenses asiles départementaux, voire régionaux qui fonctionnaient dans une logique de classement par pathologies. De plus, le secteur n'exclue aujourd'hui personne du soin, puisque même les SDF sont pris en charge en fonction de leur date de naissance.

Ainsi, avec cette naissance d'une psychiatrie tournée vers l'extérieur on a pu voir l'émergence de structures implantées dans les quartiers de la ville, les hôpitaux de jours et CMP, CATTP lieux de rencontres entre soignants et soignés, lieux transitionnels repères...

On a pu voir aussi la naissance de l'hospitalisation de nuit, de l'accueil familial thérapeutique, ou même des appartements associatifs permettant aux patients d'expérimenter une forme d'indépendance qui est celle d'avoir un logement autonome, tout en restant en lien avec des infirmiers de secteur, passant voir régulièrement de quelle manière le patient vit cette liberté. La logique de secteur institua donc dans la continuité de la psychothérapie institutionnelle un souci d'adaptation perpétuelle, et de créativité permanente face aux situations (la qualité de ce type d'intervention devenant par ailleurs un témoin de la « santé » des services).

Un élément très important aussi a été la mise en place d'une collaboration avec les travailleurs sociaux, et la création de postes d'assistantes sociales dans les services hospitaliers, permettant aussi un lien et une préparation du retour à l'extérieur, tant pour ce qui est des possibilités de logement que de réinsertion au niveau professionnel.

Le secteur permit donc d'œuvrer avec des moyens adaptés pour un retour du patient dans la société, dans sa famille, avec une place possible à trouver. Ceci se fit tout en prenant en compte l'importance du maintien d'une structure hospitalière fermée, avec possibilité de soins sous contrainte, permettant à la loi de 1838 et à la logique de secteur de ne pas être antinomiques. Cette politique, par son organisation essentiellement basée sur la géographie et l'accessibilité aux soins remit par contre complètement en question le classement des patients par types de pathologies ; ainsi, dans toutes les structures constituant l'équipement d'un secteur, on retrouvait tous types de pathologies, où le critère de prise en charge se basait sur l'alliance thérapeutique, la sociabilité, la prise en compte des capacités individuelles à pratiquer des activités, à s'insérer dans un groupe, la demande du patient ou son projet personnel.

Dans son plan de santé mentale, le ministre a réaffirmé son soutien aux principes de proximité et de continuité des soins définis par le secteur, ainsi que l'importance du maintien du patient dans son environnement. (13)

On peut regretter cependant que dans ce mouvement d'« externement », la diminution du nombre de lits se soit faite de manière complètement inconséquente. En effet, entre 1987 et 1997, le nombre de lits de secteur de psychiatrie générale a diminué de 41%. Actuellement, environ 100 000 personnes sont hospitalisées à temps plein sur 61500 lits publics, 10000 lits privés, 30000 lits associatifs. Ces lits sont répartis sur 829 secteurs de psychiatrie générale et 320 secteurs de psychiatrie infantojuvénile qui quadrillent la France. Sur ce total de lits, le nombre de personnes prises en charge par an augmente (accroissement de 13% entre 1989 et 1997), tandis que la durée moyenne de séjour (DMS) diminue (86 jours en 1989 contre 52 jours en 1997) ; on constate cependant que les secteurs qui ont plus de lits présentent des DMS plus longues. (13)

A côté de cet équipement de psychiatrie adulte, la pédopsychiatrie connaît actuellement une carence effrayante de lits d'hospitalisation complète puisque 43% seulement des secteurs en disposent, et que parmi ceux-ci, 79% ont moins de 20 lits. Ceci aboutit, ainsi que le note le ministre dans son plan de santé mentale, à une surcharge totalement inadaptée des services de pédiatrie ou des foyers de l'enfance et de la protection judiciaire.

Cette limitation du nombre de lits d'« hospitalisation complète », aussi bien du côté des enfants que des adultes aboutit à des situations complètement absurdes, où les durées d'hospitalisations deviennent limitées du fait du manque de place, plus que par une véritable amélioration clinique ; il est malheureusement fréquent d'observer des sorties beaucoup trop précoces de patients, encore anxieux et mal assurés quant à ce retour vers l'extérieur, sorties organisées pour pouvoir recevoir un patient qui va encore plus mal ; ces dernières années, on peut comprendre qu'un sentiment d'urgence soit né, du fait de ce manque de places ; de plus, cette chasse au lit a fortement compromis les admissions sectorisées, où finalement l'admission se fait là où on a de la place, et où on peut s'estimer encore heureux d'en avoir une... Les admissions directes sur les lits de chambres d'isolement ont achevé de rendre quasiment dangereuse la pratique psychiatrique hospitalière où l'entassement des malades (extrêmement bien repéré par ceux-ci) contribue à faire monter la pression dans une unité, forçant parfois à faire cohabiter en chambre à deux lits des patients présentant des pathologies difficilement compatibles.

Malgré cet état des choses, il semblerait que si dans son plan de santé mentale le ministre propose de créer sans plus tarder des lits de pédopsychiatrie, les projets d'augmentation du nombre de lits de psychiatrie adultes restent très évasifs, voire inexistant (13)

Il propose en revanche la création de places supplémentaires dans les structures d'aval permettant des alternatives à l'hospitalisation complète, ainsi que la fédération de plusieurs CMP afin de mutualiser des moyens et d'élargir des horaires d'ouvertures... Mais est-ce alors encore dans une véritable logique de secteur ? On peut supposer que la politique de secteur coûte vraiment cher aux hôpitaux, par l'effectif soignant qu'elle réclame ; ceci pourrait expliquer pourquoi l'état pousse à la fédération des moyens, et au développement de structures intersectorielles, cependant, il ne faut pas confondre structures intersectorielles et regroupement de secteurs, car si les premières peuvent avoir du sens dans le soin, les secondes n'ont de sens que d'un point de vue économique. (24)

Comment se discute aujourd'hui la construction d'un hôpital psychiatrique (à partir d'un exemple actuel)

En 1965, le ministère chargea les docteurs Guy Ferrand et Jean-Paul Roubier, programmistes hospitaliers, d'une étude sur les normes de construction applicables aux hôpitaux psychiatriques.

Ils rédigèrent un rapport sur un hôpital urbain de moins de cent lits, programme qui ne vit jamais le jour mais qui eut le mérite de réunir durant plusieurs mois des architectes, urbanistes, psychiatres et psychanalystes.

Ce groupe de travail montra à quel point le problème n'était plus le risque de fugue, mais bien celui de la sortie des patients. Ils préconisaient de plus se focaliser sur l'importance des relations interhumaines et ce qu'elles mettaient en œuvre sur le plan fantasmatique plutôt que d'élaborer des activités très organisées. Enfin, ils dénonçaient la « *cité psychiatrique* » pour préconiser à la place la « *psychiatrie dans la cité* ».

On perçoit bien dans les grandes idées qui ressortent de ce travail à quel point l'essor de la psychothérapie institutionnelle et la naissance du secteur avaient influencé jusqu'à la conception architecturale d'un hôpital psychiatrique (3)

Dernièrement, dans son plan de santé mentale, le ministre rapportait l'état des lieux établi en 2000 sur le patrimoine immobilier de la psychiatrie Française : on dénombre 118 établissements hospitaliers spécialisés dont la plupart présentent un besoin de rénovation qui ne se concrétise bien souvent pas puisque le financement en est laissé aux établissements seuls (ou aux Conseils Généraux), sans aide de l'état. Ce manque de moyen ne retentit pas seulement sur le confort, mais aussi sur la sécurité des soignants et des soignés.

Le ministre annonce donc dans son document une aide à la rénovation des structures (qui avait déjà été annoncée dans le plan d'investissement Hôpital 2007 en septembre 2003). Il prévoit une rénovation des structures existantes et la création de nouveaux bâtiments, avec le projet d'allouer 750 millions d'euros d'aide afin de générer 1,5 milliards d'euros d'investissements supplémentaires (ce qui équivaut à une subvention de 50% des travaux engagés). (13)

Il ne pointe par contre pas précisément le manque de lits de psychiatrie de secteur, si ce n'est en évoquant une diminution des places de psychiatrie trop importante durant les dernières décennies. Il s'attarde un peu sur la question du manque de lits en UMD, rendant les séjours nécessairement courts, et embraye sur le projet des UHSA. Les projets de création de lits ne paraissent donc destinés qu'à des structures spécifiques, en particulier pour les détenus, pour les enfants et les adolescents, mais rien ne paraît prévu pour le secteur.

En ce qui concerne l'aspect plus architectural, on peut se demander si aujourd'hui encore quelqu'un peut définir un plan type de l'hôpital psychiatrique, un plan de référence qui serait garant du caractère thérapeutique de cette institution. Le secteur, par sa logique de « dissémination » dans la ville de petites antennes de soin, a fait perdre l'idée d'une structure bien circonscrite, dans laquelle tout est contrôlable et organisable.

L'exemple du CHS de Montbert est intéressant puisqu'il est sur le point d'être délocalisé, dans de nouveaux bâtiments qui sont en cours de conception. C'est une structure qui couvre un bassin de population de 273000 habitants, appartenant à des zones urbaines, périurbaines et rurales. Il comporte 252 lits et places (en intra : 101 lits et deux lits

d'hospitalisation de nuit), regroupant trois secteurs de psychiatrie générale, un secteur de psychiatrie infanto juvénile, et une fédération de santé publique.

J'ai eu la chance de faire plusieurs stages dans cet établissement, et d'assister à bon nombre d'échanges concernant ce projet immobilier. Celui-ci a eu l'intérêt de mettre en évidence les préoccupations diverses des différents intervenants qui participent à la vie d'un hôpital psychiatrique :

Les administrateurs arguant d'une accessibilité difficile depuis la ville, de difficultés logistiques, d'une nécessité de repenser la structure.

Les médecins et le personnel paramédical soulevant la question de l'intérêt d'un déménagement par rapport à la qualité des soins, compte tenu du confort moindre du nouveau site, avec moins d'espace, plus de bruit (tandis que le site actuel est vaste, se trouve au calme et avec des locaux en bon état).

L'emplacement actuel du CHS est d'ailleurs un endroit qu'on serait tenté de décrire avec les mêmes caractères que ceux que mettait en avant Camille Bouchet, lorsqu'il évoquait l'établissement nouvellement construit de Saint-Jacques, à l'époque en zone tout à fait rurale. Les environs sont très campagnards, et calmes, la vue est verdoyante, le parc est vaste, fleuri et bien entretenu ; il émane de cet endroit une impression d'espace. Les locaux ont été rénovés de manière tout à fait satisfaisante, avec de nombreuses chambres individuelles, des chambres d'isolement sécurisées, des salons spacieux. Encore maintenant se poursuivent les travaux ici et là, en fonction des besoins du moment.

La délocalisation de l'établissement est un projet qui remonte à 2001 avec donc l'idée officielle « *d'en améliorer l'accessibilité et la lisibilité* ». Pour cela devait être choisie une zone périurbaine, avec une meilleure desserte par les moyens de transport. (5)

C'est le site de Bouguenais qui a été choisi. Il présente comme prévu les avantages d'une localisation périurbaine, mais se trouve être sur une parcelle limitée en surface, encadrée directement par des voies passantes et même par une ligne de chemin de fer, sans compter la proximité de l'aéroport de la ville...

Sur le plan architectural on pense à l'avenir, puisque dans le pré-programme, on précise qu'il faut préserver « *une adaptabilité éventuelle, suivant les besoins qui pourraient apparaître en matière d'accueil* ». On précise à la fin du document que « *le concepteur devra prévoir une réserve foncière en lien avec le bâti projeté, pour accueillir une éventuelle extension de l'établissement.* »(5)

Le projet prévoit en outre de conserver « *le bénéfice du système pavillonnaire qui permet une prise en charge à taille humaine des patients.* »

D'autre part, différents dysfonctionnements à corriger sont ciblés: « *La configuration des unités sur deux niveaux pose des problèmes de sécurisation des patients. La majeure partie de l'établissement étant localisée à l'étage, il est parfois nécessaire, en fonction de l'état du patient, de réaliser des changements de chambre au cours du séjour d'hospitalisation* » ; le nouveau projet ne comporte donc que des unités de plain-pied qui permettent « *d'assurer un contrôle visuel par le personnel depuis les locaux sur l'espace de vie et sur l'espace d'hébergement et d'éviter tous problèmes de défenestration* ».

De même, le bureau infirmier doit être pensé afin de répondre « *à la nécessité d'une sécurisation de l'unité avec triple visibilité : contrôle des entrées et des sorties de l'unité d'hospitalisation, surveillance des entrées et des sorties de l'hébergement, surveillance des entrées et des sorties de l'espace de vie* » Les espaces de circulation devront aussi « *éviter les recoins et le stationnement des patients* »

Ce sont finalement des considérations d'ordre sécuritaires que l'on retrouve ici et qui ne sont pas si éloignées de celles que l'on pouvait énoncer du temps d'Esquirol. Il s'agit toujours en effet de « *développer une architecture au service du soin* » avec les impératifs dictés par les spécificités de la pathologie mentale (nécessité d'une surveillance des allées et venues qu'Esquirol pointait déjà, importance de pouvoir bénéficier de bâtiments de plain-pied pour réduire le risque de suicide).

Concernant la prise en charge des patients, ce document précise que « *Les locaux y participeront (...) en développant des sensations de contenance et d'apaisement* ». (5)

On envisage également la séparation des zones de vie et des chambres, afin d'obliger « *le patient à faire l'effort de quitter sa chambre pour aller à la rencontre des autres patients dans les différents lieux de l'espace de vie, mais aussi des soignants dans la zone de soins.* » (5) On retrouve ici l'idée de l'asile « *instrument de guérison* » par ses murs même.

La critique principale adressée à ce projet, outre les problèmes inhérents à la zone périurbaine, a été la dénonciation d'une restriction draconienne au niveau des surfaces de soins. Des heures ont en effet été consacrées au douloureux problème de savoir comment on allait s'organiser dans la contrainte de surface imposée, réduisant tous les espaces... Et ceci avec un risque d'aggravation des tensions et de la promiscuité. Or il me semble que cette restriction en espace compromet non seulement la qualité de vie mais aussi celle des soins, ainsi que les possibilités de créativité que l'on voudrait pouvoir conserver de la psychothérapie institutionnelle. L'exiguïté compromet en effet le mouvement même de la pensée que celle-ci suppose.

Ce projet est donc questionnant lorsqu'on voit dans quel luxe d'espace le site actuel se trouve !

De plus, il est frappant de constater que si au XIX^{ème} siècle, Saint-Jacques avait été érigé dans une zone de campagne, afin de pouvoir bénéficier de place, et après que les aliénés et leurs soignants aient tellement souffert de l'exiguïté des locaux du Sanitat (non agrandissable car dans un quartier de plus en plus urbain, circonscrivant l'enceinte de l'hôpital), on effectue le cheminement inverse, c'est-à-dire de partir d'un endroit vaste et campagnard, pour retrouver une zone urbaine, promise à l'exiguïté et qui déjà au stade des plans pose le problème des m².

La question reste posée, en tout cas à mon niveau, de savoir ce qui peut motiver un tel retour en arrière...

-Es Quelle évolution de la pratique psychiatrique au sein de cette institution?

La transformation des institutions et celle de la pratique psychiatrique se sont mutuellement renforcées dans leurs changements

L'abandon progressif du traitement moral

Tout au long du XIX^{ème} siècle, avec la croissance de la population des insensés, on atteignit dans les services des moyennes de un médecin pour 400 à 500 malades. Le traitement moral y était bien sûr inapplicable, ce qui annonça rapidement sa faillite. Celui ci était par ailleurs comme on l'a vu souvent abandonné par les aliénistes ou perverti par l'esprit de coercition. Ce double aspect, éthique et organisationnel mit un terme dès la fin de la première moitié du XIX^{ème} siècle à la pratique du traitement moral.

C'est donc progressivement des activités à but occupationnel, lucratif et permettant un maintien de l'ordre qui furent développées, laissant en arrière plan l'idée d'un traitement spécifique. La seconde guerre mondiale trouva la psychiatrie dans ce contexte asilaire ritualisé, dénué d'interrogation sur son sens et son devenir. Par de multiples traumatismes, événements et rencontres émergea l'idée d'un changement possible et le désir de soigner autrement le malade mental. Ce questionnement nouveau et cette fièvre de changement formèrent le berceau du mouvement de la psychothérapie institutionnelle.

Les apports de la psychothérapie institutionnelle

La psychothérapie institutionnelle fut sans doute l'un des changements les plus marquants dans la psychiatrie du XX^{ème} siècle. On peut comparer cette période à un second épisode de la libération des aliénés de leurs chaînes, un nouvel élan vers la liberté que les psychiatres prodiguèrent à leurs patients sous de multiples influences, philosophiques, artistiques (le surréalisme qui leur faisait pressentir la proximité du rêve, du fantasme, du délire, de la poésie, comme des créations qui prenaient leur source dans l'inconscient), et politique (le Marxisme notamment qui les faisait réfléchir aux surdéterminations historiques et sociales du drame que vivait l'être souffrant) (24) Tosquelles, l'un des grands précurseurs de la psychothérapie institutionnelle déclara un jour que celle ci devait marcher sur deux jambes : Marx et Freud dont les œuvres permettaient de penser d'une part l'aliénation d'un point de vue psychopathologique et d'autre part l'aliénation sociale.(37)

La raison d'être de ce nouveau courant, c'était que chacun au-dedans comme au-dehors de l'asile avait pu faire l'expérience de l'occupation, et que si le vent de liberté qui soufflait ne célébrait pas la libération des contraintes de l'ancien régime, il célébrait une libération toute aussi importante : celle du joug de l'envahisseur Allemand. Ceci eut une résonance particulière dans la pratique psychiatrique où l'être humain était jusqu'alors soumis à une discipline de fer, prenant peu en compte sa parole et rappelant surtout douloureusement les pratiques totalitaires subies par le peuple Français.

La libération fut l'occasion de faire jour sur les horreurs des crimes nazis. En ce qui concerne les malades mentaux, 80000 d'entre eux avaient été déportés dans les camps et gazés ; ce fut l'horreur aussi de dénombrer 40000 malades mentaux morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques ; un seul établissement avait miraculeusement pu faire face : l'asile de Saint-Alban (avec le Dr Tosquelles). Qu'est ce qui avait bien pu changer la donne pour cet établissement ? Il semblerait que dans cette période critique, l'équipe médicale ait compris qu'il fallait demander de l'aide à l'extérieur, et qu'au lieu de renfermer encore plus l'établissement sur lui-même sous l'effet de la peur de l'ennemi, il fallait ouvrir les portes. Les patients purent de cette manière aller cultiver quelques champs, et les paysans du coin acceptèrent de prodiguer leur aide en échange. La créativité et l'adaptation à la situation

furent adoptées comme lignes de conduite, nécessaires à la survie. Ainsi, explique Tosquelles (interne à Saint-Alban pendant la guerre), « *on a mis les malades en contact avec l'extérieur, non pour faire la guerre, mais pour faire du marché noir. Nous avons organisé des expositions de champignons pour leur apprendre à les ramasser. Et comme il existait des cartes d'alimentation pour tuberculeux, on a inventé un service de tuberculeux. Lorsqu'un type commençait à avoir des oedèmes de carence, subitement on faisait un diagnostic de tuberculose* » (44).

Au travers de cette situation furent mises à jour des ressources insoupçonnées, dans un contexte d'extrême nécessité, où la « bonne mère asile » (si on peut dire !) ne suffisait plus à nourrir ses malades, et où il fallait s'aventurer à l'extérieur, pour survivre. Ce fut donc la reconnaissance d'une possible autonomisation relative des patients qui permit à ceux ci de ne pas mourir de faim ; ils eurent la chance d'avoir des médecins qui décidèrent de croire en eux, peut être un peu plus que les autres, et qui choisirent de tenter cette ultime expérience ; de plus, l'établissement, ayant permis aux aliénés d'en sortir prudemment, permit aussi en ouvrant ses portes de cacher des résistants, dont certains sont aujourd'hui connus (Canguilhem, Paul Eluard). Ceux ci s'intéressèrent aux aliénés, à leurs productions, à leur discours ; ce mélange et ces rencontres agirent probablement comme révélateurs par rapport à l'étendue des possibles concernant le soin aux aliénés.

On admit progressivement la perspective d'une réinscription de celui-ci dans un échange social, alors que l'asile, par son hermétisme, avait rendu l'existence de l'aliéné complètement intemporelle et désinscrite de cet échange. Ce fut véritablement la fin de l'ère Esquirolienne... Et pourtant, le glas semblait sonner depuis longtemps pour cette conception du soin, puisque déjà en 1896, Marandon de Montyel écrivait « *la révolution gronde à nos portes, sans que nous paraissions nous en douter... Elle finira bien par balayer nos asiles-casernes et notre néfaste méthode d'isolement. Nos asiles actuels sont des fabriques d'incurables par l'isolement que nous imposons à nos malades. Redoublons d'ardeur et continuons le bon combat... A l'hygiène de l'isolement, il faut substituer l'hygiène de la liberté.* » (35).

L'adoption effective de cette « *hygiène de la liberté* » fut le début d'une créativité sans pareille dans la sphère des soins psychiatriques institutionnels qui étaient proposés. Une circulaire permit à tout service de psychiatrie de bénéficier d'une assistante sociale, établissant ainsi l'amorce d'un lien avec l'extérieur, et d'une démarche d'accompagnement dans la réinsertion sociale.

On reconnaît là les prémisses de la politique de secteur.

Aujaleu et ses collaborateurs, pour confirmer cette nouvelle orientation du soin aux malades mentaux permirent de faire passer une circulaire qui exigeait la disparition de tous les signes évocateurs d'un régime carcéral (fin des uniformes, récupération des effets personnels notamment) ce qui permit de donner un élan nouveau à l'individualité.

Ainsi que nous l'avons écrit plus haut, cette démarche nouvelle de soin mêla également pour la première fois la psychanalyse au soin institutionnel, sous l'influence d'une psychanalyse développée aux Etats-Unis par des émigrés européens ayant fuit la guerre (bien que le courant communiste considère donc avec beaucoup de méfiance la psychanalyse, envisagée comme un instrument de domination capitaliste) (35); on s'inspira aussi beaucoup d'autres méthodes venues des Etats-Unis comme le psychodrame, la bioénergie, la relaxation.

L'orientation psychanalytique apparut cependant secondairement à l'orientation sociothérapique. Celle ci était une nouvelle manière d'envisager la capacité des aliénés à

établir des liens, et à s'investir dans un échange, aussi bien social que matériel : des ateliers coopératifs gérés par les malades furent organisés avec une invitation à la créativité.

Néanmoins, les deux orientations sociothérapique et psychanalytique furent à l'origine de scission dans le mouvement de la psychothérapie institutionnelle, mais ce ne furent pas les seules directions empruntées : Jean Oury, dont le frère était instituteur, orienta beaucoup la pratique vers la pédagogie, avec une application de la méthode Freinet.

Les échanges en groupe entre soignants et soignés, évoluant peu à peu vers la pratique de psychothérapie institutionnelle furent aussi l'occasion d'initier un remaniement total des relations entre les différents soignants, remettant en cause la pyramide hiérarchique entre médecin et infirmiers, et préconisant une nouvelle « architecture » de l'équipe soignante (reflet aussi d'une révolte contre l'autoritarisme stérilisant toute dimension créatrice); ce processus de transformation du soin asilaire reprenait d'une certaine façon le rêve Esquirolien qui visait à faire de l'asile un instrument de soin, mais ce rêve exploitait à présent l'asile au-delà de sa matérialité, puisqu'étaient pris en compte l'équipe soignante, les autres patients, la représentation psychique de l'asile par le patient.

La naissance de la psychothérapie institutionnelle ne fut donc peut-être que la renaissance d'un vieux rêve, mais la différence fondamentale consista d'une part dans l'abandon consenti par le médecin de sa place de toute puissance, (probablement grâce à l'influence psychanalytique), et d'autre part dans le mouvement réel qui fut tenté vers l'extérieur, et non plus seulement par le truchement des sauts de loup qui permettaient à la vue seule de s'évader (37). Sur le plan architectural, l'évolution des idées fut aussi parlante avec le choix d'une disposition pavillonnaire différente pour les nouvelles constructions, permettant un échange et une bonne circulation des patients là où auparavant on voulait les séparer ; le centre social, base des diverses activités y avait bien sûr une place centrale (3).

La psychothérapie institutionnelle permit ainsi d'envisager la psychothérapie des psychotiques à partir du support de la vie quotidienne, permettant des transferts multiples. Paumelle travailla beaucoup à développer la psychothérapie institutionnelle, ainsi que Diatkine, Lebovici et Racamier, qui après avoir introduit l'idée d'une psychanalyse duelle au sein de l'institution développèrent l'intérêt d'un abord psychanalytique de l'ensemble formé par l'institution. Jean Ayme (3) résume bien ce regain d'intérêt pour la psychose de la part des psychanalystes en disant que *« si l'hystérique fut le maître de Freud, on peut dire que le schizophrène fut le maître de la psychothérapie institutionnelle »*.

Ce type de soin se basait néanmoins toujours sur le principe d'hospitalisations longues, et il persistait donc un hospitalocentrisme important. On peut penser que la psychothérapie institutionnelle a aussi dans un second temps favorisé une chronicisation de certains patients, par un essoufflement progressif de son élan initial.

C'est avec l'apparition des thérapeutiques médicamenteuses dès 1952, que l'hôpital en vint à s'ouvrir plus vers l'extérieur et que les hospitalisations se raccourcirent considérablement dans leur durée.

Ce changement dans la temporalité de l'hospitalisation ne permit pas de continuer sous la même forme les soins de psychothérapie institutionnelle dans le cadre de l'accueil des situations de crise en psychiatrie hospitalière générale (même si de nombreux services s'en inspirent largement).

Certains établissements sont par contre aujourd'hui spécialisés dans la psychothérapie institutionnelle, surtout chez de jeunes patients, et proposent donc toujours une approche basée sur le même principe, mais avec des hospitalisations nécessairement longues ; on se penche par ailleurs plus sur la question de la pertinence de cette indication et ce n'est donc

plus un outil utilisé de manière systématique sans distinction de cas. (Exemple du Pin en Mauges dans la région Grand-Ouest)

La recherche d'une continuité des soins par le secteur

La mise en place des structures sectorielles permit de penser le soin de manière radicalement différente : on abandonnait une répartition dans les services en fonction des pathologies mentales, et on préférait une répartition répondant à une logique géographique, donnant ainsi même dans un contexte d'hospitalisation toute son importance à l'environnement du patient à l'extérieur de l'hôpital.

La prise en compte de ce point d'ancrage social du patient en fonction de son lieu d'habitation était ainsi garante d'une continuité des soins et d'une possibilité logistique pour une même équipe de continuer d'assurer les soins du patient à l'extérieur. Cette formule permit véritablement de débiter l'exercice d'une psychiatrie « sur mesure », s'adaptant dans la mesure du possible au parcours de vie et aux difficultés propres de chaque individu. Elle donna aussi un autre sens au lien patient thérapeute, puisque le médecin n'était plus celui qui détenait un pouvoir encombrant car trop binaire (patient dedans et maîtrisé, ou dehors et sans lien).

Le médecin devenait celui qui à un moment donné permettait une sortie sécurisée par un accompagnement adapté. L'investissement mutuel entre soignants et soignés put ainsi prendre une toute autre dimension, du fait des allées et venues, et de la souplesse du système ;

Le secteur procura une dimension temporelle différente où on ne parlait plus de guérison, ni même de patient curable ou incurable. Ce changement de temporalité fut possible grâce à cette notion de continuité des soins où la référence n'était plus un instant T où le patient devrait être guéri ou à partir duquel on pouvait définir l'incurable (2 ans, autrefois).

Le secteur fut une des nouvelles conceptions de la psychiatrie et un moteur formidable pour une redéfinition de la profession et de son esprit. Cette nouvelle pratique se situait dans la continuité de la révolution psychiatrique amorcée par l'essor de la psychothérapie institutionnelle, avec une volonté d'ouverture de la structure psychiatrique vers d'autres structures (le social, l'artistique, le professionnel, le monde ordinaire en somme).

Elle témoignait d'une volonté de continuité et d'accompagnement des patients dans la découverte de cette liberté nouvelle et de cette reprise de contact avec le monde extérieur. Création et adaptation face aux situations étaient donc les mots d'ordre, favorisant tout ce qui pourrait permettre cette redécouverte d'une vie possible à l'extérieur, tout en maintenant un cadre de soin rassurant et fonctionnant comme repère.

Bonnafé proposait de faire appel au « *potentiel soignant du peuple* », en encourageant les rencontres entre malades et société.

Il est vrai que l'idée de réinsérer dans la mesure du possible les patients souffrant de troubles mentaux était déjà mise en pratique depuis la fin du XIX^{ème} siècle, avec le placement de malades mentaux en colonies familiales, structures servant de relais entre l'asile et des familles de la région qui prenaient les aliénés en pension et les employaient à des travaux, le plus souvent agricoles. Elles percevaient pour cette accueil un dédommagement, ce qui finalement rendait assez proche ce principe de placement de celui des nourrices recueillant les enfants abandonnés qui leur étaient confiés également moyennant une petite pension.

La notion de politique de secteur, c'était aussi la définition d'une « post-hospitalisation », d'un lien qui perdurant entre le patient et le soignant, et ne s'inscrivant plus uniquement dans le lieu fermé, mais aussi dans le temps. Ainsi, les allées et venues des soignants et du patient, faisaient se succéder « rencontres-supports de soin », retrouvailles et séparation d'avec le soignant, visites thérapeutiques jalonnant un quotidien nouveau ou compliqué. Le modèle de la bande de Moebius fut retenu par certains pour illustrer cette volonté du secteur de permettre un continuum du soin, permettant de passer d'un côté ou de l'autre (en intra ou en extrahospitalier) sans franchir de bord.

C'était aussi l'occasion d'une mise en exergue du processus de séparation individuation, l'occasion pour le patient d'exprimer son désir, au lieu d'être un élément lambda d'une institution complètement fermée. On a pu voir en effet qu'autrefois la seule demande émanait finalement du soignant et qu'elle n'était qu'une demande normative d'ordre, voire de morale, ne favorisant pas l'émergence d'une individualité.

Cette nouvelle politique permit par ailleurs des rencontres entre l'univers du soin et l'univers social ; un véritable travail put donc s'engager entre les soignants et les travailleurs sociaux, les instituteurs, les médecins libéraux.(24)

La définition de la pathologie mentale en devint certainement plus floue, pouvant parfois mener certaines personnes pourtant du domaine du soin à un déni de celle-ci et à une dénonciation systématique de toute démarche d'internement ; Reverzy par exemple préconisait la fermeture de tous les lits et la mise en place de structures intermédiaires assimilables à des lieux de vie (sectorielles) ; il est le fondateur de l'ASEPSI ! (Association pour l'étude et la promotion des structures intermédiaires) (3), drôle de nom pour une association consacrée aux malades mentaux, et qui fait écho avec la société d' « *hygiène mentale* » d'Edouard Toulouse, et les liens que celui ci pouvait faire entre la prévention de la maladie mentale et la prévention de la bacillose... (À moins qu'il faille entendre « assez psy » ou « Ah ces psy... » !)

Plus récemment, on a assisté à la polémique occasionnée par le rapport Piel et Roelandt, faisant état de positions extrêmes sur le secteur et prônant une réduction massive des moyens intra-hospitaliers pour pouvoir mieux développer les structures extra-hospitalières. Tout ce discours était sous-tendu par l'idée qu' « *il n'y a aucun argument scientifique, thérapeutique, éthique, économique, social au maintien des hôpitaux psychiatriques dans le monde* » !!!(30)

J. Ayme critique ces positions extrêmes, finalement assez proches du mouvement psychiatrique : « *Au lieu de s'apercevoir que le fait qu'une même équipe s'occupe des malades tout au long de leur trajectoire thérapeutique induit une nouvelle dialectique du dedans et du dehors, ils s'en tiennent à une position manichéenne, la Société devenant une bonne mère, et l'hôpital un lieu maudit* ». (3)

Il est vrai aussi que le secteur s'étant défini par opposition à la logique de classement des malades, de nouveaux problèmes apparurent dans les services.

Cette logique de mélange des pathologies avait déjà donné des idées aux premiers aliénistes, puisque Falret (encore lui !) souhaitait que l'on découvre « *des catégories d'aliénés qui, par la nature de leur délire, ou par leur caractère personnel, puissent exercer une influence favorable sur d'autres catégories d'aliénés* », afin que puisse s'effectuer un véritable traitement mutuel simultané... Ceci fut appliqué en Angleterre où l'on n'hésitait pas à regrouper volontairement des malades plutôt sur un versant hyperthymique avec les patients suicidaires, ou des malades valides avec les déments pour qu'ils s'en occupent et pallient au manque de personnel. (42)

Au cours de mon expérience hospitalière, j'ai eu l'occasion de m'apercevoir que ce voisinage se passait assez bien, d'autant plus que les infirmiers sont vigilants à ce que chacun soit respecté dans sa singularité, même pathologique, et ne soit pas exposé à la dangerosité d'un autre patient. Souvent, en entretien, les patients commentent l'état des autres malades avec un œil inquiet vers le médecin « *qu'est ce que je fais ici, avec des personnes comme celles là ?* » entend-on parfois, et c'est une question cruciale pour beaucoup, un questionnement vers l'extérieur qui finalement peut évoluer vers un questionnement plus personnel quant au sens d'une hospitalisation. Beaucoup s'insurgent : « *Ici, ce n'est pas ma place !* », « *Je ne suis pas comme eux !* », et c'est l'occasion de préciser que chacun vient pour un problème qui lui est propre, fou ou pas. C'est là que l'absence d'étiquette devient rassurante.

Ce voisinage se retrouve dans les structures extrahospitalières et fait de l'hôpital un lieu universel, où chacun est accueilli avec son symptôme particulier et sa particularité de parcours de vie personnelle ; ce n'est cependant pas la seule alternative qui soit proposée pour les hospitalisations libres, puisque les cliniques proposent leurs soins sans cette logique de secteur.

Le développement des structures intersectorielles

Concernant le secteur : cette orientation finalement très généraliste de la psychiatrie suscita tout de même des critiques de la part de psychiatres plus partisans de soins très spécifiques dans des unités spécialisées.

La circulaire du 14 mars 1990 préconisait par ailleurs le développement de « *soins plus complexes dans certains domaines* », et la structuration d'« *unités fonctionnelles spécialisées* » ainsi que la mise en commun de moyens avec d'autres secteurs. Il fut proposé de créer des structures intersectorielles comme support de cette diversification (unités chargées de la prise en charge des adolescents, des personnes âgées, des grands déficients mentaux avec troubles du comportement, des « *malades difficiles* », des alcooliques, des addictions, et des prises en charge mère-enfant...) (42).

Il faut tout de même préciser que cette orientation n'était pas nouvelle puisque les débuts de la pratique asilaire avaient été marqués par cette idée de classer les malades par types de pathologies (c'est même pour cette raison qu'Esquirol préconisait la réalisation de grands asiles regroupant 400 à 500 patients). On peut considérer que déjà l'asile en lui-même a été la première structure spécialisée en psychiatrie puisqu'il n'accueillait que des malades mentaux, contrairement à ce qui se pratiquait auparavant.

D'autre part, déjà dans les écrits de Colombier et Doublet, juste avant la Révolution, se trouvait énoncée l'idée d'une séparation nécessaire des aliénés. Celle-ci était cependant plus dictée par le comportement que par la pathologie. Ce principe de « tri » fut largement repris par la suite, en témoigne l'architecture pavillonnaire des asiles.

Parchappe reprit les travaux réalisés sur le principe de classement des aliénés, considérant que c'était la question la plus importante, garante du perfectionnement de ce type d'établissements. Pour lui, la séparation devait se faire en fonction du sexe, de l'âge (avec une séparation des enfants, des adultes et des vieillards), des conditions sociales et des conditions pratiques liées à la réalité asilaire (pour lui aussi, plus qu'un classement en fonction du type

de pathologie, il s'agissait d'une répartition en fonction des besoins de surveillance, de l'agitation ou de la tranquillité, de la nécessité d'isoler et de regrouper les « *malpropres* »...).

Au XX^{ème} siècle, la révolution du secteur remet complètement en question et fit même disparaître le principe du classement des malades (même si Mme Teyssendier, dans son travail de thèse, nous propose d'envisager la politique de secteur comme une spécialisation en elle même avec une distinction des structures qui ne se fait pas en fonction d'un critère d'âge ou de pathologie mais en fonction de « *l'étape dans la trajectoire thérapeutique du patient* »).

(42)

Actuellement émerge donc un regain d'intérêt pour l'idée de classer les patients par pathologies. Depuis deux décennies, on a donc vu apparaître ces structures dites intersectorielles, ainsi que des services ne développant pas une activité de soins hospitaliers mais assurant un rôle de prévention dans le cadre de missions de santé publique (unités de prévention du suicide, prévention de la précarité, par exemple).

A mon sens, ce type de structure trouve sa légitimité dans le fait que certaines prises en charge nécessitent effectivement une approche très ciblée et spécifique, peut-être impossible dans certains services de secteur. De plus, cela permet sans doute à bon nombre de patients de s'investir dans une démarche de soin qui est plus rassurante car détachée du lot de la psychiatrie générale hospitalière lourde, celle qui fait peur et dans laquelle on ne se reconnaît pas. En retour, la psychiatrie hospitalière peut se trouver « déchargée » de situations qui peuvent être traitées en ambulatoires ou qui trouvent plus de bénéfices dans une prise en charge très spécifique.

Le problème actuel, n'est donc pas, je pense, la question de savoir si les structures intersectorielles sont souhaitables ou pas, mais plutôt de savoir de quelle manière elles doivent articuler leur activité avec celle des services de secteur, car il est évident que ces organisations répondant à des logiques opposées de recrutement des patients, et ont de fait des populations cibles qui se recoupent.

Il me semble donc que la discussion devrait se situer à ce niveau d'« articulation » et de « mission réciproque », car si les structures extrahospitalières du secteur s'articulent bien entre elles avec du sens, les structures intersectorielles viennent se « superposer » d'une manière qui pose problème, tant dans le sens que nous pouvons leur donner en tant que soignants, que dans le sens que les patients y trouvent.

Comment savoir, alors, où doivent être pris en charge ces patients ? On observe parfois un va et vient parfois très déroutant de certains patients entre les intervenants des structures sectorielles et ceux des structures intersectorielles, aboutissant inmanquablement au clivage de la prise en charge.

En ce qui concerne la mission de chacune de ces structures, il est important déjà de distinguer celles qui assurent un rôle de soin direct, avec le suivi spécialisé d'une file active de patients, et celles qui agissent plus dans le cadre de la santé publique, avec une action de formation, de soutien à l'entourage de certains patients, de prévention et d'information auprès de la population.

Ainsi, les deux services donnés en exemple (prévention du suicide et de la précarité) n'ont de raison d'être que par rapport à la mission d'information et de formation qu'ils peuvent réaliser dans la population et auprès des différents médecins, travailleurs sociaux, enseignants... ou par des avis ponctuels sur certaines prises en charges dans les services de

secteur, voire une activité de supervision. Par contre, si ce type de structures se donnait pour mission de véritables suivis, cela mettrait en évidence le problème d'initier une prise en charge avec un recrutement initial qui se base uniquement sur cette dénomination. (Est-ce qu'un patient pris en charge sur du long terme par ce type de structure pourrait envisager autre chose que d'être suicidaire, par exemple, pour continuer d'être identifié et reconnu comme un sujet souffrant ? On retrouve là les pièges de la suggestibilité qui émane de l'offre de soins).

La sociothérapie et les tentatives de réinsertion d'aujourd'hui succèdent au traitement par le travail d'autrefois

Le traitement par le travail, tel qu'on l'appelait autrefois ne se situe plus du tout dans le même contexte aujourd'hui ; autrefois, la notion de traitement paraissait n'être qu'un prétexte pour pouvoir embaucher et forcer à travailler des malades, des vieillards et des orphelins.

Malgré ces aspects très intéressés de la mise au travail, il était relativement difficile de les faire reconnaître aux administrateurs. Certains médecins néanmoins, dont Scipion Pinel n'hésitaient pas à propos du travail des aliénés à proférer des paroles qui laissaient peu d'illusion sur leur philanthropisme en la matière:

« Ce sont encore les incurables, les exaltés, les idiots même, qu'il faut assujettir à cette loi commune ; il est par trop révoltant de voir encore [ces] malades abandonnés à une inaction stupide : il est temps enfin qu'on apprenne à s'en servir et à profiter même de leur disposition innée à une imitation servile et routinière, pour les faire participer plus aisément à un bien être dont il n'ont peut-être pas la conscience mais qui honore l'humanité ».

En 1958, une circulaire ministérielle permit de mesurer le chemin parcouru en définissant les modalités du travail des patients hospitalisés en psychiatrie : jusqu'ici, le règlement modèle édictait que le produit du travail des malades appartenait à l'asile, en compensation du prix de leur prise en charge, mais cette nouvelle circulaire établissait que le produit du travail des malades appartenait aux malades.

Cette réappropriation du maniement de l'argent par les malades constituait symboliquement une nouvelle intégration possible dans une société d'échanges.

Il est probable qu'à l'époque où le travail des aliénés était développé, il permettait aux patients de retrouver une sorte de sens à l'existence qu'ils menaient, car, comme on a pu le voir à Saint-Jacques, ils bâtirent de leurs propres mains leur hôpital, fabriquèrent eux même les lits dans lesquels ils allaient dormir, cultivèrent les légumes qui allaient les nourrir.

On peut d'ailleurs faire des liens entre d'une part cette situation extrême des aliénés nantais où après avoir été mis à la porte du Sanitat au début de l'hiver 1834, alors que l'hôpital était inachevé, ils durent se loger et se nourrir comme ils le pouvaient, et d'autre part la situation extrême vécue par l'asile de Saint-Alban avec le mérite de croire aussi dans les ressources des malades mentaux.

Le travail était donc un recours obligé certes, mais pas dépourvu d'effets bénéfiques puisqu'il procurait au malade une possibilité de se prendre en charge et d'améliorer lui-même son sort.

C'est pour cette raison que même si cet aspect de l'organisation du travail des aliénés a été poussé très loin et dans des conditions probablement très discutables, il est probable que

ce phénomène a contribué à rééquilibrer de nombreux patients, ainsi que le décrivait Bouchet avec ses patients croupissants dans les cachots du Sanitat, terrorisant la galerie puis devenant de parfaits ouvriers sur le chantier de Saint-Jacques (il faut garder à l'esprit qu'il était juge et partie !).

On retrouve cependant dans les descriptions de cas de Bouchet le même état d'esprit qui prévalait chez les médecins de l'époque, à savoir une autorité incontestée de la position médicale, et la mise en place au sein de l'établissement d'un régime très sévère, régi très clairement, avec l'idée d'une annulation nécessaire du concept d'individualité pour pouvoir s'inscrire dans une communauté qui permettrait de remodeler l'esprit et le psychisme afin de les guérir. Ces positions étaient, on l'a vu, très proches de l'idéologie communiste (ce que Bouchet revendiquait d'ailleurs), et à l'origine d'une pratique bien peu centrée sur l'individu.

Cette politique de soin (c'est le cas de le dire !) choque aujourd'hui en regard des préoccupations actuelles de prise en compte de la personne dans son individualité.

Cependant, les écrits de Bouchet à propos de la théorisation sur le travail des aliénés montrent que la mise au travail de ceux-ci, en dehors de son aspect lucratif et thérapeutique, permettait d'envisager sous un angle plus optimiste la réinsertion ultérieure du malade dans la société. On retrouve d'ailleurs une préoccupation commune dans les propos du ministre de l'intérieur de l'époque, qui commentait le règlement et les articles qui y étaient consacrés au travail (14 articles en tout) ; il souhaitait également que le travail des aliénés puisse leur procurer progressivement un petit pécule qui leur permettrait de retrouver une situation à leur sortie sans se trouver complètement démunis.

Cet aspect manque aujourd'hui dans la population des malades mentaux, globalement très assistée. Ces patients ne savent quelquefois plus quel sens donner au déroulement de leurs journées et doivent se contenter d'être aidés par quelques allocations, sans chercher à subvenir à leurs propres besoins.

Il est probable que l'être humain a besoin d'être en posture de faire quelque chose pour lui-même, sur le plan existentiel, pour aller bien. De plus, être entretenu sans participation active n'aide pas à retrouver le sens des réalités. Dans ma pratique hospitalière, j'ai souvent vu des personnes fragiles décompenser à l'occasion d'un arrêt de travail, et j'ai pris le parti de limiter au maximum ceux que je délivre, en mettant en garde les patients contre une inactivité qui pourrait être pire que le mal qui les arrête. Les gens reconnaissent cela facilement.

Il serait souhaitable que les personnes en arrêt de travail soient réellement reconnues comme dans une situation précaire non seulement par la pathologie qui les arrête, mais aussi du fait de cet état « parenthèse », en dehors de tout, qui fragilise énormément.

Actuellement, la sociothérapie se poursuit avec de pauvres moyens au sein des unités d'hospitalisation, mais cela n'a plus rien à voir avec l'activité débordante qui existait autrefois ; il est par exemple interdit à un patient de rentrer dans la cuisine au moment où se prépare le repas, alors qu'autrefois il aurait pu y trouver sa place et participer à une tâche collective ; les espaces verts sont entretenus par des sociétés extérieures, mais les patients n'ont plus la possibilité d'entretenir de petites plates-bandes de fleurs qu'ils auraient plantées et dont ils prendraient soin... Les journées se passent, lentement, parfois dans l'atmosphère étouffante d'un fumoir.

Actuellement, l'activité du patient est basée sur le soin, l'observation, et dans les meilleurs des cas aussi sur l'expression artistique, mais elle n'est plus du tout indispensable à la bonne marche d'un établissement ce qui change radicalement les choses.

Aujourd'hui, cela ferait désordre de voir à nouveau des patients trimer pour payer les dépenses qu'ils occasionnent à l'établissement, mais pour certains, un compromis permettant une activité ayant du sens dans un contexte d'échange commercial par exemple pourrait avoir de l'intérêt ; il est vrai que certaines structures extérieures permettent cela (AP,CAT...) et que les patients hospitalisés à temps plein sont à priori ceux qui ne sont pas capables de travailler, mais ceci reste un sujet de réflexion ouvert...

La place des familles dans le soin

) aL'isolement d'Esquirol les mettait clairement à l'écart

A l'époque de la théorie de l'isolement d'Esquirol, les familles étaient mises à l'écart de manière quasi complète après une procédure d'internement. Esquirol expliquait que l'influence du milieu ordinaire était néfaste aux aliénés, et que le meilleur moyen de les guérir était de les couper de leur famille. Ceci fut probablement assez difficile à accepter à une époque où la structure familiale était si importante. Il était rappelé aux familles que la méfiance et le délire des aliénés était souvent dirigés spécifiquement contre eux, alors que l'environnement de l'asile, regroupant des gens qu'ils ne connaissaient pas les soumettait moins à ces angoisses...

Les familles n'étaient donc à cette époque absolument pas impliquées dans la démarche de soin et d'accompagnement, sauf dans le cas où elles récupéraient leur parent à l'asile (parfois parce que la pension exigée coûtait trop cher, ou qu'elles préféraient s'en occuper elles mêmes, les troubles du comportement étant redevenus relativement gérables).

Au dix-neuvième siècle, si l'on se rapporte aux statistiques de l'hôpital Saint-Jacques, les guérisons constituaient 1/3 des cas, les sorties sans guérison dans les familles 1/3 également, le troisième tiers étant constitué par les décès.

) bL' « externement » de la sectorisation va les resituer dans un rôle d'accompagnement du malade.

On imagine bien que l'essor de la psychothérapie institutionnelle, puis les thérapeutiques médicamenteuses et enfin la démarche de mise en place du secteur ont radicalement changé la place de la famille : en effet, la logique étant de réinsérer le plus rapidement possible le patient dans son milieu habituel, la famille devenait un partenaire central de cette démarche.

Et si actuellement beaucoup de psychotiques chroniques habitent chez leurs parents, ils sont à présent accessibles à un soin ambulatoire, là où autrefois la sortie de l'hôpital laissait l'entourage livré à lui-même dans la prise en charge du malade. Le suivi peut en effet aujourd'hui se passer en partie au domicile ou aux alentours, prenant en compte la famille, ses questions, ses angoisses, ses réactions ; cet aspect est très important à prendre en considération, car contrairement au soignant, rien n'a préparé la famille à faire face à ce type de pathologie, sa chronicité, ses problématiques relationnelles et comportementales, et on peut concevoir qu'une famille qui voit entrer l'un des siens dans un processus pathologique soit très désespérée, culpabilisée, demandeuse d'étayage et d'écoute elle aussi.

Par ailleurs, s'il demeure important de garder une dimension du soin très personnalisée et permettant une séparation individuation par rapport à cette famille, une autonomisation, non seulement par rapport à l'hôpital psychiatrique mais aussi par rapport à la famille, les soins prévoient dans certaines situations de pouvoir réaliser des entretiens familiaux, voire de véritables thérapies familiales.

En outre, l'apparition des « associations d'usagers » a permis aux patients et à leurs familles de trouver une place reconnue dans des assemblées importantes, comme par exemple la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (loi du 4 mars 2002). L'UNAFAM qui est l'une d'entre elles a été créée en 1963. Le partenariat ainsi mis en place entre soignants et familles a permis d'éclairer l'opinion publique sur la pathologie, de formuler des demandes au sujet de la manière dont se tient une démarche de soin, avec notamment tout ce qui concerne les informations sur la maladie, les traitements, les références théoriques multiples ; dans le prolongement de leur action a été définie récemment la notion de handicap psychique. (45)

L'évolution de la place du médecin dans son équipe

On a pu observer combien à l'époque d'Esquirol le médecin revendiquait une position haute et une autorité incontestée.

Ceci tranche par rapport à ce qui est pratiqué aujourd'hui dans les services au sein des équipes où les réunions multidisciplinaires foisonnent, et où le médecin ne pourrait pas grand-chose s'il n'avait pas la possibilité de bénéficier de la mise en commun des avis et vécus contre-transférentiels des différents membres de son équipe au sein de « *réunions de synthèse* ».

De même dans la relation médecin malade, on a pu se rendre compte combien la « position haute » pouvait être stérile dans certains cas, et où le fait de se positionner de manière moins catégorique, moins sûre, moins directive pouvait avoir des effets tout à fait intéressants. C'est aussi toute la question de la place que laisse le médecin au désir de son patient, à ce qu'il peut formuler comme volonté de devenir. Il est incontestable que l'ère psychiatrique actuelle accorde une bien plus grande importance à ce point qu'autrefois, cependant, cela ne constitue jamais un acquis, tant le désir du médecin peut parfois se substituer à celui du patient à l'insu de l'un et de l'autre.

Nous ne sommes plus actuellement à l'époque de la psychothérapie institutionnelle débutante et révoltée qui prônait sous l'influence du marxisme une abolition des différences hiérarchiques, tant entre les soignants qu'entre soignants et soignés, cherchant à substituer au système pyramidal un système horizontal où les multiples réunions permettraient à la parole de passer sans suivre la voie hiérarchique. (3)

A cette époque, la hiérarchie existant entre le médecin et l'infirmier avait été très profondément remise en question, avec la question de savoir dans quelle mesure l'infirmier pouvait participer au même titre que le médecin au processus psychothérapique. L'idée partait du principe qu'il fallait soigner l'institution, parasitée par les séquelles d'un esprit totalitaire, et qu'il fallait pour cela que le médecin partage son pouvoir avec les infirmiers. Paul Balvet, psychiatre à Saint-Alban dans le cadre d'une pratique de psychothérapie institutionnelle faisait remarquer à ce propos : « *il y a entre le métier de psychiatre et celui d'infirmier psychiatrique une homogénéité qui n'existe absolument pas entre le médecin de médecine générale et*

l'infirmier. Dans notre domaine, c'est plus deux stades d'un même métier que deux métiers différents ». (3)

Certains médecins défendirent donc une participation très importante des infirmiers, accusant les médecins de vouloir garder leurs secrets, ou leur pouvoir (comme Tosquelles ou Oury avec sa célèbre exclamation : *« les infirmiers ne sont pas plus cons que les médecins et les psychologues ! »*).

Cependant, d'autres comme Diatkine, s'érigèrent contre cette évolution incertaine : *« quelque soit la valeur thérapeutique d'un service hospitalier, le personnel infirmier, par la nature même de sa position et de sa fonction, est particulièrement éprouvé et son intégrité mentale est presque toujours attaquée »* ; il craignait une formation trop partielle et une position trop impliquée chez les infirmiers pour pouvoir assumer ce poids.

Actuellement, la schématisation est à nouveau hiérarchique dans les équipes (et ceci est accentué par le modèle à nouveau très médicalisé de la spécialité) mais a conservé la notion d'un véritable rôle de l'infirmier dans le processus de soins, où les infirmiers ne s'appellent plus des gardiens mais sont des soignants à part entière.

Cependant, la question de la place du médecin et de l'infirmier se pose toujours, puisqu'on voit se développer depuis plusieurs années la pratique des entretiens infirmiers dans les CMP, pratique qui visait au départ à « faire le tri » devant une augmentation des demandes, mais qui aboutit comme on le constate à de véritables prises en charges qui s'inspirent des modalités du suivi psychothérapique, par les infirmiers, ceux-ci se soumettant dans ce cadre à la supervision d'un médecin de l'équipe.

Le nouveau statut des praticiens hospitaliers

Par l'ordonnance du 2 mai 2005 (49), le statut de PH a été récemment réformé. Ceci est très discutable, et en premier lieu du fait du passage par la voie d'ordonnance, évitant la survenue d'un débat parlementaire qui aurait pu aboutir à une vraie loi.

La transformation du statut des praticiens hospitaliers se fonde avec la volonté de réforme de l'hôpital pour en faire une entreprise de production de soins. L'indépendance professionnelle des praticiens en sera encore plus limitée puisqu'ils devront se soumettre à une logique économique pour pouvoir remplir les missions qui leur seront confiées, abandonnant la logique purement médicale. (49)

Jusqu'ici, les praticiens hospitaliers étaient nommés par le ministre sans influence des directeurs. En cas de choix à faire entre plusieurs candidats, le ministre se référait à l'avis d'une commission, comprenant à proportion égale des médecins et des administrateurs.

Désormais, le ministre de la santé établira une *« liste nationale d'habilitation à diriger un pôle »* sur laquelle seront inscrits les praticiens hospitaliers et ceux ci seront *« nommés par décision conjointe du directeur et du président de la commission médicale d'établissement »*. (49)

Il n'y aura donc plus de demande d'avis à la commission en question, ce qui fait que seule l'influence de l'administrateur présidera à la nomination du praticien hospitalier. Ceci met bien sûr tout praticien hospitalier dans une position tout à fait différente par rapport à la direction de l'établissement dans lequel il exerce, puisqu'une hiérarchie nouvelle apparaît, source de pressions professionnelles dangereuses pour l'indépendance de la pratique du médecin.

C'est sans doute pour cette raison qu'un sursis a été spécialement accordé aux psychiatres, pendant cinq ans (y compris les chefs de service), avant l'application de cette mesure. En effet, il est problématique qu'un psychiatre hospitalier soit soumis à la hiérarchie toute puissante d'un directeur, dans la mesure où il est amené à signer des certificats d'internement, et cette particularité d'exercice rend inacceptable la possibilité qu'il soit soumis à des pressions compromettant sa liberté de décision dans ce domaine.

D'un autre côté, cette « dérogation » compromet la place que les psychiatres avaient acquise par la loi Debré de 1968 les définissant comme praticiens hospitaliers au même titre que dans n'importe quelle autre spécialité. Nous voilà à nouveau isolés, même si c'est dans une exception qui nous épargne.

L'ordonnance de mai 2005 prévoit par ailleurs l'organisation de l'établissement en pôles d'activité. Il y est précisé que « *Pour les activités psychiatriques, le secteur peut constituer un pôle d'activité* ». Par ailleurs, l'un des articles établit que « *Le praticien responsable d'un pôle d'activité clinique ou médico-technique met en œuvre au sein du pôle la politique générale de l'établissement et les moyens définis par le contrat passé avec le directeur et le président de la commission médicale d'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.* » (49)

On peut supposer par ailleurs que la pérennité de la nomination sera soumise à la condition d'avoir atteint les objectifs définis dans le contrat, tout comme dans n'importe quelle autre entreprise.

On se situe donc bien dans une logique d'entreprise, avec l'établissement d'objectifs à atteindre dont on devine qu'ils doivent être sous-tendus par une logique strictement économique, puisqu'en terme d'objectifs, les médecins n'ont pas attendu cette ordonnance pour chercher à soigner leurs patients dans les meilleures conditions. Il est probable que l'évaluation des pratiques professionnelles viendra s'inscrire très naturellement dans cette nouvelle logique, ce qui pose des questions quant à la véritable finalité de l'hôpital aujourd'hui..

Ce décalage entre des pratiques de soins complexes et cette logique qui ne prend pas en compte la dimension humaine et le « cas par cas » sont très inquiétants.

Si encore les médecins pouvaient continuer de pratiquer avec l'éclairage de leur déontologie, de leur éthique et de leur expérience, on pourrait encore être relativement tranquille, mais l'apparition d'une hiérarchie administrato-médicale ignorant les véritables besoins des malades, ce qui donne l'impression d'un empiètement insupportable sur la liberté de pratique dont on bénéficiait jusqu'ici.

Cette indépendance du médecin par rapport au directeur d'un établissement était déjà très questionnée lors des débats de la loi de 1838 (1).

Les uns pensaient (avec notamment le Baron Pelet) qu'il serait bien plus simple qu'une seule personne soit amenée à décider et que l'indépendance du médecin serait source de conflits ingérables au sein de l'établissement.

D'autres cependant estimaient qu'il serait moins dangereux d'avoir plusieurs instances décisionnelles quitte à ce qu'elles soient conflictuelles. Le député Girod de l'Ain en particulier exprimait très clairement ce point de vue par rapport à l'indépendance du médecin vis-à-vis du directeur d'un établissement « *j'avoue que je craindrais fort pour le succès de l'établissement lui-même, si ce médecin en était totalement dépendant* » (1). Il faut aussi préciser qu'à cette époque la question était rendue encore plus cruciale par la mainmise des religieux sur les administrations sachant que les pratiques médicales ne recevaient pas

toujours leur bénédiction (d'un point de vue idéologique). Girod de l'Ain n'hésitait pas à dire qu'il leur trouvait « *une disposition à contrecarrer dans l'administration tout ce qui n'est pas exclusivement dirigé par eux* »(1).

Actuellement, il semblerait donc que notre médecine souffre de ne pas recevoir la bénédiction de ce « *nouveau dieu laïc* » qu'est l'économie (24)

L'avis de Girod de l'Ain avait été suivi à l'époque, et on peut comprendre que dans le cadre d'une loi qui cherchait à garantir au maximum contre les abus en tous genres, les législateurs aient préféré diviser l'autorité et rendre indépendants les médecins des directeurs. Ceci permettait un « *rétrocontrôle* » sur les décisions et les pouvoirs de chacune des parties.

Cette sagesse nous manquerait elle aujourd'hui ?

On peut espérer que si au terme de nos cinq années de sursis ce système devait vraiment se mettre en place, on puisse mettre en évidence rapidement les incompatibilités certaines entre ce mode de fonctionnement et l'éthique des soins.

Ceci aura peut-être d'ailleurs du poids, car si le pouvoir médical est en mauvaise posture actuellement, l'éthique, elle, est très en vogue (puisque'elle a de son côté les médias) et constitue une bouée de sauvetage bien identifiée et reconnue (même par les requins !).

Regard porté sur la maladie mentale

Si le regard actuel porté sur la maladie mentale est toujours emprunt de méfiance et de crainte, les choses évoluent tout de même, et pour bon nombre de personnes, il n'est plus forcément honteux d'expliquer que l'on va consulter un psychiatre.

On ne parle plus aujourd'hui de cette honte, reconnue par les médecins du XIX^{ème} siècle, concédant qu'il était dans l'intérêt des familles de cacher le plus soigneusement possible l'état de leur proche, pour ne pas subir le déshonneur. Aujourd'hui, on prône la tolérance des différences de manière officielle, ce qui ne signifie pas par contre un changement radical des mentalités. A la lumière des écrits de Foucault (19), on peut comprendre que la folie était autrefois apparentée non seulement à la déraison, mais aussi à la culpabilité chrétienne et à une notion d'animalité. Cette animalité était à entendre au sens de bestialité puisqu'elle ne se référait pas à l'ordre et à la sagesse du fait naturel, mais à la dangerosité de la violence animale dépourvue d'humanité. Ceci ne suscitait d'ailleurs pas que le rejet, mais aussi une certaine fascination, puisque jusqu'à la révolution, les fous étaient visités comme les bêtes sauvages d'un zoo, constituant une sortie familiale dominicale très appréciée. La compassion ne trouvait à ce moment là pas de place puisque la dimension humaine était niée, ainsi que le fait pathologique ; seul l'aspect monstrueux, grotesque voire animal était perçu, sans remise en question de ce que tout un chacun considérait comme un châtiment divin.

On s'aperçoit en revanche qu'aujourd'hui, sur la plupart des chaînes de télévision et dans toutes les revues féminines il existe une rubrique « *psy* », qui traite de troubles psychiques, et de problématiques souvent d'ordre relationnel, en famille ou au travail. Le psychiatre sollicité decode ainsi pour le grand public les comportements, la manière d'y répondre, ou bien les situations d'impasse que tout le monde peut-être amené à connaître. Très souvent, il s'agit de l'éducation des enfants, et d'une manière générale, chacun est prêt à se reconnaître dans ces questions, le trouble psychiatrique étant envisagé dans la continuité

directe des problématiques existentielles, se situant donc dans une lignée indéniablement humaine (même si certaines pathologies restent très stigmatisées).

Ces rubriques spéciales « psy » témoignent de l'intérêt de la population pour des questions d'ordre psychopathologique, et montrent qu'il est admis que cette psychopathologie se présente, non pas seulement dans la maladie mentale, mais aussi dans la vie quotidienne.

Les gens ont envie de comprendre les difficultés qu'ils traversent et acceptent pour cela de se fier aux commentaires et explications d'un « psy ».

L'étape de la première consultation reste cependant beaucoup moins aisée. Sa précocité dépend surtout de la manière dont est envisagée la question dans l'environnement du patient. Cela paraît plus facile lorsque des membres de la famille y ont eux même eu recours.

Dans ma pratique hospitalière, bon nombre de personnes y sont confrontées malgré elles, lorsque leurs difficultés ont atteint un tel point qu'elles sont contraintes aux soins ; cette première expérience avec la psychiatrie est source d'angoisses et de remise en question.

On arrive même à l'idée, dans certains milieux, que consulter un psychiatre, un psychologue ou mieux, un « psy » (de manière plus indifférenciée et probablement plus rassurante) témoigne d'une démarche responsable face à ses propres problèmes, en accord avec « l'air du temps ». Peu à peu, l'approche psychologique ne concerne plus seulement la pathologie mentale, mais aussi tout un chacun, avec les déboires plus ou moins bien vécus de l'existence.

Ceci peut expliquer en partie ou témoigner en tout cas de l'évolution d'un intérêt pour la santé mentale, recouvrant bien plus que le simple champ de la pathologie mentale, au risque de rendre imprécise la véritable mission du psychiatre dans la société. C'est vrai surtout pour la psychiatrie libérale, l'activité de consultation ; par contre, l'hospitalisation en psychiatrie garde toujours une autre signification, surtout lorsqu'elle est réalisée dans un contexte de contrainte : c'est la question très angoissante de la folie véritable qui se pose pour le sujet interné.

On observe d'ailleurs, que bon nombre d'hospitalisations sur demande d'un tiers aboutissent à une véritable alliance thérapeutique sur la fin de l'hospitalisation, qui rend au bout d'un moment inutile la mesure de placement. C'est un élément très rassurant et qui vient légitimer complètement l'existence d'une telle loi qui prend le relais d'une capacité décisionnelle, en attendant que le patient récupère la sienne.

Le ministre de la santé dans son plan de santé mentale estime que la psychiatrie est encore mal vue par la majeure partie de la population et que bon nombre de personnes renoncent à y recourir de peur d'être stigmatisées. Il envisage donc une « *campagne d'information et de communication grand public* » en 2006 (comme cela a déjà eu lieu aux Etats-Unis, au Canada et au Royaume Uni). (13)

Une actualité « intemporelle » : le psychotique chronicisé dans la structure intra-hospitalière

Les patients chroniques existent depuis les débuts de l'asile et ont toujours été l'objet d'un questionnement quant à leur place dans l'institution. Ce problème n'est donc pas un effet inhérent aux politiques de soins actuelles, mais le sujet est certainement devenu plus

douloureux depuis la diminution drastique des lits d'hospitalisation, ne tenant absolument pas compte de cette population.

Ces malades ont dès le début été l'objet d'une certaine forme de violence institutionnelle, puisqu'on les nommait initialement les « incurables », et qu'on appelle à présent une partie d'entre eux les « double inadéquats ».

La violence consiste en une définition négative, comme si c'était au patient de s'adapter à la structure de soin. Pourtant, on pourrait se dire qu'en tant que patients chroniques, ils devraient être considérés comme une catégorie de patients justifiant largement une adéquation de la structure psychiatrique à leur situation.

Actuellement, la dénomination de « double inadéquats » correspond à la constatation que d'une part, ces patients empiètent durablement sur les places dont on voudrait pouvoir disposer pour les situations de crises, et que d'autre part, leurs troubles psychiques sont incompatibles avec une structure autre que l'hôpital. Il s'agit donc d'une inadéquation par rapport au soin et par rapport au social.

On constate que le fossé se creuse de plus en plus entre ces patients et les autres puisque les durées moyennes de séjour de ces derniers tendent à diminuer. Dans son plan de santé mentale, le ministre note qu'il y avait encore en 1997 13000 personnes hospitalisées depuis plus d'un an, correspondant à 4,6% des patients hospitalisés sur une année, mais en contrepartie à 26% de l'occupation des lits à un instant T ! (13).

Il prône en conséquence le « *développement d'une offre médico-sociale adaptée aux besoins des personnes hospitalisées au long cours en psychiatrie par défaut de réponses sociales et médicosociales* ». (13).

Ceci relance le débat ancestral de la séparation des curables et des incurables : la mise à l'écart des incurables avait été soulevée déjà lors des premiers pas de la médecine mentale. Falret estimait que cela était « *très funeste pour les aliénés, pour le sentiment de la famille et la morale publique, et pour la science médicale* ». Il souhaitait pouvoir orienter l'étude de la folie dans une dimension diachronique, avec une observation sur le long cours des patients.

Il lui semblait inacceptable de prononcer l'incurabilité d'un patient de manière aussi définitive. Parchappe fut fidèle par la suite à cette prise de position de son maître. Dans une vision prémonitoire, Falret expliquait que « *Quoi qu'on fasse, les sections de traitement seront encombrées d'incurables ; ainsi le veut la nature des choses qui sera toujours plus forte que les théories médicales* ». ».

Il faisait remarquer d'autre part que les incurables, installés dans une certaine chronicité et habitués aux règlements pouvaient donner l'exemple aux patients supposés curables et présents dans le service depuis moins longtemps.

Au moment de la création du secteur, on suggéra à nouveau d'accueillir les patients chroniques dans d'autres établissements afin d'éviter la promiscuité avec les autres patients, ce qui ne fut pas suivi, même si ces patients constituaient un poids énorme pour ce nouveau fonctionnement. (42)

En effet, les psychotiques chroniques représentent l'affront par excellence à la logique de secteur qui se veut accompagnement progressif vers l'extérieur. Eux s'installent et habitent là pour toujours, avec des rituels, et une présentation qui défient la temporalité moderne...

En revendiquant le « droit d'asile » dans son sens initial ; ils nous ramènent ainsi toujours à la naissance de la psychiatrie.

Actuellement, dans les services de secteur on distingue la plupart du temps simplement une unité ouverte et une unité fermée, ou parfois une unité de crise et d'admissions, et une unité de réinsertion.

Cette distinction me paraît devoir être discutée. Pour avoir été en stage dans plusieurs services organisés de manière différente sur ce point, il me semble que le mélange des pathologies aiguës et chroniques peut avoir un intérêt, même s'il suppose beaucoup d'inconvénients, et la nécessité d'une surveillance importante. En effet, on peut constater que dans les unités qui se réservent à l'admission des seules situations de crise, il existe une accumulation des tensions avec un effet « cocotte minute » qu'on retrouve moins lorsque s'y mêlent des patients chroniques. Sans forcément aller jusqu'à dire comme Falret que les patients chroniques disciplinent les autres, on peut penser qu'une certaine régulation réciproque peut se faire au niveau des tensions. L'inconvénient majeur par contre, est le risque de déstabilisation des patients chronicisés par des situations et un environnement qui changent sans cesse.

A Saint-Jacques, il n'existait vraisemblablement pas de séparation voulue entre les aliénés curables et incurables puisque le classement des malades se faisait en fonction des pathologies et du degré d'agitation. Les gâteaux se trouvaient cependant regroupés dans certains pavillons du fait des soins d'hygiène qu'ils nécessitaient (mais sans qu'il s'agisse forcément de cette population chronicisée dont on parle). Bouchet expliquait : *« lorsque les fous arrivent à un état de dégradation telle, que leurs sensations s'affaiblissent au point de ne plus ressentir la douleur même ; que leurs affections disparaissent au point de méconnaître leurs plus proches parents, et que leur mémoire s'en va au point d'oublier les choses passées, comme les choses les plus récentes, la vie intellectuelle est alors finie : on ne doit plus à ces malades que du soleil ou de la chaleur, un air pur, et des soins matériels de propreté et d'alimentation. »* (6).

La question demeure donc, de savoir dans quelle mesure les patients chroniques doivent être séparés des autres, que ce soit au sein du même établissement ou dans une structure différente.

-Ecl Au delà de l'évolution institutionnelle que nous avons abordée dans ce travail, d'autres questions se posent aujourd'hui pour la psychiatrie :

.1 *Considérations sur l'élargissement de la mission confiée à la psychiatrie d'aujourd'hui, par rapport à celle d'hier ?*

) a **Héritages divers et encombrants de la justice (l'expertise psychiatrique dans les tribunaux) et de la religion (l'art de la consolation) .**

La psychiatrie a longtemps défendu sa légitimité en définissant par des batailles successives une mission qui lui soit propre. Ce n'est cependant pas toujours le philanthropisme et le souci du soin qui ont motivé ces conflits de territoires, mais probablement aussi un appétit de pouvoir aveuglant chez certains médecins.

La psychiatrie a disputé son territoire principalement à la religion et à la justice, deux adversaires de taille, mais surtout deux domaines où étaient très présentes les notions de jugement, de moralité, de culpabilité et de punition. Cette nouvelle discipline venait dire qu'une partie des gens devaient échapper à ces lois, à leur logique. En effet, ces gens se trouvant privés de leur entendement, le châtement ne pouvait trouver de sens pour eux.

En se définissant ainsi, la psychiatrie prit donc part à des missions assez proches de ces deux dernières, et parfois encore aujourd'hui trop proches pour être suffisamment claires et fixées dans un objectif de soin.

La psychiatrie se positionna comme une discipline qui visait à faire reconnaître l'altération de la raison, altération pouvant être à l'origine de troubles du comportement plus ou moins graves, mais devant être considérés en dehors du jugement commun. C'était arracher un pan de la population aux griffes de la justice et de la religion, et édicter la nécessité d'un troisième intervenant là où existait un trouble pathologique.

Ceci mena à la mise à l'écart d'une population, parmi un autre groupe de personnes enfermées qui avait été constitué par l'exclusion systématique et l'enfermement des délinquants, mendiants, libertins, et insensés.

En effet, et comme le souligne longuement Foucault (19), dans les temps du grand renfermement débuté sous Louis XIV, folie et péché étaient assimilés, substituant à la démarche de traitement une mesure de régime extrêmement sévère et restrictive, voire de châtement, tout ceci visant à sauver l'âme de l'insensé. Mais la psychiatrie ne vint pas seulement dénoncer une démarche inappropriée auprès des insensés, et inutilement punitive : elle remit aussi en question l'exclusivité religieuse de l'art de la consolation. Elle venait en effet expliquer dans sa laïcité triomphante, que les souffrances et les questions existentielles pouvaient relever du soin médical, que l'écoute du médecin, toute dénuée de religion qu'elle soit, pouvait aussi être un soulagement (A moins que le médecin n'ait volé sans le savoir une part de sacré à l'écoute religieuse). Aujourd'hui encore, la psychiatrie est sollicitée par la souffrance de personnes qui réclament la possibilité de donner un sens à tout ce qu'elles vivent. Il s'agit de panser et de penser tout à la fois les blessures existentielles de chacun. C'est l'héritage de la consolation exercée autrefois par les religieux, héritage parfois encombrant puisqu' en terme de réponses, la religion était tout de même mieux pourvue ! La psychanalyse est peut-être venue prendre place dans ce manque existentiel mais en ayant la particularité d'entretenir ce manque et le questionnement qui en découle, là où la religion donnait des réponses.

Auprès de la justice, le cheval de Troie fut bien évidemment l'argument de la monomanie qui permit l'introduction des psychiatres dans les tribunaux, se présentant comme les seuls professionnels capables d'appréhender la folie chez un individu. Une fois la bataille gagnée, la monomanie fut abandonnée sur le plan théorique, après avoir subi les plus violents assauts. Ceci détermina une place toute particulière de la psychiatrie par rapport à la délinquance, la criminalité, l'ordre public, proximité consacrée par la loi de 1838, mais dans laquelle la psychiatrie s'empêtre parfois aujourd'hui. Car si autrefois le combat était rude pour s'approprier une mission, et gagner ainsi en légitimité, aujourd'hui c'est tout le contraire et le rôle de la psychiatrie est sans cesse défini plus largement.

)bNouvelles missions de la psychiatrie au travers du concept de santé mentale, dans ses aspects préventifs et curatifs.

Dans son plan rendu en mars 2005 (13), le ministre définissait il y a peu de temps ce qui correspondait pour lui au concept de santé mentale, terme emprunté à la littérature anglo-saxonne et apparu pour la première fois dans la circulaire ministérielle du 14 mars 1990 :

« Les besoins dans le domaine de la santé mentale s'expriment auprès du dispositif spécialisé de psychiatrie, spécialité médicale à part entière, et auprès d'autres professionnels, qu'ils soient des champs sanitaire, social, médico-social voire éducatif ou judiciaire. Cette logique se fonde sur l'intégration du fait social dans la pratique psychiatrique et sur la triple dimension biologique, psychologique et sociale du trouble psychique. »

La psychiatrie se trouve donc officiellement impliquée dans un champ beaucoup plus large que tout ce qu'elle a connu jusqu'à présent. On peut même se demander si ce champ comporte vraiment des limites, puisque d'une part il prend en compte le « *fait social* », entité qui ne concerne plus seulement l'individu malade, mais aussi une société qui va mal, et que d'autre part la santé mentale ne se situe plus dans l'appréhension exclusive de la pathologie puisqu'elle trouve une dénomination positive qui s'oppose au concept même de pathologie, ou qui dans le meilleur des cas se situe dans sa continuité. Mais est-ce que l'état ou le ministère de la santé peuvent, par une politique particulière, empêcher l'émergence des pathologies mentales ? C'est en tout cas ce que le ministre se propose de mettre en place dans son projet de santé mentale.

Par rapport au renforcement de l'action curative, le ministre préconise un encouragement des équipes mobiles de psychiatrie et des équipes de psychiatrie de liaison pour les sujets âgés hospitalisés. Il souhaite que soient aussi examinées les possibilités de réinsertion professionnelle pour les sujets atteints de troubles psychiques, (« clubs » d'activités, loisirs, outils pouvant aider à prévenir la désinsertion et l'isolement des personnes fragiles).

Le ministre pointe par ailleurs la nécessité de décroiser les prises en charge entre les différents intervenants, qu'ils soient du domaine de la santé, de l'éducation, ou du social, (ceux-ci étant en fait tous intervenants dans le champ de la « santé mentale » !).

La globalité de la prise en charge devrait donc, d'après le plan en question, permettre de dépasser le concept de structure d'intervention et de ne plus se focaliser exclusivement sur le soin puisque le besoin peut être autre...

L'accent est mis en particulier sur le dépistage précoce des signes de souffrance chez tout individu, à commencer par l'enfant. Le plan prévoit aussi de porter une attention toute particulière à la prise en compte des situations de vulnérabilité telles que celles des sujets âgés, ou des sujets exclus.

En ce qui concerne l'aspect préventif, on peut considérer qu'il se situe principalement au niveau des médecins généralistes (qui sont consultés de manière systématique par la plupart des gens), ou au niveau des travailleurs sociaux, et des enseignants.

Les médecins généralistes ont une place de prévention au sein de chaque prise en charge individuelle qu'ils réalisent et pour laquelle peut émerger l'expression d'un mal être, et possiblement la formulation d'une demande d'aide. On peut faire remarquer à ce propos qu'il

est problématique qu'autant de médecins généralistes initient des traitements psychotropes sans pouvoir proposer un véritable temps d'écoute ; il est probable qu'on en vient à psychiatriser des difficultés existentielles qui n'ont rien de pathologique mais qui réclament du temps, ce que les médecins généralistes n'ont pas. Le dédommagement qui permet à la fois au patient et au médecin de trouver cette situation supportable, c'est la prescription d'un psychotrope, pas toujours justifiée.

D'un autre côté, adresser systématiquement au psychiatre mène à une augmentation des files actives dans une exponentielle permanente puisque contrairement, à d'autres spécialités, la demande de consultation spécialisée psychiatrique pour avis débouche souvent sur un suivi. Dans les autres spécialités, des mesures thérapeutiques sont préconisées, sans nécessité de revoir le patient très régulièrement ou très fréquemment.

Il existe aussi beaucoup de situations où une écoute bienveillante suffirait amplement à apaiser les choses, situations devant lesquelles bon nombre de médecins démissionnent, et pas seulement au niveau des médecins généralistes, puisque c'est une remarque que je me suis souvent faite lors de ma pratique de psychiatrie de liaison ; il n'est pas nécessaire d'être psychiatre (ni même médecin !) pour prendre cinq minutes, s'asseoir au chevet d'un patient et lui demander ce qui le préoccupe.

D'autres formes d'appel au secours existent, en dehors de la consultation au médecin, et c'est sans doute le sens du « partenariat » que préconise le ministre entre intervenants sociaux, éducatifs et judiciaires : en effet, on peut retrouver notamment chez les enfants ou les adolescents des troubles du comportement (par exemple délictueux) qui, s'ils sont resitués dans leur contexte peuvent constituer des équivalents de demande d'aide.

Les aspects en rapport avec la prévention primaire sont parfois travaillés par certaines équipes intersectorielles, dans un rôle de formation auprès des soignants, et d'information au sein de la population. Par contre, je ne pense pas que ce type de prévention ait sa place au niveau du psychiatre hospitalier de secteur, du moins pas la prévention primaire ; par contre, la prévention secondaire a bien entendu son importance, et c'est tout l'intérêt du suivi que permet la politique de secteur.

A ce sujet, le ministre rappelle l'importance des CMP, garants d'un « *maillage territorial de qualité* », mais qui d'après lui n'entretiennent pas assez de liens avec le secteur social et l'hôpital général ; il incrimine par ailleurs les horaires d'ouvertures trop restreints qui empêchent ces CMP de jouer efficacement leur rôle d'accès aux soins proche de la population. Ce faisant, il évite de soulever le vrai problème à l'origine de ces restrictions horaires : le manque de personnel, aussi bien médical que paramédical. Car si les médecins ne sont pas assez nombreux sur ces structures, c'est parce qu'ils doivent se partager entre elles et un secteur intra hospitalier dont les exigences en terme de temps et d'investissement ne faiblissent jamais.

Il convient de rappeler ici que cette extension du champ de la psychiatrie dans son articulation avec le concept de santé mentale se fait dans une période noire par rapport à la démographie médicale. Le ministre insiste sur le fait que la France est un des pays les mieux dotés en terme de nombre de soignants (2^{ème} densité la plus élevée au monde par rapport au nombre d'habitants) et que le problème se situe peut-être plus au niveau des pratiques...

Dans son état des lieux de la démographie, il dénombre 13200 psychiatres, 58000 infirmiers, 35000 psychologues et psychanalystes. 6600 praticiens libéraux.

Néanmoins, il précise tout de même que 8% des postes de PH sont vacants dans les hôpitaux (certains syndicats estiment ce chiffre à 20%), résultat d'une diminution

complètement inconséquente du numérus clausus au niveau de la première année de médecine. Cette pénurie médicale était pourtant clairement annoncée il y a 10 ans, et l'élévation du numérus clausus mettra du temps à montrer ses effets puisqu'il faut dix ans pour former un médecin. (13)

Par ailleurs, même si la densité globale est élevée par rapport aux autres pays, la répartition sur le territoire français en reste très inégale puisqu'on trouve 9 psychiatres pour 100000 habitants en Champagne et Ardennes, et 87 pour 100000 à Paris...

De plus, compte tenu de l'âge moyen élevé des psychiatres en exercice actuellement, si l'on reste sur les dispositions actuelles, il faut s'attendre à une réduction de 30% des effectifs d'ici 2020...

Quoiqu'il en soit, ce plan de santé mentale cherche visiblement à définir une orientation générale face à un vide évoluant depuis plusieurs décennies en termes de politique de soins psychiatriques et de budgets conséquents.

) cLa psychiatrie, un « garde-fou »...

() 1...pour l'ordre public ?

La psychiatrie a eu dès ses débuts une parenté avec les gardiens de l'ordre public, parenté consacrée par l'élaboration et le vote de la loi de 1838. Celle-ci, loi de police générale tout en étant loi de soin venait répondre à une préoccupation étatique par rapport aux troubles de l'ordre public occasionnés par les malades mentaux.

Puis cette orientation a persisté, même lors du remplacement de cette vieille loi par celle de 1990.

Il persiste donc toujours actuellement des mesures de soins sous contrainte destinées entre autres aux patients troublant l'ordre public du fait de leur pathologie. Dans ces deux types de placements, on peut avoir affaire à des patients dangereux, et s'il est dit à quel moment ils doivent rentrer, reste entière la question de savoir quand ils peuvent sortir, car en psychiatrie, la notion de guérison est devenue relative (à part pour certaines pathologies). On parle plus de stabilisation clinique.

Un patient qui va mieux, et qui a retrouvé un équilibre reste cependant fragile. Il peut à nouveau décompenser rapidement, surtout s'il est exposé à un environnement moins rassurant et cadré ou s'il consomme des toxiques.

Il peut donc dans un laps de temps très court après sa sortie redevenir dangereux pour la société. Ceci pose la question de la responsabilité du psychiatre par rapport à la dangerosité du patient, car si la pathologie reste de son ressort, les troubles du comportement relèvent aussi de celui de la police.

Le psychiatre est-il donc responsable des délits ou crimes commis par ses patients ; et si oui, au nom de quel don de prémonition ? La possibilité de mettre en place des sorties d'essai pour favoriser la réinsertion du patient hospitalisé sous contrainte met ainsi le psychiatre dans une situation tout à fait inconfortable sur le plan de la responsabilité car dès l'instant où l'on ne voit plus le patient pendant quelques jours, comment déterminer le moment où une réintégration est nécessaire (23) ? Celle-ci se fait d'ailleurs le plus souvent après un incident, et il ne reste plus qu'à souhaiter que celui-ci soit le moins grave possible...

De plus, cette mesure place aussi en porte-à-faux la possibilité d'une intervention policière, puisque tout trouble du comportement dans ce contexte est supposé être du registre de la pathologie mentale...

Le sens clinique vaut donc pour l'instant présent, et à court terme, mais à partir du moment où un patient sort, et même s'il est correctement étayé par le suivi du secteur, peut-on affirmer et garantir à la société qu'il ne se passera rien ? On ne peut que répondre par la négative à cette question, même si cet aveu d'impuissance est mal vécu par une société qui a peur.

Ces considérations rejoignent le problème de l'internement administratif des malades mentaux délinquants ou criminel, qui met le psychiatre dans un rôle de prévention du passage à l'acte avec un internement « *ante-delictum* » amenant ainsi le médecin à se substituer à la justice dans un domaine où la récurrence n'est pas scientifiquement prévisible. (40)

Cette mesure « *ante-delictum* » nous place dans un rôle ambigu où l'obligation de protection de la société le dispute à la nécessité des soins. L'assignation de cette mission devient très discutable, surtout si l'on rappelle qu'un psychotique n'est pas statistiquement plus dangereux qu'un autre individu.

Ceci nous mène à envisager par ailleurs les mouvements passionnels de l'opinion publique, toujours prête à accuser d'un côté l'internement d'être arbitraire, dès qu'un patient émet une plainte, et à dénoncer par d'autres côtés une sortie prématurée dès qu'un patient provoque un incident (ce n'est plus alors l'« *internement* », mais l'« *externement abusif* »). (23)

La question de l'ordre public doit faire envisager aussi la question des psychopathes : en ce qui concerne les troubles du comportement qu'ils occasionnent, la limite est difficile à individualiser entre ce qui relève du soin, ce qui relève de l'éducatif, et ce qui relève de la justice.

On remarquera que contrairement à ce qui se produisait au XIX^{ème} siècle, on ne se dispute plus la prise en charge de ces situations limitrophes avec les magistrats, mais qu'on se les renvoie, régulièrement...

Ce qu'on observe c'est que la psychiatrie est parfois interpellée au même titre que la justice dans des situations qui troublent l'ordre public, et que ce recours à la spécialité est justifié, ainsi que le précise la loi de 1838, lorsque ce sont des troubles mentaux qui occasionnent ce désordre comportemental.

Cependant, l'individualisation de structures de personnalités pas vraiment définies comme relevant du trouble mental pose la question de l'intervention de la psychiatrie dans certaines situations; d'autant plus que si l'internement protège la société des débordements d'un individu, il ne protège pas pour autant la « microsociété » que constitue un service de psychiatrie. Les infirmiers y sont formés aux soins et aux mesures de contention physique. Cette contention n'est bien sûr exercée que dans le cadre du soin et vise à prendre en charge l'agitation et la violence qui émanent de la souffrance psychique.

Ainsi, la violence dans les services est relativement bien tolérée sur le plan psychique par les soignants lorsqu'elle émane d'une souffrance que l'on peut participer à soulager, alors que la violence véhiculée dans un autre contexte (personnalités intolérantes à la frustration par exemple) est au contraire extrêmement mal vécue par les soignants et déclenche des réactions de peur.

Il va sans dire que l'exercice de la psychiatrie devient impossible lorsqu'une équipe a peur, ce qui arrive parfois. C'est là que se ressentent les limites et la démarcation que la spécialité continue (heureusement) d'entretenir avec un système coercitif.

() 2 ...pour l' « ordre » conjugal,
parental et plus largement,
familial ?

On observe de plus en plus d'intérêt de la part des psychiatres pour les relations entre parents et enfants, les relations de couple, et les relations entre différentes personnes d'un même milieu...

Les enfants que l'on voit en consultation de pédopsychiatrie sont par exemple bien souvent les victimes de carences éducatives ou affectives. Les carences éducatives ont pour effet de générer des troubles du comportement qui évoluent parfois vers le registre de la psychopathie.

Jusqu'à leur majorité, ces enfants seront confrontés aux soins psychiatriques et au milieu socio-éducatif. Par la suite, les aléas de leur parcours, les ruptures et les heurts inévitablement liés à leur prise en charge finissent en général par les confronter à la loi véritable, et au système judiciaire.

On constate donc que là où chez l'adulte c'est la loi qui est directement sollicitée, chez l'enfant on s'attarde plus volontiers dans le parcours de soin et en particulier psychiatrique. Ceci est certainement en lien avec l'idée à présent reconnue que les troubles du comportement de l'enfant sont le signe d'une souffrance psychique dont l'enfant n'est pas directement responsable, en tant que personne vulnérable, mais dont l'origine peut être recherchée dans une défaillance parentale.

Les efforts actuels dirigés vers l'étude et l'encadrement des relations mère-bébé sont intéressants dans le sens où ils constituent un abord possiblement préventif des troubles mentaux ultérieurs chez les enfants, liés aux problématiques carenciales.

De même, mais dans un autre registre, on voit de plus en plus arriver des gens en hospitalisation pour « conjugopathie ». Quel terme curieux !

Un couple qui se dispute est-il un couple malade ? Un couple qui se sépare est-il un couple pathologique ?

Doit on alors faire interner une personne qui s'en prend à son couple, qui veut le briser, qui demande une séparation ?

Les dérives ne sont pas loin si l'on considère les choses de cette manière. Ne tend on pas à médicaliser toute situation occasionnant cris et larmes (le classique « *pétage de plombs* »), et qui pourtant sont des situations qui font partie du cours de l'existence.

Par ailleurs, de même qu'il peut être problématique de stigmatiser la dispute conjugale comme pathologique, il est discutable que d'autres situations, telles les deuils, soient médicalisées à outrance. La question est alors uniquement centrée sur l'aspect douloureux du vécu, et ne cherche pas à resituer ce vécu dans sa composante existentielle qui pourrait permettre au sujet d'en faire quelque chose. Il devient donc difficile, de nos jours, de pleurer la disparition d'un être cher sans se retrouver sous antidépresseurs.

Il me semble que le médecin a un rôle important de recentrage en particulier dans la problématique de deuil, et dans celle de l'angoisse.

Et si dans ces situations une personne a besoin d'un soutien et d'une écoute, il est là aussi primordial de ne pas énoncer systématiquement la pathologie. J'ai entendu un jour aux Urgences une famille interpeller le médecin en désignant une malade : « *Donnez lui des médicaments, vous voyez bien qu'elle pleure !* ».

Actuellement, les gens s'en remettent beaucoup au psychiatre ou au psychologue dans les situations difficiles de l'existence, dans un désir de « comprendre » (c'est ainsi qu'ils le

formulent) avec une attente, certes magique d'un soulagement, mais où il est de notre responsabilité de ne pas médicaliser à outrance les situations. Il est important alors de favoriser la pensée, l'introspection et la mise en mots, plutôt que de chercher à « remettre de l'ordre » !

Le concept de santé mentale aura peut-être l'intérêt, par l'élargissement du champ qu'il suppose, d'énoncer et de reconnaître l'existence d'une souffrance non pathologique, mais existentielle.

Il est probable que si au XIX^{ème} siècle la distinction entre normal et pathologique se faisait plus clairement, c'est parce que les névrosés étaient encore en majorité ignorés par l'asile, sauf peut-être dans leurs formes les plus graves.

) dUne mission de réinsertion sociale ?

Nous retrouvons de plus en plus fréquemment dans les services des patients qui se trouvent là parce qu'ils n'ont nulle part où aller.

Lorsqu'ils sont en suffisamment bonne santé, il est aisé de resituer le problème en les adressant à leur centre social pour des démarches de logement, et de leur indiquer le 115 en attendant de pouvoir se loger autrement. Cependant, pour les personnes fragiles psychiquement, ce problème occasionne des hospitalisations à rallonge que l'état clinique ne justifie pas, mais que l'on ne peut écarter sans risquer de mettre la personne dans de grandes difficultés.

L'hôpital psychiatrique vient alors prendre l'allure du dernier recours, de la structure qui quoi qu'il arrive accueillera toujours les personnes en difficulté. On peut se faire mettre à la porte de l'hôpital, c'est sûr, lorsqu'un cadre n'est pas respecté, mais il est toujours possible d'y revenir, contrairement à beaucoup d'autres structures de prise en charge des personnes en difficulté sociale.

Il est vrai néanmoins que les échecs de l'insertion sociale sont souvent liés à des troubles de la personnalité, générant des problèmes de comportement et compromettant la possibilité de s'inscrire durablement dans un lieu, avec un voisinage donné.

Bien que les services bénéficient à présent de l'intervention d'assistantes sociales, il n'est pas possible d'envisager que la psychiatrie soit une instance de réinsertion sociale autrement que par le biais du traitement des troubles.

En effet, l'intervention du soin dans le champ social ne se justifie que lorsque la désinsertion est la conséquence de ces troubles.

Comme toujours, dans le cas des troubles de la personnalité, la frontière n'est pas claire, car si les troubles occasionnés par une pathologie psychiatrique avérée, dans un contexte de crise, sont véritablement du ressort de l'intervention psychiatrique, il n'en est pas forcément de même dans le registre des troubles de la personnalité où l'inscription dans la répétition compromet toute véritable insertion avec une mise en échec chronique et systématique.

L'hôpital psychiatrique, même dans sa fonction « asilaire » au sens d'abri, de recours toujours possible, ne peut pas prendre sur ses épaules la lourde tâche de trouver une structure d'hébergement de plus qui sera elle aussi vite saturée et mise en échec par la personne en question.

Ce problème pratique précis pointe l'amalgame qui existe depuis longtemps entre la pathologie mentale et certaines difficultés sociales.

Postel et Quétel évoquent cet aspect des choses en montrant qu'actuellement, il ne s'agit plus seulement de protéger la société et de lui rendre après « *restauration* » des sujets qu'elle lui avait confiés, mais qu'il s'agit à présent, après avoir « *écrété les manifestations les plus gênantes de la folie* », d'agir sur le milieu social pour rendre possible un travail d'intégration.

Le psychiatre passe ainsi du statut de gardien thérapeute à celui de « *médiateur entre la folie et la société* ». (35)

Mais la psychiatrie pour pouvoir remplir sa fonction première de soins se voit donc obligée de refuser certaines demandes « sociales » qui lui sont adressées (par les patients comme par les structures qui excluent, d'ailleurs). On peut rappeler à ce propos que cette problématique sociale était déjà repérée lors des débats de la loi de 1838, puisque certains parlementaires évoquaient leurs craintes de voir les asiles envahis par des indigents qui viendraient se faire entretenir par les deniers publics, réduisant par là même les possibilités d'accueil des personnes souffrant de véritables pathologies mentales.

Que penser de l'actualité psychiatrique sous l'éclairage de l'histoire de la spécialité ?

) el'évaluation des pratiques professionnelles, et l'évaluation des psychothérapies

Dernièrement, la publication du rapport INSERM concernant l'évaluation des psychothérapies a fait naître un véritable débat.

Ce rapport, demandé par l'état (mais aussi par les associations d'usagers, se plait on à rappeler), avait le projet de comparer l'efficacité de différents types de psychothérapies pour pouvoir permettre le recours à celles qui seraient plus adaptées.

Le travail en question s'est fait autour des approches familiales, cognitivo-comportementalistes, et psychanalytiques, mais uniquement à partir d'articles, et avec bien plus de données concernant les TCC que la psychanalyse.

Malgré de très nombreux biais, énoncés, certes par les chercheurs, mais pas pris en compte, le rapport INSERM conclue à une supériorité dans presque toutes les indications des TCC. Il est complètement ahurissant de voir des chercheurs reconnaître eux même les biais innombrables de leurs études (et pas des moindres : par exemple, le fait que l'approche des TCC permet bien mieux une classification scientifique que l'approche psychanalytique qui n'utilise pas d'échelles), et se permettre dans le même temps de rendre des conclusions qui, s'ils les présentent avec beaucoup de réserves, seront exploitées par des gens qui ne manqueront pas de les ériger au rang de certitudes, de principes sur lesquels bâtir de nouvelles politiques de soins.

Par ailleurs, il est prévu que l'évaluation actuelle porte non seulement sur les différentes techniques de psychothérapie, mais aussi sur les pratiques médicales.

Ceci a été annoncé lors de la réforme de l'assurance maladie (loi du 13 août 2004) puis précisé par le décret du 14 avril 2005. Cette évaluation des pratiques professionnelles est présentée comme visant à promouvoir « *l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé* », ainsi que « *la qualité, la sécurité,*

l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention et plus généralement la santé publique, dans le respect des règles déontologiques. » (46)

Le ministre de la santé se dit tout à fait en faveur de cette mesure dans son plan de santé mentale, et explique que les prescriptions n'étant pas corrélées à l'incidence statistique des différentes pathologies, c'est que les praticiens prescrivent donc mal... (13)

C'est oublier que les prescriptions correspondent à une réalité clinique, tandis que les « diagnostics » sur lesquels s'appuie le ministre ne doivent être rapportés qu'à des exigences statistiques.

D'ailleurs à ce sujet, Bouchet rappelait bien la différence quant à ces deux aspects et le devoir de prudence pour tout médecin face aux classifications : il commentait en effet la classification d'Esquirol en regrettant qu'elle ait *« le défaut de toutes les classifications : elle est quelques fois démentie, dans ses détails, par les faits ; parce que la nature ne s'assujettit pas à nos règles et que ses phénomènes s'enchaînant les uns aux autres par des liens continus, ne présentent aucune transition qui justifie rigoureusement nos prétentions de classement. Toute classification doit être considérée dans le sens de son utilité pour l'étude et non dans le sens d'une vérité absolue... »*

On peut reconnaître dans ce projet un engouement pour tout ce qui est démarche qualité et sans doute aussi le projet moins avoué de pouvoir mieux maîtriser par ce biais la pratique médicale, afin de l'orienter dans une logique qui satisfasse aux exigences économiques (cela irait donc dans le même sens que la modification récente du statut de PH par l'ordonnance du 2 mai 2005, ce qui fait un bilan lourd pour l'année 2005 en termes de perte de liberté d'exercice !). Ceci doit pouvoir ouvrir un questionnement même au niveau du corps médical, sur ce qui a pu desservir à ce point la profession au point de la rendre si vulnérable.

Il est prévu que l'évaluation des pratiques soit effectuée par des médecins habilités ou avec le concours d'un organisme agréé.

Ce décret spécifie par ailleurs :

« Lorsque au cours de l'évaluation sont constatés des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients, l'organisme agréé le signale au médecin concerné, qui peut formuler ses observations. Il propose au médecin concerné des mesures correctrices à mettre en œuvre et en assure le suivi. En cas de rejet par le médecin concerné de ces mesures ou si le suivi fait apparaître la persistance des faits ou manquements de même nature, l'organisme agréé transmet immédiatement un constat circonstancié au conseil régional de l'ordre des médecins » (46)

A l'issue de l'évaluation sera remis un certificat par l'union des médecins libéraux ou la CME, au vu du rapport de l'évaluation fourni par le médecin habilité ou de l'organisme agréé. Le médecin concerné le recevra ; une copie en sera transmise à la commission régionale et au conseil national de la formation continue ; suite à cette certification, le conseil national de l'ordre des médecins délivrera une attestation au médecin en question.

Cette procédure d'évaluation est une obligation qui si elle n'est pas respectée expose le médecin à des sanctions (définies dans l'article L 145-1 du code de la sécurité sociale). Celle-ci doit être réalisée dans les 5 ans à venir.

Les « usagers » seront informés de la liste des médecins en possession d'une attestation par le biais des caisses nationales d'assurance maladie

Ce projet est présenté en lien avec l'idée de la formation médicale continue. Cette dernière me paraît tout à fait importante, surtout dans un contexte où la formation devient beaucoup trop dépendante des firmes pharmaceutiques. Par contre, l'idée de coupler cette formation avec l'évaluation des pratiques professionnelles traduit un tout autre esprit traduisant plus un souhait de maîtrise gouvernementale des pratiques de soin, que d'une réelle préoccupation pour la qualité des soins. Celle-ci ne me paraît d'ailleurs pouvoir être garantie que par la référence qu'un praticien peut faire à son expérience, et la prise en compte des éléments transféro-contre-transférentiels.

La conservation d'une pratique médicale en accord avec les principes de l'éthique de notre profession est donc encore le meilleur moyen de conserver une pratique intéressante, qui garde du sens, et qui surtout puisse rendre service non pas à des « usagers » qui consomment et font valoir leurs droits, mais à patients qui comptent sur nous et font valoir nos devoirs. Voilà où se trouve peut-être le problème : les droits du patient se sont substitués aux devoirs du médecin.

) fLa question du diagnostic et plus largement celle du DSM IV.

En dehors de la problématique soulevée dans le paragraphe précédent par la remarque de Bouchet, le danger inhérent à la prononciation officielle d'un diagnostic, c'est que celui-ci puisse devenir un substitut identitaire pour certains patients, évitant donc un questionnement plus général et existentiel. Ceci m'amène à mettre en doute le bienfait des annonces diagnostiques aux patients qui se trouvent « figés » dans une réponse, et cessent de se considérer dans une dynamique de questionnement qui pourtant pourrait être beaucoup plus féconde pour eux (on observera à l'inverse des gens qui, pour s'apaiser, ont besoin d'un diagnostic, d'un mot, d'un signifiant qui vienne prendre place dans ce vécu indéfinissable et indicible...).

Cependant, au cours de ma pratique, je me suis très peu souvent trouvée en face de patients me demandant de leur faire savoir sous quel diagnostic ils étaient reconnus ; ce sont beaucoup plus souvent les familles qui en font la demande. Le patient perçoit sans doute bien le « point final », le côté « affaire classée » que suppose l'énonciation d'un diagnostic. C'est aussi ce qui rend très ennuyeux le fait d'avoir à attribuer de manière absolument systématique un diagnostic à chaque patient et de l'écrire dans le dossier ; il faudrait pouvoir le faire de manière plus anonyme, afin de satisfaire aux exigences statistiques mais sans étiqueter un patient à ses propres yeux le jour où il tombe dessus) ; en plus, la réflexion diagnostique, qui est évolutive dans le temps, et doit sans cesse être remise en question dans les cas difficiles, peut mieux se faire si le diagnostic n'est pas posé de manière officielle ; le médecin est sensible aussi à une étiquette...

Mais la réalité administrative s'impose à nous : un patient vu par un soignant du service doit trouver associé à son nom un diagnostic, et ceci dès le premier entretien ! Sans quoi, on s'expose à être poursuivi sans relâche par les secrétaires jusqu'à ce que la case vide soit remplie ; un patient sans diagnostic, c'est donc un dossier auquel il manque une case, et administrativement, c'est intolérable. Ceci pousse la situation dans des extrémités discutables,

puisque même les patients vus en accueil strictement infirmier doivent recevoir un diagnostic posé par un médecin qui ne les a jamais vus...

De plus, il n'existe pas de codage pour désigner l'absence de trouble mental ; tout au plus peut-on trouver un sursis sous le code F 99.0 qui correspond au vague « trouble mental sans précision »...

Cette obligation serait anodine si l'on était bien sûr qu'il ne s'agisse que d'une formalité destinée aux statistiques, mais on ressent bien actuellement que cette classification tend à être prise pour une entité applicable directement à la clinique et à la thérapeutique. Celle-ci est par ailleurs centrée sur le symptôme, et a complètement désarticulé les mécanismes psychopathologiques identifiés jusqu'alors, au point que la névrose, par exemple, n'y est même plus nommée. Ceci vient finalement compléter le tableau qui se dresse actuellement dans la psychiatrie du XXI^{ème} siècle, à savoir une science de ce qui se mesure (avec les EPP, les évaluations des psychothérapies), de ce qui se maîtrise (EPP, nouveau statut des PH), de ce qui s'explique, plus que de ce qui se comprend. On retrouve donc ici toujours ce débat qui se situe aujourd'hui dans l'opposition entre l'homme neuronal et l'homme freudien, mais qui est repéré depuis la médecine hippocratique. On discutait alors l'existence d'une âme indépendante du corps, à l'origine des troubles psychiques, ou bien la nature exclusivement somatique des troubles (certains les mettaient en lien avec une atteinte d'organes divers : cerveau, mais aussi foie, intestins...).

Cette opposition entre les psychologues et les somatistes fut reprise par Platon et Aristote, puis par Saint Augustin et Saint Thomas d'Aquin, Descartes et Spinoza, et enfin au XIX^{ème} siècle Royer-Collard, défendant l'existence de l'âme et la théorie psychologue, contre le matérialisme revendiqué de Pinel et Esquirol.

Actuellement, ce sont donc les neurosciences (ou les « sensualistes ») qui ont le vent en poupe, brandissant l'étendard du DSM IV.

Dans son article paru dans le journal *Le Monde*, Cécile Prieur regrette qu'« à une vision du sujet souffrant, appelant une réponse personnalisée, qui se nouerait dans le secret de la psychothérapie, se substitue progressivement la notion d'individu affecté d'un trouble mental- schizophrénie, dépression, trouble anxieux ou trouble du comportement -qu'il convient d'éliminer ». (36)

Les thérapies brèves et les thérapies cognitivo-comportementales sont donc privilégiées, et mises en exergue par le rapport récent sur l'évaluation des psychothérapies, sur l'appui de méthodes pseudo-scientifiques. Cécile Prieur précise que jusqu'à il y a peu de temps, psychanalystes et cognitivo-comportementalistes « évoluaient parallèlement, entre cohabitation forcée et indifférence polie. »

Elle ajoute plus loin que « cette fragile concorde » a brusquement volé en éclats après cette publication par l'INSERM en février 2004 du rapport sur l'évaluation des psychothérapies. L'Ecole de la Cause Freudienne obtint un an plus tard que ce rapport soit retiré du ministère (et en quelque sorte, désavoué).

La conclusion de cet article de Cécile Prieur pourrait être celle de cette discussion :

« L'orientation choisie dans les années à venir sera déterminante pour l'identité et le statut de la psychiatrie Française : car soit elle répond à l'invitation du courant neurobiologique, qui n'envisage le malade que comme porteur de symptôme, au risque de perdre son âme et de devenir une discipline médicale comme les autres ; soit elle poursuit sur sa voie propre, en revendiquant sa spécificité dans le champ médical et en ne refusant pas d'explorer, dans la rencontre avec chaque malade, le mystère singulier du psychisme ». (36)

Cette seconde proposition a l'avantage de faire place aux deux principales approches qui s'affrontent depuis toujours, sans donner la préférence à l'une d'elle. Et c'est peut-être dans cette vigilance à faire place à toutes les orientations (comme autant de cordes à notre arc) qui pourra peut-être rendre la psychiatrie moins divisée et plus à même de se prémunir contre des mesures gouvernementales qui empiètent sur sa liberté d'exercice.

Conclusion

Au travers de ce travail nous avons pu retracer la naissance de la spécialité, révélée à l'occasion du mouvement révolutionnaire. L'œuvre de Pinel fut cependant précédée de nombreuses autres réflexions et travaux amenés par des médecins qui travaillèrent plus dans l'ombre (on peut citer par exemple Colombier, Doublet, ainsi que Tenon).

La naissance des asiles vint non seulement changer les conditions de réclusion des aliénés, mais aussi sécuriser la spécialité psychiatrique qui se trouvait nommée dans le droit, et reconnue dans la société. Cette étape de l'histoire de la psychiatrie fut décisive, car c'est à partir de ce moment que les démarches scientifiques purent enfin se faire librement, avec une analyse rigoureuse des théories. L'esprit scientifique du psychiatre gagna donc en liberté, du fait de ce cadre. On doit beaucoup à Esquirol pour la mise en place effective de ce projet de loi, qui n'aurait jamais vu le jour s'il n'avait pas constitué une concordance d'intérêts complexes :

- ❖ D'un côté celui de l'état qui avait besoin de sécuriser sa population et de remettre de l'ordre,
- ❖ De l'autre ceux d'un aliéniste qui cherchait à uniformiser la pratique psychiatrique en France : la centralisation étatique constituait un parfait support pour exporter en province le modèle parisien en définissant un réseau national de prise en charge des aliénés.

Falret oeuvra aussi grandement avec sa critique du premier projet de loi qui permit de prendre tout de suite une orientation favorable aux soins dans la suite des débats parlementaires. S'il n'avait pas réagi rapidement, il aurait probablement été voté une loi n'ordonnant que la réclusion des insensés, sans que soient définies la répartition des asiles, les conditions de leur ouverture, et leurs modalités de surveillance. Falret, avec son esprit précurseur dans tant de domaines, ainsi qu'il l'a été souligné dans ce travail, permit d'initier la discussion qui mena cette loi, encore valide dans notre pays il y a seulement 15 ans ! Et le nouveau texte qui est venue la remplacer n'a finalement qu'adapté le texte à l'époque ; le principe en reste strictement inchangé.

Ces asiles, définissant un cadre nouveau, étaient construits selon des règles architecturales précises qui étaient érigées dans l'intérêt du soin d'une part, mais aussi dans l'intérêt d'une certaine légitimation de la profession ; en effet, ces établissements nouveaux et spécifiques accentuaient la singularité de la psychiatrie, et déterminaient un lieu qui devenait son territoire exclusif. La question de l'architecture est restée actuelle, comme en témoigne le pré-projet du CHS de Montbert, avec cependant une nouvelle problématique générale qui se trouve dans le prolongement de la précédente : il s'agit de l'articulation entre l'intra et l'extra-muros, de la question du passage de l'extérieur à l'intérieur et vice-versa. Comment doit se passer ce mouvement de va et vient ? Cette nouvelle question qui est celle de la politique de secteur a introduit le mouvement dans une institution qui s'était figée et chronicisée. L'asile est toujours un cadre de soin mais d'une manière différente puisque la contenance qu'il offre suit le patient à l'extérieur de ses murs, au travers de sa prise en charge.

La problématique architecturale est donc modifiée de nos jours dans le sens où elle ne se cantonne pas à un site unique (puisque les CMP et HDJ sont satellisés dans la cité), et où l'architecture du soin dans son organisation prime sur celle de la pierre. L'hôpital psychiatrique reste donc toujours un outil thérapeutique, mais sans doute plus par l'architecture de son réseau que par celle de ses murs. C'est ainsi la notion de contenance qui perdure, contenance qui devient pour une grande part psychique après avoir été exclusivement physique.

Avant la création du réseau d'asiles, la médecine mentale avait connu bien des difficultés car elle était sans cesse en guerre, dans une frénésie de conquête de nouveaux territoires : de plus, ses armes se constituaient parfois au détriment d'une crédibilité scientifique (ainsi qu'on l'a vu au travers de l'exemple de la monomanie qui fut le cheval de Troie pour soustraire à la justice son pouvoir de prononcer la folie au sein des tribunaux).

Les débuts de la psychiatrie furent aussi l'occasion d'introduire la médecine dans des enceintes qui autrefois étaient jalousement gardées par les religieux, avec toute la question de la cohabitation avec les congrégations, contraintes d'exercer leur mission dans un zèle qui devait être la prolongation de celui du médecin, et non plus de Dieu. Les religieux défendirent pendant longtemps leur place au sein des services avec une demande de légitimité jamais admise par l'état, retranché sur une position anticléricale. Cet aspect religieux, caractérisé par une conception de la folie liée au péché fut donc refoulé. Postel et Quétel (35) proposent dans leur ouvrage l'hypothèse que ce religieux refoulé ait pu revenir sous le masque de l'hystérie, quelques décennies plus tard, avec la « bénédiction » de Charcot. Ce lointain cousinage entre la psychiatrie et la religion réapparaît donc régulièrement dans certaines réflexions ; à une autre époque, c'était Freud qui évoquait l'immense travail de nosographie de son maître, lui rappelant « *le mythe d'Adam qui doit avoir connu sous sa forme la plus parfaite ce délire, ce bonheur intellectuel tant prisé par Charcot, lorsque Dieu a posé devant lui les créatures du paradis pour qu'il les nomme et les regroupe* »...

Actuellement, la place du religieux et du sacré se questionne sans doute toujours en filigrane, même dans l'exercice d'une psychiatrie « laïque ». La question du transfert analytique n'y est certainement pas étrangère (resituant la parenté entre courant psychologue et religion).

Ainsi émergea peu à peu cette nouvelle spécialité médicale : « *devant les tribunaux, la criminalité devint la monomanie, dans le cabinet du médecin, la détresse spirituelle devint une légère hystérie, au cimetière, le péché de suicide devint une maladie mentale moralement neutre* ». (21)

Vers la fin du XIX^{ème} siècle, le nouvel enjeu de la psychiatrie fut l'appropriation de la prise en charge du « demi-fou » (de nos jours, on parle de névrose) pour une population qui justifia bientôt l'essor des prises en charges ambulatoires, en dehors de la question de l'internement. Il semblerait que cette fois-ci la « querelle de territoire » se soit opérée avec les médecins généralistes, et les neurologues.

Il faut bien se rendre compte qu'actuellement, la psychiatrie est dans une problématique qui se situe presque à l'opposé de celle qui se posait lors de ses débuts. Elle était alors en quête de légitimité, et prête à revendiquer un champ d'intervention toujours plus large. Actuellement, le problème se pose différemment car la psychiatrie n'a plus à se battre pour faire admettre son importance et sa raison d'être ; elle doit par contre lutter contre un changement de cap qui s'impose à elle petit à petit : d'une part la restriction des libertés

d'exercice par l'état là où initialement la collaboration avait été tout à fait en faveur des médecins (la rencontre d'Esquirol et Laffon de Ladébat avait été en effet une alliance très porteuse). D'autre part une pression très importante de la société qui met en avant un mal-être ne relevant plus seulement du pathologique mais d'une demande avide de sens existentiel.

La psychiatrie a par ailleurs progressivement gagné en intérêt, puisque les moyens de traitement se sont multipliés et en font une spécialité plus active qu'autrefois, et sans doute plus gratifiante pour les médecins qui la pratiquent. La possibilité d'intervenir par exemple chez des enfants ou auprès de familles et de désamorcer des situations pathogènes en fait également une discipline très riche. On se trouve donc devant le paradoxe de cette évolution majeure, vers des interventions et des thérapeutiques très spécifiques, sous tendues par des théories psychopathologiques qui n'étaient pas connues autrefois, et la pérennité de certaines situations inhérentes à l'asile lorsqu'il remplit sa fonction : la prise en charge de situations sociales précaires, le rôle de dernier recours en toutes situations que joue bien souvent ce type d'établissement. Un fossé se creuse donc entre cette médecine, toute de finesse devenue, et l'héritage de cette « *loi de charité publique à l'égard de ceux de ces infortunés que leur position et celle de leur famille laisseraient sans ressources* » qui associe inertie des démarches sociales et décalage par rapport à l'esprit de soin. Pourtant ces deux aspects sont tout aussi importants et ne doivent pas s'exclure mutuellement. La reprise analytique des pratiques qui se fait dans certaines équipes est précieuse pour cela car elle aide à prendre du recul par rapport à la lourdeur de certaines démarches et de certaines prises en charge, en y apportant la finesse d'un autre regard.

En ce qui concerne le soin institutionnel, Falret était assez lucide sur la difficulté à appliquer le traitement moral, mais il en concevait l'intérêt théorique par rapport à la prise en compte de l'individualité du patient. A ce propos, il expliquait ainsi dans l'une de ses leçons faites en 1854 à la Salpêtrière : « *Le traitement moral peut être divisé en traitement général ou collectif, et en traitement individuel. Si la science était plus avancée, le traitement individuel pourrait occuper le premier rang. Il semblerait naturel, en effet, de procéder dans la médecine mentale, comme dans la médecine ordinaire ; de tenir compte, dans le traitement d'un aliéné, de la forme spéciale de sa maladie, des indications particulières résultant de son individualité morbide, en un mot, de varier les moyens employés d'après les mille nuances de l'examen individuel.* » (18)

Les années de Bouchet passées à Saint-Jacques illustrent mieux l'esprit de l'époque qui correspondait à la volonté de tout réguler et de maintenir l'ordre à tout prix. La folie était à l'époque assimilée à un « désordre de l'esprit », et les efforts thérapeutiques visaient donc à vaincre ce travers. Les écrits de Pinel et Esquirol montrent à quel point cette attitude médical était généralisée à travers la France. Toutefois, en dehors de ces valeurs même, on peut supposer que cette discipline à sauvegarder était aussi une question de survie, là où le personnel de l'hôpital devait se préoccuper non seulement de soins, mais aussi de subsistance.

Il semblerait que notre époque ait rendu le rêve de Falret plus proche, avec une prise en compte de la personne qui est devenue possible grâce à l'évolution de la spécialité, des mentalités, et des moyens. La renaissance de cette vieille idée du traitement moral se fit comme on l'a vu au travers de l'essor de la psychothérapie institutionnelle puis connut un intérêt constant jusqu'à nos jours.

Ce modèle de pratique inspire toujours la psychiatrie hospitalière (et ambulatoire) actuelle, avec cependant une notion de contenance plus mise en avant (les lendemains de la guerre correspondaient vraisemblablement à une période où les limites et le cadre étaient assimilées uniquement à leur versant de répression et de contrainte).

Néanmoins, les liens établis avec l'actualité nous ont permis de voir que l'institution est désormais soumise à une logique économique de plus en plus envahissante. Les différents exemples de perte de liberté de pratique au sein des hôpitaux montrent qu'une instance extérieure à l'établissement (« *ce nouveau dieu laïc* ») préside au déroulement des soins, et que celui-ci n'est donc plus seulement l'affaire d'un patient et d'une équipe. Des « comptes » doivent être rendus, au nom de la qualité de notre intervention, (dans une logique de rapport qualité/prix).

L'hôpital psychiatrique est-il toujours un « *instrument de guérison* » tel que le rêvait Esquirol où est-il sur le point de devenir une entreprise qui doit produire de la santé mentale, garantie norme ISO 9000? La réponse dépendra vraisemblablement de la capacité des différents médecins à garder une liberté de réflexion et de décision, et surtout à continuer de considérer le sens clinique et l'éthique comme les seules valeurs qui doivent les orienter dans leurs actes thérapeutiques.

Bibliographie

(1) ANALECTE

Discussion de la loi sur les aliénés à la chambre des députés et à la chambre des pairs (1837-1838). Paris :réédition par les Laboratoires Théraplix, 1989, 6 volumes.

(2) AUSSEL Michel

Bouchet de Nantes (Camille Bouchet : 1801-1854)- Monographie Th. : Med : Paris : 1977.

(3) AYME Jean

Essais sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle. [en ligne]. [réf du 21 janvier 2004] Disponible sur le site <http://perso.wanadoo.fr/cliniquedelaborde/ASLB/ARCHIVES/TEXTES/Aymejean-EssaisHistPI.html>.

(4) AYME J.

La loi de 1838 : monument ou outil de travail ? L'information psychiatrique, 1988, volume 64, n°6, p761 à 770.

(5) A2MO

Construction d'un établissement public de santé mentale- Avant-programme pour le CHS de Montbert. avril 2005.

(6) BOUCHET Camille

Mémoire statistique sur les aliénés du département de la Loire inférieure. Extrait des annales d'hygiène publique,1839, Tome XXIII, 2^{ème} partie.

(7) BOUCHET Camille :

Rapport à la commission administrative des hospices de Nantes, présenté dans sa séance du 11 mars 1836. Imprimerie de Forest, 1836. Fond ancien Bibliothèque municipale de Nantes.

(8) BOUCHET Camille

Du travail appliqué aux aliénés. Annales médico-psychologiques, 1848,tome XII-p.301-322.

(9) BOUCHET Camille

Statistique médicale pour les années 1840-1844. Annales médicopsychologiques, 1846, tome VIII, p242-254.

(10) CHEVALIER Françoise :

La création de l'hôpital général Saint-Jacques à Nantes : un exemple de mise en application des principes des premiers aliénistes au début du XIXème siècle. Mémoire DEA : Nantes :1994.

(11) CHINO H.

Deux perspectives historiques du traitement du patrimoine de l'incapable majeur : le droit romain et la Common Law. L'Information psychiatrique 2005, vol 81, n°1, p 11-15.

(12) CLEMENTE Martine

Bilan de la loi du 27 juin 1990. Actualité et dossier en santé publique [en ligne] n°15 juin 1996 page X. Disponible sur le site <http://hscp.ensp.fr/hcspi/docspdf/adsp/adsp-15/ad152626.pdf>

(13) DOUSTE-BLAZY Philippe

Psychiatrie et santé mentale- projet de plan soumis à concertation 2005-2008. [en ligne]. 2005. Disponible sur [le site http://www.sante.gouv.fr/htm/actusantementale_040205/propositions.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/actusantementale_040205/propositions.pdf)

(14) ESQUIROL Jean-Etienne Dominique

Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Paris : J.B. Baillière, 1838.Tome second.

(15) ESQUIROL Jean-Etienne Dominique

Des établissemens des aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés. Paris : Imprimerie de Madame Huzard, 1819.

(16) ESQUIROL Jean-Etienne Dominique

« Examen du projet de loi sur les aliénés »,Paris 1838. La loi de 1838 sur les aliénés- L'élaboration./ed. par Claude QUETEL Paris : Frénésie Editions, 1988, volume 1, p 127-145. (Collection INSANIA Les introuvables de la psychiatrie).

(17) FALRET Jean-Pierre

« Observations sur le projet de loi relatif aux aliénés ». Paris 1837. La loi de 1838 sur les aliénés- L'élaboration./ed. par Claude QUETEL Paris : Frénésie Editions, 1988, volume 1, p 93-125. (Collection INSANIA Les introuvables de la psychiatrie).

(18) FALRET Jean-Pierre

Des maladies mentales et des asiles d'aliénés (1864). Chilly-Mazarin : Editions Sciences en Situation : 1994, 2 volumes, 796 p.

(19) FOUCAULT Michel

Histoire de la folie à l'âge classique. Gallimard, 2003. 688 p. (Collection Tel).

(20) FERRUS Guillaume

Des aliénés et des conditions qui leurs sont faites. Paris, 1834, Chapitre V. La loi de 1838 sur les aliénés- L'élaboration./ed. par Claude QUETEL Paris : Frénésie Editions, 1988, volume 1, p 81-91. (Collection INSANIA Les introuvables de la psychiatrie).

(21) GOLDSTEIN Jan

Consoler et classifier. L'essor de la psychiatrie française. Le Plessis Robinson : Institut Synthélabo, 1997, 501 p. (Collection Les empêcheurs de penser en rond).

(22) GUEPIN A., BONAMY E.

Nantes au XIX^{ème} siècle. Statistique topographique, industrielle et morale. Troisième édition. Nantes : Prosper Sébire :1835.

(23) HIRSCH Emmanuel (sous la direction de)

Dossier soins sous contrainte : la loi du 27 juin 1990. Cellule de réflexion de l'Espace éthique Ethique et soins hospitaliers, Espace éthique, 4 février 1999. Edition Lamarre 2001 p 470-494.[en ligne]. Disponible sur le site <http://www.mens.sana.be>

(24) JAMET Jean-Michel, GUIRAUD Paul

De l'asile à la thérapie institutionnelle, ou comment l'économie saborde le soin. In Serpsy [en ligne]. Juillet 1997 [réf. du 27 août 2005]. Disponible sur le site <http://www.serpsy.org/histoire/jamet.html>

(25) MICHEL J.

Par-delà la loi de 1838 : la rationalité juridique L'information psychiatrique, 1988, volume 64, n°6, pp781 à 792

(26) MORIN Jean-Loup

Contribution à une étude historique du quartier psychiatrique de l'hôpital Saint-Jacques à Nantes. Th : Méd. : Nantes :1980.

(27) MURARD L., FOURQUET F.

Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible ? Recherches, mars 1975, n°17

(28) PELICIER Yves :

Histoire de la psychiatrie. 5^{ème} édition corrigée. Paris :PUF,1994, 126p. (Collection Que sais-je ?; n° 1428)

(29) PICHOT Pierre

Un siècle de psychiatrie. Le Plessis Robinson : Synthélabo groupe, 1996, 255p. (Collection Les empêcheurs de penser en rond).

(30) PIEL et ROELANDT

De la psychiatrie vers la santé mentale - Rapport de mission. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Ministère délégué à la santé. Rapport demandé par B. KOUCHNER. Juillet 2001.

(31) PINEL Philippe

Nosographie philosophique. 2^{ème} édition. Paris : J.A Brosset, 1802, 2 vol.

(32) PINEL Philippe

Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale et la manie, 2nde édition. Paris, 1808

(33) PINON Pierre

Le projet et la pratique institutionnelle d'Esquirol. *Jean-Etienne Dominique Esquirol - Une œuvre clinique, thérapeutique et institutionnelle*. ed. par Jean-François ALLILAIRE. Levallois-Perret : Interligne, 2001, p 161-171.

(34) POSTEL Jacques

Jean-Etienne Dominique Esquirol (1772-1840) - Biographie. *Jean-Etienne Dominique Esquirol - Une œuvre clinique, thérapeutique et institutionnelle*. ed. par Jean-François ALLILAIRE. Levallois-Perret : Interligne, 2001, p 172-181.

(35) POSTEL Jacques, QUETEL Claude (sous la direction de)

Nouvelle histoire de la psychiatrie. Paris : Dunod , 1994.

(36) PRIEUR Cécile

Querelle publique autour de l'identité de la psychiatrie. Le Monde, 22/06/2005

(37)

Psychothérapie institutionnelle. In Wikipédia [en ligne]. [réf. du 23 mai 2005]. Disponible sur le site [http://fr.wikipedia.org/wiki/Psychothérapie institutionnelle](http://fr.wikipedia.org/wiki/Psychothérapie_institutionnelle)

- (38) QUETEL Claude (présentation par), FERRUS G., FALRET JP., ESQUIROL JED., FAIVRE A.**

La loi de 1838 sur les aliénés- L'élaboration. Paris : Frénésie Editions, 1988, volume 1, 172 p. (Collection INSANIA Les introuvables de la psychiatrie).

- (39) QUETEL Claude, ROUMAJON Yves (présentation et post-face par)**

La loi de 1838 sur les aliénés- L'application. Paris : Frénésie Editions, 1988, volume 2, 139 p. (Collection INSANIA Les introuvables de la psychiatrie).

- (40) RAPPARD P.**

La loi de 1838 comme procédure pure et contrôle à posteriori. L'information psychiatrique, 1988, volume 64, n°6, p 771 à 780.

- (41) SOCIETE D'HISTOIRE DES HOPITAUX DE L'OUEST.**

Nantes - L'Hôpital Saint-Jacques. Montreuil-Bellay : Editions CMD, 1999, 107p. (Collection Mémoire d'une ville).

- (42) TEYSSENDIER DE LA SERVE Isabelle**

La spécialisation des structures en matière de soins psychiatriques institutionnels. Th. : Med : Nantes : 1996.

- (43) TENON :**

Mémoire sur les hôpitaux de Paris, Paris, 1788..

- (44) TOSQUELLES François**

Une politique de la folie. Chimère [en ligne]. Automne 1991, n°19 Disponible sur <http://www.psy-desir.com>.

- (45) VAN AMERONGEN :**

Psychiatrie et histoire. Contribution d'une association de familles. Annales médico-psychologiques. Avril-mai 2005, vol 163, n°3-4, p250-254.

- (46) Décret n°2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles- J.O. n°88 du 15 avril 2005 page 6730 texte n°4.**

- (47) Loi du 30 juin 1838**

- (48) Loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.**

- (49) Ordonnance 2005-406 du 2 mai 2005, simplifiant le régime juridique des établissements de santé- J .O. n°102 du 3 mai 2005 page 7626 texte n°15.**

(50) Archives départementales

(50-a) Archives départementales référence 2X101

(50-b) Archives départementales référence 2X104

(50-c) Archives départementales référence 2X105

(50-d) Archives départementales référence 2X106

(50-e) Archives départementales référence 2X111

(51) Archives de l'hôpital Saint-Jacques de Nantes

(51-a) Archives de l'hôpital Saint-Jacques référence K11

(51-b) Archives de l'hôpital Saint-Jacques référence O93

(51-c) Archives de l'hôpital Saint-Jacques référence N24

(51-d) Archives de l'hôpital Saint-Jacques référence O94

(51-e) Archives de l'hôpital Saint-Jacques référence L167

(51-f) Archives de l'hôpital Saint-Jacques référence K106

(51-g) Archives de l'hôpital Saint-Jacques référence J6

(51-h) Archives de l'hôpital Saint-Jacques référence K85

Annexes

- ❖ Frais d'érection de l'hospice général Saint-Jacques et du quartier des aliénés. (51-d)
- ❖ plan du Sanitat en 1827 (avec superposition du plan ultérieur qui correspond au quartier actuel). (51-b)
- ❖ Registres d'admissions de l'hôpital Saint-Jacques tenus selon la loi de 1838.
- ❖ Régime alimentaire des indigens aliénés ou épileptiques à l'hôpital Saint-Jacques. (51-g)
- ❖ Observation extraite d'un registre d'admissions de l'hôpital Saint-Jacques.
- ❖ Mouvement journalier du 30 avril 1835. (22)
- ❖ Plan théorique d'Esquirol et Lebas pour un hospice d'aliénés, 1818. (34)
- ❖ D'après un plan de l'Hôpital Saint-Jacques de Nantes en 1839 présenté par Camille Bouchet (6)

Frais d'érection del'hospice Général

St Jacques et du quartier Des aliénés.

Travaux de construction et de réparations exécutés sous la direction de M. M. Douillard et par architectes.	986744.9
honoraires Desarchitectes à 3 p/o sur le montant Des dits travaux sous la	
Deduction de 1500 ^{fr} d'après décision N ^{lle} du 2 septembre 1837.	38102.35
honoraires Desarchitectes pour l'étude de construction, des plans, plans de voyage	4248.80
Achat de la propriété du dépôt de mendicité au Couvent de St Jacques	100000.00
Achat de puits et terrains	15557.70
Achat de propriétés voisines	43995.61
Plantations des jardins et des cours	3443.53
frais d'installation, d'ornemens et autres	12907.67
Intérêts payés à la banque et à divers	8953.63
frais pour achat et vente d'immeubles	6753.51
Subventions et indemnités à divers	22361.07
	<u>243323.27</u>
	Total 1230068.17
Dont il faut déduire le montant Des frais extraordinaires des réparations	
nécessités par les ouragans du 23 mai 1834 et du 28 mars 1836	17715.17
et en outre la portion d'honoraires Desarchitectes à 3 p/o sur la	
dite somme de 17715.17	531.45
	<u>18246.62</u>
Restant la dépense d'érection proprement dite sans y comprendre	
les appropriations, modifications et adjonctions ultérieures en de.	1211821.55

Ressources employées pour faire face aux dépenses.

Produit de la vente du Sanitat (ajud. du 13 mars 1833)	611254.17
Vente d'autres propriétés Des hospices	229912.64
Secours du Gouvernement	150000.00
Produit de la vente d'un terrain à la fabrique de St Jacques	1500.00
D ^{re} de la location du dépôt de mendicité pendant les troubles	2312.50
Vente de matériaux de vieux mobilier du Sanitat et produit	
Des intérêts des fonds placés aux Trésors	14438.90
Prelèvement sur les excédants de recette Des budgets	62732.84
Produit net du legs universel Lemaire Loubriaud	219982.49
Imputation au compte de M. Porraudeau entrepreneur de la	
valeur des matériaux livrés par l'hospice Général	6519.55
	<u>1268652.79</u>
Excédant de recette	86831.24

[illegible]

Légitime ou naturel.....	Célibataire
État de célibat ou de mariage.....	Nantes (Par l'empire, rue de l'Empire, 2)
Domicile.....	tailleur
Profession.....	Arrêté Préfectoral Du 2 mars 87.
Autorité qui a ordonné l'admission...	
Personne qui a demandé l'admission..	par la ville de Nantes 22/11/87
Frais d'entretien de séjour et traitement.....	par le Département 22/11/87 4/4.50
Interdiction ou non interdiction.....	
Date de l'entrée.....	8 Mars 1887 (pour la 2 ^e fois le 1 ^{er} mai 1887)
Signalement.....	

PlACEMENT D'OFFICE

Nature de la maladie: Manie.

Cause de la sortie proposée: Amélioration - l'affection très avancée semble seulement atténuée, mais il est possible d'accorder la sortie.

Nantes, le 10 mars 87. Signé: D. Boute

ANNÉE 18 93	ANNÉE 18 94	ANNÉE 18 95	ANNÉE 18 96	ANNÉE 18 97
Manie	Manie	Manie	Manie	Manie manie latente
id	id	id	id	Améliorée sans marque possible d'absence de la Manie
id	id	id	id	sortie
id	id	id	id	
id	id	id	id	
id	id	id	id	
id	id	id	id	
id	id	id	id	
id	id	id	id	
id	id	id	id	
id	id	id	id	
id	id	id	id	
id	id	id	id	

Régime alimentaire, ou ration de l'indigent aliéné en épileptique.

N^o. 3.

			Homme.	Femme.
Pain.		Grammes.	650.	600.
Vin.			Comme remède.	
Dîner en gras.	Soupe et bouilli.	Centilitres.	50.	50.
	Soupe.	Grammes.	300.	250.
	Bouilli, viande crue.	Centilitres.	50.	50.
Souper en gras.	Soupe.	Décilitres.	1.	1.
	Légumes secs.	Grammes cuits.	180.	180.
	Légumes frais.	Grammes.		
	2 ^e plat ou fromage.	Id.	60.	60.
	ou pruneaux crus			
	ou l'équivalent en fruits.			
Dîner en maigre.	Soupe et un plat.	Centilitres.	50.	50.
	Soupe.	Décilitres.	2.	2.
	Légumes secs.	Grammes cuits.	360.	360.
Souper en maigre.	Soupe et 2 plats.	Centilitres.	50.	50.
	Soupe.	Décilitres.	1.	1.
	Légumes secs.	Grammes cuits.	180.	180.
	Légumes frais.	Grammes.	60.	60.
	2 ^e ou fromage ou pruneaux crus			
	ou l'équivalent en fruits.			

Régime alimentaire du Pensionnaire (non-aliéné).

N^o. 4.

			Homme.	Femme.
Pain.		Grammes.	600.	560.
Vin.		Centilitres.	50.	40.
Dîner en gras.	Un potage de	Id.	50.	50.
	Viande crue.	Décagrammes.	25.	25.
	Entrée ou rôt (cru)	Id.	12 $\frac{1}{2}$.	12 $\frac{1}{2}$.
	ou légumes ou l'équivalent.	Décilitres.	2 $\frac{1}{2}$.	2 $\frac{1}{2}$.
Souper en gras.	Viande rôtie ou en ragoût	Grammes crus.	125.	125.
	Légumes frais	Id. crus.	500.	500.
	Légumes secs.	Décilitres.	1.	1.
	ou salade, ou œufs (2 en nombre) ou l'équivalent.			

(Voir la suite ci-contre.)

Observation extraite d'un registre d'admission de l'hôpital Saint-Jacques

QUARTIER DES ALIÉNÉS

OBSERVATION MÉDICALE.

NOMS ET PRÉNOMS.	AGE	ÉTAT CIVIL.	PROFESSION.	LIEUX DE NAISSANCE & DE RÉSIDENCE	DATES			DIAGNOSTIC.
					D'ENTRÉE.	DE SORTIE.	DE DÉCÈS.	
Leveon Marie Marie de Lues.	28	célibat.	religieuse	Nachecout	28 octob. 1878.	31 juil. 79		Ménie

Instruction - assez soignée

Religion - Catholique

Caractère - Doux, tranquille

Sensibilité - un peu faible

Morue - Régulière mais très douloureuse

Stabilité - Née. Il y a eu des accidents nerveux et plusieurs cas d'hystérie chez les parents de cette personne

Cause et Début. Cette Religieuse, depuis très-longtemps pendant son époque menstruelle était obligée de garder le lit à cause de vives souffrances qu'elle éprouvait. Ce mois-ci c'est une folie furieuse qui est venue remplacer les souffrances et qui continue bien que les menstrues aient cessé de couler. Dans les accès qui se succèdent de six en six heures, elle cherche à se donner la mort, et dans les intervalles elle s'occupe sur la Religion. A deux reprises différentes elle a essayé d'avaler un Christ, afin, disait-elle, de le mettre plus près de son cœur.

Depuis quelque temps, cette Religieuse travaillait avec acharnement et sans perdre un instant à l'étude de la Religion. Très-intelligente en reste, elle voulait arriver à en connaître toutes les lois.

(Récusé par M. le Dr Martin)

29 oct. Le lendemain de son arrivée, cette demoiselle raconte d'une manière claire et exacte qu'elle a qui lui est arrivé dans son couvent pendant les jours qui ont précédé. Elle a eu à plusieurs reprises des attaques de rage; la nuit elle avait des rêves qui lui faisaient peur et étaient cause de son agitation. Elle craint en ce moment que l'émotion, causée par son entrée dans un établissement d'aliénés, ne la jette dans une nouvelle attaque.

Pendant les premières nuits, elle fut agitée et poussa de cris; c'était la frayeur, disait-elle, qui la faisait agir ainsi. Cependant elle regrette ce qui est arrivé et promet de faire tout son possible pour ne plus recommencer.

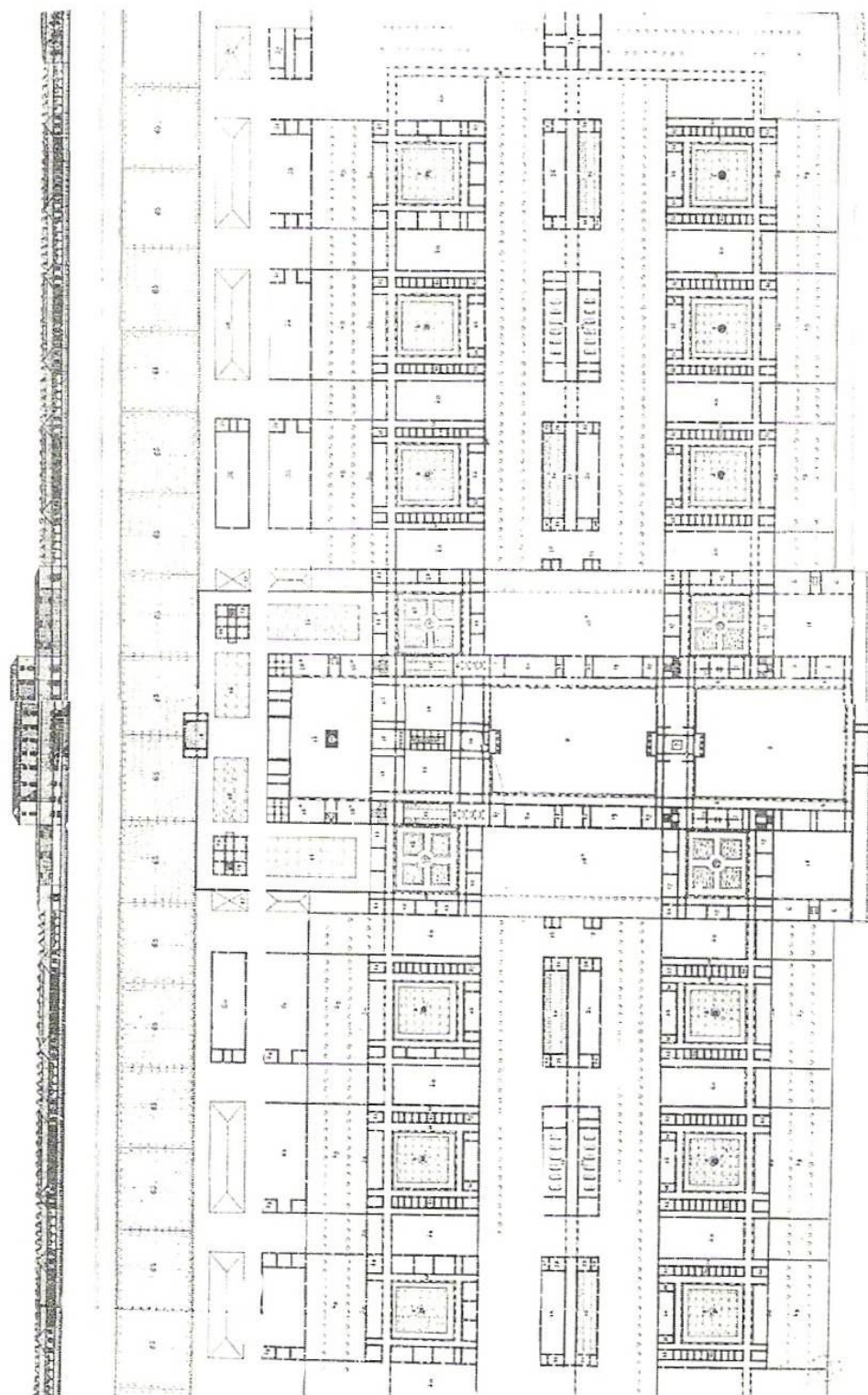
2 décembre. L'état mental de cette malade s'est certainement amélioré pendant le mois dernier, mais il y a encore du progrès à faire pour qu'il arrive à son état normal.

Mouvement journalier du 30 avril 1835 (22).

			Situation au soir	Totaux des journées
Vieillards et infirmes	Hommes		151	405
	femmes		254	
Aliénés de la ville	Hommes		23	71
	femmes		48	
Traités comme pensionnaires	Hommes		0	18
	femmes		18	
Total des gratuits				494
Jeunes gens	Enfants indigents	garçons	13	24
		filles	11	
	Enfants trouvés et abandonnés	garçons	36	79
		filles	43	
Indigent du département	Hommes		1	1
	femmes		0	
Aliénés du département	Hommes		38	83
	femmes		45	
Aliénés pensionnaires	Hommes		15	26
	femmes		11	
Pensionnaires	Hommes		4	14
	femmes		10	
Total des administrés				721
Sœurs hospitalières			22	22
Aumônier, agents de surveillance et 2 élèves internes			6	6
Employés divers	hommes		26	40
	femmes		14	
Total général				789

Plan théorique d'Esquirol et Lebas pour un hospice d'aliénés, 1818.

PLAN ET FAÇADE D'UN HÔPITAL POUR LES ALIÉNÉS.



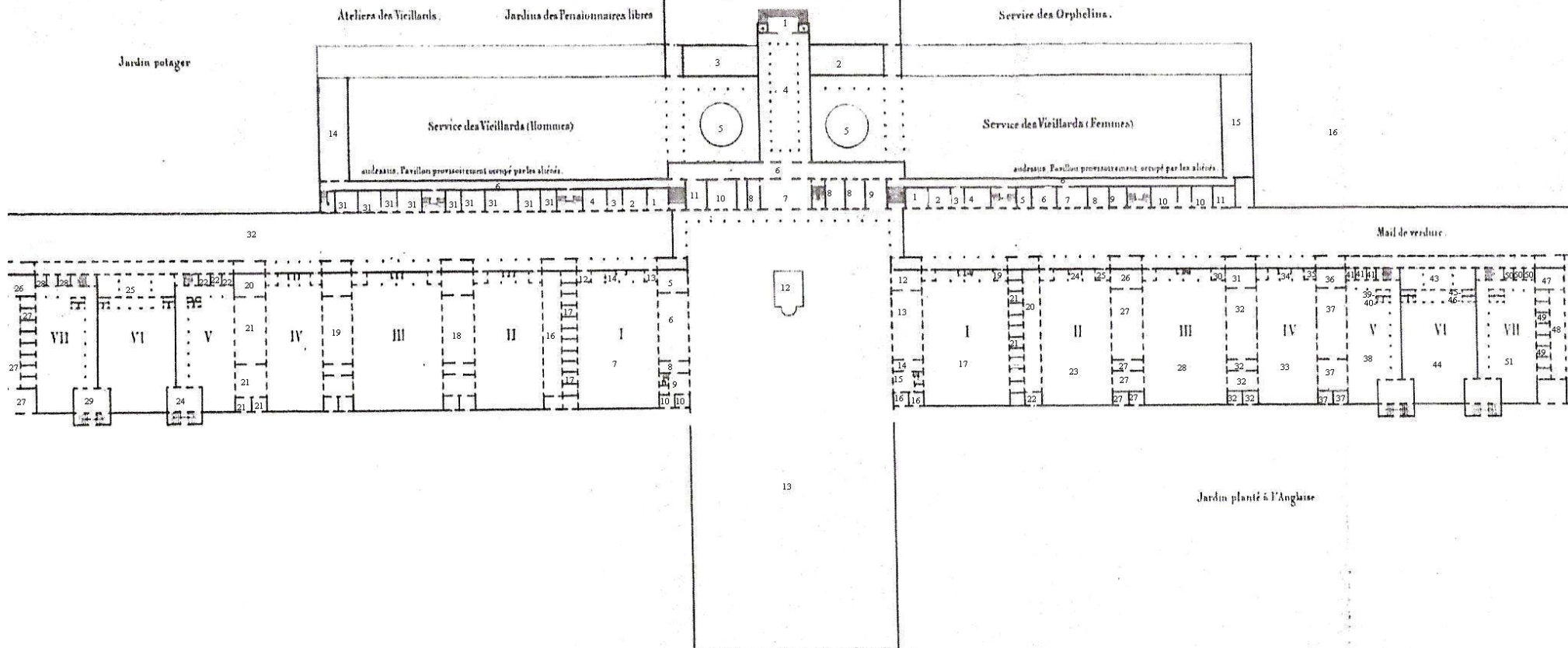
PLAN DE 1839

Hôpital général de Nantes
Aile des Aliénés.

Extrait des annales d'hygiène publique Tome XXIII 2ème partie Mémoire statistique
sur les aliénés du département de la Loire inférieure, par Mr Camille Bouchet,
médecin en chef de l'hôpital général de Nantes 1839

Chapitre 3 - Tableau N°6
Description de l'Etablissement

Annales d'Hygiène et de Méd. légale T. 23 pag 385



- 4-Parloir privé
- 5-réfectoire pour 24 malades
- 6- Dortoir pour 24 malades indigens+6
- 7-Préau planté
- 8-chambre de 4 pensionnaires
- 9- salon des pensionnaires
- 10-2 chambres pour 2 pensionnaires
- 11-chambre du domestique- escalier
- 1^{er}: infirmerie pour 20 indigens+6 pensionnaires + surveillant+ cabinet
- 2^{me}: 28 gâteaux des sœurs
- 26-RCh:réfectoire pour 19 gâteaux pensionnaires
- 1^{er}:chambres pour 2 pensionnaires
- 27:disposition pour 9 pensionnaires
- au Rch et au 1^{er} dessus

- 3- logement de l'économe et de l'aumônier
- 4- Cave et magasins- chapelle au dessus
- 5- Réserves d'eau froide
- 6- Galerie de service qui met en communication la boulangerie, la buanderie, les infirmeries des vieillards avec la cuisine et ses annexes
- 7- Cuisine générale- Lingerie au dessus
- 8-Annexes de la cuisine
- 9- Paneterie- Appartements de la supérieure au dessus
- 10- Dépôts de viande- Magasin d'habillement au dessus
- 11- Laboratoire de la pharmacie- dépôt des médicaments au

- 3-cabinet de la sœur
- 4-parloir privé
- 5-atelier d'épluchage de légumes
- 6-atelier des charpieuses
- 7-filerie et tricot
- 8-atelier des charpieuses
- 9-ateliers de broderies et dentelles
- 10-atelier de couture
- 11-atelier de lingerie
- 12-réfectoire pour 24 indigentes
- 13-dortoir pour 24 indigentes
- 30-salle pour 2 baignoires
- 31-réfectoire
- 32-disposition pour 38 aliénés
- 33-préau
- 34-Latrines
- 35-salle pour 2 baignoires
- 36-réfectoire pour 26 aliénés
- 37- dortoirs pour 26 aliénés
- 38- préau 1
- 39-cabinet de lavage
- 40-Latrines

NOM : **PITON**

PRENOM : **OLIVIA**

Titre de thèse :

Naissance de l'institution asilaire en France au XIX^{ème} siècle – L'hôpital Saint-Jacques de Nantes : illustration d'un processus national.

RESUME

La naissance de l'institution asilaire au XIX^{ème} siècle succéda à une prise de conscience des conditions de réclusion épouvantables des aliénés, que ce soit dans les hospices ou dans les prisons. Le mouvement philanthropique des Lumières accompagna ce projet de soins spécifique aux aliénés.

La concordance d'intérêts entre un état qui voulait garantir l'ordre public et des médecins qui revendiquaient un outil thérapeutique spécifique furent les facteurs décisifs qui amenèrent au vote de la loi de 1838, « *loi de sûreté et de police générale* », définissant tout à la fois les modalités d'internement, les modalités de recours contre celui-ci, et la nécessaire existence d'établissements spécifiques.

Dans ce contexte prit son essor la médecine mentale, nouvelle spécialité révélée par l'œuvre de Pinel et celle de son élève Esquirol, avec la succession de différentes théories : le traitement moral puis la théorie de l'isolement, empreintes des valeurs de l'époque.

L'hôpital Saint-Jacques de Nantes illustre bien ce processus national. Un élève d'Esquirol, Camille Bouchet y oeuvra avec des orientations thérapeutiques intéressantes, théorisant notamment sur le travail appliqué au traitement des aliénés

L'histoire de l'asile et de la spécialité qu'il a abritée permettent également d'appréhender avec un recul intéressant les problématiques qui se posent actuellement pour la psychiatrie, notamment au niveau de l'évolution des pratiques institutionnelles.

MOTS-CLES

- HISTOIRE
- ❖ PSYCHIATRIE
- ❖ HOPITAL SAINT-JACQUES DE NANTES
- ❖ ALIENATION MENTALE
- ❖ LOI DU 30 JUIN 1838
- ❖ ASILE
- ❖ XIX^{ème} SIECLE
- ❖ CAMILLE BOUCHET
- ❖ PINEL
- ❖ ESQUIROL