



HAL
open science

Vers une déshospitalisation des malades mentaux ?

Isabelle von Bueltzingsloewen

► **To cite this version:**

Isabelle von Bueltzingsloewen. Vers une déshospitalisation des malades mentaux ? : La remise en question des internements psychiatriques "abusivement prolongés" dans la France occupée (1940-1945). Alexandre Klein; Hervé Guillemain; Marie-Claude Thifault. La fin de l'asile? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle, Presses universitaires de Rennes, pp.51-64, 2018, Histoire, 978-2-7535-7394-9. hal-01966268

HAL Id: hal-01966268

<https://hal.science/hal-01966268>

Submitted on 27 Dec 2018

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

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

Vers une déshospitalisation des malades mentaux ?
La remise en question des internements psychiatriques "abusivement
prolongés" dans la France occupée (1940-1945)

Isabelle von Bueltzingsloewen
Université de Lyon (-Lumière Lyon 2)
LARHRA

Juin 1940. C'est l'exode. Des bombes tombent dans la cour d'un hôpital psychiatrique, semant la panique parmi les internés et le personnel. Profitant de la confusion générale, Fernand, ancien maître d'hôtel aux gestes et au verbe grandiloquents, ouvre la grille de l'établissement et rejoint la route sur laquelle s'écoule le flot des réfugiés fuyant l'avancée des troupes allemandes. Sans qu'on sache très bien ce qui les motive, six autres internés, Alida, Colette, Lucie, Hélène, Florent et Julien, entreprennent de le suivre. Commence alors une longue errance le long de la Loire. Le petit groupe s'agrège et s'organise tant bien que mal. Deux de ses membres trouvent la mort. Alors que l'armistice vient d'être signé, une femme de prisonnier de guerre embauche les cinq rescapés pour faire la moisson. La vie à la ferme produit des effets bénéfiques. A l'issue de cette parenthèse, seul Fernand choisit de retourner à l'asile. Alida, Colette, Lucie et Julien se séparent, décidés à suivre chacun leur chemin.

C'est une expérience, chaotique, de retour à la liberté que Dominique Cabrera a choisi de restituer dans *Folle embellie*, long métrage sorti en salle en 2004. La nature est omniprésente, presque envahissante, les paroles, rares, laissent toute la place aux émotions qui s'expriment à travers les corps, les gestes, les mimiques¹. Lucie se remet à parler, Alida se reprend à chanter, Fernand retrouve les gestes de son métier de serveur. Tous redécouvrent des sensations et des sentiments profondément enfouis : l'émerveillement, le plaisir, l'amour, la fierté, le chagrin. Mais ils doivent aussi affronter leurs peurs et leurs angoisses, leur solitude, gérer les conflits parfois violents qui se font jour entre eux et se confronter à la mort qui surgit à tout moment : celle d'Hélène, qui se pend dans une grange sur ordre de Fernand, celle de Florent, dont l'âme s'échappe sous forme de flamme, celle des réfugiés mitraillés sur la route ou des soldats tombés au combat.

Folle embellie est filmé à la manière d'un conte mais s'inspire de faits réels. Ceux-ci ont été relatés à la réalisatrice par des infirmiers alors qu'elle travaillait, le temps d'un été, dans un hôpital psychiatrique². Même si d'autres établissements ont été concernés, on peut supposer qu'il s'agit de l'hôpital de la Charité-sur-Loire (Nièvre)³. Au printemps 1941, son médecin-directeur de 1932 à 1944, Louis Le Guillant, a en effet fait état à la Société médico-psychologique de cet épisode marquant de la vie de son établissement lors duquel 89 malades internés ont été brusquement « libérés » et livrés à eux-mêmes dans un contexte

1 Les sept personnages principaux sont incarnés par Jean-Pierre Léaud (Fernand), Miou-Miou (Alida), Yolande Moreau (Hélène), Julie-Marie Parmentier (Lucie), Marylin Canto (Colette), Morgan Marinne (Julien) et Philippe Grand'Henry (Florent).

2 C'est ce qu'explique D. Cabrera dans une interview donnée à Olivier Bombarda à la sortie du film.

3 Actuel Centre hospitalier Pierre Léo. Le film a été en partie tourné à l'hôpital psychiatrique de Sainte-Gemmes-sur Loire (Angers).

particulièrement dramatique⁴. Constatant qu'un nombre non négligeable d'entre eux ont réussi à s'adapter, il interroge la nécessité de leur maintien à l'asile et remet en cause une assistance aux « aliénés⁵ » fondée sur des internements prolongés⁶.

Doit-on, dès lors, considérer la Seconde Guerre mondiale comme la matrice de la politique de déshospitalisation qui débouche sur la rédaction de la circulaire de mars 1960 instituant le secteur psychiatrique⁷ ? Posée en ces termes, cette question, qui induit une vision téléologique des transformations qui ont affecté la psychiatrie française de l'après-guerre et tend à gommer les débats de la période antérieure, ne paraît pas pertinente. Reste qu'au delà de l'épisode paroxystique de l'exode, les conditions extrêmes créées par le conflit et par l'occupation allemande ont effectivement conduit un certain nombre de médecins du « cadre des hôpitaux psychiatriques » à reconsidérer leur conception de l'internement et, comme le montre l'analyse des dossiers de patients internés, à infléchir leurs pratiques. Surtout, parce qu'il s'est heurté à des obstacles structurels, quasi impossibles à lever, cet effort d'adaptation aux circonstances a suscité une prise de conscience généralisée : celle de l'impérieuse nécessité de réformer le dispositif de prise en charge de la maladie mentale et d'imaginer des alternatives à l'internement.

L'expérience extrême de l'exode

Si elles se sont traduites par une véritable hécatombe - 45 000 malades internés sont morts de faim, de froid et de pathologies afférentes à la sous-alimentation derrière les murs des asiles⁸ -, les années noires ont paradoxalement constitué, pour la psychiatrie française, un contexte favorable à l'innovation, à grande et à petite échelle. La rapidité avec laquelle l'électrochoc s'est diffusé, à partir de 1941-1942, dans l'ensemble des hôpitaux psychiatriques de l'hexagone en témoigne⁹. Mais ce sont la plupart du temps des circonstances inédites, souvent tragiques, qui ont conduit à expérimenter des solutions jusque-là inconcevables pour beaucoup.

Largement improvisée, la « libération », lors de l'exode, d'un certain nombre de malades internés constitue l'épisode le plus spectaculaire¹⁰. On ignore combien d'établissements ont été concernés¹¹, car l'événement n'a pas fait l'objet de rapports et n'a laissé que peu de traces dans les archives, les directeurs d'hôpitaux, les commissions de surveillance et les préfets ayant préféré ne pas s'appesantir sur leur défaut d'anticipation et sur les abandons de poste qui ont empêché d'envisager une évacuation des malades en bonne et due forme¹². On sait,

4 Cette communication s'intitule « Remarques sur la libération forcée de 89 internés ».

5 Ce terme est utilisé par l'administration jusque dans les années 1950.

6 Voir Le Guillant Louis, « Une expérience de réadaptation sociale instituée par les événements de guerre », *L'Hygiène mentale*, 1946-1947, n° 6, p. 85-102. Cet article a été reproduit dans Le Guillant Louis, *Quelle psychiatrie pour notre temps ?*, Paris, Érès, 1984, p. 21-34.

7 Circulaire relative au programme d'organisation et d'équipement en matière de lutte contre les maladies mentales, 15 mars 1960.

8 Voir Bueltzingsloewen Isabelle von, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation*, Paris, Flammarion, 2009 (2^e édition).

9 Voir Bueltzingsloewen Isabelle von, « Un fol espoir thérapeutique ? L'introduction de l'électrochoc dans les hôpitaux psychiatriques français », *Annales historiques de l'électricité*, décembre 2010, n° 8, p. 93-104.

10 Sur l'épisode de l'exode : Alary Eric, *L'exode. Un drame oublié*, Paris, Perrin, 2010.

11 On citera les hôpitaux psychiatriques de Fains-les-Sources (Meuse), de Saint-Dizier (Haute-Marne), de Châlons-sur-Marne (Marne) ou encore d'Auxerre (Yonne). Notons cependant que de nombreux établissements ont été évacués préventivement.

12 Certains personnels ont cependant été sanctionnés à leur retour. Le scénario a été différent à l'hôpital de Blois où, le 15 juin, les malades internés ont été convoyés par le personnel jusqu'à l'hôpital Saint-Denis de Châteauroux.

grâce au témoignage de Pierre Scherrer¹³, qu'à l'hôpital psychiatrique d'Auxerre (Yonne), la plupart du personnel a fui, y compris le médecin qui dirigeait l'établissement par intérim. Les quelques employés restés à leur poste ont pris en charge les malades demeurés sur place, seuls 70 d'entre eux - sur plus de huit cents - ayant profité de l'ouverture des portes pour quitter l'asile. A l'hôpital de la Charité-sur-Loire, l'opération a été plus organisée et a reçu l'aval de la préfecture. Selon L. Le Guillant¹⁴, les médecins et les surveillants ont entrepris de sélectionner une centaine de malades selon des critères prédéfinis : les « sortants » devaient être calmes, lucides et avoir de la famille dans la région qu'ils devaient parvenir à rejoindre grâce aux vivres dont on les avait munis. Tous les autres devaient en principe rester sur place. Mais, gagnés par la panique, des membres du personnel prennent la fuite, leur défection rendant possible une cinquantaine d'évasions. Au final ce sont 89 malades qui se retrouvent « dans la nature », sans encadrement aucun. Parmi eux, 33 - soit plus du tiers, dont 22 sont internés depuis plus d'un an, se montrent aptes à vivre en liberté. L. Le Guillant évoque plus précisément le cas de six hommes de son service. Lucien P., 50 ans, interné depuis 1934, a rejoint sa femme, avec qui il a gardé des relations étroites, après avoir parcouru 75 km à pied en deux jours. Ernest M., 43 ans, débile sourd-muet interné depuis 1921, est retourné chez sa mère auquel il est très attaché et chez qui il passait chaque année une quinzaine de jours de vacances. Emile B., interné en 1939, a lui aussi rejoint sa mère ; il l'aide au jardin et a été embauché dans une boulangerie¹⁵. C'est également sans encombre qu'Alexandre C., 52 ans, interné depuis 1926, a retrouvé sa famille, qui réclamait depuis longtemps sa sortie, après son évasion. Ferdinand T., interné en 1938, est rentré chez lui et a repris son travail. Enfin, n'ayant aucune famille dans la région, Aron L., un Russe de 47 ans interné depuis 1929, s'est fait embaucher comme ouvrier agricole dans une ferme. Jugé dangereux par le personnel, il a été ramené à l'hôpital en dépit de la désapprobation des gendarmes et de ses employeurs.

De cette expérience déroutante, à laquelle il n'a pas participé¹⁶, L. Le Guillant tire deux enseignements. Le premier est que la dangerosité des malades mentaux est largement surévaluée, les « évadés » pas plus que les « libérés » n'ayant commis d'homicides ou de délits graves¹⁷. C'est ce que constate également le personnel chargé de transférer des malades internés d'un établissement à l'autre, dans des conditions souvent difficiles, en prévision des bombardements, des débarquements ou dans le contexte des combats de la Libération¹⁸. Le second est qu'un nombre non négligeable de malades internés, y compris ceux qui ont passé plusieurs années voire plusieurs décennies à l'hôpital et dont on n'avait jusque là jamais envisagé la sortie, sont susceptibles de se réadapter au monde extérieur. L. Le Guillant laisse même entendre que les hôpitaux psychiatriques sont remplis de malades dont l'internement ne s'impose plus mais qui ne sortent pas, tout le monde ayant tendance à penser qu'ils ne sauraient être mieux ailleurs¹⁹. Il pointe la frilosité des psychiatres, peu

13 Voir Scherrer Pierre, *Un hôpital sous l'Occupation. Souvenirs d'un psychiatre*, Paris, Atelier Alpha bleu, 1989. P. Scherrer n'a pas vécu cet événement, car il n'a été nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique d'Auxerre qu'en 1942.

14 Le Guillant Louis, « Une expérience de réadaptation sociale instituée par les événements de guerre », art. cit.

15 Il est boulanger de métier et, pendant son internement, a travaillé à la boulangerie de l'hôpital.

16 Comme nombre de ses collègues, L. Le Guillant est sous les drapeaux au moment de l'exode. Il ne reprend son poste que le 12 juillet 1940.

17 L. Le Guillant évoque seulement, sans plus de précisions, « un minimum d'incidents ». Il n'y a pas non plus eu de suicides.

18 A l'asile du Bon-Sauveur de Caen, les bombardements qui suivent le débarquement allié obligent les sœurs à installer 38 malades femmes dans des granges éloignées d'une cinquantaine de kilomètres de l'hôpital où elles séjournent sans incident pendant six semaines. Voir : Plichart Odile, « Un hôpital psychiatrique dans la tourmente : le Bon-Sauveur de Caen 1939-1947 », *Bulletin de la Société française des hôpitaux*, 1987, n° 55, p. 11-21.

19 Sur ce thème, voir également Georges Daumézon et L. Cassan « Les malades guéris, « enracinés à

enclins à s'intéresser à une question plus sociale que médicale, mais aussi la résistance des infirmiers, insuffisamment instruits et formés, qui partagent les préjugés de la population sur l'incurabilité et la dangerosité des malades mentaux.

La famine et la banalisation du recours aux sorties d'essai

Le constat établi par L. Le Guillant est partagé par d'autres psychiatres²⁰. « La leçon médicale que l'on peut retirer de ces faits est que beaucoup de malades mentaux que le médecin n'osait remettre dans le circuit social peuvent être reclassés dans la société et qu'il faut pratiquer largement le congé d'essai », écrit ainsi le médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de Saint-Dizier, dont le fonctionnement a également été bouleversé par l'exode, dans son rapport pour les années 1938-1945²¹. De fait, si elles ne sont pas une nouveauté²², les sorties d'essai, qui, dans la mesure où le placement n'est pas levé, ne nécessitent pas l'accord de la préfecture, se multiplient pendant les années noires. Confrontés, dès la fin de l'année 1940, aux conséquences dramatiques de la sous-alimentation, les médecins-chefs font non seulement pression sur les familles pour qu'elles viennent ravitailler leur proche ou qu'elles leur envoient des colis alimentaires, mais tentent également, afin d'augmenter leurs chances de survie, de « faire sortir » un certain nombre de malades. Ainsi, le 30 octobre 1941, le Dr André Requet, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique du Vinatier à Bron (Rhône) écrit en ces termes aux parents d'un jeune militaire réformé, interné en septembre 1939 au moment de la mobilisation : « Votre fils ne va pas bien physiquement, il dépérit beaucoup, a les jambes très enflées. Nous avons été obligés de le remettre hier au lit. Si vous tardez trop pour venir le chercher, il ne pourra plus faire le voyage et je crains que cela finisse par mal tourner. Actuellement il est tout à fait paisible, vous pouvez donc le reprendre. » Le 8 décembre, rien n'ayant bougé, il insiste : « Votre fils ne va toujours pas bien. Dès qu'il est debout les jambes enflent beaucoup. Ce qu'il lui faut c'est une meilleure nourriture que nous ne pouvons pas lui donner à cause des restrictions. C'est pour cela que je vous conseille de le reprendre avant qu'il ne soit trop tard²³. » Sa démarche est, cette fois, couronnée de succès : le malade sort le 11 décembre.

Deux facteurs directement liés au contexte facilitent les sorties d'essai. Le premier concerne les restrictions touchant l'alcool qui permettent d'envisager la sortie de grands alcooliques, particulièrement nombreux dans les hôpitaux psychiatriques. Ainsi, le 22 janvier 1943, Etienne A., interné à l'hôpital psychiatrique du Vinatier pour confusion éthylique depuis le 23 mai 1935, est autorisé, avec l'accord de sa femme, à quitter l'annexe de L'Argentière où, faute de place, un certain nombre de malades chroniques ont été regroupés en 1939. Il est en effet « réclamé » par un agriculteur, ancien infirmier à l'annexe, pour travailler dans son exploitation située dans la Loire²⁴. Bien que la mention ne figure pas au dossier, il semble que la sortie d'essai ait été transformée en sortie définitive car le malade n'est pas réintégré.

l'asile » », *AMP*, compte-rendu de la séance du 27 janvier 1941, p. 300-305.

20 Dans ses souvenirs, publiés très à distance des événements, P. Scherrer se montre beaucoup moins optimiste. A Auxerre, seuls quelques malades seraient parvenus à retrouver leur famille et à se réinsérer dans la société, de manière temporaire ou définitive.

21 Ces rapports 1938-1945 ont été commandés en 1946 par le ministre de la Santé et de la Population à tous les hôpitaux psychiatriques. Ils sont reproduits en plusieurs exemplaires et conservés à la bibliothèque médicale des établissements concernés, aux archives départementales et, pour certains, aux Archives nationales. La citation reproduite ci-dessus figure à la page 69.

22 D'après Georges Demay, les sorties d'essai n'ont jamais été légalisées mais ont été recommandées dès 1874 par l'inspection générale du Service des aliénés. Elles sont en principe transformées en sorties définitives au bout d'un à trois mois. Voir Demay Georges, « Un siècle d'assistance psychiatrique en France », *AMP*, janvier-mars 1943, p. 317-336, p. 333.

23 Archives départementales du Rhône (ADR), H-Dépôt Vinat, Q 304, Registres matricules.

24 ADR, H-Dépôt Vinat, Q 297, Registres matricules.

Le second facteur est lié à la pénurie de main d'œuvre agricole en l'absence des prisonniers de guerre en Allemagne. Afin de faciliter la sortie des militaires internés au moment de la mobilisation ou pendant la Drôle de guerre, le Dr Requet mentionne, dans de nombreux cas, qu'ils pourront rendre service en travaillant la terre. Ainsi, Charles D., interné le 23 février 1940 pour une bouffée délirante d'origine alcoolique, ressort-il dès le 15 juillet 1940, soit peu après la signature de l'armistice. La levée de son placement est justifiée par la mention suivante : « Est un alcoolique débile actuellement très amélioré. Comme ce malade était un cultivateur avant son incorporation, il y a lieu de le rendre de suite à l'autorité militaire pour sa démobilisation²⁵. »

Dans les zones rurales, la crise de la main d'œuvre agricole encourage également certains médecins-chefs à développer le placement agricole, en particulier celui des malades n'ayant pas de famille susceptible de les accueillir. Dès 1939, le Dr Gaston Ferdières entreprend de placer comme ouvriers agricoles des malades internés à l'asile de Chezal-Benoit (Cher)²⁶. Son successeur, le Dr Donnadiou, poursuit l'expérience et en rend compte dans un article publié dans les *Annales médico-psychologiques* en 1945²⁷. Il évoque en particulier le cas d'un jeune malade « discordant » de 24 ans, interné en mars 1943, qu'il oblige à travailler au jardin avant de le placer dans une ferme des environs. Au bout de sept mois et demi, la mise en liberté de ce malade qui ne voulait pas travailler et dont on pouvait craindre qu'il se chroniciserait à l'asile, tant il se montrait indifférent, est envisagée. De son côté, le Dr Ferdières introduit le placement agricole à l'asile de Rodez où il a été muté à l'été 1941²⁸. Le Dr Calmettes, médecin-chef à l'hôpital de Naugeat-Limoges (Haute-Vienne), indique pour sa part qu'il a pu placer de nombreux malades « un peu diminués cérébralement » chez des étrangers « parce qu'on a moins peur des aliénés dans une population essentiellement rurale. » La pénurie de main d'œuvre lui a même donné l'occasion de nouer un partenariat avec la Mission de restauration paysanne et avec l'Office du chômage. « Nous avons pu voir cette chose un peu surprenante que l'on venait chercher des malades à l'asile », note-t-il dans son rapport pour l'année 1941²⁹.

La multiplication des sorties d'essai, également appelées sorties précoces, qui débouchent, dans la plupart des cas, sur des sorties en bonne et due forme, suppose cependant de redéfinir la finalité de l'internement. Dans les années 1940, la plupart des psychiatres ne croient plus aux vertus thérapeutiques de l'enfermement, mises en avant par les pères de la psychiatrie, en particulier par Jean-Étienne Esquirol. Nombre d'entre eux considèrent au contraire que le maintien à l'asile induit un risque important de chronicisation et qu'il est par conséquent illusoire de prétendre attendre la guérison complète pour faire sortir les malades. Dans le rapport 1938-1945 de son établissement, le Dr Lauzier, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de La Chartreuse à Dijon, déclare ainsi : « On n'attend plus que le malade soit totalement ou définitivement guéri pour le laisser sortir. Le retour dans le milieu familial ou un changement de milieu hâtent souvent la marche vers la guérison [...] Par de telles sorties hâtives, on évite de laisser le patient s'enliser dans sa maladie, on lui donne l'occasion de reprendre contact avec les nécessités de la vie sociale et de s'adapter à la vie

25 ADR, H-Dépôt Vinat, Q 304, Registres matricules.

26 Ferdières Gaston, « Les sorties d'essai agricole », *AMP*, compte-rendu de la séance du 22 janvier 1940, tome 1, p. 94-98.

27 Donnadiou André, « L'assistance aux aliénés par le placement agricole surveillé » *AMP*, 1945, tome 1, p. 23-29.

28 Ferdières Gaston, *Rapport sur le fonctionnement de l'hôpital psychiatrique de Rodez du 23 juillet 1941 au 30 novembre 1942*, Paris, Maxmed Nervure, 1992. G. Ferdières précise en outre que dans son service il recourt à la sortie d'essai « d'une manière quasi systématique » (souligné par lui).

29 *Rapport du directeur et des Médecins chefs de service pour l'année 1941*, Limoges, Imprimerie Dulac, 1942, p. 35-36.

normale³⁰. » Le 22 juin 1942, devant la Société médico-psychologique, le Dr Yvert, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Clermont-d'Oise, défend une position analogue. « Dans l'obligation de faire reprendre très précocement au malade son activité sociale, on sera parfois conduit à se contenter d'une amélioration d'apparence insuffisante pour demander la sortie », plaide-t-il avant d'ajouter : « Il faut condamner de manière absolue toute pusillanimité coupable de maintenir à l'asile un sujet que quelques jours de vie familiale remettraient dans son état antérieur. La sortie d'essai très généralement appliquée maintenant rend ici d'incalculables services et permet souvent de faire preuve à bon compte d'une audace par ailleurs toute relative³¹. »

Bien qu'il ne soit pas possible d'établir des statistiques, l'analyse des dossiers de patients montre que ces déclarations généreuses ne sont pas de pure forme et que, sur le terrain, les médecins-chefs font valoir, au cas par cas, leurs arguments auprès des autorités de tutelle. Ainsi, dans un certificat de situation rédigé le 7 janvier 1944 à destination de la préfecture du Rhône, le Dr Balvet, nommé à l'hôpital du Vinatier au début de l'année 1943, écrit à propos de Marie-Antoinette E., 50 ans, internée depuis le 3 décembre 1942 pour une psychose paranoïaque, : « Sa fille Mme T., réclame avec insistance l'autorisation de la prendre à l'essai chez elle [...] Bien qu'il y ait des chances assez nombreuses pour que ce projet de sortie échoue, que la malade n'en retire pas le bénéfice thérapeutique escompté et qu'une réintégration puisse devenir nécessaire, toutefois je suis d'avis qu'on ne peut pas refuser à sa fille d'envisager cette tentative [...] Bien qu'en de semblables affections la preuve absolue que la malade ne présente aucun danger ne puisse pas être administrée et qu'il ne s'agisse là que de probabilités à peser, les chances d'un danger réel me semblent suffisamment faibles pour que soit fait droit à la demande de Mme T³². »

Présentée ici comme une prise de risque, la propension nouvelle des médecins-chefs à faire sortir « prématurément » leurs malades ne s'explique donc pas seulement par la crise alimentaire que traversent alors les hôpitaux psychiatriques mais aussi par un changement de conception de la prise en charge des malades mentaux dont on envisage la « récupération » ou la « réadaptation » sociales plutôt que la guérison.

Les maintiens abusifs à l'asile : des causes multiples et structurelles

Si ce sont d'abord les circonstances qui ont conduit les médecins des hôpitaux psychiatriques à envisager la sortie des malades de façon plus systématique, on peut postuler que la systématisation du recours à l'électrochoc, qui permet de réduire l'agitation ainsi qu'un certain nombre d'autres symptômes, a également joué un rôle important comme en témoigne la diminution des durées de séjour des malades traités avec cette méthode. Reste que la concrétisation de cette nouvelle façon de concevoir la fonction de l'internement se heurte à des obstacles de plusieurs ordres.

Comme le fait remarquer L. Le Guillant, la levée du placement, qui peut être contournée par la sortie d'essai, ne pose généralement pas de problème, le préfet ne s'opposant que rarement aux demandes de sortie des psychiatres comme les y autorise la loi sur les aliénés du 30 juin

30 *Compte moral et administratif et rapport médical pour les années 1938 à 1945*, Dijon, Imprimerie coopérative ouvrière, 1947. A l'appui de son rapport, le Dr Lauzier produit des statistiques qui montrent une forte progression des sorties (d'essai et définitives) à partir de 1939. Il note cependant que la multiplication des sorties d'essai a entraîné une augmentation du nombre des réadmissions.

31 Maurice Yvert, « Les conditions d'action des thérapeutiques convulsivantes », *AMP*, 1942, compte-rendu de la séance du 22 juin, p. 249-253, ici p. 253.

32 ADR, H-Dépôt Vinat, Q 349, Registres matricules.

1838³³. En revanche, le fait que les hôpitaux psychiatriques ne peuvent fonctionner sans la main d'œuvre constituée par les « bons malades » ou « malades travailleurs » constitue un frein important. Alors que ces malades figurent parmi ceux qui sont les plus susceptibles de se réadapter à une vie hors du cadre asilaire, la perspective de leur sortie est rarement discutée, la plupart d'entre eux se montrant au demeurant satisfaits de leur sort relativement privilégié³⁴. « Pourquoi ne pas conserver tel débile, parfois difficile, qui, dans l'ensemble, accepte assez bien son sort, que personne ne réclame – et qui est si utile à la vigne ou au jardin ! », s'interroge L. Le Guillant³⁵. Ainsi, H. Georges, coiffeur, entré à l'asile de Sarreguemines (Moselle) en 1935 pour une dépression sévère qui s'estompe au bout de quelques mois, refuse de quitter l'asile en dépit des sollicitations de ses enfants ; soigné, aimable et ponctuel, il coiffe ses camarades et jouit d'une grande liberté³⁶. De même Charles F., interné en 1903 à l'âge de 17 ans à l'asile d'aliénés du Mans, y demeure jusqu'à sa mort en 1964, soit pendant plus de soixante ans³⁷. Il travaille d'abord comme copiste au bureau de la direction puis à l'économat où il prend la place d'un fonctionnaire parti à la retraite et enfin au bureau du surveillant-chef. Bien que sa sortie ait été envisagée dès 1915 après une expérience concluante de placement chez des paysans pour la durée de la moisson³⁸, ce malade, qui souffre d'un délire persistant, reste indéfiniment à l'asile, sa famille, durement marquée par la guerre³⁹, n'ayant pas souhaité le « reprendre ».

Le cas de Charles F. montre que si l'inertie des médecins-chefs, qui, placés à la tête de services souvent immenses, voient rarement leurs malades en tête à tête et ont de ce fait du mal à prendre en considération l'évolution de leur état, et la rigidité d'une institution tenue d'afficher un prix de journée le plus bas possible sont en cause dans le « maintien » abusif de nombreux malades internés, le refus des familles de reprendre à leur charge un proche souvent incapable de travailler et dont le comportement risque d'être facteur de troubles met souvent en échec les initiatives les plus prudentes. Ainsi, le 7 février 1941, le Dr Requet écrit en ces termes à la sœur de Louis X., interné à l'hôpital psychiatrique du Vinatier pour éthylisme chronique depuis le 24 novembre 1939 : « Votre frère demande sa sortie. Voyez-vous la possibilité qu'on la lui accorde ? ». On peut faire l'hypothèse que le médecin-chef estime que l'internement du malade, qui bénéficie de permissions régulières au cours desquelles il se rend chez sa sœur, est d'autant moins justifié que le lien familial n'a pas été rompu et que la réadaptation semble pouvoir se faire dans de bonnes conditions compte tenu des restrictions d'alcool. Mais, en dépit des précautions prises par le Dr Requet, la sœur de Louis X. réagit très vivement. Le 12 février 1941, elle lui adresse le courrier suivant :

« Mr le Docteur, J'ai été très surprise que mon frère, X. Louis vous ait demandé sa

33 La levée des placements volontaires, demandés par les familles, est cependant plus facile que la levée des placements d'office, ordonnés par le préfet. Notons cependant que les malades placés d'office forment la grande majorité des internés.

34 Les malades travailleurs ont droit à un pécule mais aussi à des compensations en nature (suppléments alimentaires, tabac, trousseau particulier, parfois chambre individuelle) et bénéficient souvent de la liberté d'aller et venir dans l'asile.

35 Le Guillant Louis, *Quelle psychiatrie pour notre temps ?*, op. cit., p. 31.

36 Ce cas est présenté, avec d'autres, par Georges Daumézon à la Société médico-psychologique lors de la séance du 27 janvier 1941. Voir Georges Daumézon et L. Cassan, « Les malades guéris, « enracinés à l'asile », doc. cit., p. 301-302.

37 Voir Guillemain Hervé, « La fonction du « bon patient » dans l'institution psychiatrique (1910-1970) », in Laurence Guignard, Hervé Guillemain et Stéphane Tison (dir.), *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^e-XX^e siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013, p. 241-250. On peut également citer le cas des malades femmes qui « tiennent » la maison des médecins, voire s'occupent de leurs enfants.

38 La Grande Guerre a également constitué un contexte favorable au placement agricole des malades mentaux.

39 Le père et un frère de Charles F. sont morts au combat.

sortie. Dimanche dernier, à sa permission, je lui disais encore qu'il devait resté à Vinatier jusqu'à la fin des hostilités, car il ne trouverait pas de travail, et il sait bien que mes faibles ressources ne me permettent pas de le nourrir. Aussi, Mr le Docteur [...] je vous demanderais de le garder encore comme travailleur, il gagne sa vie ; puis je craindrais que par ces temps de désordre, s'il sortait, il ait de mauvaises fréquentations et se remette à boire. Je vous le répète, Mr le Docteur, mon intention n'est pas de laisser mon frère, à 48 ans, dans une maison de santé s'il est guéri ; dès qu'il aurait un gagne-pain assuré, et surtout que tout soit rentré dans l'ordre au point de vue social, je le ferai sortir de Vinatier. J'espère que vous comprenez les raisons pour lesquelles je suis forcée de le laisser encore ici. Je fais tout ce que je peux tous les quinze jours, il vient en permission, je le gâte trop, et il n'est pas raisonnable de vous avoir demandé sa sortie. Croyez bien Mr le Docteur que c'est à mon insu⁴⁰. »

Confronté à une fin de non-recevoir, le Dr Requet n'ose pas passer en force et « maintient » donc le malade qui meurt de faim deux mois plus tard. Les familles des militaires internés au moment de la mobilisation, qui n'avaient pour la plupart jamais eu l'intention de placer leur malade à l'asile, se montrent certes plus coopératives et, pour certaines, réclament même avec insistance que leur proche leur soit rendu. Mais dans nombre de cas, le relâchement des liens affectifs⁴¹, d'autant plus grand que le comportement du malade avant son internement a gravement perturbé la vie familiale et que le séjour à l'asile s'est prolongé, rend la perspective d'un retour difficilement envisageable. Sollicitées pour reprendre leur malade, nombre de familles mettent en outre en avant l'insuffisance de leurs ressources qui ne leur permettent pas de l'entretenir lorsqu'il n'est pas en mesure de travailler. Or si la pénurie de main d'œuvre rend, au moins en milieu rural, les employeurs plus tolérants face aux étrangetés de comportement de certains de leurs ouvriers, la question de leur productivité se pose malgré tout.

Le développement de l'assistance psychiatrique extra-hospitalière : une priorité

Les obstacles, souvent infranchissables, auxquels se heurtent leurs tentatives de faire quitter l'asile aux malades susceptibles de vivre « en liberté » conduisent les médecins-chefs les plus progressistes à réclamer une reconfiguration de l'assistance psychiatrique. Même si elles ont pour la plupart déjà été formulées par d'autres, parfois de longue date⁴², leurs revendications prennent une dimension nouvelle dans le contexte extrême de l'Occupation et dans la perspective d'un après-guerre qui nourrit bien des espoirs réformateurs. La principale concerne le développement d'une assistance psychiatrique extra-hospitalière. « Si l'on se pose sans cesse, à propos de chaque malade chez lequel apparaissent des éléments de réadaptation, la question : "Et pourquoi pas un essai de sortie ? ", on se trouve alors placé devant l'immense problème des modalités d'assistance autre que l'internement », déclare ainsi L. Le Guillant⁴³.

Arguant de la nécessité de préparer la sortie des malades internés, en particulier de ceux, nombreux, qui ne peuvent compter sur une famille prête à les accueillir, certains psychiatres préconisent de multiplier les lieux et les structures intermédiaires de prise en charge. C'est ce que plaide en particulier le Dr Vié, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche à Neuilly-sur-Marne (Seine) et ancien médecin-directeur de la colonie familiale

40 ADR, H-Dépôt Vinat, Q 304, Registres matricules.

41 Celui-ci se traduit souvent par l'espacement des visites parfois rendues difficiles par la distance.

42 Voir, entre autres exemples : Marie Auguste, *La réforme de l'assistance aux aliénés*, Paris, Éditions médicales, 1928.

43 Le Guillant Louis, *Quelle psychiatrie pour notre temps ?*, op. cit., p. 30-31.

d'Ainay-le-Château (Allier), dans le long mémoire qu'il consacre aux colonies familiales⁴⁴. D'autres médecins-chefs envisagent d'étendre le placement agricole surveillé⁴⁵. Ainsi le Dr Calmettes, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Naugeat-Limoges, défend ce type de placement au motif qu'il aurait pour intérêt, outre de réhabiliter les malades mentaux, de favoriser la remise en culture des terres abandonnées de la Creuse et de la Haute-Vienne⁴⁶. Le mise sur pied, en 1943, d'un service de rééducation des aliénées sortantes à l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche s'inscrit également dans cette logique. Dans le même ordre d'idées, S. E. Mondor, sous-directeur des Affaires départementales de la Seine en charge des institutions d'assistance, évoque, dans une conférence donnée en septembre 1943 à l'Hôtel de ville de Paris, un projet de centre d'accueil lié à l'hôpital psychiatrique de Villejuif⁴⁷. Conçu comme une sorte de pension de famille, celui-ci aurait pour vocation d'héberger transitoirement les malades isolés socialement qui risquent de se trouver désemparés à l'issue d'un long séjour à l'asile.

Surtout, afin de lever les obstacles qui rendent quasiment impossible la sortie de nombreux malades, les psychiatres réformateurs appellent de leurs vœux la mise en place d'un service social au sein des hôpitaux psychiatriques, conformément aux préconisations de la circulaire Rucart du 13 octobre 1937 reprises dans la circulaire Huard du 6 juin 1941⁴⁸. Ainsi, au cours de l'année 1944, le rôle des assistantes sociales fait l'objet de cinq communications à la Société médico-psychologique qui débouchent, en janvier 1945, sur la rédaction d'un vœu à destination des autorités⁴⁹. Bien que, dans le domaine de l'assistance aux aliénés, le modèle charitable n'ait jamais fait recette, le Dr Sivadon en appelle quant à lui à la revitalisation et à la refondation des patronages pour malades mentaux⁵⁰, ceux-ci ayant également pour vocation d'accompagner les malades sortants dans leur recherche d'un logement et d'un emploi. D'autres médecins-chefs, plus ambitieux, réclament que soit versées aux malades mentaux qui ne peuvent pas travailler, ou à leur famille, des pensions d'invalidité ou des allocations sur le modèle de celles que touchent les vieillards, infirmes et incurables dans le cadre de la loi du 14 juillet 1905 relative à l'assistance obligatoire aux vieillards, aux infirmes et aux incurables privés de ressources.

Enfin, conscients que les malades sortants, surtout s'ils ne sont pas considérés comme guéris, risquent de rechuter à plus ou moins brève échéance, une majorité de médecins-chefs se prononce en faveur d'une multiplication des consultations et des dispensaires d'hygiène mentale et de postcure préconisés par les circulaires Rucart (1937) et Huard (1941). Alors que les conseils généraux s'étaient montrés réticents à financer ce dispositif avant-guerre, les

44 Ce mémoire, qui obtient le prix Baillarger de l'Académie de médecine, est publié en cinq livraisons dans les *Annales médico-psychologiques*. Voir Vié Jacques, « Le placement familial des aliénés et des psychopathes. Sa portée médicale et sociale », AMP 1940, tome 2, p. 1-49 et p. 110-142 et 1941, tome 1, p. 1-31, 121-151 et 224 - 250.

45 Donnadiou André, « L'assistance aux aliénés par le placement agricole surveillé », doc. cit.

46 Calmettes Dr., *Rapport médical pour l'année 1941*, doc. cit., p. 36.

47 Mondor S. E., *Conférence à l'Hôtel de Ville de Paris*, Bibliothèque administrative de la Ville de Paris (BAVP), Ms 200.

48 Dans le département de la Seine, cette circulaire est effectivement mise en œuvre comme en témoigne un arrêté préfectoral daté du 23 janvier 1943. Dans le rapport 1938-1945, le Dr Lauzier signale, quant à lui, qu'un service social (formé d'une assistante sociale) fonctionne depuis juillet 1939 à l'hôpital de la Chartreuse à Dijon. En revanche, il semble que cette disposition des circulaires Rucart et Huard soit restée lettre morte dans la plupart des autres hôpitaux psychiatriques, à l'exception de ceux comportant un service universitaire.

49 Les 27 mars, 26 juin, 23 octobre, 27 novembre et 18 décembre.

50 Sivadon Paul, AMP, 1944, séance du 23 octobre, p. 453-457. Notons que les circulaires Rucart et Huard insistent également sur la nécessité de créer des patronages pour les malades mentaux sortants. Plusieurs hôpitaux psychiatriques en ont d'ailleurs créé, sans grand succès, à la fin des années 1930. Paul Sivadon préconise que les patronages deviennent des services à part entière des hôpitaux psychiatriques voués à la réadaptation des malades.

années de guerre et d'occupation sont marquées par des progrès notables dans ce domaine. Dans leurs rapports annuels, de nombreux médecins-chefs signalent qu'ils se sont investis dans la création de consultations qui, surtout dans les zones rurales, les obligent parfois, dans un contexte de pénurie d'essence et de transports, à parcourir des distances importantes. Ainsi, à la fin de la guerre, les médecins-chefs de l'asile Saint-Joseph de Limoux (Aude), qui admet les aliénés des départements de l'Aude et des Pyrénées-Orientales, assurent des consultations régulières à Limoux, à Carcassonne, à Narbonne et à Perpignan. Mais c'est là encore dans le département de la Seine que se déploie, sous la conduite du Dr Hazemann et dans le cadre de l'Office public d'hygiène sociale, l'expérience la plus structurée et la plus aboutie⁵¹. A partir de la fin 1941, grâce aux subventions accordées par l'Union des caisses d'assurance sociale de la région parisienne, 27 dispensaires d'hygiène mentale, installés dans des dispensaires anti-tuberculeux desservis par 24 médecins spécialistes des maladies mentales secondés par des assistantes sociales et des auxiliaires de santé mentale, sont créés en l'espace de quelques mois dans des communes de banlieue et dans quelques arrondissements de la capitale. Leur vocation initiale est certes de décongestionner la clinique de neuropsychiatrie infantile du Dr Heuyer à l'hôpital des enfants malades mais elle s'élargit progressivement au suivi des adultes en post-cure.

Bien que peu nombreuses et mal articulées entre elles, ces initiatives, qui visent toutes à favoriser la sortie de l'asile et la réadaptation des aliénés internés, alimentent une réflexion plus globale sur la diversification des formes et des lieux de prise en charge des malades atteints de troubles mentaux⁵². Les débats particulièrement vifs qui se font jour après la Libération montrent que le très petit milieu des psychiatres français est extrêmement divisé quant à la façon d'envisager ce que l'on appelle encore l'assistance psychiatrique, la différenciation des modes de prise en charge des malades aigus et des malades chroniques, plébiscitée par les uns et rejetée par les autres au nom de principes apparemment inconciliables, constituant la principale pomme de discorde. Pour autant, et même si les pratiques n'évoluent que très lentement, il semble qu'il n'y ait plus personne, à la Libération, pour défendre le bien-fondé des internements systématiques et prolongés. Prenant acte de cette évolution des conceptions psychiatriques, qui se heurtent cependant à des préjugés tenaces et largement répandus sur la maladie mentale, Georges Daumézon, président du nouveau Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, créé en mai 1945, et Lucien Bonnafé déclarent ainsi devant le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française réuni en Suisse à l'été 1946 : « Il ne doit plus être question de séparer l'aliéné du monde où il peut être un trouble, mais de soigner avec le maximum d'efficacité des malades, tantôt sans même les séparer de leur milieu ordinaire, tantôt en leur faisant faire un séjour aussi court que possible dans l'organisme de cure, de même parfois en leur fournissant un milieu d'élection où leur sociabilité, bien que réduite, pourra s'épanouir⁵³. »

« Il y a une masse de séquestrés, dont le séjour dans nos établissements d'aliénés n'est pas

51 Cette réalisation est discutée à la Société médico-psychologique lors des séances du 25 octobre 1945 et du 23 avril 1945.

52 Cette réflexion a été initiée dans l'entre-deux-guerres, se cristallisant alors sur les services dits « libres » qui devaient permettre à des malades d'être soignés en dehors du régime de l'internement créé par la loi du 30 juin 1838. Voir Bueltzingsloewen Isabelle von, « Quel(s) malade(s) pour quel asile : le débat sur l'internement psychiatrique dans la France de l'entre-deux-guerres », in Laurence Guignard, Hervé Guillemain et Stéphane Tison (dir.), *Expériences de la folie, op. cit.*, p. 263-274.

53 Daumézon Georges et Bonnafé Lucien, « Perspectives de réforme psychiatrique en France depuis la Libération », *Comptes rendus du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française – XLIV^e session, Genève et Lausanne (22-27 juillet 1947)*, Paris, Masson, 1947, p. 584-590, ici p. 588.

nécessaire », écrivait Auguste Marie, infatigable promoteur des colonies familiales, dans un ouvrage paru en 1928⁵⁴. Ce constat, encore inaudible pour nombre d'entre eux dans l'entre-deux-guerres, semble largement partagé par les psychiatres du cadre des hôpitaux psychiatriques au sortir de la Seconde Guerre mondiale. Pour autant il serait très exagéré d'affirmer que les années noires ont initié un mouvement de déshospitalisation de grande ampleur. Si le nombre des malades internés a connu un net recul entre 1940 et 1945⁵⁵, celui-ci s'explique pour l'essentiel par la surmortalité due à la sous-alimentation et par l'effondrement du nombre des admissions. Mais, alors que la question de l'encombrement des hôpitaux psychiatriques n'est provisoirement plus à l'ordre du jour, les années d'après-guerre sont marquées par une transformation progressive du recours à l'hôpital psychiatrique⁵⁶. Au départ peu spectaculaire, celle-ci se caractérise par une croissance du nombre des entrées mais aussi du nombre des sorties, autrement dit par une rotation plus rapide de la population hospitalisée et par une diminution de la durée moyenne des séjours⁵⁷. Or, cette évolution, favorisée par la multiplication des hospitalisations libres – qui permettent d'éviter l'internement –, et par la création de la Sécurité sociale, intervient bien avant la mise en place de la politique de secteur, alors que la diversification des modes de prise en charge des malades mentaux ne constitue encore qu'un horizon lointain. Un constat qui conduit à réévaluer la rupture introduite par une réforme qui, si elle a pris des formes spécifiques, participe d'un mouvement de déshospitalisation psychiatrique commun à l'ensemble des pays occidentaux.

54 Marie Auguste, *La réforme de l'assistance aux aliénés*, Paris, Éditions médicales, 1928, p. 28.

55 Alors qu'ils étaient cent dix mille en 1940, les malades internés dans les hôpitaux psychiatriques français ne sont plus que cinquante neuf mille en 1945.

56 Voir Bueltzingsloewen Isabelle von, « D'un lieu de vie à un lieu de soins ? Les transformations du recours à l'hôpital psychiatrique dans la France de l'après-guerre (1945-1960) », in Marcel Sassolas (dir.), *Quels toits pour soigner les personnes souffrant de troubles psychotiques ?*, Paris, Erès, 2012, p. 15-24.

57 Celle-ci se conjugue avec une multiplication des réhospitalisations. Pour les chiffres précis, voir Chapireau François, « Le recours à l'hospitalisation psychiatrique au XX^e siècle », *L'Information psychiatrique*, n° 83, 2007, p. 563-570.