UNIVERSITÉ PARIS 8 VINCENNES-SAINT-DENIS
(Droit - Sciences sociales)

La sectorisation psychiatrique en France. Histoire d'une construction juridique et médicale.

Thèse pour le Doctorat en Droit
(Arrêté du 25 mai 2016)
Présentée et soutenue publiquement devant le jury
de l'Université de Paris 8 Vincennes-Saint-Denis par

Sébastien RUBINSTEIN

JURY :

Directeur de recherche : **M. Alexandre LUNEL**
Maître de conférences HDR à l'Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis,

Membres du jury :

Mme Catherine PUIGELIER
Professeur à l'Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis

M. Gérard MÉMETEAU
Professeur à l'Université de Poitiers

M. Antoine LECA
Professeur à l'Université d'Aix-Marseille

Mme Sophie THÉRON
Maitre de conférences HDR à l'Université Toulouse 1

Date de soutenance : le 11 décembre 2020

A la mémoire de ma grand-mère Henriette et de mon oncle Bernard

Cette thèse a pu voir le jour grâce à la précieuse amitié que m'a accordée Monsieur Alexandre LUNEL ainsi qu'à l'inestimable confiance qu'il a placée en moi. Je lui suis également redevable de conseils avisés et d'un soutien infaillible à l'occasion d'inévitables périodes d'incertitude.

J'exprime également ma profonde gratitude aux Professeurs Catherine PUIGELIER, Gérard MÉMETEAU et Antoine LECA ainsi qu'à Madame Sylvie THÉRON pour avoir accepté de participer au jury de soutenance.

Je tiens également à remercier :

Mes parents

Mes sœurs Elsa et Lili

Mon beau-frère Sébastien

Mes amis Liliane et Marc

Mes amis Anne-Julie et Olivier

Mon amie Marie

Dr Jean-Baptiste Toesca †

LISTE DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS

AAH: Allocation aux Adultes Handicapés

ANPE : Agence Nationale Pour l'Emploi

ASM13: Association de Santé Mentale du 13ème arrondissement

CAT: Centre d'Aide par le Travail

CATTP: Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CDSM : Conseil Départemental de Santé Mentale

CEMEA: Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Éducation Active

CHS: Centre Hospitalier Spécialisé

CMP: Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CMPR : Centres MédicoPsychologiques Régionaux

COTOREP: Commission Technique d'Orientation et de REclassement Professionnel

CPHS : Conseil Permanent d'Hygiène Sociale

CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CTRS: Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale

DDASS : Direction Départemental des Affaires Sanitaires et Sociales

DDOF (loi) : Diverses mesures D'Ordre Financier

DDOS (loi) : Diverses mesures D'Ordre Social

DGS : Direction Générale de la Santé

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins

FFI: Forces Françaises de l'Intérieur

FGERI : Fédération des Groupes d'Études et de Recherches Institutionnelles

FTPF: Francs-Tireurs et Partisans Français

GLC : Groupement Local de Coopération

GTPSI : Groupe de Travail de Psychothérapie et de Sociothérapie Institutionnelle

HPST (loi) : Hôpital Patients Santé Territoires

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MAS: Maison d'Accueil Spécialisée

MNSS (loi) : Modernisation de Notre Système de Santé

MRG : Mouvement des Radicaux de Gauche

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

OPHS : Office Public d'Hygiène Sociale

PCF: Parti Communiste Français

POD: Programmes d'Organisation Départementale de lutte contre les maladies mentales

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

RPR : Rassemblement Pour la République

SMPR : Service Médico-Psychologique Régional

SPI : Société de Psychothérapie Institutionnelle

SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

UDF : Union pour la Démocratie Française

UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

Sommaire

Introduction

Première partie: La construction d'une nouvelle organisation des soins psychiatriques: des circulaires Rucart de 1937-1938 à la circulaire du 15 mars 1960

Chapitre 1: Aux origines de la sectorisation psychiatrique en France
Section 1: Les fondements modernes du secteur psychiatrique
Section 2: Lucien Bonnafé, fondateur du désaliénisme et bâtisseur du secteur psychiatrique

Chapitre 2: La mise en place d'une planification sectorielle en psychiatrie
Section 1: La circulaire originelle du 15 mars 1960
Section 2: L'égalité de traitement des patients et la prise en charge de proximité

Deuxième partie: La pérennisation de la sectorisation psychiatrique

Chapitre 1: Une absence de loi-cadre préjudiciable à la psychiatrie française (de la circulaire du 14 mars 1972 à la loi du 25 juillet 1985)
Section 1: La politique conventionnelle
Section 2: L'importance des textes législatifs sanitaires non spécifiques à la psychiatrie

Chapitre 2: La consécration législative d'une réalité médicale et structurelle

Section 1: Les prémices d'une sectorisation psychiatrique sous l'angle législatif: le rapport Demay
Section 2 : Vers une «légalisation» du secteur psychiatrique : les lois de 1985

Conclusion

Introduction

« Depuis plus de cent ans, dans certaines conjonctures historiques, des hommes de plus en plus nombreux ont pris une conscience de plus en plus complète des problèmes posés par l'assistance psychiatrique et découvert les moyens d'y faire face.[1]»
Lucien BONNAFÉ, Louis LE GUILLANT

La construction de la sectorisation psychiatrique en France a immédiatement fait l'objet de nombreuses études menées, dans un premier temps, par les psychiatres les plus engagés dans cette réforme structurelle majeure de l'histoire médicale française et occidentale. Ces études ont commencé à être menées immédiatement après la survenance d'un événement essentiel dans l'histoire de la psychiatrie française : la mort massive des malades psychiques pendant la période de l'Occupation. En effet, c'est après la Seconde Guerre mondiale qu'un groupe de jeunes psychiatres se révolta contre l'ordre asilaire établi et décida de concevoir et d'opérer une véritable révolution dans l'organisation psychiatrique française.

Cette conceptualisation du nouveau système de soins apportés aux malades débuta formellement en 1945 avec la publication des conclusions des Journées psychiatriques nationales dans la revue *L'Information Psychiatrique*[2]**.** Les prémices conceptuelles de la sectorisation psychiatrique sont à dater de la période de l'Occupation où de jeunes psychiatres officiant à l'hôpital de Saint-Alban en Lozère se réunirent au sein d'un groupe de réflexion[3] pour penser et discuter les formes nouvelles du soulagement de la douleur psychique de l'autre ainsi que de son organisation dans un vaste plan de restructuration d'un système devenu, selon eux, obsolète, oppressif et inefficace.

Les années de l'immédiat après-guerre furent déterminantes dans la construction des fondements de la sectorisation psychiatrique. Les jeunes psychiatres désaliénistes (Lucien BONNAFÉ, Georges DAUMÉZON, Louis LE GUILLANT, Paul SIVADON, Paul

1 Lucien BONNAFÉ, Louis LE GUILLANT, « La condition du malade à l'hôpital psychiatrique » ; *Esprit*, n°197, décembre 1952, p.866
2 Pierre NOËL, « Les prémisses du secteur. Quinze ans d'Information Psychiatrique (1945-1960) » ; *L'Information Psychiatrique*, septembre 1995, n°7, p.634
3 La Société du Gévaudan

BERNARD) étaient influents auprès des ministres de la Santé publique[4] et publiaient des articles scientifiques relatifs à la réforme de l'organisation psychiatrique française[5].

L'étude de la construction de la sectorisation psychiatrique bénéficia très vite de l'apport de psychiatres érudits et intéressés par l'histoire en général et celle de leur discipline en particulier. Parmi ces "psychiatres-historiens", nous pouvons citer Georges DAUMÉZON, Lucien BONNAFÉ[6], Jean AYME[7] voire Lion MURARD et François FOURQUET qui publièrent en 1975 une brillante histoire de la psychiatrie de secteur[8].

Puis les psychiatres ont bénéficié de l'apport d'historiens qui se sont spécialisés dans l'étude de la folie et de l'organisation institutionnelle de son traitement. Parmi ces historiens, il nous semble indispensable citer les deux plus fameux : Michel FOUCAULT[9] et Claude QUÉTEL. A plusieurs dizaines d'années d'intervalle, ces deux intellectuels forgèrent l'étude de l'histoire de la folie en France. Michel FOUCAULT posa des fondements inspirés par la philosophie dans l'*Histoire de la folie à l'âge classique, «œuvre hiératique et belle, flamboyante par son style et sophistiquée par l'érudition qu'elle déploie[10] ».* À l'inverse de la démarche de Michel FOUCAULT, Claude QUÉTEL s'attacha à rendre à l'étude historique de la folie une scientificité qu'il estimait trop aléatoire chez le professeur au Collège de France[11].

4 Nicolas HENCKES, « Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique: la trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant-guerre aux années 1950 » ; *Genèses*, 2009/3(n°76), p.86

5 Lucien BONNAFÉ, Georges DAUMÉZON ; « Les perspectives de réforme psychiatrique en France depuis la libération », Congrès des aliénistes et neurologues de langue française, Genève et Laus, Masson, éditions. Paris, 584-590, 1946 ; Lucien BONNAFÉ, Georges DAUMÉZON, « Le malade mental dans la société », *Documents de L'Information Psychiatrique*, n°1, Paris, Desclée de Brouwer, 1946 ; Louis LE GUILLANT, René BESSIÈRE, « La crise de la psychiatrie » ; *L'Information Psychiatrique*, n°2, novembre 1947 ; Jean LAUZIER, Paul BALVET, R.E HEMPHILL, Lucien BONNAFÉ, Georges DAUMÉZON, Paul BERNARD, « Au delà de l'asile d'aliénés et de l'hôpital psychiatrique », *Documents de L'Information Psychiatrique,* Paris, Desclée de Brouwer, 1946

6 Georges DAUMÉZON, Lucien BONNAFÉ, « Les perspectives de réforme psychiatrique en France depuis la libération », Congrès des aliénistes et neurologues de langue française, Genève et Lausanne, Masson éditions, Paris, 1946, pp. 584-590 ;

7 Jean AYME, « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle » ; *La Revue de psychothérapie institutionnelle INSTITUTIONS*, n°44, octobre 2009 pp.112-117

8 Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; (éditeurs scientifiques) ; *Recherches* n°17, Paris, Mars 1975

9 Philosophe et psychologue de formation, Michel FOUCAULT a abordé, durant sa vie intellectuelle, de nombreuses disciplines scientifiques. Il peut légitimement être qualifié d'historien pour ses ouvrages sur l'histoire de la psychiatrie (*Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique,* Plon, Paris, 1961 ; *Les mots et les choses : une archéologie des sciences humaines*, Gallimard, Paris, 1966 ; *Naissance de la clinique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1963)

10 Robert CASTEL, « Les aventures de la pratique » ; *Le Débat*, 1986/4, n°41, p.41

11 Claude QUÉTEL, *Histoire de la folie* ; Paris, Éditions Tallandier, 2012, pp.15-17

L'histoire ne fut pas la seule science sociale à avoir choisi le champ de la folie, de ses traitements et de son organisation comme sujet d'étude. En effet, la sociologie française s'est emparée de ce thème dès les années 1970 avec la publication d'articles et d'ouvrages de Robert CASTEL relatifs à l'institution psychiatrique et à ses principaux acteurs[12]. Les travaux de Robert CASTEL répondirent à ceux du sociologue américain Erving GOFFMAN[13] sur les asiles et leur nature totalitaire. Son ouvrage le plus fameux sur la question de la psychiatrie, *L'ordre psychiatrique*, exposait les turpitudes de la psychiatrie asilaire de la seconde partie du 19ème siècle ainsi que les réprobations dont elle fut l'objet[14]. A la suite de Robert CASTEL, de nombreux sociologues français s'intéressèrent au domaine de la maladie mentale, de ses soins et de ses répercussions sociologiques. Parmi ceux-ci, Nicolas HENCKÈS s'est particulièrement distingué notamment grâce sa thèse de doctorat consacrée au monde actuel de la psychiatrie en France[15] ainsi que par la publication de longs articles relatifs à l'évolution socio-historique des psychiatres français[16].

Pourtant, il nous semble important de préciser que les analyses historiques, sociologiques et médicales ne pouvaient exclure le droit de la santé de l'explication de la compréhension des rapports entre les différents acteurs de la psychiatrie. Dès lors, la place du droit de la santé était incontestable et sa démarche était cruciale pour renseigner sur les rapports constants et constructifs des différents bâtisseurs du nouvel appareil de soins français.

La doctrine en droit de la santé commença à appréhender la question de l'organisation des soins psychiatriques en France à la fin des années 1930. Dans un ouvrage paru en 1930[17], les auteurs Julien RAYNIER et Henri BEAUDOIN dressèrent un

12 Robert CASTEL, *Le psychanalysme : l'ordre psychanalytique et le pouvoir*, Éditions Maspero, Paris, 1973 ; Robert CASTEL, *L'ordre psychiatrique: l'âge d'or de l'aliénisme* ; Paris, Éditions de minuit, 1976 ; « L'institution psychiatrique en question » ; *Revue française de sociologie*, 1971, 12-1, pp.57-92 ;

13 Robert CASTEL rédigea la présentation de l'édition française (parue en 1968) de l'ouvrage majeur d'Erving GOFFMAN sur la question, *Asylums* (*Asiles*)

14 Magali COLDEFY, *De l'asile à la ville: une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France* ; Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, 2010, p.143

15 Nicolas HENCKES, *Le nouveau monde de la psychiatrie française : les psychiatres, l'état et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970* ; Sociologie. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), 2007

16 Nicolas HENCKES, « Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique: la trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant-guerre aux années 1950 » ; *Genèses*, 2009/3 (n°76), pp.76-98 ; « La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ? » *Esprit*, 2015/3 (Mars-avril), pp.28-40

17 Julien RAYNIER, Henri BEAUDOIN, *L'aliéné et les asiles d'aliénés au point de vue administratif et juridique* ; Editions Le François, 1930 (2ème édition)

panorama juridique complet du cadre juridique des asiles psychiatriques et des aliénés y étant traités. Puis, il fallut attendre la fin des années 1960 et le début des années 1970 pour voir émerger une littérature doctrinaire en matière d'organisation des soins psychiatriques. En effet, c'est à cette période que parurent dans la *Revue de droit sanitaire et social* les premières grandes chroniques[18] relatives à la lutte contre les maladies mentales et à sa planification. Elles furent l'œuvre de pionniers en la matière : Jean-Simon CAYLA et Henriette SUBRA.

Le travail de ces pionniers de l'analyse de l'organisation globale de la lutte contre les maladies mentales fut repris par d'autres auteurs plus contemporains. Parmi ceux-ci, il est important de citer les travaux et les ouvrages de Jean IMBERT, Maurice ROCHAIX, Gérard MÉMETEAU[19], Jean-Marie CLÉMENT[20], Geneviève KOUBI[21] et Alexandre LUNEL[22]. De plus, il nous apparaît important de noter qu'un récent article publié par Audrey VOLPE et Marc DUPONT dans la *Revue de Droit Sanitaire et Social*[23] est venu compléter brillamment l'œuvre des doctrinaires précités. En effet, cet article constitue une somme synthétique de la réflexion juridique en matière de sectorisation psychiatrique. Les auteurs intègrent à leur analyse de la situation présente de la sectorisation psychiatrique un rappel historique des fondements de la sectorisation.

La loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique est venue parachever plusieurs siècles d'efforts en matière d'organisation du traitement des malades psychiques. Son vote à l'Assemblée nationale le 20 décembre 1985 permet à la France de consacrer la modernité organisationnelle des soins psychiatriques entamée par le Dr Edouard TOULOUSE en 1922 à l'occasion de l'ouverture de la première consultation

18 Jean-Simon CAYLA, «Organisation des soins pour les malades mentaux» ; *Revue de droit sanitaire et social*, 1969, pp.41-42 ; «Sectorisation psychiatrique» ; *Revue de droit sanitaire et social*, 1974, pp.637-638 ; Henriette SUBRA, «Chronique de droit sanitaire» ; *Revue de droit sanitaire et social*, 1974

19 Gérard MÉMETEAU, *Les responsabilités médicales envers les malades mentaux : l'éthique des soins en santé mentale, colloque, mercredi 10 juin 1998, Paris,* Paris, Institut de recherches hospitalières, 1998

20 Jean-Marie CLÉMENT, *Mémento de droit hospitalier* ; Paris, Berger Levrault, Manuels BL Santé n°10, 9éme édition, 2000 ; *Cours de droit hospitalier (Tome 1 et Tome 2)* ; Bordeaux, LEH Édition, 2004 ; *Histoire des réformes hospitalières sous la Vème République* ; Bordeaux, LEH Édition, 2010

21 Geneviève KOUBI (Dir.), *L'institution psychiatrique au prisme du droit: la folie entre administration et justice*, ouvrage issu du colloque organisé à l'Université Panthéon-Assas les 16 et 17 octobre 2014 par le CERSA et le CNRS ; Paris, Éditions Panthéon-Assas, DL, 2015

22 Alexandre LUNEL, (direction), *Folie et déraison : regards croisés sur l'évolution juridique des soins psychiatriques en France : pouvoir, santé et société*, ouvrage issu des 2èmes journées d'histoire du droit de la santé organisées le 13 mars 2015 à Paris par l'EA 1581 Droit médical et de la santé (DMS) de l'Université Paris 8 et la Cour de cassation ; Bordeaux, LEH Édition, 2015 ; *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Bordeaux, LEH Édition, 2019

23 Audrey VOLPE, Marc DUPONT, « Que reste-t-il de la sectorisation psychiatrique ? » ; *Revue de Droit Sanitaire et Social*, septembre-octobre 2017, n°5, pp.890-906

ouverte de l'Hôpital Sainte-Anne à Paris[24].

Toutefois, en France, le début de l'organisation institutionnelle des soins dispensés aux malades psychiques fut bien antérieur aux innovations du visionnaire psychiatre marseillais. Dès 1789, le nouveau pouvoir révolutionnaire voulut rompre avec l'organisation de la royauté en matière de solutions à apporter à l'épineuse question des déshérités et des aliénés enfermés dans les hôpitaux généraux et les dépôts de mendicité.[25] En janvier 1790, l'Assemblée Constituante décida de créer un Comité de mendicité, présidé par le duc de LAROCHEFOUCAULD LIANCOURT[26].

A l'occasion de recommandations, le Comité de mendicité avait envisagé « la construction dans chaque grande ville d'un hôpital pour les pauvres non domiciliés, les contagieux, les vénériens et les fous curables atteints de la plus grande, la plus redoutable des misères humaines qui puisse atteindre des infortunés dégradés dans la plus noble portion d'eux-mêmes.[27]». Dans son *Rapport sur la nouvelle distribution des secours proposée dans le département de Paris,* le Comité estimait que : « deux hôpitaux destinés à la guérison de la folie sont nécessaires à établir dans la capitale[28] ». Malgré des idées très pertinentes et novatrices, aucun des projets du Comité de mendicité ne se réalisera et son action, « marquée par l'unicité et la systématicité[29] », demeura dans l'histoire sanitaire comme purement théorique[30.]

L'idée essentielle du Comité de mendicité en matière santé publique était ainsi résumée par Robert CASTEL : « Il vaut toujours mieux traiter sur place plutôt qu'isoler, prévenir plutôt que de tenter de reprogrammer après coup un individu désocialisé, renforcer les liens avec le milieu de vie plutôt qu'éponger les épaves nées de leur rupture.31 ». Selon lui, ce plan « avec plus de cent cinquante ans d'avance, anticipe assez

24 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Bordeaux, LEH Édition, 2019, p.134
25 Camille BLOCH, Alexandre TUETEY ; *Procès-verbaux et rapports du Comité de mendicité de Constituante (1790-1791)* ; Imprimerie nationale, 1911
26 Claude QUÉTEL, *Histoire de la folie* ; Paris, Éditions Tallandier, 2012, p.199
27 Ferdinand DREYFUS ; *Un philanthrope d'autrefois, La Rochefoucault-Liancourt 1747-1827* ; Plon-Nourrit et Cie, 1903, p.178
28 Camille BLOCH, Alexandre TUETEY, *Procès-verbaux et rapports du Comité de mendicité de la Constituante (1790-1791)* ; Imprimerie nationale, 1911, pp.758-777
29 Antoine LECA, Alexandre LUNEL, Samuel SANCHEZ, *Histoire du droit de la santé* ; Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2014, p.167
30 *Ibid.*, p.167
31 Robert CASTEL, *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme* ; Les Éditions de Minuit, Paris, 1976, p.76

complètement une politique dite de ‘’secteur".[32]». Pour le sociologue spécialiste des questions de santé, la comparaison semblait faire sens puisque « le dernier projet "progressiste" de la Convention en matière d'assistance organise, le 22 floréal an II[33], l'inscription de tous ceux qui ont besoin de secours sur le Grand livre de la bienfaisance publique.[34] Le célèbre sociologue de la psychiatrie s'appuyait sur la thèse du juriste Maurice ROCHAIX pour préciser que le système d'assistance envisagé par la Convention prévoyait qu'«un corps de 1500 à 2000 médecins ou officiers de santé rétribués par l'Etat prendra en charge les problèmes de santé.[35]»

Philippe PINEL représenta le début de ce que Robert CASTEL nomma « l'âge d'or de l'aliénisme ».[36] Son action modernisatrice fut poursuivie et complétée par son élève Jean-Étienne-Dominique ESQUIROL qui le rejoignit en 1811 à l'Hôpital de la Salpêtrière[37]. Cette année semble celle qui soit retenue par certains chercheurs pour marquer la véritable naissance de l'asile.[38] Ce terme aurait été proposé par Jean-Étienne-Dominique ESQUIROL dans un rapport au Ministre de l'Intérieur « afin qu'il ‘’n'offrit aucune idée pénible’’, par opposition à l'hôpital et autres hôtels-Dieu, synonymes de mouroirs pour indigents ».[39]

Jean-Étienne-Dominique ESQUIROL était le tenant d'une psychiatrie morale. Pour lui, le lieu de traitement des malades mentaux devait être dirigé par une autorité forte, un médecin qui devait être au centre de la vie de l'institution et de ses malades. Ce lieu de cohabitation entre aliénés devenait un moyen de thérapie en lui-même. Les théories de Jean-Étienne-Dominique ESQUIROL en matière institutionnelle peuvent se résumer en un aphorisme contenu dans sa thèse: «Une maison d'aliénés est un instrument de guérison; entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales».[40] Cette idée fut largement oubliée par ses successeurs qui, pour

32 Robert CASTEL, *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme* ; Les Éditions de Minuit, Paris, 1976, p.76
33 11 mai 1794
34 Robert CASTEL*, L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme ; Les Éditions de Minuit, Paris, 1976, p.76*
35 Maurice ROCHAIX, *Essai sur l'évolution des questions hospitalières* ; Thèse de doctorat, Université de Bourgogne, Dijon, 1957
36 Robert CASTEL, *L'ordre psychiatrique: l'âge d'or de l'aliénisme* ; Éditions de Minuit ; Janvier 1977
37 Claude QUÉTEL, *Histoire de la folie* ; Paris, Éditions Tallandier, 2012, p.259
38 Gladys SWAIN, Marcel GAUCHET ; *La pratique de l'esprit humain, l'institution asilaire et la révolution démocratique*, Gallimard, 1980
39 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE ; *Le secteur psychiatrique* ; Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ? ; Paris, 1994, pp.10-11
40 Jean-Étienne-Dominique ESQUIROL ; *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de la maladie mentale ;* Thèse de médecine de Paris n° 574, 1805, Didot Jeune, Paris, 1805

beaucoup, contribuèrent à faire des asiles des lieux de réclusion pour des malades mentaux plus considérés comme des parias dont la société devait se protéger que comme des êtres souffrants d'une pathologie devant être médicalement soulagée.

Les idées novatrices de Jean-Étienne-Dominique ESQUIROL furent actualisées et enrichies par les tenants du courant de la psychothérapie institutionnelle[41] (Georges DAUMÉZON, François TOSQUELLES notamment) plus d'un siècle après leur rédaction. Ces derniers reprirent l'idée esquirolienne de l'usage de l'institution psychiatrique comme outil de soin[42]. Ces jeunes psychiatres français voulaient éradiquer les éléments oppressifs de l'institution psychiatrique pour n'en conserver qu'un espace adapté à un traitement psychothérapeutique[43]. Pour devenir un véritable outil thérapeutique, l'institution devait elle-même être soignée[44].

Jean-Étienne-Dominique ESQUIROL n'était pas seulement un brillant praticien, formateur de la majorité des médecins aliénistes de son époque. Avec trois autres grands aliénistes de l'époque, également élèves de Philippe PINEL (Guillaume Marie André FERRUS[45], Jean-Pierre FALRET[46], Adéodat FAIVRE[47])[48], il a aussi contribué à une évolution juridique majeure en matière psychiatrique: la loi du 30 juin 1838[49]. Cette loi resta quasiment intacte (statut juridique du malade mental intégralement modifié en 1968[50]) et en vigueur pendant cent cinquante-deux ans jusqu'à son abrogation par la loi du 27 juin 1990[51] (« un monument national, un monument juridique52 »). Les grands

41 Le terme fut créé par Georges DAUMÉZON et Philippe KOECHLIN dans un article resté célèbre (« La psychothérapie institutionnelle française contemporaine », *Anais portuguéses de psiquiatria*, Vol.4, n°4, décembre 1952, pp.271-312)

42 Lucien BONNAFÉ parla même de doctrine post-esquirolienne dans un article resté fameux (« La doctrine post-esquirolienne » ; *L'Information psychiatrique* n°4, Avril 1960)

43 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Paris, Odile Jacob, 2015, pp.139-140

44 Géraldine GOULIER, Olivier ANDLAUER, Daniel SECHTER, « Politique et psychiatrie, quelle place dans la formation ? », *L'information psychiatrique*, volume 89, no. 8, 2013, p.687

45Guillaume Marie André FERRUS, *Des Aliénés, considérations : 1° sur l'état des maisons qui leur sont destinées tant en France qu'en Angleterre, sur la nécessité d'en créer de nouvelles en France et sur le mode de construction de ces maisons; 2° sur le régime hygiénique et moral auquel ces malades doivent être soumis; 3° sur quelques questions de médecine légale ou de législation relatives à leur état civil,* Paris, M^{me} Huzard, 1834

46 Jean-Pierre FALRET, *Observations sur le projet de loi relatif aux aliénés*, Paris, imprimerie Adolphe Everat, 1837

47 Adéodat FAIVRE, *Examen critique du projet de loi sur la séquestration des aliénés*, Lyon, Maire Frères Libraires, 1838

48 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Bordeaux, LEH Éditions, 2019, p.107

49 Loi n°7443 du 30 juin 1838 sur les aliénés

50 Loi n°68-5 du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs

51 Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation

aliénistes de cette époque furent donc consultés lors de la préparation du texte de loi. Pourtant, ils furent presque absents lors des débats et leurs noms furent peu évoqués par les parlementaires[53].

Jean-Étienne-Dominique ESQUIROL demandait qu'un texte législatif vînt combler le vide laissé par l'abolition des lettres de cachet en 1790.[54] En effet, depuis l'abolition de 1790, les aliénés dépendaient des villes et de la justice qui devait les faire enfermer. Toutefois, les lenteurs de la justice provoquaient des internements par l'administration. « Les aliénés sont enfermés sans statut légal, en vertu de dispositions réglementaires variant d'un département à l'autre. »[55] En 1832, Jean-Étienne-Dominique ESQUIROL devient plus pressant dans ses écrits et exigeait « une loi qui règle les mesures d'isolement ».[56]

La loi, votée le 14 juin 1838[57] ne s'appuya finalement que très peu sur les rapports et les écrits de Jean-Étienne-Dominique ESQUIROL[58] car les parlementaires avaient à cœur de façonner un texte reposant sur des concepts juridiques et non sur la science médicale[59]. Néanmoins nombreux sont les historiens, les juristes et parlementaires à qualifier ce texte législatif de « loi Esquirol »[60] alors que, comme le précise Alexandre LUNEL, « ses analyses et propositions ne vont donc guère avoir d'impact sur la future loi qui paradoxalement portera son nom ! »[61]. Lui-même ne revendiquait pas la paternité de ce texte et il nous semble plus juste de suggérer que cette loi fut la conclusion juridique d'une longue réflexion médicale et philosophique amorcée au siècle des Lumières et

52 Jean AYME, « Le devenir de la loi du 30 juin 1838 : rénovation ou innovation ? ; *L'Information Psychiatrique*, Vol. 62, n°7, septembre 1986, p.823
53 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Bordeaux, LEH Édition, 2019, p.107
54 Décret royal du 16 mars 1790
55 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Presses Universitaires de France ; Paris, 1994, p.12
56 Jean-Étienne-Dominique ESQUIROL ; *Mémoire sur l'isolement des aliénés* ; 1832
57 Claude QUÉTEL, *Histoire de la folie* ; Paris, Éditions Tallandier, 2012, p.290
58 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Bordeaux, LEH Édition, 2019, p.108
59 *Ibid*., pp.108-109
60 Jean-René LECERF, Avis n°477 (2010-2011) fait au nom de la commission des lois, déposé le 27 avril 2011, p.9, p.91 ; Lydie COUTURIER, « L'enfermement des aliénés : l'asile de Stephansfeld (Bas-Rhin, 1835-1860) et la loi de 1838 », *Revue d'histoire de la protection sociale*, vol. 7, no. 1, 2014, p.60 ; Géraldine GOULIER, Olivier ANDLAUER, Daniel SECHTER, « Politique et psychiatrie, quelle place dans la formation ? », *L'Information Psychiatrique*, volume 89, no. 8, 2013, p.686 ; Annie FREDON, Arsène HU-YEN-TACK, Guide juridique de l'hospitalisation sous contrainte. Conséquences pratiques des réformes de 2011 et 2013 et projet de loi de santé 2015, Bordeaux, LEH Édition, 2015
61 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Bordeaux, LEH Édition, 2019, p.108

poursuivie pendant la Révolution française par Philippe PINEL.

Les débats parlementaires concernant la loi sur les aliénés furent riches et mobilisèrent les députés et les sénateurs pendant plus de dix-huit mois[62] (entre le 6 janvier 1837[63] et le 18 juin 1838). Les parlementaires étaient presque unanimes[64] sur la nécessité créer une nouvelle norme juridique en matière d'internement des aliénés (la désapprobation du texte était principalement d'ordre budgétaire[65]) et Claude QUÉTEL note qu'« à aucun moment, une voix ne s'élève pour s'opposer au principe même du projet.[66] ». Le texte enthousiasma certains parlementaires qui déposèrent de multiples amendements et le texte fit plusieurs fois la navette entre la Chambre des députés et le Sénat avant d'être définitivement voté le 14 juin (par 216 voix contre 16 à la Chambre des députés[67]) et promulgué le 30 juin 1838[68].

« Il faut bien reconnaître que la loi de 38 était déjà une loi de secteur.[69] »
Pierre BAILLY-SALIN

Comme le précisait l'historien Claude QUÉTEL dans un article sur les asiles français en 1900, « L'institution asilaire a la terreur du "vide" ; elle ne laisse pas une minute au hasard, canalisant à chaque instant la folie, la privant de toute initiative. Dès le début du XIXème, aliénistes et législateurs sont d'accord pour imposer des règles contraignantes[70] ». La promulgation de la loi du 30 juin 1838 intervint donc dans un contexte propice à la réglementation du statut des aliénés et de leurs soins dans des lieux

62 Alexandre LUNEL, « La loi de 1838 sur les aliénés : ordre public ou offre de soins ? » *in Folie et déraison : regards croisés sur l'évolution juridique des soins psychiatriques en France : pouvoir, santé et société*, ouvrage issu des 2èmes journées d'histoire du droit de la santé organisées le 13 mars 2015 à Paris par l'EA 1581 Droit médical et de la santé (DMS) de l'Université Paris 8 et la Cour de cassation ; Bordeaux, LEH Édition, 2015, p.114
63 Projet de loi déposé par le Gouvernement Louis-Mathieu MOLÉ (1)
64 Idelette DE BURES, «A propos de la loi sur les aliénés du 30 juin 1838 : histoire de la psychiatrie» ; *Histoire des sciences médicales*, 2006, Vol.40, pp.301-304, Arodan, 2006 – Société française d'histoire de la médecine, p.301
65 Jean GARRABÉ, « La dimension sociale de la psychiatrie française » *in* Jean-Paul ARVEILLER (dir.) *; Pour une psychiatrie sociale ;* Éditions Érès « Hors collection », 2002, p.56
66 Claude QUÉTEL, *Histoire de la folie* ; Paris, Éditions Tallandier, 2012, p.287
67 *Ibid*., p.290
68 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Bordeaux, LEH Édition, 2019, p.107
69 Pierre BAILLY-SALIN, «L'Etat se met de la partie» *in Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches*, n°17, Mars 1975, p.213
70 Claude QUÉTEL, «L'asile d'aliénés en 1900» ; *L'Histoire*, n°7, décembre 1978, p.26

dédiés. Par l'intermédiaire de cette loi, le législateur français démontra sa volonté de soutenir une authentique politique en matière de psychiatrie publique[71]. Avec ce texte législatif, la France devint le premier pays européen à promouvoir un soutien national au traitement institutionnel des malades psychiques ainsi qu'un financement public des asiles d'aliénés[72].

Le titre premier de la loi est consacré à l'institution, au lieu où les aliénés seront désormais internés, traités et protégés. L'obligation départementale est énoncée dès l'article premier alinéa un de la loi. Les départements pouvaient construire un nouvel hôpital ou un réaménager un ancien pour le consacrer aux aliénés. Ils avaient également la possibilité de conclure des accords avec les départements limitrophes qui s'engageaient à recevoir les aliénés dans leurs hôpitaux. De plus, le texte offrait la possibilité aux départements de conclure des conventions avec des établissements privés faisant office de service public de psychiatrie (souvent des congrégations religieuses)[73]. Ces conventions conclues par les départements devaient toutes être approuvées par le ministre de l'intérieur (le premier ministère de la Santé publique ne fut créé qu'en 1930 et fut attribué à Désiré FERRY[74]) qui exerçait donc un contrôle strict sur l'organisation choisie par les départements en matière de traitement des aliénés[75]. Toutefois, comme le souligne Alexandre LUNEL, le législateur de 1838 ne pouvait se montrer trop intransigeant et ne désirait « donc pas imposer aux départements de créer leur propre établissement.[76]». A ce titre, l'auteur mentionne une circulaire d'application du ministre de l'Intérieur du 5 août 1839 adressée aux préfets[77].

Les articles suivants (deux, trois et quatre) démontraient également la volonté de

71 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Presses Universitaires de France ; Paris, 1994, p.14

72 Patricia SINCLAIR LEGG, *The impact of war and occupation in psychiatric hospitals in France 1939 to 1944* (*L'impact de la guerre et de l'Occupation sur les hôpitaux psychiatriques en France 1939-1944*) ; University of Southampton (Université de Southampton), History (Histoire), 2017, p.1

73 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Bordeaux, LEH Édition, 2019, p.110

74 Didier TABUTEAU, *Les contes de Ségur : les coulisses de la politique de santé, 1988-2006* ; Paris, Ophrys, 2006, p.35

75 Claude QUÉTEL, *Histoire de la folie* ; Paris, Éditions Tallandier, 2012, p.291

76 Alexandre LUNEL, « La loi de 1838 sur les aliénés : ordre public ou offre de soins ? » *in Folie et déraison : regards croisés sur l'évolution juridique des soins psychiatriques en France : pouvoir, santé et société*, ouvrage issu des 2èmes journées d'histoire du droit de la santé organisées le 13 mars 2015 à Paris par l'EA 1581 Droit médical et de la santé (DMS) de l'Université Paris 8 et la Cour de cassation ; Bordeaux, LEH Édition, 2015, p.117

77 Circulaire du 5 août 1839 du ministre de l'Intérieur concernant l'exécution des articles 1, 25, 26, 27 et 28 de la loi du 30 juin 1838 : « […] Il n'est donc nullement à souhaiter que chaque département se grève de la charge d'établir et d'entretenir un hospice spécial consacré aux aliénés. »

l'administration de conserver le contrôle sur les établissements nouvellement créés. Les articles deux et trois étaient, à ce titre, explicites : « Les établissements publics consacrés aux aliénés sont placés sous la direction de l'autorité publique. Les établissements privés consacrés aux aliénés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique.[78]». La nature juridique de l'établissement (public ou privé) importait peu car la protection de la société restait l'objectif majeur de l'autorité publique.

À ce titre, il convient de noter que l'article 18 de la loi faisait un lien direct entre la dangerosité sociale et la maladie mentale: « À Paris, le préfet de police, et, dans les départements, les préfets ordonneront d'office le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite, ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes.»

Les établissements d'aliénés (nom donné par la loi aux asiles) devinrent donc le réceptacle de la dangerosité sociale véhiculée par le fou, par l'homme déraisonnable. Ils se virent attribuer la fonction de canaliser et d'assagir des éléments dérangeants dont la société ne veut plus voir perturber impunément la tranquillité publique. Les établissements d'aliénés permirent, pour la première fois en France, de rationaliser le traitement social de la folie en jugulant ses manifestations les plus visibles. Son rôle et ses objectifs étaient donc initialement plus sociaux et protecteurs de l'ordre public que médicaux et curateurs. Leur création et leur fonctionnement furent financés par les collectivités publiques[79] et donc par la redistribution fiscale.

Par l'intermédiaire de la loi du 30 juin 1838, la société française institutionnalisa la folie en la reléguant dans des lieux visant à apaiser ses propres fantasmes (religieux, culturels, sociaux) relatifs à la personnalité énigmatique de '' l'aliéné ''. Pourtant, l'objectif assigné à ce texte était tout autre : « créer des lieux d'accueil et de protection pour le traitement des malades mentaux.[80] ». Cette loi, considérée par certains comme une des premières lois sociales[81], donna à l'aliéniste un pouvoir d'assignation à résidence et de maintien en détention, exorbitant du droit commun. Pour Marie-Claude GEORGES et

78 Loi n°7443 du 30 juin 1838 sur les aliénés
79 Jean GARRABÉ, « La dimension sociale de la psychiatrie française » *in* Jean-Paul ARVEILLER (dir.) *; Pour une psychiatrie sociale ;* Éditions Érès « Hors collection», 2002, p.56
80 Jean AYME, « Réformer la loi de 1838 ? Les nouvelles modalités thérapeutiques et les exigences qui en découlent sur le plan juridique » ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.60, N°spécial, novembre 1984, p.1145
81 Jean GARRABÉ, « La dimension sociale de la psychiatrie française » *in* Jean-Paul ARVEILLER (dir.) *; Pour une psychiatrie sociale ;* Éditions Érès « Hors collection», 2002, p.56

Yvette TOURNE, la loi de 1838 « consacre la victoire du mouvement aliéniste, même s'il apparaît qu'elle fut porteuse d'autant de régressions que d'avancées en matière de santé mentale.[82] ».

Les psychiatres désaliénistes avaient une opinion peu positive de la loi du 30 juin 1838 et la jugeaient assez sévèrement. Pour Hubert MIGNOT, les malades psychiques n'auraient profité de cette évolution législative qu'à un seul titre : « l'accès à une forme d'assistance spécialisée déjà plus nettement médicalisée »[83]. Georges DAUMÉZON et Lucien BONNAFÉ furent plus intransigeants avec le texte de 1838 et le caractérisèrent comme étant un « amalgame : mesure de placement + régime interne déterminé + incapacité + gestion des biens + droit aux soins dans le cadre d'une assistance spéciale »[84].

La partie institutionnelle de la loi ne put être appliquée que partiellement et la volonté du législateur de voir ouvrir au minimum un asile par département ne réalisa pas immédiatement. « L'exigence aliéniste d'un quadrillage de tout le territoire par un système homogène d'établissements publics[85] » échoua. Pour Robert CASTEL, les raisons de cet échec se trouvaient dans le texte même de la loi, dans « la faculté laissée aux départements de passer convention avec des établissements publics ou privés existant déjà.[86] ».

Toutefois, il nous semble un peu radical de parler d'échec institutionnel total pour la loi du 30 juin 1838. En effet, au début de la IIIème République (années 1870), les asiles d'aliénés sont répandus sur l'ensemble du territoire français sous des formes diverses :
« - 46 sont des établissements placés sous la direction de l'autorité publique (dont 38 appartenant aux départements) ;
- 58 sont des établissements placés sous la surveillance de l'autorité publique et se répartissent à leur tour comme suit : 18 quartiers d'hospice et 40 asiles privés (dont 18 faisant fonction d'asiles publics, les autres ne recevant que des pensionnaires

82 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE ; *Le secteur psychiatrique* ; Paris, Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ?, 1994, p.13
83 Hubert MIGNOT, « Réflexions sur une nouvelle législation » ; *Évolution psychiatrique*, juin 1967
84 Lucien BONNAFÉ, Georges DAUMÉZON, « L'internement, conduite primitive de la société devant le malade mental *in Le malade mental dans la société, Documents de L'Information Psychiatrique*, I, 1946, pp. 79-107
85 Robert CASTEL, *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme* ; Les Éditions de Minuit, Paris, 1976, pp.233-234
86 *Ibid*., pp.233-234

payants).[87] »

Puis « l'âge d'or de l'aliénisme » se poursuivit pendant quelques dizaines années grâce aux actions de médecins aliénistes déterminés. Suite à cet " âge d'or ", les asiles connurent une période beaucoup plus sombre marquée par la contestation de l'arbitraire des internements (« Dans les années 1860, un mouvement de remise en cause de l'internement et l'institution asilaire se développe[88] ») et les traitements inhumains et répressifs[89] (brutalité des gardiens d'asile[90], sauvagerie de certaines méthodes de traitement[91], mépris des droits humains élémentaires, travaux excessifs peu rémunérés[92]…). A partir des années 1860, des voix s'élevèrent au sein de la société française pour dénoncer les graves manquements et les turpitudes des asiles psychiatriques. Une campagne de presse ira même jusqu'à alarmer le Sénat[93].

Lors du premier quart du 20ème siècle, la contestation du texte législatif sur les aliénés et ses conséquences humaines et institutionnelles ne cessèrent pas. Comme au siècle précédent, la contestation de la loi fut principalement l'œuvre des psychiatres. Ces psychiatres furent parfois soutenus par des journalistes et des hommes de lettre.

Parmi les psychiatres contempteurs du texte du 30 juin 1838, le plus déterminé et le plus virulent était le fondateur de la psychiatrie extrahospitalière moderne en France : le Dr Édouard TOULOUSE. Le Dr TOULOUSE commença sa critique de la loi du 30 juin 1838 dès 1896 dans son second ouvrage[94]. Il la poursuivit constamment au cours de sa carrière hospitalière. Sa première grande victoire institutionnelle contre la loi et son esprit fut l'ouverture en 1922 d'un service de soins libres dans des locaux de l'Hôpital Sainte-Anne[95]. En effet, les patients soignés dans cette structure l'étaient hors du cadre du texte

87 Claude QUÉTEL, « L'asile d'aliénés en 1900 » ; *L'Histoire*, n°7, décembre 1978, p.27
88 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Bordeaux, LEH Édition, 2019, p.118
89 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Collection Que sais-je ?, Presses Universitaires de France ; Paris, 1994, p.15
90 Marcel JAEGER, « Le gardiennage psychiatrique de la Révolution française au Front populaire» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.58, n°6, juin 1982, pp.773-774
91 Claude QUÉTEL, *Histoire de la folie* ; Paris, Éditions Tallandier, 2012, pp.360-364
92 *Ibid*., p.329
93 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Bordeaux, LEH Édition, 2019, p.118
94 Édouard TOULOUSE, *Les causes de la folie ;* Société d'éditions scientifiques, 1896
95 Michel HUTEAU, *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République. La biocratie d'Édouard Toulouse,* Paris, L'Harmattan, 2002, p.197

de 1838[96] et pouvaient ainsi ne pas être internés sous contrainte.

À l'occasion du centenaire du texte fondateur de la psychiatrie française (1938) et un an après la publication de la circulaire du 13 octobre 1937 créant les dispensaires d'hygiène mentale, des psychiatres d'asiles, devenus pour certains des figures indépassables en matière d'expérimentations institutionnelles novatrices, publièrent des projets de réforme de la loi du 30 juin 1838. Ces projets furent notamment publiés dans les *Annales médico-psychologiques* de 1938[97].

La guerre contre l'Allemagne puis l'occupation de la France par les armées bloquèrent politiquement et institutionnellement toute remise en cause de la loi du 30 juin 1838. Pendant cette période, la contestation fut gelée[98] et seuls quelques jeunes psychiatres audacieux réussirent à manifester leur rejet de l'alénisme ségrégatif et oppressif par l'intermédiaire de pratiques humanistes et progressistes. Toutefois, ce gel de la contestation de la loi fondamentale de la psychiatrie française fut provisoire et la Libération de la France permit de libérer une parole publique jusqu'ici étouffée par l'idéologie nazie et vichyste.

Deux projets de réforme de la loi du 30 juin 1838 furent soumis aux autorités ministérielles dès 1945. L'un émanait des jeunes médecins-chefs très actifs pendant l'Occupation[99] et poursuivait l'ouvrage commencé dans les années 1930 notamment en matière de développement des dispensaires d'hygiène mentale. Le second projet fut pensé autour de la réalisation réussie du Dr Édouard TOULOUSE : le service libre de prophylaxie mentale[100]. Aucun des deux projets ne fut véritablement retenu et à la fin de l'année 1945, la volonté de refonte de la loi du 30 juin 1838 échoua et demeura au stade des intentions. La fin du gouvernement provisoire marqua un arrêt temporaire des espoirs

96 Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, «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, Stéphane TISON (dir.), *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^{e}-XX^{e} siècles),* Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2013, p.263

97 Nicolas HENCKES, « Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique: la trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant-guerre aux années 1950 » ; *Genèses*, 2009/3(n°76), p.85

98 *Ibid*., p.85

99 Certains d'entre eux, dont Lucien BONNAFÉ, prirent une part active à la Résistance armée contre l'occupant allemand.

100 Expression relevée et brièvement analysée par Henri DUCHÊNE dans son rapport présenté à la réunion du groupe de Sèvres du 26 octobre 1958

de réforme d'ensemble du texte fondateur[101].

Malgré l'échec de la tentative de réforme globale de la loi du 30 juin 1838 entre 1945 et 1947, les psychiatres désaliénistes ne désarmèrent pas et continuèrent de manifester leur opposition au maintien en vigueur de ce texte jugé suranné et désormais inadapté au contexte sanitaire et social français. Ils utilisèrent au mieux les brèches ouvertes par la circulaire du 13 octobre 1937 permettant l'ouverture de dispensaires d'hygiène mentale et de ce fait le développement d'une politique de soins psychiatriques extrahospitaliers contraire à la lettre de la loi sur les aliénés. *De facto*, la loi du 30 juin 1838 était battue en brèche avec l'accord des autorités sanitaires qui voyaient dans la pratique du secteur psychiatrique une perspective de rationalisation administrative et financière. Toutefois, la loi sur les aliénés demeurait en vigueur et lors de la publication de la circulaire fondatrice de la sectorisation psychiatrique du 15 mars 1960, les autorités sanitaires françaises savaient qu'elles étaient contraintes juridiquement par le carcan de la vieille loi[102]. Les réticences à son abandon (notamment par la Justice[103]) pesèrent également sur son maintien malgré un scepticisme grandissant sur son actualité et son adaptabilité à la situation présente des malades psychiques et de leurs structures de soins.

L'effectivité du texte voté au 19ème siècle obligeait les hautes autorités administratives à demander la structuration de la psychiatrie par l'intermédiaire de normes règlementaires. Sur le modèle de la circulaire du 15 mars 1960, ces règlements furent élaborés conjointement par les autorités administratives et médicales. Parmi celles-ci, nous pouvons citer la circulaire du 14 mars 1972[104] qui proposa aux principaux acteurs du soin psychiatrique la conclusion de conventions de secteur. Cette circulaire fut complétée par un arrêté datant du même jour. Cet usage des règlements fut très fréquent dans la

101 Nicolas HENCKES, « Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique : la trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant-guerre aux années 1950 » ; *Genèses*, 2009/3 (n°76), p.86

102 Eugène AUJALEU, « L'Etat se met de la partie » *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.188

103 *Ibid.*, p.188

104 Circulaire n°431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentale, l'alcoolisme et les toxicomanies

construction juridique de la sectorisation psychiatrique. Il se poursuivit jusqu'en 1985[105], année où deux textes législatifs[106] mentionnèrent explicitement la sectorisation psychiatrique (le premier sous la forme d'un seul article d'une loi portant diverses dispositions d'ordre social et le second sous la forme d'une loi dédiée à ce mode d'organisation).

La légalisation, en 1985, du secteur psychiatrique en France fut donc le fruit d'un long mûrissement idéologique et d'une remise en cause de pratiques plusieurs fois séculaires. Dans leur ouvrage consacré au secteur psychiatrique Marie-Claude GEORGES et Yvette TOURNE notaient que : « La psychiatrie de secteur est née d'un long travail de l'institution réalisant ainsi sa propre réforme par la remise en cause des principes même de sa fondation: le pouvoir thérapeutique de l'institution sur l'aliéné et son corollaire, l'isolement autoritaire. La doctrine du secteur en prend le contre-pied par une pratique fondée sur la relation psychothérapeutique avec le patient dans et 'hors" les murs
et le maintien du lien social avec son environnement naturel.»[107]

Le législateur a attendu 1985 pour normaliser une organisation déjà largement consacrée par la pratique médicale. Depuis la Libération, en 1945, les psychiatres français pensent et appliquent cette méthode humaniste d'appréhension de l'organisation institutionnelle et territoriale de la prise en charge médicale des aliénés devenus des patients, des malades psychiques puis des souffrants psychiques.

Notre recherche s'organise en deux parties correspondant à deux périodes historiques. Ainsi, la première qui va de 1937 à 1960 est-elle consacrée à analyser les efforts communs (médicaux et administratifs) pour construire les fondements juridiques et idéologiques de la sectorisation psychiatrique. En effet, 1937 marque l'année de promulgation de la première des circulaires dites Rucart relatives à l'organisation des soins psychiatriques et 1960 fut l'année de la promulgation de la circulaire fondatrice de la

105 Circulaire n°443 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents
Circulaire n°78 du 15 janvier 1974 relative aux conseils de santé mentale de secteur
Circulaire du 28 mars 1977 portant sur la création des Centres Médico-Psychologiques Régionaux
Arrêté du 23 juin 1977 relatif au diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique
Arrêté du 20 mai 1980 Formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique
106 Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social
Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique
107 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Collection Que sais-je ?, Presses Universitaires de France ; Paris, 1994, p.5

sectorisation psychiatrique, « fruit d'une étroite collaboration entre fonctionnaires du ministère et psychiatres réformateurs[108] » (**Première partie**). De façon irrégulière et continue, la sectorisation psychiatrique se développa sur l'ensemble du territoire français à partir de 1960. Elle se renforça surtout à partir de 1972 où une circulaire et un arrêté du 14 mars vinrent préciser la nature nouvelle des rapports de collaboration entre les deux principaux acteurs de la psychiatrie institutionnelle. Néanmoins, la sectorisation psychiatrique continua de reposer sur des normes instables et il fallut attendre deux lois votées en 1985 pour qu'elle fût légalisée. Pendant cette période (1960-1985), les avancées juridiques en matière d'organisation des soins psychiatriques continuèrent d'être le résultat de relations étroites et privilégiées entre les hauts fonctionnaires du ministère de la Santé publique et le corps des psychiatres (**Deuxième Partie**).

108 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Bordeaux, LEH Édition, 2019, p.143

Première partie: La construction d'une nouvelle organisation des soins psychiatriques: des circulaires Rucart de 1937-1938 à la circulaire du 15 mars 1960

L'organisation de la psychiatrie française reposait exclusivement sur le modèle asilaire jusqu'en 1937 malgré l'expérimentation de « *l'open-door* »[109] et l'introduction progressive de services «libres» ou «ouverts» dans les hôpitaux pendant l'entre-deux-guerres. En 1937, parut une circulaire qui vint radicalement remettre en question les modes de prise en charge des malades psychiques. Cette circulaire, bien qu'elle ne fut pas appliquée immédiatement, constitua une référence juridique et idéologique pour les psychiatres novateurs de l'après-guerre.

L'Occupation et le pillage économique de la France par l'armée allemande ainsi que la politique de collaboration menée par le gouvernement de Vichy provoqua de nombreuses pénuries notamment en nourriture et en combustible de chauffage. Les hôpitaux psychiatriques subirent violemment la pénurie. Les malades psychiques, plus que les autres membres de la société, eurent à souffrir de la faim, du froid et des maladies. Ils moururent sordidement par dizaines de milliers dans presque tous les hôpitaux psychiatriques de France[110].

Seuls les hôpitaux psychiatriques où les médecins directeurs purent mener des politiques thérapeutiques originales er s'écartant de la doxa asilaire réussirent à limiter l'hécatombe des malades psychiques. Parmi ces médecins directeurs novateurs, il convient de citer le nom d'un homme qui révolutionna l'organisation de la psychiatrie en France, Lucien BONNAFÉ. Lucien BONNAFÉ dirigea l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban-sur-Limagnole (Saint-Alban) pendant plus de dix-huit mois. Après le départ de Lucien BONNAFÉ et pendant de nombreuses années après la fin de la Seconde Guerre mondiale, cet hôpital demeura un symbole de l'efficacité de la lutte contre l'inéluctabilité asilaire.

---

109 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Bordeaux, LEH Édition, 2019, p.119, pp.125-126

110 Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, *L'Hécatombe des fous. : La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation* ; Éditions Aubier, 2007

Lucien BONNAFÉ était un jeune psychiatre influencé par le mouvement surréaliste dont il fit partie à Toulouse, la ville de ses études. Grâce à la gratuité des transports ferroviaires dont il bénéficiait, il put faire la connaissance de surréalistes célèbres à Paris. Le surréalisme exerça une influence majeure sur ce jeune médecin qui revendiqua toute sa vie les effets bénéfiques de la leçon surréaliste. Ce sont le surréalisme et l'expérience de la gestion de l'Hôpital de Saint-Alban qui lui permirent de construire et de développer un courant original et peu étudié : le désaliénisme.

Les origines de la sectorisation psychiatrique française semblent donc se trouver dans une circulaire novatrice et dans l'action volontariste de jeunes médecins décidés à en finir avec un aliénisme déshumanisant. Ces hommes eurent à affronter le choc de l'horreur de la mort massive des malades psychiques. Certains, dont Lucien BONNAFÉ, furent des dirigeants de la Résistance. D'autres comme Francesc TOSQUELLES (à l'Hôpital de Saint-Alban) poursuivirent la lutte de transformation organisationnelle et thérapeutique au sein de l'institution psychiatrique. (**Chapitre 1**)

Malgré les efforts entrepris par les concepteurs de la directive du 13 octobre 1937, l'organisation de la psychiatrie française, après la libération du pays, demeurait très attachée au modèle asilaire. Toutefois, les psychiatres réformateurs (souvent membres de commissions ministérielles ou conseillers ministériels) ne désarmèrent pas et trouvèrent auprès du premier ministre de la Santé publique de l'après-guerre, François BILLOUX, une oreille attentive et bienveillante. Cette compréhension ministérielle s'ajouta aux conclusions de deux grandes réunions de la psychiatrie menées à l'Hôpital Sainte-Anne à Paris (en 1945 et en 1947).

Ces deux réunions permirent de jeter les fondements de ce qui devint en 1960, par la circulaire du 15 mars, la psychiatrie de secteur. Cette circulaire fondatrice fut le fruit de la collaboration entre hauts fonctionnaires du Ministère de la Santé publique et de la Population (Eugène AUJALEU, Pierre Jean, Marie-Rose MAMELET notamment)[111] et psychiatres désaliénistes conseillers techniques au même Ministère (Hubert MIGNOT, Pierre BAILLY-SALIN, Philippe KOECHLIN, Gilles BOUQUEREL)[112]. Elle s'accompagna

111 Magali COLDEFY, *De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France*, Thèse Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 2010, p.159

112 Marie-Rose MAMELET, « Genèse de la circulaire de 1960. L'Etat se met de la partie » *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur ;* Recherches n°17, Mars 1975, p.188

d'une seconde circulaire, moins connue, relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens.

Entre 1960 et 1972, l'administration ministérielle multiplia les efforts de régulation normative concernant la sectorisation psychiatrique. Ces efforts permirent aux psychiatres et aux directions d'établissements de soins psychiatriques de disposer de plus d'outils pour établir une politique planifiée de lutte contre les maladies psychiques. De plus, les efforts administratifs se firent également ressentir dans un domaine parallèle à l'organisation psychiatrique : la formation des infirmiers psychiatriques. Celle-ci avait été longtemps négligée et après la guerre les psychiatres et les administrations ministérielles essayèrent de construire une profession jusque-là méprisée et assimilée à du gardiennage (**Chapitre 2**).

Chapitre 1: Aux origines de la sectorisation psychiatrique en France

Traditionnellement, l'histoire de la psychiatrie donne la circulaire du 15 mars 1960 pour date de naissance de la psychiatrie de secteur. Cette assertion semble partiellement exacte. La circulaire du 15 mars 1960 fut effectivement l'acte normatif fondateur de la sectorisation psychiatrique. Toutefois, il ne fut pas le premier acte normatif à envisager une répartition sectorisée des malades souffrant de troubles psychiques. En effet, la circulaire du 13 octobre 1937 (dite circulaire Rucart) prévoyait une répartition sectorisée des dispensaires d'hygiène mentale. L'inspirateur de cette circulaire était le médecin hygiéniste, Robert-Louis HAZEMANN, adjoint du ministre Henri SELLIER. Lucien BONNAFÉ fit de cet homme le véritable créateur du secteur[113].

Si certains font de la loi du 30 juin 1838 le premier acte juridique de la genèse de la sectorisation psychiatrique, l'immense majorité des analystes de la sectorisation psychiatrique (juristes, psychiatres, sociologues, géographes, politologues) admet la circulaire du 13 octobre 1937 comme fondement normatif et le désaliénisme et le mouvement surréaliste comme fondements idéologiques. (**Section 1**)

113 Lucien BONNAFÉ, «L'esprit du secteur», entretien donné à Catherine Talbot-Lengellé pour la revue *Santé Mentale* n° 51, Octobre 2000

Si la sectorisation psychiatrique put officiellement devenir la politique d'organisation des soins en santé mentale à partir de la circulaire du 15 mars 1960, elle le dut essentiellement à l'action énergique et déterminée de jeunes psychiatres progressistes ouverts aux idées du médecin allemand Hermann SIMON concernant le caractère nocif et délétère de l'institution asilaire. Ces jeunes psychiatres avaient pour certains commencé leur carrière pendant l'Occupation c'est à dire dans une période de pénurie. Parmi ces jeunes psychiatres, Lucien BONNAFÉ se distingua. En effet, en même temps que son poste de médecin-directeur de l'Hôpital de Saint-Alban, il dirigeait avec d'autres le Front national des médecins. Après la Libération de la France, il joua un rôle majeur dans le développement des idées nouvelles sur l'organisation de la psychiatrie en France. C'est lui qui, en 1945, aux journées de Sainte-Anne, qui le premier prononça le terme de secteur. C'est également lui qui fonda, informellement, le courant désaliéniste. Le désaliénisme naquit probablement à l'Hôpital de Saint-Alban, comme la psychothérapie institutionnelle, pendant la période de l'Occupation. Il s'y élabora (Groupe du Gévaudan) et s'y enrichit grâce à notamment Francesc TOSQUELLES. A l'Hôpital de Saint-Alban, les idées désaliénistes des psychiatres s'appliquèrent immédiatement et connurent un franc succès, notamment auprès d'une nouvelle génération de psychiatres n'ayant pas connu le sort des malades psychiques pendant l'Occupation (Jean OURY par exemple). L'Hôpital de Saint-Alban fut donc un symbole de ce que la volonté de rupture avec la logique asilaire pouvait réussir. (**Section 2**)

Section 1 : Les fondements modernes du secteur psychiatrique

Le concept de secteur psychiatrique n'apparut pas *ex nihilo* en 1945 lors des Journées nationales de la psychiatrie. Si Lucien BONNAFÉ fut le créateur de l'expression de secteur lors de ces Journées, il n'en fut pas le seul concepteur. La naissance de cette idée nouvelle dans le paysage psychiatrique français fut l'aboutissement d'un long processus idéologique et empirique.

Bien que certains psychiatres (Pierre BAILLY-SALIN notamment) vissent dans la loi du 30 juin 1838 la première loi de secteur («Il faut bien reconnaître que la loi de 38 était

déjà une loi de secteur.[114] »), il nous semble plus exact de faire des circulaires dites Rucart leur fondement juridique. Ces circulaires furent toutes deux signées par Marc RUCART (alors ministre de la Santé publique) dans un objectif de modernisation de l'organisation des soins psychiatriques en France. Elles furent l'aboutissement de nombreuses expériences de deshospitalisation menées par des psychiatres français (notamment le Dr Édouard TOULOUSE à Paris) au sortir de la Première Guerre mondiale.

Ces deux circulaires concernaient donc la psychiatrie et son organisation mais elles avaient des objets différents. La première (la circulaire du 13 octobre 1937) était relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental et la seconde (la circulaire du 7 décembre 1938) portait sur le régime des aliénés. Leur efficience ne fut pas immédiate puisque la Seconde Guerre mondiale freina leur application. Toutefois, ces directives eurent, surtout celle du 13 octobre 1937, une influence considérable sur les jeunes psychiatres issus du courant désaliéniste et de " l'école" de l'Hôpital de Saint-Alban (**Paragraphe 1**).

Les circulaires Rucart constituèrent le fondement juridique originel de la sectorisation psychiatrique française. Elles façonnèrent l'esprit et la forme d'une organisation de la psychiatrique qui ne naitra officiellement qu'en 1960. Toutefois, elles ne sauraient représenter à elles seules les fondements de la réforme initiée en 1945. En effet, la sectorisation psychiatrique fut l'aboutissement d'une longue construction idéologique et culturelle entamée par des intellectuels traumatisés par la violence des combats de la Première Guerre mondiale.

André BRETON et Louis ARAGON furent tous deux mobilisés dans les services sanitaires car ils étaient alors étudiants en médecine. André BRETON choisit même d'être interne dans un asile psychiatrique puisqu'il se destina un temps à devenir lui-même psychiatre. Au sortir de la guerre, les deux hommes abandonnèrent l'idée de devenir médecin et s'engagèrent dans une carrière littéraire.

Leur engagement littéraire s'orienta vers la création d'un mouvement : le surréalisme. Ce mouvement littéraire naquit en 1924 avec la publication par André

114 Pierre BAILLY-SALIN, « L'Etat se met de la partie » *in* François FOURQUET, Lion MURARD*, Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.213

BRETON du *Premier Manifeste du surréalisme*[115]*.* Dès sa fondation, ce mouvement littéraire revendiqua un intérêt pour la folie et ses manifestations. Selon les surréalistes, les fous seraient détenteurs d'une connaissance de la réalité intérieure de l'humain plus étendue que le reste des hommes[116].

André BRETON, notamment, publia de nombreux ouvrages ayant pour thème dominant la folie ou pour personnage principal un héros atteint d'une pathologie mentale (*Nadja*[117], *L'Immaculée Conception*[118] avec Paul ÉLUARD...). L'intérêt des surréalistes pour la folie ne se limita pas à la rédaction et à la diffusion d'ouvrages littéraires. Il revêtit des formes plus concrètes avec notamment la publication en 1925, dans *La Révolution surréaliste*, d'une *Lettre aux médecins-chefs des asiles de fous*[119]. Cette adresse très virulente aux représentants de l'ordre psychiatrique fut publiée par le poète Robert DESNOS assisté par Antonin ARTAUD et le médecin Théodore FRAENKEL[120].

Par la suite, le surréalisme ne renia jamais son intérêt originel pour la folie, les fous et leur apport à la compréhension de l'âme humaine. Par surcroît, ce mouvement littéraire protéiforme réussit à attirer en son sein des médecins (Théodore FRAENKEL) et même des médecins psychiatres comme Gaston FERDIÈRE (futur psychiatre d'Antonin ARTAUD à l'hôpital psychiatrique de Rodez)[121] ou Lucien BONNAFÉ.

Le jeune Lucien BONNAFÉ resta profondément marqué par son expérience du surréalisme. Celle-ci débuta à Toulouse durant ses années d'étude (création d'un ciné-club surréaliste, rencontres à Paris avec René CREVEL, André BRETON[122]) et se poursuivit par la suite par la construction d'un courant psychiatrique essentiel à la compréhension de l'histoire de la psychiatrie française de la seconde partie du 20ème siècle : le désaliénisme. Ce courant est présenté par le Professeur Jacques HOCHMANN comme la « réponse psychiatrique au surréalisme »[123] (**Paragraphe 2**).

115 Yvonne DUPLESSIS, *Le surréalisme ;* Paris, Presses Universitaires de France, Collection Que sais-Je ? p.12
116 *Ibid*., p.33
117 André BRETON, *Nadja*, Paris, Nouvelle Revue Française, 1928
118 André BRETON, Paul ÉLUARD, *L'Immaculé Conception ;* Paris, Éditions Surréalistes, 1930
119 *La Révolution surréaliste*, numéro 3, avril 1925
120 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Paris, Odile Jacob, p.119
121 Emmanuel VENET, *Ferdière, psychiatre d'Antonin Artaud* ; Lagrasse, Éditions Verdier, 2006, pp.19-24
122 Marie BONNAFÉ, *Révolution surréaliste, révolution psychiatrique in* Textes rassemblés par Bernadette CHEVILLON, *Lucien Bonnafé, psychiatre désaliéniste* ; Paris, Éditions L'Harmattan, p.19
123 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Paris, Odile Jacob, p.129

Paragraphe 1: Les circulaires Rucart (13 octobre 1937 et 7 décembre 1938)

Les circulaires dites Rucart de 1937 et 1938 furent communément présentées comme le fondement normatif originel de la construction de la sectorisation psychiatrique. Elles furent le résultat d'un long cheminement théorique, politique et thérapeutique où le rôle des medias ne fut pas anecdotique.

Le chemin menant à la promulgation des circulaires Rucart débuta en 1913 avec les premiers essais d'ouverture des services asilaires aux malades non internés effectués par le Dr James RAYNEAU[124]. Dans un article paru dans *l'Information Psychiatrique* en 1975, le Dr André MEYLAN relatait précisément comment cette action pionnière avait pu être rendue possible : « Rayneau avait fait avec son ''Etablissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais''en 1913 un essai d'ouverture de l'asile. Il ouvrait des quartiers entiers pour ''Neurasthéniques non aliénés'' c'est à dire ''psychopathes pas suffisamment malades pour faire l'objet de placement d'office ou de placement volontiers''. Il était le premier à avoir pensé le placement libre autrement que par opposition au placement en service fermé.[125]».

Puis ce fut au tour du docteur Jacques BARUK d'inaugurer, le 9 août 1914, un service ouvert (de 20 lits initialement), pour les militaires souffrant de troubles aigus (selon le schéma d'Édouard TOULOUSE)[126], à l'asile de Saint-Gemmes-sur-Loire. Ce service fut très novateur et sembla répondre à une demande de longue date des psychiatres français. Il fonctionna durant près de cinq ans et demi et accueillit 941 patients[127].

Le médecin-major Pierre KAHN (chef du centre de psychiatrie de la IXème région

124 Marie DERRIEN, « 1914-1918 : un moment pionnier de la deshospitalisation psychiatrique en France ? Pratiques expérimentales et transformations du modèle asilaire pendant la Grande Guerre » *in La fin de l'asile ? Histoire de la deshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXème siècle* ; Presses Universitaires de Rennes, 2018, p.43

125 André MEYLAN, « L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution l'histoire de sa profession » ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°2, 1975, p.201

126 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.129

127 Vincent GUERIN, « Un Service ouvert pour les militaires : Saint-Gemmes-sur-Loire (1914-1919)» *in* Laurence GUIGNARD, Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON (dir.), *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^{e}-XX^{e} siècles),* Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2013, pp.118-120

militaire[128]) réalisa lui aussi une expérience concluante à Tours («P. Kahn maintenait un service ouvert dans l'asile d'aliénés de Tours de décembre 1916 à février 1919.[129]»). Cette expérience et d'autres expériences analogues menées ailleurs en France semblent avoir été réussies car les psychiatres sont enfin en mesure d'appliquer les schémas de soins vertueux qu'ils conçoivent de puis de nombreuses années[130]. En effet, depuis les travaux de Jean-Martin CHARCOT à la fin du XIXème siècle (mise en exergue de l'idée de "demi-folle/demi-fou"), nombre de psychiatres français souhaitaient voir se réaliser un changement de paradigme autour de deux axes d'action : faire de l'asile un centre de soins original et organiser des structures prophylactiques ambulatoires[131].

Toutefois, ces expériences d'ouverture de services asilaires jusque-là fermés furent effectuées en temps de guerre et furent souvent arrêtées après celle-ci. Les psychiatres qui en furent à l'origine et qui dirigèrent ces services voulurent poursuivre ces essais de services ouverts mais leurs demandes ne furent pas satisfaites. Néanmoins, elles permirent d'abaisser la méfiance générale à l'égard de l'ouverture des asiles psychiatriques et l'après Première Guerre mondiale connut un contexte favorable au développement des actions prophylactiques en santé mentales grâce à Justin GODART (Sous-secrétaire d'État à la Guerre en charge du Service de santé militaire), Jules-Louis BRETON et Paul STRAUSS (Ministres de l'Hygiène, de l'Assistance et Prévoyance sociales)[132].

Malgré la valeur incontestable de ces expériences thérapeutiques et organisationnelles menées par les Docteurs REYNEAU, KAHN et BARUK, il nous apparaît que l'innovation majeure en matière d'organisations des soins resta celle réalisée par le Docteur Édouard TOULOUSE à l'Hôpital Sainte-Anne en 1922. Le Docteur Édouard TOULOUSE était un psychiatre singulier puisqu'à l'aune de l'histoire de la psychiatrie du

128 Marie DERRIEN, « Eliminer ou récupérer ? L'armée française face aux fous du début du XXème siècle à la Grande Guerre » ; *Le Mouvement Social*, 2015/4 n° 253, p.22
129 André MEYLAN, « L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution l'histoire de sa profession» *; L'Information Psychiatrique,* Vol.51, n°2, 1975, p.201
130 Marie DERRIEN, « 1914-1918 : un moment pionnier de la deshospitalisation psychiatrique en France ? Pratiques expérimentales et transformations du modèle asilaire pendant la Grande Guerre » *in La fin de l'asile ? Histoire de la deshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXème siècle* ; Presses Universitaires de Rennes, 2018, p.44
131 Vincent GUERIN, « Un Service ouvert pour les militaires : Saint-Gemmes-sur-Loire (1914-1919)» *in* Laurence GUIGNARD, Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON (dir.), *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^{e}-XX^{e} siècles),* Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2013, p.118
132 Michel HUTEAU, *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République. La biocratie d'Édouard Toulouse,* Paris, L'Harmattan, 2002, p.189

20ème siècle, sa lutte pour la généralisation de la prophylaxie en matière de maladies psychiques et pour l'instauration de services ouverts paraissaient progressistes alors que son eugénisme sincère pouvait sembler rétrograde voire dangereux.

Très tôt dans sa carrière de psychiatre (en 1896, à l'âge de 31 ans), Édouard TOULOUSE critiqua violemment la loi du 30 juin 1838 dans un ouvrage sur les causes de la folie[133]. Dans cet ouvrage, le psychiatre marseillais comparait déjà les asiles psychiatriques à des prisons. Il poursuivit sa féroce critique du système asilaire induit par la loi du 30 juin 1838 en 1897 lors de réunions de la Société médico-psychologique dans lesquelles il affirmait avec force sa croyance en l'évolution de la science et en l'humanisme[134]. C'est également en 1897 qu'il fut nommé médecins-chef de l'asile de Villejuif où il tenta d'appliquer ses orientations en matière de prophylaxie des maladies mentales[135].

Cette critique de la loi du 30 juin 1838 conduisit Édouard TOULOUSE à proposer, dès la fin du XIXème siècle, un système de soins très différent c'est à dire fondé sur l'ouverture des asiles psychiatriques, la création de services ouverts et la mise en place de services de prophylaxie et de consultations en matière d'hygiène mentale[136]. Toutefois, il n'envisageait en aucun cas de supprimer les services fermés des asiles. Il pensait en réserver l'usage à des catégories très limitées de malades comme les grands délirants et les furieux. Édouard TOULOUSE pensait même, dans son nouveau système, à changer la dénomination des asiles pour qu'ils devinssent des hôpitaux psychiatriques[137], plus de trente ans avant que la circulaire du 13 octobre 1937 officialisât ce changement sémantique[138].

L'action du Docteur TOULOUSE pour le développement d'une prophylaxie d'hygiène mentale en France ne fut pas une action esseulée et sortie *ex nihilo* de la

133 Édouard TOULOUSE, *Les causes de la folie ;* Société d'éditions scientifiques, 1896
134 Michel HUTEAU, *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République. La biocratie d'Édouard Toulouse,* Paris, L'Harmattan, 2002, p.162
135 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.133
136 *Ibid.,* p.132
137 Michel HUTEAU, *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République. La biocratie d'Édouard Toulouse,* Paris, L'Harmattan, 2002, p.164
138 Circulaire 13 octobre 1937 relative à l'assistance aux malades mentaux dans le cadre départemental *in* Michel GODFRYD, Le droit de la santé mentale par les textes, Éditions Heures de France, Thoiry, 2000, pp.209-211

volonté de ce psychiatre réformateur. En effet, le contexte sanitaire français était depuis longtemps favorable à la prophylaxie puisque depuis le siècle des Lumières (Antoine LAVOISIER, notamment, réalisa de études sur l'hygiène hospitalière et sur l'hygiène publique[139]) se développent des initiatives médicales relatives à la promotion de la prévention (en 1877, création de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle ; en 1887, création des services de santé scolaires ; en 1902, obligation faite aux médecins de déclarer certaines maladies contagieuses, de réaliser le vaccin antivariolique avant un an, de contrôler la qualité des eaux municipales[140]) .

En 1919, dans un contexte propice, le Docteur TOULOUSE permit à la prophylaxie en matière d'hygiène mentale de progresser puisqu'il présenta un premier projet d'organisation de cette discipline de la psychiatrie[141]. En 1920, il fonda un Comité d'hygiène mentale (12 avril) et la Ligue d'hygiène et de prophylaxie mentales (8 décembre). Les programmes de ces deux structures étaient très similaires[142]. Par la suite, Édouard TOULOUSE fit encore l'expérience de diriger deux structures aux objectifs communs (le service libre de prophylaxie et la Ligue d'hygiène et de prophylaxie mentales[143]).

Le 11 juillet 1922, le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociale Paul STRAUSS sollicitait les membres de la Société médico-psychologique pour connaître leur opinion sur la question des services ouverts réservés aux malades psychiques curables (dits "petits mentaux"). Le ministre se voulait très prudent sur cette question puisqu'il savait pertinemment que toute action d'ouverture des services se ferait dans un cadre dérogatoire à la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés[144] et que nombre d'aliénistes restaient opposés à une transformation de l'organisation de la prise en charge des maladies mentales[145].

---

139 Antoine-Laurent de LAVOISIER, *œuvres* ; Imprimerie impériale, 1865
140 Michel HUTEAU, *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République. La biocratie d'Édouard Toulouse,* Paris, L'Harmattan, 2002, pp.176-177
141 *Ibid*., p.189
142 *Ibid*., pp.190-191
143 *Ibid.*, p.196
144 Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, «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 , Stéphane TISON (dir.), *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^{e}-XX^{e} siècles),* Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2013, p.263
145 Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, «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, Stéphane TISON (dir.), *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^{e}-XX^{e} siècles),* Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2013 p.269

C'est donc le 1er juin 1922[146], dans un contexte sanitaire propice aux actions de prophylaxie (initiatives publiques ou privées pour réduire l'alcoolisme, les maladies vénériennes, la tuberculose, la mortalité infantile) que le Docteur Édouard TOULOUSE (nommé médecin chef à l'Hôpital Sainte-Anne quelques mois auparavant) eût la possibilité de créer, dans une annexe du grand hôpital psychiatrique parisien, un Service libre de prophylaxie mentale[147].

Ce service eut notamment comme organe un hôpital ouvert qui prit le nom d'Henri ROUSSELLE en 1926. Henri ROUSELLE était un psychiatre ami d'Édouard TOULOUSE. Décédé peu de temps auparavant, il avait grandement œuvré pour la création de ce service hospitalier de soins libres[148]. Édouard TOULOUSE fit sa connaissance, ainsi que celle de son père Ernest (président du Conseil municipal de Paris et du Conseil général de la Seine), au sein de l'obédience maçonnique du Grand Orient de France[149].

Les objectifs de ce service singulier pouvaient être rassemblés autour de cinq grands axes :

« 1) dépister la prédisposition aux maladies mentales
2) les prévenir
3) les soigner dès qu'elles se déclarent et si possible dans des services libres par voie de placement libre
4) faciliter l'utilisation sociale des psychopathes
5) contribuer à la sélection et à l'orientation professionnelle[150] »

Afin de rendre possible la réalisation de ces objectifs, le Docteur TOULOUSE instaura plusieurs structures au sein de son Service libre de prophylaxie mentale. Elles devaient toutes favoriser la déchronicisation des malades psychiques et leur permettre d'envisager une cure sans passage par l'asile[151]. Le Service s'organisa donc autour :

146 Michel HUTEAU, *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République. La biocratie d'Édouard Toulouse,* Paris, L'Harmattan, 2002, p.197
147 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.134
148 Michel HUTEAU, *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République. La biocratie d'Édouard Toulouse,* Paris, L'Harmattan, 2002, pp.196-197
149 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.133
150 André MEYLAN, «L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution l'histoire de sa profession» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°2, 1975, p.201
151 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, pp.134-135

« - de services libres (un)
- de dispensaire de prophylaxie mentale (un)
- de laboratoires »[152]

Le service de soins intra-hospitalier libre de l'Hôpital Henri Rousselle se composait de deux services : un service d'hospitalisation et un service d'observation. Théoriquement, il n'existait pas de limites à la durée de l'hospitalisation mais dans les faits cette durée excédait rarement quelques semaines. Il en allait de même pour la durée de l'observation qui ne dépassait pas quelques jours[153].

La capacité de l'Hôpital Henri Rousselle fut toujours faible et le nombre de patients accueillis très limité. A son ouverture en 1920, il pouvait compter sur 110 lits et 182 en 1927 (dont 149 pour le service d'hospitalisation)[154]. Ce faible nombre de places pouvait s'expliquer par le caractère très expérimental de cette structure hospitalière. Les moyens accordés au Docteur TOULOUSE étaient certes conséquents mais les autorités publiques attendaient probablement de connaître ses résultats en matière d'hygiène publique.

Le service de soins libre devait permettre d'accueillir les psychopathes légers d'être soignés en dehors de la loi du 30 juin 1838 c'est à dire qu'ils pouvaient échapper à une hospitalisation sous contrainte. Le développement de ce service libre n'était aucunement antinomique avec le maintien de services fermés, rénovés et modernisés, pour les psychopathes sévères, au sein de l'Hôpital Sainte-Anne[155].

La seconde composante du Service libre de prophylaxie mentale était le dispensaire d'hygiène mentale. Il fut créé concomitamment à l'Hôpital Henri Rousselle. Ce dispensaire recevait les patients qui désiraient être vus en consultation par les

152 André MEYLAN, «L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution l'histoire de sa profession» *; L'Information Psychiatrique,* Vol.51, n°2, 1975, p.201
153 Michel HUTEAU, *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République. La biocratie d'Édouard Toulouse,* Paris, L'Harmattan, 2002, p.199
154 Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, «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, Stéphane TISON (dir.)*, Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^{e}-XX^{e} siècles),* Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2013, p.267
155 Michel HUTEAU, *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République. La biocratie d'Édouard Toulouse,* Paris, L'Harmattan, 2002, p.197

médecins[156]. Ceux-ci étaient au nombre de quatre et recevaient tous les patients qui se présentaient à eux avant de les orienter vers d'autres services (hôpital ouvert, services hospitaliers fermés) ou de leur suggérer un mode de prise en charge différent (traitement à domicile, cure psychanalytique notamment)[157]. Le dispensaire créé par le Docteur TOULOUSE fut le premier essai français réussi d'organisation de la prophylaxie en matière d'hygiène mentale et peut, à ce titre, être considéré comme le premier pas vers la psychiatrie de secteur[158]. Il inspira les rédacteurs de la circulaire du 13 octobre 1937 et les psychiatres désaliénistes de l'après Seconde Guerre mondiale.

L'ensemble des structures de soins était complété par un bureau d'aide sociale. Ce bureau travaillait complémentairement et indifféremment avec toutes les autres composantes du service. Il était principalement composé d'assistantes sociales qui étaient en contact avec les familles et pouvaient ainsi fournir de précieux renseignements aux médecins. Ces assistantes sociales officiaient comme des déléguées de la prophylaxie mentale. Elles pouvaient également se déplacer au domicile du patient pour tenter de résoudre les difficultés financières[159].

En 1924, le service libre devint indépendant de l'Hôpital Sainte-Anne et Édouard TOULOUSE occupa cumulativement les fonctions de direction médicale et de direction administrative du nouveau service. Ce nouveau service reçut, le 1er mars 1927, son statut juridique définitif et devint le Centre de prophylaxie mentale du département de la Seine[160]. Le rayonnement de cette nouvelle structure était donc géographiquement très étendu et son champ d'action en prophylaxie était conséquent[161].

Par la mise en place de l'Hôpital Henri Rousselle, le Docteur TOULOUSE et ses soutiens espéraient pouvoir œuvrer pour la déconstruction de l'asile sans obligatoirement devoir patienter jusqu'au vote d'un texte réformant la loi du 30 juin 1838. Ils souhaitaient parvenir à leurs objectifs en évitant une confrontation trop brutale avec les autorités

156 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.134
157 Michel HUTEAU, *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République. La biocratie d'Édouard Toulouse*, Paris, L'Harmattan, 2002, p.198
158 *Ibid*., p.43
159 *Ibid*., pp.200-201
160 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours ;* Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.134
161 Michel HUTEAU, *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République. La biocratie d'Édouard Toulouse*, Paris, L'Harmattan, 2002, p.197

administratives[162].

En effet, pour Édouard TOULOUSE, le service constitué par l'Hôpital Henri Rousselle n'avait pas vocation à demeurer une singularité dans le paysage de la psychiatrie française. Édouard TOULOUSE ambitionnait de voir sa réalisation sanitaire parisienne devenir la première étape d'une transformation générale des asiles psychiatriques français[163]. Il acquit une grande renommée (et de nombreuses animosités parmi les aliénistes de son temps comme Henri COLIN, Raoul LEROY ou René CHARPENTIER[164]) grâce aux succès de son service libre et certains voyaient en lui un nouveau Pinel[165].

Ce succès et cette notoriété conduisirent de nombreuses personnalités à s'intéresser aux travaux du Docteur TOULOUSE. Ce fut le cas du journaliste Albert LONDRES[166]. En 1925, par l'intermédiaire d'une longue et minutieuse enquête menée dans le milieu des hôpitaux psychiatriques par le très estimé journaliste Albert LONDRES, la cause des aliénés connut un retentissement important dans l'opinion publique. « Un travail redoutable, courageux[167] » selon Denis POIZAT qui rappelle l'intérêt continu du journaliste pour la question de l'enfermement.

Cette enquête s'avéra difficile à mener pour le journaliste car la méfiance à l'égard de la presse régnait alors dans les institutions psychiatriques[168]. Albert LONDRES fut même découragé par l'administration des asiles, le préfet de la Seine et des ministres de réaliser cette enquête[169]. Il ne put effectuer ce travail qu'à force d'acharnement et de

162 Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, «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, Stéphane TISON (dir.), *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^{e}-XX^{e} siècles),* Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2013, p.267

163 Michel HUTEAU, *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République. La biocratie d'Édouard Toulouse,* Paris, L'Harmattan, 2002, p.196

164 Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, «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, Stéphane TISON (dir.), Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^{e}-XX^{e} siècles),* Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2013, pp.269-271

165 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours ;* Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.135

166 Albert LONDRES, *Chez les fous* ; Paris, Le Serpent à Plumes, 1999, pp.12-13

167 Denis POIZAT, « Chez les fous », hommage à Albert Londres », *Reliance*, vol. No 19, no. 1, 2006, p.7

168 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Paris, Odile Jacob, 2015, p.106

169 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.130

promesses de discrétion[170].

Albert LONDRES découvrit alors l'horreur asilaire et la décrivit avec le talent et la finesse que les lecteurs de son temps lui reconnaissaient. Malgré les progrès effectués depuis le début du siècle, la situation des malades psychiques restait effrayante. Les salles communes voyaient des patients mal vêtus hurler, délirer et se contorsionner[171] sans provoquer de réactions de la part des soignants si ce n'étaient des mesures coercitives.

Ces "ex-raisonnables" étaient quatre-vingt mille[172] à se morfondre dans des asiles où les mauvais traitements des gardiens s'ajoutaient à la vétusté des infrastructures et au manque de moyens mis à disposition des directeurs et des médecins psychiatres. Albert LONDRES se sensibilisa au calvaire des fous en admettant que seule une compréhension de la maladie psychique pouvait permettre de traiter les aliénés comme il convenait[173].

De l'enquête d'Albert LONDRES, il est possible de voir émerger deux thèmes essentiels : la condamnation des conditions de vie des aliénés et la critique de la loi du 30 juin 1838. En effet, le travail du journaliste n'avait pas pour objectif de présenter au public une réponse à ses stéréotypes en matière de folie (violence, saleté) mais de dénoncer un système hospitalier n'apportant aucune mesure thérapeutique et humaine pour des malades très vulnérables[174].

Albert LONDRES, dans son long travail consacré aux asiles psychiatriques, parvint à aborder et à rendre avec une extrême justesse les turpitudes qui minent une pratique médicale devenue répressive et aliénante. Après une minutieuse enquête au sein de plusieurs établissements hospitaliers[175], le journaliste décrivit sans emphase le sort réservé aux personnes internées dans les asiles psychiatriques et le but affirmé des autorités sanitaires qui n'était pas de les traiter médicalement mais de les réprimer en tout en les maintenant à l'écart d'une société qu'il convient de prémunir de leur violence

170 Albert LONDRES, *Chez les fous ; Paris,* Le Serpent à Plumes, 1999, p.25
171 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Paris, Odile Jacob, 2015, p.106
172 Albert LONDRES, *Chez les fous* ; Paris, Le Serpent à Plumes, 1999, p.24
173 *Ibid*., p.73
174 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Paris, Odile Jacob, 2015, p.107
175 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.130

supposée[176].

Les conditions de vie des malades étaient inacceptables. Leur espace de vie se résumait très souvent à d'immenses dortoirs mal ou peu chauffés[177] où ils déliraient toute la journée sans espoir de sortie. S'ils se montraient trop agités ou trop récalcitrants aux yeux des gardiens, ces derniers usaient d'une grande violence physique à leur égard (camisole, coups de manche à balai, brodequin) et l'usage de l'hydrothérapie relevait plus de la torture raffinée que du traitement médical[178]. De plus, la nourriture servie aux malades était souvent de piètre qualité[179].

Albert LONDRES rapportait également avec consternation comment étaient traitées des femmes dans un asile privé faisant fonction de service public départemental. Dans un service dirigé par des religieuses, une salle était dédiée à " l'apaisement " de onze patientes qui étaient ficelées et maintenues sur une estrade[180]. Cette situation atroce n'était probablement pas unique et nombre d'asiles continuaient d'utiliser des méthodes anachroniques et barbares (comme l'usage d'une sonde en caoutchouc pour nourrir les patients récalcitrants[181] ou d'un drap mouillé serré autour du malade afin d'éviter ses cris[182]) pour tenter de calmer les manifestations les plus visibles de la folie.

Puis, Albert LONDRES poussa un cri de révolte: « On s'est moqué de Pinel »[183]. Cette exclamation du journaliste témoignait du degré de régression observable dans les asiles psychiatriques français où les progrès de la médecine et de la psychologie étaient savamment écartés avec l'aval des psychiatres eux-mêmes et de la haute administration locale[184]. Si le célèbre aliéniste avait confirmé médicalement[185] le retrait des chaines aux aliénés, la pratique de la camisole, de la contention sur les lits et autres liens au début du 20ème siècle semblait avoir rétabli l'entrave imposée aux malades[186].

176 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.130
177 Albert LONDRES, *Chez les fous* ; Paris, Le Serpent à Plumes, 1999, p.81
178 *Ibid*., 1999 ; pp.77-80
179 Marie-Amélie LOMBARD-LATUNE, « Chez les fous » ; *Le Figaro*, 20 juillet 2012
180 Albert LONDRES, *Chez les fous ;* Paris, Le Serpent à Plumes, 1999*,* p.40
181 *Ibid.,* pp.47-48
182 Albert LONDRES, *Chez les fous ;* Paris, Le Serpent à Plumes, 1999 p.78
183 *Ibid*., p.77
184 Denis POIZAT, « Chez les fous », hommage à Albert Londres », *Reliance*, vol. n° 19, no. 1, 2006, p.8
185 Jean-Baptiste PUSSIN avait déjà enlevé les chaines aux aliénés et Philippe PINEL ne fit qu'avaliser cette pratique déjà en vigueur à l'hôpital de Bicêtre.
186 Albert LONDRES, *Chez les fous* ; Paris, Le Serpent à Plumes, 1999, p.80

Pour Albert LONDRES, l'époque n'était ni à la thérapie ni à la patience mais plutôt à la recherche de la tranquillité des soignants par la mise en œuvre de moyens ayant pour résultat l'aggravation de la rage et de la nervosité des patients. À ce titre, le cas de la balnéothérapie était cité pour permettre aux lecteurs de bien saisir toute l'horreur des méthodes thérapeutiques utilisées[187] . Le journaliste analysait très finement ce paradoxe, ce cercle vicieux : plus les soignants agissaient et plus l'état des malades s'aggravait.

La critique de la loi du 30 juin 1838 apparut très tôt[188]. Elle prit la forme d'articles de presse publiés par des intellectuels et des aliénistes. Albert LONDRES fut le continuateur politique[189] de ces critiques de la loi organisatrice et sa plume s'avéra virulente pour dénoncer une loi qu'il jugeait «de débarras»[190]. Pire encore, il la qualifia même de « bouffonnerie »[191] quand celle-ci permettait aux médecins de pratiquer l'arbitraire car disposant de pouvoirs illimités et incontrôlés[192]. Selon lui, cette loi permettait l'injustifiable et cautionnait l'enfermement quasi-carcéral de dizaines de milliers de personnes condamnées à des internements interminables[193].

Le grand journaliste, tôt disparu[194], concluait son enquête par une invite à destination de ses contemporains et qui reste encore aujourd'hui d'actualité: «Notre devoir n'est pas de nous débarrasser du fou, mais de débarrasser le fou de sa folie.»[195]. L'enquête d'Albert LONDRES eut un retentissement moral très important sur ses nombreux lecteurs, non seulement par la notoriété du journaliste mais surtout par la description rigoureuse et implacable de l'univers asilaire français. Cet article fit donc date et influença les politiciens et les législateurs. En effet, il est à noter que le travail d'Albert LONDRES était probablement suivi par les hommes politiques de son temps car le journaliste avait des relations étroites avec certains ministres[196].

187 Albert LONDRES, *Chez les fous* ; Paris, Le Serpent à Plumes, 1999. p.79-80
188 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Paris, Payot, 1981, p.79
189 François BON, «Chez les fous, jour de visite», Tiers Livre Editeur, sur le site internet www.tierslivre.net,1ère mise en ligne 2 janvier 2012 et dernière modification le 29 mars 2012
190 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Paris, Odile Jacob, 2015, p.109
191 Albert LONDRES, *Chez les fous* ; Paris, Le Serpent à Plumes, 1999, p.144
192 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.130
193 Albert LONDRES, *Chez les fous* ; Paris, Le Serpent à Plumes, 1999, p.162
194 Albert LONDRES meurt en 1932 à l'âge de 48 ans
195 Albert LONDRES, *Chez les fous* ; Paris, Le Serpent à Plumes, 1999, p.162
196 *Ibid.*, p.9

Toutefois, il fallut attendre avril 1936 et l'élection du Gouvernement de Front populaire pour voir évoluer juridiquement le statut et l'organisation de la psychiatrie française. En effet, la loi du 21 juin 1936[197] fut étendue aux asiles psychiatriques (sur intervention personnelle du ministre de la Santé publique, Henri SELLIER) et les infirmiers travaillèrent quarante heures par semaine comme le reste des travailleurs français[198].

Henri SELLIER, maire SFIO (Section Française de l'Internationale Ouvrière) de Suresnes, « militant de la médecine sociale », accéda au poste de ministre de la Santé publique au sein du premier Gouvernement de Front populaire (dit Blum 1) le 5 juin 1936. Auparavant, il avait participé à la création des bureaux de chômage de la Seine, de l'Institut prophylactique de Vernes, des structures de protection de la mère et de l'enfant et de l'Office Public d'Hygiène Sociale (OPHS)[199]. Pour le seconder, il choisit le médecin hygiéniste Robert-Henri HAZEMANN comme chef de cabinet technique.

Robert-Henri HAZEMANN, un temps membre du Parti Communiste Français, avait découvert à Moscou au début des années 1930 les tentatives de mener une action curative hors les murs de l'asile psychiatrique (expérimentation menée par le Docteur M.A DZHAGAROV[200]) mais il avait surtout été très influencé par les succès obtenus par le Docteur Édouard TOULOUSE à l'Hôpital Sainte-Anne[201]. C'est donc sous l'influence de Robert-Henri HAZEMANN que le programme du Front populaire avait prévu le développement des dispensaires[202] qui préfigurait la sectorisation psychiatrique[203].

Le 22 juin 1937, Marc RUCART remplaça Henri SELLIER au poste de ministre de la Santé Publique. Son prédécesseur et Robert-Henri HAZEMANN avaient déjà largement entamé le travail de construction de la future réforme de la psychiatrie française (découpage des départements en secteurs par un Office Public d'Hygiène Sociale

197 Loi du 21 juin 1936 instituant la semaine de 40 heures dans les établissements industriels et commerciaux et fixant la durée du travail dans les mines souterraines ; JORF n° 0149 du 26 juin 1936, p.6699

198 Henri VERMOREL, André MEYLAN, *Cent ans de psychiatrie* ; Éditions du Scarabée/CEMÉA, Paris, 1969, p.55

199 Robert-Henri HAZEMANN, «Médecine sociale et psychiatrie. Henri Sellier » *in Lion* MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur ; Recherches* n°17, Mars 1975, p.68

200 Gérard BLEANDONU, Maurice DESPINOY, Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté ; Paris, Payot, 1974, pp.14-16

201 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.95

202 Lucien BONNAFÉ, « L'esprit du secteur », entretien donné à Catherine Talbot-Lengellé pour la revue *Santé Mentale* n° 51, Octobre 2000

203 Lucien DAUMÉZON, « La traversée du désert. Le psychiatre pèlerin : Sotteville (1947-1956) » ; *in Lion* MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur ; Recherches* n°17, Mars 1975, p.161

intégrant l'hygiène mentale[204]), entouré pour cela par des médecins hygiénistes et aliénistes[205]. Le 13 octobre 1937, Marc RUCART signa et diffusa aux préfets[206]une circulaire relevant de la même politique progressiste[207].

Au moment de sa signature, la circulaire dite Rucart fut considérée par certains comme un succès des partisans d'Édouard TOULOUSE (qui avait été membre des cabinets des ministres de la Santé Publique Justin GODART et Henri SELLIER[208]) face au camp du conservatisme[209]. Ces derniers pouvaient se réjouir de la volonté ministérielle de généraliser une pratique pionnière (depuis 1922 à l'Hôpital Sainte-Anne existait un dispensaire d'hygiène mentale) mais les tenants du conservatisme psychiatrique pouvaient également se satisfaire d'un texte ne remettant pas en cause le pouvoir médical et les fondements de l'asile hérités de la loi du 21 juin 1838[210].

Pour l'historienne Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, la circulaire Rucart représenta un succès pour les médecins aliénistes puisque ces derniers réussirent à obtenir une nouvelle médicalisation des asiles qui étaient voués à la disparition par les psychiatres du courant de l'hygiène mentale[211]. Alexandre LUNEL partage cet avis puisqu'il estime que considérer la circulaire Rucart comme une victoire des idées d'Édouard TOULOUSE est « exagéré car le texte ne conteste pas le rôle de l'internement »[212].

La circulaire débutait par un constat relatif à la prophylaxie pour les maladies

204 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.95
205 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, 2006, p.95
206 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.136
207 Lucien BONNAFÉ, 1937-1987. « Apprendre l'histoire et la manière de s'en servir » ; ERES « *VST – Vie sociale et traitements* », 2002/2 n° 74, p.41
208 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.136
209 Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, « Les soins contraints en psychiatrie et la question de l'intervention du juge: héritages, enjeux, débats (1838-1990) » *in* Nathalie GILOUX, Marion PRIMEVERT, *Les soins psychiatriques sans consentement*, Éditions LEH, Collection Actes et séminaires, Bordeaux, 2017, pp.41-58
210 Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, « Les soins contraints en psychiatrie et la question de l'intervention du juge: héritages, enjeux, débats (1838-1990) » *in* Nathalie GILOUX, Marion PRIMEVERT, *Les soins psychiatriques sans consentement*, Éditions LEH, Collection Actes et séminaires, Bordeaux, 2017, pp.41-58
211 Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, 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, Stéphane TISON (dir.), *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^{e}-XX^{e} siècles),* Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2013, p.273
212 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.137

mentales. Cette dernière bénéficiait de moyens plus faibles que celles relatives aux autres fléaux alors que les progrès de la science avaient rendu curables certains troubles psychiques. La circulaire recommandait donc dans son introduction d'être attentif aux effets positifs en matière sanitaire, économique et sociale qu'une prophylaxie efficace pourrait apporter[213].

La circulaire, incitative[214], suggérait une réorganisation totale de l'assistance apportée aux malades psychiques et recommandait pour se faire la création, à l'échelle départementale, de :

- dispensaires d'hygiène mentale proposant des consultations soit à l'intérieur de l'asile psychiatrique soit à l'extérieur soit dans des locaux de l'Office Public d'Hygiène Sociale[215]
- services sociaux permettant une réadaptation sociale des malades[216]
- services hospitaliers ouverts permettant une hospitalisation libre et consentie (en contradiction avec la loi du 21 juin 1838[217]).
- d'une organisation permettant un dépistage précoce des troubles neuropsychiatriques chez l'enfant[218]

La circulaire proposait également de moderniser les services fermés déjà existants en ouvrant des asiles psychiatriques là où ils sont absents mais aussi là où la surpopulation asilaire faisait craindre pour la qualité des soins proposés. Ainsi la circulaire envisageait une rénovation de l'organisation du système de soins psychiatriques grâce à l'émission de propositions concernant cinq questions essentielles[219].

La politique prophylactique française s'appuyait depuis peu sur le système des

213 Circulaire du 13 Octobre 1937 relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental *in* Michel GODFRYD, *Le droit de la santé mentale par les textes* ; ÉditionsHeures de France, Thoiry, 2000, pp.209-211

214 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.137

215 Rapport de l'Académie Nationale de Médecine : *Soigner les maladies mentales : pour un plan de mobilisation nationale, rapporteur ;* Jean-Pierre OLIÉ ; Juin 2019

216 Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, « Les soins contraints en psychiatrie et la question de l'intervention du juge: héritages, enjeux, débats (1838-1990) » *in* Nathalie GILOUX, Marion PRIMEVERT, *Les soins psychiatriques sans consentement*, Éditions LEH, Collection Actes et séminaires, Bordeaux, 2017, pp.41-58

217Jacques CHEVALLIER , *Heurs et malheurs de l'institution psychiatrique in* Geneviève KOUBI (Dir.), *L'institution psychiatrique au prisme du droit: la folie entre administration et justice*, ouvrage issu du colloque organisé à l'Université Panthéon-Assas les 16 et 17 octobre 2014 par le CERSA et le CNRS ; Paris, Éditions Panthéon-Assas, DL, 2015, p.42

218 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, 2006, p.95

219 Circulaire du 13 Octobre 1937 relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental *in* Michel GODFRYD, *Le droit de la santé mentale par les textes* ; Éditions Heures de France, Thoiry, 2000, pp.209-211

dispensaires. Ces dispensaires servaient essentiellement à lutter contre la tuberculose et les maladies vénériennes. La circulaire du 13 octobre 1937 entendait suivre le modèle choisi pour traiter ces deux fléaux et implanter sur le territoire national des structures extérieures aux asiles psychiatriques[220].

Peu de temps avant la promulgation de la circulaire, le Conseil supérieur de l'assistance publique[221] réuni en session ordinaire examinait un rapport[222] du Docteur Jean LAUZIER et de Charles HAYE[223]. Selon Lucien BONNAFÉ, ce rapport constitua un des éléments fondamentaux de la psychiatrie moderne et le *corpus* essentiel des circulaires dites Rucart[224]. Pour Georges DAUMÉZON, ce rapport était à l'origine de l'essaimage des dispensaires d'hygiène mentale qui jusque-là ne demeuraient que des initiatives individuelles[225] (l'Hôpital Henri-Rousselle dirigé par Édouard TOULOUSE notamment).

Les dispensaires d'hygiène mentale avaient pour objectif d'encourager des actions de prévention et de consultation au sein de la population. Ces consultations devaient être réalisées régulièrement par des psychiatres hospitaliers qui se déplaceraient dans les dispensaires nouvellement créés. Prenant en compte les possibles résistances du corps médical, la circulaire prévoyait une mise en place progressive des dispensaires d'hygiène mentale[226]. Les premiers dispensaires d'hygiène mentale n'ouvrirent qu'en 1941[227] (à l'Hôpital Sainte-Marie de Nice, par exemple, où le premier dispensaire d'hygiène mentale du département des Alpes-Maritimes accueillait hebdomadairement des malades psychiques dans un local mis à disposition par la Croix Rouge locale[228]).

---

220 Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, « Les soins contraints en psychiatrie et la question de l'intervention du juge: héritages, enjeux, débats (1838-1990) » *in* Nathalie GILOUX, Marion PRIMEVERT, *Les soins psychiatriques sans consentement*, Éditions LEH, Collection Actes et séminaires, Bordeaux, 2017, pp.41-58

221 Créé en 1888 à l'initiative d'Henri MONOD, le Conseil Supérieur de l'Assistance Publique avait pour but principal d'unifier la doctrine française en matière d'assistance médicale publique. Il acquiert une très vite un rôle d'autorité morale. Son action visait à rationaliser l'assistance publique qui ne pouvait plus dépendre de sentiments désorganisés et subjectifs.

222 Charles HAYE, Jean LAUZIER, *L'hygiène et la prophylaxie mentale, bases de l'assistance psychiatrique* ; rapport remis au Conseil Supérieur de l'Assistance Publique, 1937

223 Charles HAYE était un haut fonctionnaire. Au moment de la rédaction du rapport, il était directeur-adjoint de l'hygiène et de l'assistance au ministère de la Santé publique.

224 Lucien BONNAFÉ, « 1937-1987. Apprendre l'histoire et la manière de s'en servir », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. No 74, no. 2, 2002, p. 41

225 Georges DAUMÉZON, Problèmes de la psychiatrie de secteur en France ; *L'Information Psychiatrique*, novembre 1964, n°9, p.654

226 Alain LOPEZ, Gaëlle TURAN-PELLETIER, Organisation *et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, Tome 2 Annexes ; Inspection Générale des Affaires Sociales, N°2017-064R, Novembre 2017

227 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.97

228 Rapport annuel de l'hôpital Sainte-Marie de Nice de 1941/42

La seconde innovation de la circulaire du 13 octobre 1937 fut la création de services d'aide sociale au sein des dispensaires nouvellement ouverts[229]. Cette aide sociale devait être délivrée, sous le contrôle des médecins traitants, par des professionnelles (« une ou plusieurs assistantes spécialisées »). Ces assistantes sociales avaient pour mission d'effectuer tout un travail de liaison nécessaire à la réinsertion sociale du malade[230].

Puis la circulaire apporta un bouleversement dans les conditions d'internement des malades psychiques puisqu'elle permit de soigner certains d'entre eux (ceux « qui ne présentent pas de réactions dangereuses pour leur entourage et qui n'élèvent pas de protestations à l'égard de leur hospitalisation ») dans des services ouverts[231]. Jusqu'à cette circulaire d'octobre 1937, la loi du 21 juin 1838 imposait d'interner les patients uniquement dans des services fermés. Cette nouvelle possibilité offerte aux médecins se plaçait délibérément en dehors du cadre légal de 1838 (« Ces services, non soumis au régime légal de 1838[232] »). En juin 1939, les députés validaient la possibilité d'un aménagement de la loi du 21 juin 1838 en avançant l'idée de la création d'un espace thérapeutique d'observation avant l'hospitalisation. Toutefois, l'entrée en guerre de la France arrêta le processus législatif engagé[233].

Ces services ouverts avaient également, selon la circulaire, un but prophylactique et devaient permettre d'éviter des hospitalisations contraignantes, pénibles et douloureuses pour des personnes acceptant leurs soins. Ces nouveaux services,

pavillons libres d'observation et de traitement [234], seraient situés à proximité des asiles

229 Rapport de l'Académie Nationale de Médecine : *Soigner les maladies mentales : pour un plan de mobilisation nationale*, rapporteur ; Jean-Pierre OLIÉ ; Juin 2019

230 Circulaire du 13 Octobre 1937 relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental *in* Michel GODFRYD, *Le droit de la santé mentale par les textes* ; Éditions Heures de France, Thoiry, 2000, pp.209-211

231 Rapport de l'Académie Nationale de Médecine : *Soigner les maladies mentales : pour un plan de mobilisation nationale*, rapporteur ; Jean-Pierre OLIÉ, Juin 2019

232 Circulaire du 13 Octobre 1937 relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental *in* Michel GODFRYD, *Le droit de la santé mentale par les textes* ; Éditions Heures de France, Thoiry, 2000, pp.209-211

233 Danielle PAPIAU, *Psychiatrie, psychanalyse et communisme. Essai de sociobiographie des psychiatres communistes (1924 – 1985)* ; Université Paris 10 Nanterre, 2017, pp. 49-51

234 Alain LOPEZ, Gaëlle TURAN-PELLETIER, Organisation *et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, Tome 2 Annexes ; Inspection Générale des Affaires Sociales, N°2017-064R, Novembre 2017

psychiatriques départementaux et devaient être dirigés uniquement par des psychiatres ayant réussi le concours des médecins des hôpitaux psychiatriques[235].

Alors que la circulaire du 13 octobre 1937 encourageait toutes les mesures favorisant une prophylaxie efficiente, le ministre de la Santé publique demandait, dans ce même texte réglementaire, de développer et de moderniser les services fermés des asiles psychiatriques[236]. Cette demande ministérielle pouvait sembler contradictoire avec les précédentes mesures préconisées.

Toutefois, il n'en fut rien puisque cette volonté gouvernementale correspondait uniquement à l'application stricte des exigences de la loi du 30 juin 1838: un établissement recevant les aliénés par département. Or, il semble que de nombreux départements (par exemple les Vosges ou la Vienne), en 1937, ne possédaient pas encore ce type d'établissements ; ce qui était fort préjudiciable aux départements voisins qui devaient accueillir un surplus de patients.

De plus, il convient de préciser que le développement des services fermés au sein des asiles psychiatriques existants correspondait au respect de principes édictés antérieurement par le Conseil supérieur de l'Assistance publique[237]. La circulaire du 13 octobre 1937 ne faisait que confirmer les exigences quantitatives du Conseil (« il serait souhaitable que dans tous les établissements chaque service, placé sous l'autorité même médecin-chef, ne comprenne pas un nombre de malades supérieur à 400, pour un mouvement d'entrées et de sorties annuelles. [238]»). En cas de dépassement du nombre maximum de patients par service, le Ministre invitait les préfets à envisager l'embauche de personnels soignants supplémentaires.

Le dernier point abordé par la circulaire fut celui de l'assistance apportée aux enfants anormaux. Pour le ministre, le système de prophylaxie mis en place pour les malades psychiques adultes devait servir de modèle pour celle des enfants anormaux. Les

235 Circulaire du 13 Octobre 1937 relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental *in* Michel GODFRYD, *Le droit de la santé mentale par les textes* ; Éditions Heures de France, Thoiry, 2000, pp.209-211

236 André MEYLAN, «L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution l'histoire de sa profession» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°2, 1975, pp.201-202

237 *Ibid*., pp.201-202

238 Circulaire du 13 Octobre 1937 relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental *in* Michel GODFRYD, *Le droit de la santé mentale par les textes* ; Éditions Heures de France, Thoiry, 2000, pp.209-211

préfets avaient pour mission de veiller à ce que des consultations de neuropsychiatrie infantile fussent mises en place aux côtés des consultations pour les adultes De plus, à la différence des structures prophylactiques pour les adultes, les espaces de consultation prévus pour les enfants anormaux devaient travailler en étroite collaboration avec d'autres administrations (ministère de l'Education nationale notamment)[239].

A première vue, cette circulaire du 13 octobre 1937 semblait rompre radicalement avec la politique gouvernementale en matière d'organisation psychiatrique. Il convient cependant de relativiser cette apparente radicalité. Pour Marcel JAEGER, la personnalité même de Marc RUCART et son positionnement politique devraient donner à réfléchir sur le caractère révolutionnaire de la circulaire et son association à la période du Front populaire. La circulaire fut promulguée par un ministre radical dans un gouvernement comptant plusieurs adversaires résolus du Front populaire. Cette assertion du sociologue de la santé mérite d'être tempérée puisque la directive du 13 octobre 1937 fut en grande partie l'œuvre de Robert-Henri HAZEMANN, médecin hygiéniste communisant.

De plus, la promulgation de cette circulaire intervenait dans un contexte d'inquiétude de la part des conseils généraux. En effet, ils avaient la charge financière des politiques de lutte contre les maladies mentales et ils s'alarmaient vivement du nombre croissant d'aliénés et du coût que cette hausse engendrait. En outre, cette circulaire, ne pouvant complètement contrevenir à la loi du 21 juin 1838, toujours en vigueur, ne pouvait avoir qu'une valeur incitative.

Les conseils généraux, connaissant cette réalité juridique et ne désirant pas dépenser plus d'argent pour les aliénés alors que d'autres catégories de vulnérables nécessitaient un secours humain et financier, manifestèrent de l'inertie voire de l'opposition (par exemple, le Conseil général du Maine-et-Loire rejeta l'application de la directive au motif que celle-ci engendrerait des coûts trop importants[240]) dans l'exécution de cette directive qui ne connut aucun d'effet immédiat. Selon certains historiens, la

239. Circulaire du 13 Octobre 1937 relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental *in* Michel GODFRYD, *Le droit de la santé mentale par les textes* ; Éditions Heures de France, Thoiry, 2000, pp.209-211

240 Vincent GUÉRIN, « Un Service ouvert pour les militaires : Saint-Gemmes-sur-Loire (1914-1919)» *in* Laurence GUIGNARD, Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON (dir.), *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^{e}-XX^{e} siècles),* Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2013, p.127

directive ''Rucart'' d'octobre 1937 demeura « lettre morte »[241]. Elle fut toutefois suivie par une autre norme importante dans l'histoire de l'organisation psychiatrie française : la directive ministérielle du 7 décembre 1938[242].

Cette seconde directive ''Rucart'' fut élaborée et promulguée dans un contexte différent de la première. En effet, Robert-Henri HAZEMANN n'était plus l'inspirateur de cette norme administrative. A la différence de la directive du 13 octobre 1937, il n'œuvra ni sur le texte de 1938 ni sur ses travaux préparatoires. Dans le cas de la directive du 7 décembre 1938, une commission mise en place par le ministère de la Santé publique (dont fait partie le psychiatre Henri BARUK) eut la charge de préparer et de rédiger des précisions réglementaires visant à une meilleure interprétation de la loi du 21 juin 1838[243].

Cette directive eut pour but de diffuser ces précisions parmi les préfets. En effet, la directive notait que les principales critiques formulées à l'égard de la loi de 1838 résultaient probablement d'une mésinterprétation de l'esprit du législateur. Il convenait donc de rappeler cet esprit afin que les inexactitudes dans l'application de certaines dispositions s'effaçassent d'elles-mêmes[244].

Suite à ces précisions introductives, la directive du 7 décembre 1938 aborda quatre questions relatives à l'hospitalisation des malades psychiques : le placement volontaire gratuit, le dépôt provisoire dans les hôpitaux et hospices, les enquêtes à domicile et la transformation du placement d'office en placement volontaire. Ces questions étaient relatives à l'aménagement de la loi du 30 juin 1838 en matière de placement des malades dans les hôpitaux psychiatriques mais ne traitaient pas du rôle futur des dispensaires en la matière[245].

La circulaire rappelait, dans un premier point, l'existence du placement volontaire

241 Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, « Les soins contraints en psychiatrie et la question de l'intervention du juge: héritages, enjeux, débats (1838-1990) » *in* Nathalie GILOUX, Marion PRIMEVERT, *Les soins psychiatriques sans consentement*, Éditions LEH, Collection Actes et séminaires, Bordeaux, 2017, pp.41-58
242 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, 2006, pp.95-96
243 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.97
244 Circulaire ministérielle relative au régime des aliénés du 7 décembre 1938 *in* Michel GODFRYD, *Le droit de la santé mentale par les textes* ; Éditions Heures de France, Thoiry, 2000, pp.211-214
245 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.97

prévu par le paragraphe 2 de l'article 25 de la loi du 30 juin 1838[246]. Ce mode de placement devait toujours, pour des raisons éminemment thérapeutiques, être privilégié au placement d'office. Il aurait dû être gratuit mais le texte de la loi du 30 juin 1838 ne précisait pas dans son corps que les soins devaient être gratuits[247]. Jusqu'à cette directive ce mode de placement était payant et réservé aux citoyens les plus aisés[248].

Cette situation inégalitaire ne manqua pas de susciter l'indignation de certains médecins dont Évariste MARANDON DE MONTYEL (1851-1908), aliéniste célèbre et médecin-directeur de l'asile de Ville-Evrard, qui déclarait avec véhémence en 1905 : « La très défectueuse loi de 1838 […] qui accorde tout au riche et rien au pauvre. Au premier seul, le placement volontaire, car il paye, au second l'unique placement d'office, et encore, à la condition expresse qu'il se soit par des actes, montré dangereux.»[249].

La circulaire demandait aux préfets de résoudre la question du placement volontaire pour les citoyens les plus indigents. Elle chargeait les préfets d'intervenir auprès des Conseils généraux (comme l'exigeait la loi de 1838) pour un règlement d'admission des malades indigents soit rédigé. Ce règlement devait prévoir le financement, par le Conseil général, du séjour de l'interné nécessiteux[250].

La circulaire rappelait également aux préfets qu'ils disposaient déjà de tous les outils réglementaires concernant le placement volontaire. Une circulaire du 14 août 1840 fournissait un modèle-type d'arrêté propre à ce régime de placement. Une autre circulaire, du 4 août 1938, complétait la précédente en transmettant des indications plus précises sur le sujet[251].

La seconde question abordée par cette circulaire fut celle du dépôt provisoire dans les hôpitaux et hospices. Comme pour le placement volontaire gratuit, le ministre de la Santé publique rappelait que les préfets disposaient d'informations dans leur arsenal

246 Loi nº 7443 sur les aliénés du 30 juin 1838, Recueil Duvergier p.490
247 Jean-Louis DESCHAMPS, *1838-1990: immobilisme ou mutation du droit. Origines et fond premier de la législation française en matière de psychiatrie publique* ; Grenoble 1, 1991, p.110
248 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, 2006, p.95
249 Jean-Louis DESCHAMPS, *1838-1990: immobilisme ou mutation du droit. Origines et fond premier de la législation française en matière de psychiatrie publique* ; Grenoble 1, 1991, p.110
250 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.97
251 Circulaire ministérielle relative au régime des aliénés du 7 décembre 1938 *in* Michel GODFRYD, *Le droit de la santé mentale par les textes* ; Éditions Heures de France, Thoiry, 2000, pp.211-214

réglementaire (circulaire du 6 juin 1854). Ce rappel de la lettre de la loi du 21 juin 1838 permettait au ministre d'insister sur le caractère très provisoire du séjour des malades psychiques dans les hôpitaux civils et militaires et de souligner l'importance d'une prise en charge rapide dans hôpitaux psychiatriques. Des abus ayant été observés, la circulaire fixait à quatre jours la durée provisoire de dépôt dans un hôpital ou dans un hospice. Au sein de ces structures sanitaires initialement conçues pour accueillir des patients ''sains d'esprit'', le ministre invitait les préfets à faire effectuer des aménagements destinés à recevoir des ''aliénés'' et à former *a minima* leurs personnels[252].

Puis la circulaire du 7 décembre 1938 s'attacha à revenir sur la question des enquêtes à domicile réalisées à la demande des préfets et des procureurs suite à une notification des placements en hôpital psychiatrique. Ces enquêtes n'étaient pas prévues par la loi du 30 juin 1838 mais l'usage s'en est répandu. Cet usage, en dehors de toute procédure légale, posait problème car les enquêtes de voisinage étaient souvent menées par des agents subalternes peu diligents qui perturbaient la tranquillité des familles de malades qui ne voulaient pas voir divulguer les troubles psychiques de leur proche. De plus, elles se révélaient souvent superflues et pouvaient même s'avérer inefficaces et dommageables pour les familles puisque la publicité de la maladie du proche pouvait les empêcher de le faire soigner opportunément et convenablement[253].

Plutôt que de diligenter de telles enquêtes, la circulaire recommandait aux préfets de mieux collaborer avec les familles et de les convoquer directement plutôt que de risquer de provoquer la notoriété de la maladie mentale du proche. Si toutefois le préfet se montrait déterminé à l'idée de réaliser une enquête au domicile du malade, la circulaire leur suggérait de la faire exécuter par des professionnels et plus particulièrement par des assistantes sociales[254].

Les enquêtes suite à une notification de placement n'étaient pas les seules enquêtes relatives aux malades que pouvaient demander les autorités administrative et judiciaire. En effet, elles pouvaient demander des enquêtes sur l'état de fortune du malade et de sa famille. Pour les autorités administratives, la circulaire proposait de travailler avec les hôpitaux psychiatriques pour obtenir les renseignements voulus. Quant aux autorités

252 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.97
253 Circulaire ministérielle relative au régime des aliénés du 7 décembre 1938 *in* Michel GODFRYD, *Le droit de la santé mentale par les textes* ; Éditions Heures de France, Thoiry, 2000, pp.211-214
254 *Ibid.,* pp.211-214

judiciaires, elles auraient désormais à respecter une nouvelle procédure pour connaître l'état de fortune du malade et de sa famille (adressage d'un questionnaire à la famille et demande de renseignements à la direction de l'hôpital psychiatrique)[255].

La dernière question appréhendée par la circulaire fut celle de la transformation du placement d'office en placement volontaire. Dans la loi du 30 juin 1838, le préfet se voyait octroyer la capacité de transformer un placement volontaire en placement d'office si la situation médicale du malade était susceptible de perturber l'ordre public (article 21). Toutefois, elle ne prévoyait pas le cas inverse c'est à dire lorsqu'un malade interné en placement d'office, rendu inoffensif par les soins, nécessiterait de rester hospitalisé mais avec son consentement[256].

Selon la circulaire de 1938, la possibilité d'une transformation d'un placement d'office en placement volontaire ne serait pas contraire à l'esprit de la loi de 1838 puisque, l'objectif du placement d'office étant la suppression de l'état de dangerosité de l'aliéné celle-ci obtenue, il ne serait plus redevable d'une hospitalisation sous la contrainte et pourrait donc être soigné volontairement dans le cadre d'un nouveau régime de placement[257].

La circulaire du 7 décembre 1938 reconnut donc, par déduction logique, la légalité d'une transformation du placement d'office en placement volontaire et ouvrit la voie à une généralisation de ce mode de placement aux vertus thérapeutiques. Elle vit également dans cette possibilité de transformation des avantages immédiats pour les hôpitaux psychiatriques, les médecins et les malades (la facilitation des promenades et des sorties d'essai notamment)[258].

D'après la circulaire de 1938, la transformation d'un placement d'office en placement volontaire était déjà à l'œuvre dans certains départements. Toutefois, c'était une procédure compliquée et incertaine d'un point de vue thérapeutique. En effet, la transformation se réalisait en deux étapes : le malade en placement d'office devait sortir à la demande du médecin après promulgation d'un arrêté de sortie par le préfet avant d'être

255 Circulaire ministérielle relative au régime des aliénés du 7 décembre 1938 *in* Michel GODFRYD, *Le droit de la santé mentale par les textes* ; Éditions Heures de France, Thoiry, 2000, pp.211-214
256 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.98
257 Circulaire ministérielle relative au régime des aliénés du 7 décembre 1938 *in* Michel GODFRYD, Le droit de la santé mentale par les textes ; *Éditions Heures de France*, Thoiry, 2000, pp.211-214
258 *Ibid.,* pp.211-214

ensuite réintégré à sa demande en placement volontaire[259].

Il semble évident que cette formule détournée n'était pas privilégiée par le ministre de la Santé pour deux raisons majeures : son coût financier et surtout son coût thérapeutique pour le malade. En effet, une telle opération demandait de mobiliser inutilement plusieurs hauts fonctionnaires alors qu'une simple mutation administrative aurait permis de réaliser la même opération. De plus, le malade avait à pâtir d'une telle rouerie administrative puisque sa thérapie hospitalière était interrompue par la sortie et que la réintégration, même à sa demande, se ferait après une trop longue période de rupture[260].

Les deux circulaires dites Rucart ont conservé, pour la postérité, l'image de l'œuvre du Front populaire en matière de santé mentale. Cette image peut paraître trompeuse pour plusieurs raisons. D'abord parce qu'elles n'opèrent qu'une très faible rupture avec la loi du 30 juin 1838 et son esprit[261]. Le législateur fut contraint de louvoyer puisqu'il ne pouvait remettre en cause l'ordre psychiatrique établi par la loi sur les aliénés. En effet, l'ordre juridique interne imposait une stricte conformité des circulaires à la loi. Ensuite parce que leur dépendance au bon vouloir des préfets, des procureurs et des conseils généraux rendait leur force d'application était presque nulle.

Toutefois, il serait inexact de dire qu'elles restèrent lettre morte de par leur inapplication immédiate. L'ouverture de dispensaires d'hygiène mentale pendant l'Occupation, la possibilité offerte aux psychiatres désaliénistes d'œuvrer pour une meilleure prophylaxie et des structures moins aliénantes ainsi que la multiplication des hospitalisations sans contrainte purent devenir des réalités grâce à ces deux circulaires.

259 *Ibid.,* pp.211-214

260 Circulaire ministérielle relative au régime des aliénés du 7 décembre 1938 *in* Michel GODFRYD, Le droit de la santé mentale par les textes ; Éditions Heures de France, Thoiry, 2000, pp.211-214

261 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.98

Paragraphe 2: les références idéologiques de la sectorisation psychiatrique

> «La psychiatrie de secteur, pour moi, c'est le désaliénisme, et la pensée désaliéniste est dans la filière surréaliste. Dans l'ensemble, les psychiatres qui ont été des réformateurs, des rebelles à l'inhumanité.»[262]
>
> Lucien BONNAFÉ

Le mouvement ayant donné naissance à la politique de sectorisation psychiatrique puisa ses racines au cœur de la vie intellectuelle et idéologique française de la période de l'entre-deux guerres à l'après Seconde Guerre mondiale. Cette période fut extrêmement riche en matière de réflexion sur le lien entre les phénomènes artistique, philosophique et la folie. De nombreux intellectuels et artistes, parfois secondés de psychiatres, s'emparèrent du thème de la folie et de la situation des fous pour prôner une libéralisation totale d'une société qui ne serait pas libre à leurs yeux si les malades psychiques continuaient à être reclus et exclus dans des lieux ségrégatifs. Le mouvement surréaliste s'intéressa à la folie, en fit un de ses thèmes majeurs et en proposa une vision totalement renouvelée et originale[263] (**A**). Il constitua une réelle source d'inspiration pour le bâtisseur de la sectorisation psychiatrique, Lucien BONNAFÉ. Celui-ci s'appuya sur les idées d'André BRETON, de Louis ARAGON et d'Antonin ARTAUD pour fonder un courant de pensée sans lequel la politique de sectorisation psychiatrique aurait été impossible : le désaliénisme (**B**). Le désaliénisme, promu et défendu par Lucien BONNAFÉ, accompagna fidèlement la naissance et le développement d'un autre mouvement émancipateur de la psychiatrie française : la psychothérapie institutionnelle. La psychothérapie institutionnelle naquit formellement en France en 1952 par l'intermédiaire d'un article scientifique de Georges DAUMÉZON et de Philippe KOECHLIN[264]. Comme le rappelle Alexandre LUNEL, elle est « une réponse au manque de moyens des hôpitaux psychiatriques, aux faibles effectifs médicaux et à l'impossibilité d'appliquer des

262 Lucien BONNAFÉ, «L'esprit du secteur», entretien donné à Catherine Talbot-Lengellé pour la revue *Santé Mentale* n° 51, Octobre 2000, p. 20

263 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, pp.129-130

264 Georges DAUMÉZON, Philippe KOECHLIN, «La psychothérapie institutionnelle française contemporaine» ; *Anais portuguéses de psiquiatria*, Vol.4, numéro 4, décembre 1952

psychothérapies individuelles. »[265] (**C**).

A/ Le mouvement surréaliste et la folie

« Selon moi, tous les internements sont arbitraires. Je continue à ne pas voir pourquoi on priverait un être humain de liberté. Ils ont enfermé Sade; ils ont enfermé Nietzsche ; ils ont enfermé Baudelaire.»[266]
André BRETON

«Me traiter en délirant, c'est nier la valeur poétique de la souffrance.»[267]
Antonin ARTAUD

« Surréalisme : automatisme psychique pur par lequel on se propose d'exprimer, soit verbalement soit par écrit, soit de toute autre manière, le fonctionnement réel de la pensée. Dictée de la pensée, en l'absence de tout contrôle exercé par la raison, en dehors de toute préoccupation esthétique ou morale. »[268]. Son but était extrêmement ambitieux et dépassait le domaine de la littérature. En effet, « il ne vise à rien moins qu'à libérer l'homme des contraintes d'une civilisation trop utilitaire. »[269]. Pour Lucien BONNAFÉ, l'intérêt du surréalisme pour l'aliénation mentale était évidente et il liait cet intérêt à la nature même du courant artistique : « Cette passion [l'intérêt surréaliste pour la folie et son langage] était inéluctablement impliquée par le programme d'une recherche à la quête des possibilités de l'expression humaine.[270] »

A première vue, il pourrait sembler incongru de lier un mouvement littéraire et artistique à la construction d'une organisation sanitaire planifiée nationalement. En effet, il paraît légitime de s'interroger sur la pertinence à évoquer l'éventuelle influence qu'a pu exercer un mouvement littéraire et artistique né d'une réaction aux horreurs de la Première

265 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.140
266 André BRETON, *Nadja*, NRF, Paris, 1928
267 Antonin ARTAUD, Lettres au docteur Ferdière *in Nouveaux écrits de Rodez* ; L'Imaginaire Gallimard, Paris, 1994, p.96
268 André BRETON, *Manifestes du surréalisme* ; Gallimard, Folio Essais, Paris, 1985, p.36
269 Yvonne DUPLESSIS, *Le surréalisme* ; Presses Universitaires de France, Que sais-Je ?, Paris, 1991, p.3
270 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner ? Folie(s) et société(s)* ; Presses Universitaires du Mirail, Toulouse 1991, p.247

Guerre mondiale[271] sur une théorie empirique et philosophique de la pratique organisationnelle de la psychiatrie.

Comment le surréalisme naquit au début des années 1920 au lendemain d'une guerre qui marqua profondément ses fondateurs (Louis ARAGON, André BRETON, Paul ÉLUARD notamment)[272] ? Pourquoi a-t-il joué un rôle prépondérant dans la formation de l'idée désaliéniste fondatrice de la sectorisation psychiatrique[273] ?

En août 1916, pendant la Première Guerre mondiale, un jeune médecin-auxiliaire, André BRETON, fut affecté, à sa demande, au Centre neuropsychiatrique de Saint-Dizier (Haute-Marne)[274]. Il parait difficile d'établir exactement les raisons qui poussèrent André BRETON à demander cette affectation. Il est possible que le poète ait voulu abandonner, par souci de maintien d'un équilibre mental jugé fragile[275], sa vocation littéraire pour devenir psychiatre[276].

Il tenta d'utiliser la technique de l'association libre pour apaiser les soldats dont il avait la charge[277]. André BRETON lit alors les psychiatres CHARCOT, FREUD, KRAEPELIN[278]. De plus, sur les conseils de son médecin-chef le Dr Raoul LEROY, il étudia des écrits directement inspirés par les idées de Sigmund FREUD[279] (La *Psychoanalyse des névroses et des psychoses*[280] des Docteurs Emmanuel RÉGIS et Angelo HESNARD ainsi que *Le précis de médecine mentale* du même Dr Emmanuel RÉGIS[281]).

---

271 Maurice NADEAU, *Histoire du surréalisme* ; Éditions du Seuil, Paris, 1964, pp.11-12
272 *Ibid.,* p.13
273 Lucien BONNAFÉ, « L'esprit du secteur », entretien donné à Catherine Talbot-Lengellé pour la revue *Santé Mentale* n° 51, Octobre 2000, p. 20
274 Marguerite BONNET, « La rencontre d'André Breton avec la folie : Saint-Dizier, août-novembre 1916 » *in* « Folie et psychanalyse dans l'expérience surréaliste », sous la direction de Fabienne HULAK ; *Art et psychanalyse*, Z'éditions, Nice, 1992, p.115
275 Philippe CHARDIN, "N'est pas fou qui veut" ? La simulation des délires mentaux par André Breton et Paul ÉLUARD dans "Les Possessions" ; *Revue d'histoire littéraire de la France* 2011/13 (Vol.111), p.656
276 Marguerite BONNET, « La rencontre d'André Breton avec la folie : Saint-Dizier, août-novembre 1916 » *in* « Folie et psychanalyse dans l'expérience surréaliste », sous la direction de Fabienne HULAK ; *Art et psychanalyse*, Z'éditions, Nice, 1992, pp.115-117
277 Olivier DOUVILLE « Expérience du rêve et expérimentations surréalistes », *Psychologie Clinique*, vol. 41, no.1, 2016, p.96
278 *Ibid.,* p.97
279 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Odile Jacob, Paris, 2015, p.118
280 Emmanuel REGIS, Angelo HESNARD, *La Psychoanalyse des névroses et des psychoses ;* Librairie Félix Alcan, Paris, 1914
281 Olivier DOUVILLE « Expérience du rêve et expérimentations surréalistes », *Psychologie Clinique*, vol. 41, no.1, 2016, p.96

Lors de l'année 1917, André BRETON fera une rencontre cruciale pour sa vie d'artiste et d'homme : Louis ARAGON. Les deux hommes se croisèrent à la librairie d'Adrienne MONNIER (*Les Amis des livres*[282]) avant de véritablement faire connaissance à l'Hôpital du Val-de-Grâce[283] où André BRETON exerçait comme interne au "Quatrième fiévreux" (un ancien service de tuberculeux transformé en service de psychiatrie[284]) . Comme André BRETON, Louis ARAGON était étudiant en médecine mais à la différence du futur fondateur du mouvement surréaliste, l'Hôpital du Val-de-Grâce était sa première affectation après être passé par la première étape des études de médecine (le PCN, physique, chimie, sciences de la nature)[285].

Cette expérience hospitalière marqua durablement l'homme de lettres et sa fréquentation directe de la folie influera considérablement sur ses écrits théoriques et ses œuvres romanesques ainsi que, conséquemment, sur les autres membres de son futur mouvement littéraire[286]. Pourtant, il semble également que cette rencontre avec la psychiatrie réelle ait découragé définitivement le jeune écrivain de poursuivre une carrière médicale[287].

En 1924, il publia Le *Manifeste du surréalisme* dans lequel il exprima puissamment sa fascination désintéressée pour la folie, cette « folie qu'on enferme »[288]. André BRETON, dans ce même manifeste datant de 1924, se livrait à une déclaration d'admiration pour l'expression et la nature de l'homme fou : « les confidences des fous, je passerais ma vie à les provoquer. Ce sont des gens d'une honnêteté scrupuleuse, et dont l'innocence n'a d'égale que la mienne.[289] ». Pour André BRETON, le fou est essentiellement et fondamentalement un homme libre[290].

282 Pierre DAIX, «1. Le jeune Aragon», *in Aragon retrouvé. 1916-1927*, sous la direction de Pierre DAIX, Paris, Tallandier, «Hors collection», 2015, p.19
283 Luc VIGIER, «Aragon/Breton : jeux de coécriture en 1922 et 1928» ; *Genesis* 41 | 2015, Presses universitaires de Paris Sorbonne, 2015, p.145
284 Olivier DOUVILLE «Expérience du rêve et expérimentations surréalistes», *Psychologie Clinique*, vol. 41, n°1, 2016, p.97
285 Pierre DAIX, «1. Le jeune Aragon», *in Aragon retrouvé. 1916-1927*, sous la direction de Pierre DAIX, Paris, Tallandier, «Hors collection», 2015, pp.17-18
286 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire ;* Odile Jacob, Paris, 2015, pp.118-119
287 Marc VERLYNDE, «Je ne m'arrête plus quand je vois la folie. Approche surréaliste de la folie dans l'œuvre de René Crevel» *in* Cécile BROCHARD, Esther PINON, *La Folie: Création ou destruction ?* ; Presses Universitaires de Rennes, 2011, p.135
288 André BRETON, *Manifestes du surréalisme* ; Folio Essais, Gallimard, p.15
289 *Ibid*., p.15
290 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.130

En 1925, soit un an après «la fondation officielle du mouvement»[291], le poète Robert DESNOS publia, avec l'aide d'Antonin ARTAUD et de Théodore FRAENKEL (médecin et ami des surréalistes[292]), dans la revue *La Révolution surréaliste,* une lettre ouverte adressée aux médecins-chefs des hôpitaux psychiatriques[293]. Cette lettre au ton très vindicatif choqua de nombreux psychiatres qui se sentirent directement remis en cause dans leur nature profonde. Il est vrai que la lettre appelait explicitement les psychiatres à reconnaître leur usage arbitraire de la force à l'encontre des patients (« [...] ces hommes sur lesquels, reconnaissez-le, vous n'avez d'avantage que celui de la force.[294]»).

Suite à cette violente interpellation des psychiatres hospitaliers, un autre «vieux compte à régler avec les psychiatres»[295] émergea de la production surréaliste: le cinquantenaire de l'hystérie (1878-1928). Cette commémoration symbolique de la découverte du Dr CHARCOT parut donc sous la plume conjointe de Louis ARAGON et d'André BRETON en 1928 dans *La Révolution surréaliste*[296]. Sur un ton ironique, les deux poètes décrivaient la naissance et le développement de la pathologie hystérique.

Ils raillaient les diverses définitions données par les psychiatres (Hippolyte BERNHEIM, Joseph BABINSKI) et concluaient leur adresse aux médecins par leur propre définition de ce concept : « L'hystérie est un état mental plus ou moins irréductible se caractérisant par la subversion des rapports qui s'établissent entre le sujet et le monde moral […] Cet état mental est fondé sur le besoin d'une séduction réciproque […] L'hystérie n'est pas un phénomène pathologique et peut, à tous égards, être considérée comme un moyen suprême d'expression.»

L'attaque contre la psychiatrie de l'époque ne s'arrêta pas avec cette commémoration provocatrice puisque le célèbre roman d'André BRETON *Nadja*[297], paru également en 1928, narrant l'histoire d'une aventure amoureuse du poète dont le tragique

291 Maurice NADEAU, *Histoire du surréalisme* ; Éditions du Seuil, Paris, 1964, p.24
292 Olivier DOUVILLE «Expérience du rêve et expérimentations surréalistes», *Psychologie Clinique*, vol. 41, no.1, 2016, p.97
293 Robert DESNOS, «Lettre aux médecins-chefs des asiles de fous» ; *La Révolution surréaliste*, n°3, 15 avril 1925, p.29
294 Robert DESNOS, «Lettre aux médecins-chefs des asiles de fous» ; *La Révolution surréaliste*, n°3, 15 avril 1925, p.29
295 André BRETON, Paul ÉLUARD, *L'Immaculée conception ;* Éditions surréalistes, José Corti, Paris, 1930
296 Patrick CLERVOY, Maurice CORCOS, *Petits moments d'histoire de la psychiatrie en France* ; Editions EDK, 2005, pp.165-166
297 André BRETON, *Nadja* ; NRF, Paris, 1928

dénouement se déroulait dans un hôpital psychiatrique, contenait ce que certains psychiatres (Paul ABÉLY notamment[298]) considéraient comme un appel au meurtre («[…] si j'étais fou, […] je profiterais d'une *rémission* que me laisserait mon délire pour assassiner avec froideur un de ceux, le médecin de préférence, qui me tomberaient sous la main.»[299]).

Le poète profita également de ce roman pour poursuivre une condamnation portant sur les « méthodes policières d'internement, le jugement qu'il estime arbitraire et borné des aliénistes et sur les conditions scandaleuses dans lesquelles les malheureux sujets étaient voués à se chroniciser. »[300] Cette condamnation concernait les carences et les dérèglements les plus saillants de la psychiatrie aliéniste. S'il était virulent, le poète n'était pas le seul à connaître et à dénoncer ces terribles manquements.

L'année 1930 fut féconde pour le surréalisme et les liens idéologiques que ce mouvement a tissé avec la folie depuis sa naissance. En effet, en 1930, André BRETON fit paraître deux ouvrages (*Second Manifeste du Surréalisme* [301] et *L'Immaculée conception* avec Paul ÉLUARD) dans lesquels il tenait à souligner l'importance de la folie dans la définition même de la nature du mouvement littéraire qu'il dirige.

L'aliénation mentale se vit idéalisée et devient naturellement consubstantielle à la caractérisation de l'œuvre avant-gardiste et contestataire («Avec le surréalisme,[…] il ne s'agit pas d'un simple regroupement des mots […] mais de la recréation d'un état qui n'ait plus rien à envier à l'aliénation mentale»[302]). Les deux poètes (André BRETON et Paul ÉLUARD) tentèrent même de conduire une expérience de « cinq essais de simulation de délires mentaux »[303] dans un chapitre de l'ouvrage *L'immaculée conception*: *Les Possessions.* Par l'intermédiaire de cette œuvre déconcertante, troublante et iconoclaste, les deux littérateurs ont réussi à proposer une «espèce de "critique en action" de la psychiatrie»[304].

298 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Odile Jacob, Paris, 2015, pp.120-121
299 André BRETON, *Nadja* ; Gallimard, Folio, 2002, Paris, p.166
300 Patrick CLERVOY, Maurice CORCOS, *Petits moments d'histoire de la psychiatrie en France* ; Editions EDK, 2005, p.163
301 André BRETON, *Second Manifeste du Surréalisme* ; Paris, Éditions Kra, 1930
302 André BRETON, *Manifestes du surréalisme* ; Folio Essais, Paris, Gallimard, p.125
303 Philippe CHARDIN, «"N'est pas fou qui veut" ? La simulation des délires mentaux par André Breton et Paul ÉLUARD dans "Les Possessions"» ; *Revue d'histoire littéraire de la France*, 2011/3 (Vol.111), p.653
304 Philippe CHARDIN, «"N'est pas fou qui veut" ? La simulation des délires mentaux par André Breton et Paul ÉLUARD dans "Les Possessions"» ; *Revue d'histoire littéraire de la France*, 2011/3 (Vol.111) p.655

Toutefois, si les liens entre le surréalisme et la folie purent demeurer historiquement si évidents, c'est parce qu'un homme les a tragiquement personnifiés. En effet, Antonin ARTAUD (de son vrai nom Antonin NALPAS né en 1896 à Marseille) eut, au cours de son existence, à souffrir de troubles psychiques sévères qui le contraignirent, et son entourage avec lui, à subir les effets d'une psychiatrie aliéniste rigide et oppressante.

Antonin ARTAUD fut une des figures les plus captivantes du surréalisme. Il a parfaitement incarné le lien consubstantiel entre ce courant artistique et la folie psychiatrisée. L'artiste était également dramaturge[305], essayiste et acteur[306]. Sa mort en 1948 fut concomitante de la parution d'un article d'Henri EY sur la relation entre psychiatrie et surréalisme[307].

A l'âge de vingt ans, Antonin ARTAUD se vit diagnostiquer par le Dr GRASSET[308] et le diagnostic erroné (hérédosyphilis[309]) de ce médecin fut lourd de conséquences sur la vie de l'artiste puisqu'il dut subir un douloureux traitement à base de sels de mercure qui le conduisit à consommer des opiacés pour calmer ses souffrances[310].

Antonin ARTAUD fut ensuite un acteur important du courant surréaliste (il fut directeur de la Centrale surréaliste[311]) mais s'en détourna (il fut exclu en 1926[312] tout en conservant des liens cordiaux avec André BRETON et son épouse Jacqueline[313]) lorsque certains membres du courant littéraire (Louis ARAGON notamment) se rapprochèrent du Parti Communiste Français[314].

Malgré une activité littéraire et cinématographique prolifique (publication de pièces de théâtre et d'essais[315], rôle dans de nombreux films et notamment dans *Napoléon* d'Abel

305 Antonin ARTAUD, *Le Théâtre et son double*, Paris, Gallimard, 1938
306 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Odile Jacob, Paris, 2015, p.123
307 Henri EY, «La psychiatrie devant le surréalisme » ; *L'Evolution psychiatrique*, numéro exceptionnel, 1948, pp.1-52
308 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Odile Jacob, Paris, 2015, p.123
309 Didier FOUCAULT, DANCHIN Laurent et ROUMIEUX André, «Artaud et l'asile ; ARTAUD Antonin, Lettres 1937-1943», *Histoire, médecine et santé*, 11|2017, p.160
310 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Odile Jacob, Paris, 2015, p.123
311 Jean-Gabriel NORDMANN, «Antonin Artaud et le surréalisme» ; *Europe*, n° 475-476, Novembre-Décembre 1968, p.154
312 *Ibid*., p.154
313 *Ibid*., p.160
314 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Odile Jacob, Paris, 2015, p.123
315 *Ibid*., p.122

GANCE où il incarna le pamphlétaire Marat[316]) l'état mental de l'homme de lettres se détériorait. En dépit de cette fragilité, il décida, en 1937[317], d'aller en Irlande pour rendre aux Irlandais la canne de Saint Patrick[318] achetée chez un antiquaire[319].

En Irlande, il fut arrêté pour vagabondage avant d'être rapatrié en France[320]. A son retour en France, il fut brièvement interné à l'hôpital psychiatrique de Rouen puis à Paris à l'hôpital Sainte-Anne où il resta un an. De l'hôpital Sainte-Anne, il fut transféré à l'hôpital de Ville-Evrard[321] où son fidèle ami, le poète Robert DESNOS venant lui rendre visite en 1942 le vit qui se mourrait « de délire et de scorbut, édenté, hâve, fou à lier. »[322].

Robert DESNOS pensa alors à confier Antonin ARTAUD à un psychiatre proche des cercles surréalistes : le Docteur Gaston FERDIÈRE. Ce dernier dirigeait alors l'hôpital psychiatrique de Rodez[323]. Le poète arriva à Rodez (en zone non-occupée) le 11 février 1943 après une très brève étape à l'hôpital de Chezal-Benoit[324]. Dès le lendemain de son arrivée à l'asile de Rodez, Antonin ARTAUD entama une riche correspondance avec le Docteur FERDIÈRE[325] (première lettre datée du 12 février 1943[326] et dernière datée d'avril 1946[327]).

Les lettres envoyées au docteur FERDIÈRE par Antonin ARTAUD lors de son internement à l'hôpital psychiatrique de Rodez parurent pour la première fois en 1977 avec une préface du médecin[328]. Leur contenu intéresse l'histoire de la littérature française du 20ème siècle mais également l'histoire de la psychiatrie asilaire de la même période.

316 Kenneth WHITE, *Le monde d'Antonin Artaud* ou *Pour une culture cosmopoétique* ; Bruxelles, Editions Complexe, 1989, p.94
317 Jean-Gabriel NORDMANN, «Antonin Artaud et le surréalisme» ; *Europe*, n° 475-476, Novembre-Décembre 1968, p.160
318 Antonin ARTAUD, Lettres au docteur Ferdière *in Nouveaux écrits de Rodez* ; L'Imaginaire Gallimard, Paris, 1994, pp.60-61
319 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Odile Jacob, Paris, 2015, p.123
320 *Ibid*., p.123
321 Antonin ARTAUD, Lettres au docteur Ferdière *in Nouveaux écrits de Rodez* ; L'Imaginaire Gallimard, Paris, 1994, p.74
322 Emmanuel VENET, *Ferdière, psychiatre d'Antonin Artaud* ; Éditions Verdier, Lagrasse, 2006, p.32
323 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Odile Jacob, Paris, 2015, p.124
324 Emmanuel VENET, *Ferdière, psychiatre d'Antonin Artaud* ; Éditions Verdier, Lagrasse, 2006, p.33
325 Antonin ARTAUD, Lettres au docteur Ferdière *in Nouveaux écrits de Rodez* ; L'Imaginaire Gallimard, Paris, 1994
326 *Ibid.,* p.27
327 *Ibid.,* p.119
328 Antonin ARTAUD, *Nouveaux écrits de Rodez* ; NRF Gallimard, Paris, 1977

En effet, dans ces missives, souvent empreintes de mysticisme, d'occultisme et de délires de persécution, Antonin ARTAUD parvint à exprimer subtilement et radicalement son opinion sur les turpitudes des hôpitaux psychiatriques et sur ses misérables conditions d'internement («A force d'être enfermé on finit par s'imaginer que le monde extérieur n'existe pas.[329]», « C'est l'internement et les mauvais traitements que j'ai subis au début qui m'avaient mis dans cet état de bête traquée dans lequel je me trouvais quand je suis arrivé ici.[330]»).

Le poète ne cessa jamais de fasciner les psychiatres et ce même après sa mort. Cette fascination du corps médical pour l'artiste tourmenté et interné s'apparenta, pour certains, à une véritable obsession puisque le psychanalyste Charles MELMAN en fit même un efficace indicateur d'identité du psychiatre moderne : « Parle-moi d'Artaud, je saurai qui tu es »[331].

Antonin ARTAUD fit la connaissance de Lucien BONNAFÉ («Je n'ai que peu approché Antonin Artaud avant son internement […] Par contre, j'ai bien connu sa trajectoire d'interné »[332]) à l'hôpital de Ville-Evrard en 1938[333]. Fort de son passé et de son expérience de «compagnon des cercles surréalistes»[334], le jeune psychiatre put aborder cette rencontre avec un regard différent de celui du praticien commun.

La maitrise de l'idéal et de la sémantique surréalistes offrit au jeune psychiatre occitan la possibilité de communiquer plus aisément avec l'artiste malade qu'un autre psychiatre étranger à ce mouvement intellectuel si singulier. Le psychiatre recroisa le poète à l'Hôpital de Rodez pendant l'Occupation («Chez Ferdière, à Rodez, pendant l'occupation, j'ai pris le thé avec Artaud[335]»). Lucien BONNAFÉ symbolisa donc une des jonctions entre la médecine de l'esprit et la « révolution surréaliste. »[336].

---

329 Antonin ARTAUD, Lettres au docteur Ferdière *in Nouveaux écrits de Rodez* ; L'Imaginaire Gallimard, Paris, 1994, p.79
330 *Ibid*., p.79
331 Lucien BONNAFÉ, Désaliéner *: folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse, 1991, p.302
332 *Ibid*., p.301
333 Serge VALLON, «Lucien Bonnafé en quelques dates», *VST - Vie sociale et traitements*, vol. No 78, no. 2, 2003, p. 9
334 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Odile Jacob, Paris, 2015, p.133
335 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner: folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse, 1991, p.301
336 Philippe VAN TIEGHEM, *Les grandes doctrines littéraires en France*, Quadrige/Presses Universitaires de France, Paris, 1993 (2ème édition), p.289

B/ L'après-guerre et le désaliénisme

«Vous avez dit "désaliénisme" ?
Mais après Bonnafé, que croyez-vous que l'on puisse dire à ce sujet ?»[337]

Pierre BAILLY-SALIN

«Le sens de "désaliéner" est fondé sur une recherche d'émancipation de l'esprit et de fertilisation des rapports humains."»[338]

Lucien BONNAFÉ

Comme le nota opportunément le psychiatre Jacques HOCHMANN dans son ouvrage consacré aux antipsychiatries, le désaliénisme fut « la réponse psychiatrique au surréalisme[339]». Il justifia cette assertion en évoquant «la vraie question ontologique[340]» posée par le surréalisme à la psychiatrie et l'impérieuse nécessité de réponse devant laquelle se trouvait alors le corps médical psychiatrique.

Comment définir ce que fut désaliénisme ? A première vue, il pourrait apparaître comme un néologisme de plus dans la litanie lancinante et florissante des idéologies de cette époque riche en prophètes et en pensées rénovatrices enthousiasmantes. Lucien BONNAFÉ, principal théoricien et acteur, de ce mouvement, en donnait une définition synthétique et précise : «La position désaliéniste est fondée sur un principe d'insoumission à des attitudes générales d'incompréhension et sur la lutte pour l'instauration d'autres rapports humains grâce auxquels l'incompris peut devenir compréhensible.»341

Avant d'être une théorie psychiatrique supplémentaire, le désaliénisme est avant tout un humanisme dépouillé de tous les dogmes préexistants («il est heureux que le mouvement dont il s'agit ici et maintenant ait pratiquement échappé à toute tentative de réduction dogmatique ».)[342] et de toutes les influences inutiles à son épanouissement en tant qu'appréhension nouvelle de la relation malade/soignant/cité.

Lucien BONNAFÉ ne tenta pas d'immiscer abruptement ses conceptions politiques

337 Pierre BAILLY-SALIN, «Désaliénisme» ; *Vie Sociale et Traitements*, n°83, 2004, p.23
338 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner: folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse, 1991, p.321
339 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Odile Jacob, Paris, 2015, p.128
340 *Ibid.*, p.128
341 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner: folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse, 1992, p.204
342 *Ibid*., p.201

à sa vision transformée de la psychiatrie en un vrai dialogue où l'auditeur aurait enfin le droit de répondre. Il était très clair sur ce point et le marxisme (sacralisé, figé et dogmatique) n'échappait pas à la règle rigoureuse qu'il s'était fixé :« Qu'on ne s'y trompe pas. Il ne s'agissait en rien d'appliquer à la connaissance de l'homme en perdition quelque règle que ce soit formulée dans les textes sacrés. Dans la mesure où un tel marxisme put fonctionner, il n'apporta naturellement rien au courant désaliéniste. »[343]

Si le désaliénisme se construisit sans dogmes, il ne put pas exister, comme toutes les théories de l'Esprit, sans principes. Le poète et psychiatre Armand OLIVENNES[344] en distingua six (conçus par Lucien BONNAFÉ et Francesc TOSQUELLES): «1° nécessité d'une mobilisation du psychiatre contre l'engrenage quasi diffamatoire vis-à-vis du malade qu'est l'Hôpital Psychiatrique ; 2° implication de tous les soignants dans la progression contre l'incompréhension du psychopathe ; 3° nécessité d'un au-delà de la pratique banalisée du soin, pour aller à la rencontre de l'au-delà de la Raison ; 4° caractère plus positif que négatif de l'hétérotypie[345] clair-obscure de la Folie, comme contact extérieur de la subjectivité néantisée ; 5° jugement sur la rupture avec les "traces" d'humanité préétablies, comme un risque encouru par l'esprit chaque fois qu'il cherche à identifier ce qui, dans la trame relationnelle, s'oppose à une appropriation des défenses structurelles ; 6° postulat de la maladie mentale comme une maladie fondamentalement sociale, enracinée dans une pathogénie anthropologique.»[346]

Le mouvement désaliéniste fut la matrice grâce à laquelle l'organisation sectorielle ou psychiatrie de secteur a pu naître. La politique de sectorisation fut indissociable de l'évolution désaliéniste incarnée par Paul BALVET, Lucien BONNAFÉ et Francesc TOSQUELLES. Le mouvement désaliéniste en France eut une histoire jalonnée d'étapes décisives. La première de celles-ci fut la Libération de 1945.

Lucien BONNAFÉ expliquait comment le désaliénisme avait influencé l'organisation sectorielle au travers de deux éléments : la continuité et le travail avec l'environnement. «

343 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner: folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse, 1992, p.203

344Armand OLIVENNES, né OLIEVENSTEIN à Berlin en 1931 et mort à La Seyne-sur-Mer en 2006, est un poète et un psychiatre juif allemand naturalisé français. Il publie de nombreux recueils de poèmes chez les éditeurs Seghers et Pierre-Jean Oswald.

345 L'hétérotypie est la première des deux divisions cellulaires constituant la méiose (double division cellulaire aboutissant à la réduction de moitié du nombre des chromosomes)

346 Armand OLIVENNES, «Pratiques et principes de la désaliénation chez Lucien Bonnafé» *in* Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner: folie(s) et société(s),* Presses universitaires du Mirail, 1992, p.34

Dans les formulations initiales sur la retombée du principe désaliéniste dans la pratique de secteur il est fait état de deux principes :

Principe de continuité : car il est absurde de penser que les troubles auxquels nous avons à faire face sont un épisode accidentel détachable de l'histoire du sujet. Nous ne pouvons les comprendre et les traiter qu'en les sentant inscrits dans son archéologie et en sachant qu'après recompensation il y a encore fort à faire pour porter le poids du passé et consolider la résistance aux malmenages futurs.
Principe de travail avec l'environnement : car il est absurde de ne pas vouloir voir que ce que nous avons fonction de traiter est par définition, […] un fait se jouant dans l'ordre relationnel. Nous ne pouvons comprendre et traiter ces sujets en faisant abstraction de ce qui, dans leur champ relationnel, joue un rôle dans l'évolution des troubles, dans le passé, le présent et l'avenir. Nous sommes donc en position obligée de répondants pour quiconque est partie prenante dans la situation.
Il est historiquement correct de situer sur 1945 la constitution militante de ce corps de propositions.»[347]

La contestation de l'ordre psychiatrique établi se voulait radicale, sans concession faite au système préexistant analysé comme responsable de la majorité des maux dont souffrait la pratique du soin aux souffrants psychiques. Lucien BONNAFÉ était implacable et sa conclusion relative à l'aliénisme relève de la sentence incontestable: «Détruire le système aliéniste ou asilaire et bâtir son contraire sur ses ruines.»[348]

Armand OLIVENNES confirma la radicalité du propos de son "professeur" concernant la fin violente du système asilaire : « Lucien Bonnafé est aussi le pionnier d'une mise en cause radicale du système asilaire fondé sur la loi de 1838. Il n'est, affirme-t-il, qu'un dépérissement possible de ce système, c'est son remplacement par des pratiques contraires, ouvertes sur les vécus contradictoires des malades.»[349]

Le désaliénisme ne fut pas un nouveau courant psychiatrique désincarné ne reposant que sur des postulats idéologiques publiés et sources de polémiques gloseuses

347 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner: folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse, 1992, p.202
348 *Ibid.*, p.321
349 Armand OLIVENNES, «Pratiques et principes de la désaliénation chez Lucien Bonnafé», *in* Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner : folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse, 1992, p.42

entre spécialistes. Le désaliénisme se matérialisa dans la personne du soignant qui l'appliquait à sa pratique quotidienne libératrice et égalitaire de l'échange avec celui dont l'entendement était parasité. Lucien BONNAFÉ ne posa pas une idée sans une symbolique humaine pour la représenter.

L'analyse de ce mouvement rénovateur qui eut pour objectif initial de rétablir un équilibre thérapeutique oublié au cours des siècles de répression et d'exclusion conduit à s'interroger sur le personnage porteur de cette force mobilisatrice du potentiel de tolérance de l'esprit humain.

Qui est le désaliéniste ? La réponse à cette question vint de l'homme personnifiant le mieux l'idée pour laquelle il a combattu avec tant d'acharnement : «Le désaliéniste est celui qui, ayant jeté aux orties le froc de l'aliéniste, se présente sur la place publique en disant : "Qu'y a-t-il pour votre service ?". Il travaille à aider les divers organes de la société à vaincre l'intolérance aux mauvais objets qu'elle contient. Il tend donc à réduire la charge des institutions dont il a la charge.»[350]

Pour Lucien BONNAFÉ, le psychiatre (pas uniquement le désaliéniste *stricto sensu)* se devait d'être en mesure de donner suite à toutes les demandes qui lui étaient soumises[351]. Il considérait la fonction et la nature du psychiatre moderne extensivement. Le psychiatre moderne ne devait plus être le bon gestionnaire de la folie qu'il était auparavant. Lucien BONNAFÉ lui assignait une nouvelle et lourde tâche, celle d'être le professionnel de la réception auditive des maux d'autrui[352].

Lucien BONNAFÉ était intransigeant dans sa définition des devoirs et fonctions du désaliéniste. Pour lui, ce psychiatre représentant d'une nouvelle forme « de psychiatrie d'extension »[353] se devait de rompre radicalement avec les attributs de l'aliéniste et s'affirmer au sein de la société comme celui qui mettra à son service son savoir médical. La fonction du psychiatre désaliéniste se posait, pour lui, avec une grande acuité car il y voyait la principale question de la pratique nouvelle de son art médical. Le désaliéniste se

350 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner : folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse, 1992, p.202
351 Lucien BONNAFÉ, Livre blanc de la psychiatrie française. Tome 2 / Deuxièmes journées psychiatriques. Paris, 5-6 mars 1966 : Discussion des rapports présentés aux premières Journées Psychiatriques ; Privat, 1967, Toulouse, p.260
352 *Ibid*. p.260
353 *Ibid*., p.261

devait également de dépasser le vieux cadre qui lui avait été imposé par la société et ses représentations sociales et de s'opposer vigoureusement à toute tentative de réductionnisme intellectuel[354]. De plus, il semble important de préciser que Lucien BONNAFÉ ne ratait pas une occasion de rappeler son credo desaliéniste et humaniste, notamment lors d'une réunion du groupe de travail secteur de la Commission des maladies mentales (qu'il contribua à créer en 1949) : « L'efficacité de l'hygiéniste mental est à la mesure des services rendus comme thérapeute. Plus on soigne les gens avec leur environnement, mieux l'environnement admet et écoute le psychiatre.[355] ».

En 2004, le psychiatre Pierre BAILLY-SALIN, compagnon en désaliénisme de Lucien BONNAFÉ, retenait que : « Le "Qu'y a-t-il à votre service" est "la" phrase-clef du désaliénisme positif de Lucien Bonnafé »[356]. Le désaliénisme de Lucien BONNAFÉ serait une mise à disposition de la population de ses compétences d'écoute et d'analyse afin de libérer les souffrants du poids de leur douleur psychique et ce sans recréer de servitude thérapeutique car «il est des psychothérapies […] qui sont aussi des enfermements.»[357].

Enfin, il convient de préciser que Lucien BONNAFÉ voyait dans le mouvement désaliéniste une perspective plus large, plus totale que les concepts de psychothérapie institutionnelle ou de psychiatrie de secteur. Il voyait ces deux dernières idées prendre place, s'imbriquer au sein de l'idéal visionnaire du désaliénisme. Le désaliénisme, pour lui, ne pouvait être conçu comme un dogme à l'image de nombreuses théories professées depuis le début du 20ème siècle (« […] le mot désaliénisme n'a guère encore été fétichisé.[358]»).

Il espérait que la psychothérapie institutionnelle et la psychiatrie de secteur ne serviraient pas de prétextes, d'appuis à une contestation de l'idée émancipatrice que constituait le désaliénisme. Il exprimait ses craintes en 1992 : «L'enseigne de la "psychothérapie institutionnelle" ou du "secteur" peut servir à couvrir la résistance au

354 Lucien BONNAFÉ, Livre blanc de la psychiatrie française. Tome 2 / Deuxièmes journées psychiatriques. Paris, 5-6 mars 1966 : Discussion des rapports présentés aux premières Journées Psychiatriques ; Privat, Toulouse, 1967, pp.261-262
355 Compte-rendu de la réunion du groupe de travail secteur de la Commission des maladies mentales du 10 janvier 1975, archives de la Direction Générale de la Santé, côte 19910084/28, Archives nationales
356 Pierre BAILLY-SALIN, « Désaliénisme », *Vie Sociale et Traitements*, n°83, 2004, p.25
357 *Ibid*., p.25
358 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner : folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse 1992, p.322

mouvement désaliéniste, au sens de résistance au changement, et non à l'oppression.»[359]

C/ La psychothérapie institutionnelle

«La psychothérapie institutionnelle, c'est la psychiatrie.»[360]
Jean OURY

« L'invention d'une psychiatrie à visage humain était née avec la psychothérapie institutionnelle et la psychiatrie de secteur, après la Deuxième Guerre mondiale. »[361]
Pierre DELION

L'expression de psychothérapie institutionnelle, propre à la seule psychiatrie française, apparut officiellement en 1952[362] dans un article de Georges DAUMÉZON et Philippe KOECHLIN publié dans les Annales portugaises de psychiatrie[363]. Cet article, coécrit par le secrétaire du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques[364] et son élève, eut un retentissement très important sur la psychiatrie française. Pour la première fois, «le projet d'utiliser le milieu hospitalier comme facteur thérapeutique»[365] faisait l'objet d'une publication sous un vocable précis et univoque.

L'idée première de la psychothérapie institutionnelle était de pouvoir enfin faire du lieu d'internement psychiatrique un outil thérapeutique en le transformant dans le dessein d'en faire un véritable lieu de vie[366]. Cette idée de faire l'institution en elle-même un lieu thérapeutique n'était pas une nouveauté dans l'histoire de la psychiatrie française. Certains spécialistes de l'histoire la psychiatrie datent cette idée de Philippe PINEL et de

359 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner : folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse 1992, p.215
360 Phrase de Jean OURY reprise par Alain BUZARE pour le titre de son ouvrage paru aux éditions du Champ social, Nîmes, en 2002
361 Pierre DELION, « La psychothérapie institutionnelle : d'où vient-elle et où va-t-elle ? » ; *Empan*, n°4, 2014, p.105
362 Gérard BLEANDONU, *Dictionnaire de psychiatrie sociale* ; petite bibliothèque payot, Paris, 1976, p.247
363 Georges DAUMÉZON, Philippe KOECHLIN, « La Psychothérapie institutionnelle française contemporaine » *Anais Portugueses de Psiquiatria*, vol. 4, n°4, décembre 1952, pp.271-312
364 Jean-Christophe COFFIN, «Un syndicat en psychiatrie : une association d'intérêt ? 1945-1950 » *in* Danielle TARTAKOWSKY, Françoise TETARD, *Syndicats et associations Concurrence ou complémentarité* ? ; Rennes, Presses Universitaires de Rennes, pp.139-147
365 Joseph MORNET, *Psychothérapie institutionnelle, histoire et actualité*, Éditions du Champ Social, Nîmes, 2007, p.16
366 Michelle MOREAU-RICAUD, « Une ‘'utopie" à la croisée de la psychiatrie et de la psychanalyse : la psychothérapie institutionnelle » ; *Topique*, 2004 n°88, p.96

son traitement moral de la folie[367] mais surtout de Jean-Étienne-Dominique ESQUIROL qui vers 1820 imaginait un asile parfait, quasi-utopique[368]. Un asile qui respecterait sa nature initiale c'est à dire qui serait une institution bienveillante à l'égard de ceux qui ont perdu la raison.

Ce mouvement naquit concrètement en France pendant l'occupation allemande à l'hôpital psychiatrique lozérien de Saint-Alban[369]. Il fut issu de la rencontre entre les psychiatres Paul BALVET, Francesc TOSQUELLES, André CHAURAND et Lucien BONNAFÉ[370]. Les quatre hommes jetèrent, au sein d'un cercle de réflexion nommé la Société du Gévaudan[371], les fondements de ce qui deviendrait quelques années plus tard la psychothérapie institutionnelle. Leurs interrogations et observations les conduisirent à repenser et à reformuler la matière psychiatrique dans sa pluri-dimensionnalité[372]. Leurs réflexions collectives se réalisaient à la lumière de la phénoménologie et de disciplines relativement récentes comme la sociothérapie (Trigant BURROW proposa dès 1925 des analyses de groupe, fondatrices de la sociothérapie) et la psychobiologie[373].

Les réflexions de ces jeunes médecins sur l'institution psychiatrique s'appuyèrent sur les écrits d'un psychiatre allemand renommé, Hermann SIMON. En 1929, cet aliéniste publia *Pour une thérapeutique plus active à l'hôpital psychiatrique*[374] dans lequel il affirma les dimensions pathogènes du lieu de soins des malades psychiques. Pour lui, l'institution psychiatrique était malade et c'est elle qu'il convenait de soigner avant de penser à traiter les patients qui y sont enfermé. Il observa notamment une amélioration nette chez les malades ayant participé à la reconstruction de leur bâtiment[375]. Il fut également un des précurseurs de ce qui devint l'ergothérapie[376].

---

367 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.139
368 Michelle MOREAU-RICAUD, « Une "utopie" à la croisée de la psychiatrie et de la psychanalyse : la psychothérapie institutionnelle » ; *Topique*, 2004 n°88, p.97
369 Jean OURY, «Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapies institutionnelles» ; *Vie Sociale et Traitements-VST* n°95, 2007/3, p.113
370 Jacques POSTEL, Claude QUÉTEL, *Nouvelle histoire de la psychiatrie* ; Dunod, Paris, 2004, p.356
371 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner: folie(s) et société(s)*; Presses universitaires du Mirail, Toulouse, 1992, p.261
372 Jean OURY, «Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapies institutionnelles» ; *Vie Sociale et Traitements-VST* n°95, 2007/3, p.113
373 Jean OURY, «Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapies institutionnelles» ; *Vie Sociale et Traitements-VST* n°95, 2007/3, p.113
374 *Ibid*., p.111
375 Michelle MOREAU-RICAUD, « Une "utopie" à la croisée de la psychiatrie et de la psychanalyse : la psychothérapie institutionnelle » ; *Topique* , 2004 n°88, p.99
376 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Odile Jacob, Paris, 2015, p.140

Jean OURY considérait qu'Hermann SIMON était l'auteur qu'il convenait de citer en premier pour ce qui était de « la systématisation des concepts et des pratiques » de ce qui deviendrait par la suite la psychothérapie institutionnelle[377]. Il inspira très tôt le psychiatre considéré comme le véritable père de la psychothérapie institutionnelle en France : Francesc TOSQUELLES. A son arrivée sur le territoire français, l'ouvrage du psychiatre allemand faisait partie, avec la thèse de Jacques LACAN, de sa maigre bibliothèque personnelle. Lorsqu'il arriva à l'hôpital de Saint-Alban en 1941, il traduisit *Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt* en français avec Paul BALVET et André CHAURAND[378].

Dès sa reprise d'activité professionnelle sur le sol français, Francesc TOSQUELLES n'a eu de cesse que de manifester son courroux face à la situation des malades mentaux. Pour appuyer sa dénonciation, il s'inspira des thèses d'Hermann SIMON et les enrichit en distinguant trois écueils contre lesquels les thérapeutes devaient agir : « l'inaction, l'ambiance défavorable de l'hôpital et le préjugé d'irresponsabilité du malade lui-même »[379].

Cette règle énoncée par le psychiatre catalan fut très vite assimilée par ceux qui se reconnaissaient dans ce mouvement thérapeutique. A partir de la détermination de cette règle érigée en quasi-postulat, les acteurs de la psychiatrie désireux d'appliquer ces thèses à leur institution purent trouver la possibilité d'instaurer des relations différentes et inédites entre eux et les malades. Ces rapports inhabituels permirent « l'émergence d'une créativité collective »[380].

Après la Libération, Francesc TOSQUELLES demeura à l'hôpital de Saint-Alban où il put poursuivre son action de transformation de la vie des patients hospitalisés. La volonté de rénovation du psychiatre catalan était radicale. Pour lui, tout, à l'intérieur de l'institution, devait être démantelé pour mieux être reconstruit sur des fondements plus égalitaires. A l'hôpital de Saint-Alban, les patients étaient sollicités pour participer à la vie

377 Jean OURY, «Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapies institutionnelles» ; Vie Sociale et Traitements-VST n°95, 2007/3, p.111
378 *Ibid.*, p.111
379 Marion ROBIN, Leslie CASSINI, Xavier CORNAC, Michel PINARDON, Corinne POLGE, Simon POMMERET et Maurice CORCOS, «La psychothérapie institutionnelle, terreau d'intelligence collective» ; *L'Information Psychiatrique,* n°8, Volume 95, octobre 2019, p.654
380 *Ibid*., p.654

communautaire ; ce qui était très novateur dans la psychiatrie française[381]. L'objectif de Francesc TOSQUELLES comme celui des psychiatres partisans de ce mouvement était, selon le mot d'Alexandre LUNEL, d'«organiser la vie sociale de l'hôpital psychiatrique dans un but thérapeutique»[382].

Francesc TOSQUELLES, comme de nombreux psychiatres de son temps, était très influencé par la psychanalyse et celle-ci joua un rôle fondamental dans sa vision de la thérapie par l'institution. Comme évoqué précédemment, il portait avec lui, à son arrivée en France, la thèse de Jacques LACAN et considérait le psychiatre parisien comme un maitre à penser. Les deux hommes se rencontrèrent et Jacques LACAN devint très vite un soutien indéfectible de la psychothérapie institutionnelle.[383]

Ce soutien était d'autant plus compréhensible que la pratique de la psychanalyse au sein de l'institution psychiatrique permit, entre autres avantages, de gagner de jeunes médecins à ce courant de pensée. Cette position de la psychanalyse française visait à créer un courant de « psychothérapie institutionnelle analytique » ayant pour objectif d'« unifier orthodoxie psychanalytique, pratique dans des institutions publiques ou parapubliques et volonté de transformation politique de type révolutionnaire». [384]Cette situation était unique en Europe car dans les autres pays la psychanalyse refusait de sortir de la pratique de cabinet et se cantonnait à une neutralité bienveillante vis-à-vis de l'institution[385].

Le Docteur TOSQUELLES fit de l'hôpital de Saint-Alban, dont il devint le directeur, un véritable centre de formation pour les jeunes psychiatres avides de connaissances en matière de thérapies institutionnelles nouvelles et un modèle à suivre pour les autres hôpitaux psychiatriques souhaitant sortir du carcan asilaire[386]. En effet, la démarche du psychiatre catalan ne s'arrêta à la simple mise en pratique de ses idées novatrices. Sa

381 Michelle MOREAU-RICAUD, « Une "utopie" à la croisée de la psychiatrie et de la psychanalyse : la psychothérapie institutionnelle » ; *Topique*, 2004 n°88, p.99
382 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.140
383 *Ibid*., pp.99-100
384 Robert CASTEL, «Vers les nouvelles frontières de la médecine mentale»; *Revue française de sociologie*, 1973, 14-1, p.120
385 *Ibid.*, 14-1, p.120
386 Jacques POSTEL, Claude QUÉTEL, *Nouvelle histoire de la psychiatrie* ; Dunod, Paris, 2004, p.356

pratique à l'hôpital de Saint-Alban alliait « "soins, recherches, formation"».[387] Nombreux sont les jeunes psychiatres de l'après-guerre à être venus enrichir leurs savoirs théoriques et pratiques dans l'hôpital lozérien : Jean OURY, Philippe PAUMELLE, Roger GENTIS, Franz FANON (sur qui le Dr TOSQUELLES publiera un article élogieux en 1975[388]), Jean AYME, Maurice DESPINOY, Horace TORRUBIA etc.[389]. Pour ces jeunes psychiatres, Francesc TOSQUELLES fut un inspirateur et un guide.

En plus d'avoir publié une dizaine d'ouvrages et près de quatre-vingt articles relatifs à la psychothérapie institutionnelle[390], le Docteur TOSQUELLES fonda le Groupe de travail de psychothérapie et de sociothérapie institutionnelle (GTPSI ou GTΨ). Le GTPSI fut fondé en 1960 (le 1er mai) à l'hôpital de Saint-Alban lors d'une réunion qui rassembla, autour de Francesc TOSQUELLES, Roger GENTIS, Yves RACINE, Claude PONCIN, Jean OURY, Horace TORRUBIA, Jean COLMIN et Maurice PAILLOT[391].

Ce groupe fonctionna jusqu'en 1966 et réunit pas moins de trente psychiatres expérimentés parmi lesquels il est possible de mentionner (en plus de ceux précités) : Hélène CHAGNEAU, Philippe KOECHLIN, Jean AYME, Robert MILLON, Denise ROTHBERG, Henri VERMOREL. Ce groupe ne travail et de réflexion ne fut pas seulement composé de psychiatres. D'autres disciplines y furent représentées. Parmi lesquelles nous pouvons citer la philosophie (Félix GUATTARI)[392].

Toutefois, l'œuvre fédératrice de Francesc TOSQUELLES ne s'arrêta pas au GTPSI. En 1965, avec d'autres psychiatres, il fonda la Société de psychothérapie institutionnelle (SPI) qui fut à l'origine de la Fédération des groupes d'études et de recherches institutionnelles (FGERI) qui regroupait en son sein des psychiatres, des éducateurs, des psychologues, des instituteurs et des psychanalystes. Il fut également à l'origine de la création de deux revues scientifiques : la revue théorique *Recherches*

387 Jean OURY, «Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapies institutionnelles» ; *Vie Sociale et Traitements-VST* n°95, 2007/3, p.113
388 François TOSQUELLES, «Frantz Fanon à Saint-Alban», *L'Information Psychiatrique*, n° 10, vol. 51, 1975, pp.223-229
389 Jean OURY, «Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapies institutionnelles» ; *Vie Sociale et Traitements-VST* n°95, 2007/3, p.113
390 Michelle MOREAU-RICAUD, « Une "utopie" à la croisée de la psychiatrie et de la psychanalyse : la psychothérapie institutionnelle » ; *Topique*, 2004 n°88, p.99
391 Jean AYME, «Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle*» in* Jacques Schotte aujourd'hui, vol. II, *Institutions* n°44, Octobre 2009, p.128
392 Jean OURY, «Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapies institutionnelles» ; *Vie Sociale et Traitements-VST* n°95, 2007/3, p.114

(instituée en 1965 avec le philosophe Félix GUATTARI)[393] et la *Revue de psychothérapie institutionnelle*[394].

La construction de la psychothérapie institutionnelle initiée par Franscesc TOSQUELLES dès 1945 à l'hôpital de Saint-Alban constitua, selon Georges BLEANDONU, la première période de ce mouvement[395]. Cette période fut marquée par l'influence des idées d'Hermann SIMON et la redécouverte des vertus thérapeutiques d'un établissement hospitalier administré comme un réel lieu de soins et non comme un lieu d'enfermement destiné à assure à la société une tranquillité publique. Cette première période fut caractérisée par la mise en place d'une hygiène mentale hospitalière et dura jusqu'à la fin des années 1950[396].

A cette première période, succédera donc un deuxième stade de la psychothérapie institutionnelle plus influencée par la psychanalyse. Le sociologue Robert CASTEL la qualifie de « psychothérapie institutionnelle analytique »[397] et considérait que cette nouvelle forme de psychothérapie institutionnelle s'était imposée à la précédente dépourvue de toute référence à la psychanalyse[398].

La deuxième période de l'histoire de la psychiatrie institutionnelle débuta donc au début des années 1960. Elle vit la création de la Société de Psychiatrie Institutionnelle en 1964[399] mais surtout l'émergence d'acteurs privés comme la clinique de La Borde fondée par Jean OURY. Cette clinique établie dans le département du Loir et Cher devint très vite un protagoniste majeur de la psychothérapie institutionnelle et accueillit de nombreux intellectuels dont le philosophe et psychanalyste Félix GUATTARI qui y travailla jusqu'à sa mort en 1992.

A la clinique de La Borde, où il fut rejoint par son frère le pédagogue Fernand

393 Michelle MOREAU-RICAUD, « Une "utopie" à la croisée de la psychiatrie et de la psychanalyse : la psychothérapie institutionnelle » ; *Topique*, 2004 n°88, p.99
394 Jean OURY, «Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapies institutionnelles» ; *Vie Sociale et Traitements-VST* n°95, 2007/3, p.114
395 Gérard BLEANDONU, *Dictionnaire de psychiatrie sociale* ; petite bibliothèque payot, Paris, 1976, p.247
396 *Ibid*., p.247
397 Robert CASTEL, «Vers les nouvelles frontières de la médecine mentale»; *Revue française de sociologie*, 1973, 14-1, p.120
398 Robert CASTEL, «Vers les nouvelles frontières de la médecine mentale»; *Revue française de sociologie*, 1973, 14-1, p.120
399 Gérard BLEANDONU, *Dictionnaire de psychiatrie sociale* ; petite bibliothèque payot, Paris, 1976, p.247

OURY[400] ainsi que par les psychiatres Claude JEANGIRARD et René BIDAULT, Jean OURY appliqua très vite les principes de la psychothérapie institutionnelle. C'est également dans sa clinique qu'il puisa toutes les réflexions sur ce sujet et qu'il les publia à l'occasion de nombreux articles et ouvrages. En effet, pour Jean OURY, il n'était pas suffisant, pour définir la psychothérapie institutionnelle, de façonner une praxis. Il fallait concomitamment créer et élaborer des concepts[401].

De par sa longue pratique de la psychothérapie institutionnelle (de 1947 à l'hôpital de Saint-Alban avec Francesc TOSQUELLES jusqu'en 2014, date de sa mort à la clinique de La Borde), Jean OURY était devenu le spécialiste le plus qualifié et le reconnu en la matière. En 2007, dans un article publié dans la revue *Vie sociale et traitements*, il rappelait que la psychothérapie institutionnelle n'était pas une pratique thérapeutique comme les autres. D'une part, elle ne « peut se plaquer en tant que telle, sur différentes configurations d'établissements psychiatriques »[402] et d'autre part elle ne se prescrit pas médicalement (« On ne fait pas une ''cure'' de psychothérapie institutionnelle comme on fait une cure analytique, ou une cure d'insuline, ou une cure de désintoxication, ou de neuroleptiques. »[403]).

L'observation de la pratique institutionnelle de la clinique de La Borde avait permis à Jean OURY de dégager quatre grands principes relatifs à « la création de champs transférentiels multifocaux et un véritable tissu institutionnel »[404]. Ces principes sont les suivants :

- la liberté de circulation
- un milieu ordonné et tangible
- un engagement réciproque (patient/institution) souple (à l'entrée et à la sortie)
- un dialogue constant autour « de grilles symboliques et de médiations»[405]

Pour Jean OURY, le but de cette démarche institutionnelle était explicite : la création, par l'action collective, d'espaces thérapeutiques respectueux de la singularité de

400 Michelle MOREAU-RICAUD, « Une ‘'utopie'' à la croisée de la psychiatrie et de la psychanalyse : la psychothérapie institutionnelle » ; *Topique*, 2004 n°88, p.102
401 Jean OURY, «Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapies institutionnelles» ; Vie Sociale et Traitements-VST n°95, 2007/3, p.115
402 *Ibid*., p.111
403 *Ibid*., p.115
404 Gérard BLEANDONU, *Dictionnaire de psychiatrie sociale* ; petite bibliothèque payot, Paris, 1976, pp.247-248
405 *Ibid*., pp.247-248

chaque patient suivi. C'est le respect de la différence entre les patients qui favorisera l'efficacité de la prise en charge des malades hospitalisés[406].

A la suite de Jean OURY, d'autres équipes de soins psychiatriques travaillèrent sur le rôle fondamental joué par une institution fonctionnant comme un dispositif thérapeutique. À ce titre, dans leur analyse de la nature de la psychothérapie institutionnelle, des soignants de l'Institut Mutualiste Montsouris tendirent à démontrer la réelle rupture avec le passé asilaire que constituait, pour la première fois dans l'histoire de la psychiatrie française, le travail méthodique sur le contexte environnemental qui reçoit le malade psychique et sa souffrance. Pour eux, ce travail pionnier avait, dès son origine, vocation à devenir une œuvre thérapeutique[407]. L'institution psychiatrique perdait enfin son rôle d'endiguement de la folie et conséquemment de participant au maintien de l'ordre public. Elle devait devenir un outil de soins collectif concourant à l'apaisement des violents symptômes d'un individu affecté par la maladie psychique[408].

La psychothérapie institutionnelle fut, à ses débuts, influencée par l'idéologie marxiste très présente chez les jeunes psychiatres réformateurs (Francesc TOSQUELLES et Lucien BONNAFÉ notamment). En psychiatrie, la critique marxiste des modes de production conduisit certains soignants à vouloir supprimer tous les éléments oppressifs existant dans le système hospitalier. Il convenait de purifier ce système pour pouvoir faire exister la possibilité d'un travail thérapeutique efficace au sein de l'institution[409]. En effet, les premiers promoteurs de la thérapie institutionnelle connaissaient uniquement le travail en hôpital psychiatrique classique et leur objectif initial n'était pas l’annihilation totale des bâtiments hospitaliers mais plutôt la fin de la pratique asilaire[410] qu'ils considéraient comme ségrégative et violente. Parmi eux, seul Lucien BONNAFÉ était favorable à la fin de l'asile en tant que structure de soins.

Parmi les psychiatres contemporains de Francesc TOSQUELLES ou de Jean OURY, nombreux étaient les contempteurs de la psychiatrie institutionnelle. Une des

406 Jean OURY, «Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapies institutionnelles» ; *Vie Sociale et Traitements-VST* n°95, 2007/3, p.116
407 Marion ROBIN, Leslie CASSINI, Xavier CORNAC, Michel PINARDON, Corinne POLGE, Simon POMMERET et Maurice CORCOS, «La psychothérapie institutionnelle, terreau d'intelligence collective» ; *L'Information Psychiatrique,* n°8, Volume 95, octobre 2019, p.654
408 *Ibid*., p.654
409 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Odile Jacob, Paris, 2015, p.140
410 Gérard BLEANDONU, *Dictionnaire de psychiatrie sociale* ; petite bibliothèque payot, Paris, 1976, p.247

principales critiques formulées était celle de la réussite très limitée de ce nouveau mode d'approche des bienfaits thérapeutiques de l'institution hospitalière. En effet, les grandes expériences de psychothérapie institutionnelle furent souvent menées loin des grandes agglomérations (hôpital de Saint-Alban, clinique de La Borde, clinique de La Chesnaie)[411].

Section 2: Lucien Bonnafé, fondateur du désaliénisme et bâtisseur du secteur psychiatrique

«L'éclectisme c'est quand le dogmatisme tombe en miettes dures.»[412]

Lucien Bonnafé

Lucien BONNAFÉ était indubitablement un psychiatre hors du commun des praticiens de sa spécialité. D'abord par ses origines familiales puisqu'il était le petit-fils de Maxime DUBUISSON, aliéniste iconoclaste de la fin du 19ème siècle et du début du 20ème et premier collectionneur d'art brut de France. Puis de par ses intérêts artistiques et sa participation active au mouvement surréaliste au sein duquel il put côtoyer MAN RAY notamment. Toutefois, l'engagement qui influença le plus le jeune psychiatre fut celui au sein du mouvement communiste français. Cet engagement se matérialisa dans un premier temps avec les Jeunesses Communistes en 1934 puis dans un second temps au sein du Parti Communiste Français (PCF) lui-même. Pourquoi cet engagement politique fut-il aussi important dans la vie personnelle et professionnelle du jeune psychiatre épris de rupture avec les formes oppressives de traitement des malades psychiques ?

Lucien BONNAFÉ trouva dans les valeurs portées par le PCF une réponse politique à ses interrogations philosophiques et médicales sur le traitement des malades psychiques. C'est cet engagement politique qui le conduisit à s'opposer de façon militante à l'oubli de la tragédie de l'hécatombe des malades psychiques pendant la période de l'Occupation.

Son engagement militant au PCF lui permit d'entrer en Résistance dès 1940 au sein

411 Gérard BLEANDONU, Maurice DESPINOY, *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté* ; Payot, Paris, p.190
412 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner : folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse 1992, p.212

de structures rassemblant les médecins communistes et sympathisants communistes[413]. En 1943, cet engagement Résistant prit une nouvelle tournure puisqu'il fut nommé médecin-directeur de l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban en Lozère[414]. Ce choix n'était pas anodin pour Lucien BONNAFÉ puisque l'isolement géographique[415] de cet hôpital lui permettrait de pouvoir poursuivre ses activités de Résistance sous couvert d'une responsabilité de dirigeant d'une structure sanitaire[416]. En effet, Lucien BONNAFÉ était un des dirigeants nationaux du Front national des médecins mis en place par le PCF dès 1941[417].

Cette organisation avait pour objectif de coordonner les actions des médecins Résistants et de planifier les besoins sanitaires des combattants. Après les combats du Mont-Mouchet en juin 1944, Lucien BONNAFÉ dut quitter l'Hôpital de Saint-Alban pour devenir, à Lyon, un Résistant clandestin. A la suite de l'incorporation des Francs Tireurs et Partisans Français (FTPF) aux Forces Françaises de l'Intérieur (FFI), Lucien BONNAFÉ devint officier de l'armée. Puis, il fut chargé de sillonner le territoire français pour veiller à ce que les services médicaux des FFI intégrassent correctement ceux de l'armée régulière[418].

La mort massive des aliénés pendant la période de l'Occupation constitua un choc brutal pour nombre de psychiatres qui eurent à vivre l'expérience traumatisante de l'impuissance thérapeutique (les "témoins-acteurs" selon la formule de Lucien BONNAFÉ[419]). En effet, les malades ne mouraient plus des pathologies habituelles des asiles psychiatriques mais de pathologies liées à la malnutrition, au froid et à l'absence de soins somatiques[420]. La violence de ce choc provoqua une prise de conscience radicale chez de jeunes psychiatres désireux d'œuvrer pour que la psychiatrie devînt une discipline médicale empreinte d'humanité où le soin retrouverait une place abandonnée à la

413 Donna ELVETH, «La bataille pour l'Ordre des médecins, 1944-1950» ; *Le Mouvement Social*, 2009/4 (n°229), p.61-77
414 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner : folie(s) et société(s)*; Presses universitaires du Mirail, Toulouse 1992, p.210
415 Lucien BONNAFÉ, Lettres adressées par Lucien Bonnafé à Paul Bernard ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.79, n°7, septembre 2003, p.623
416 Jean AYME, Lucien Bonnafé, le militant *in Lucien Bonnafé, psychiatre désaliéniste* ; textes rassemblés par Bernadette CHEVILLION; L'Harmattan, Pratiques de la folie, Paris, 2005, p.64
417 Lucien BONNAFÉ, «Le Procès» ; Janvier 1982, p.8
418 Lucien BONNAFÉ ; La Libération. La médecine sociale au pouvoir *in* Histoire de la psychiatrie de secteur (ouvrage collectif), *Revue Recherches* n°17, Mars 1975, p.96
419 Armand AJZENBERG, Lucien Bonnafé et "l'extermination douce": à ceux qui ne"savent pas" *in Lucien Bonnafé, psychiatre désaliéniste* ; textes rassemblés par Bernadette CHEVILLION; L'Harmattan, Pratiques de la folie, Paris, 2005, p.29
420 Benjamin-Joseph LOGRE, «La grande misère des hôpitaux psychiatriques» ; *L'Information psychiatrique*, 24, 7, avril 1948, pp.179-181

protection de l'ordre public par l'enfermement d'éléments perturbateurs mal compris.

Lucien BONNAFÉ fut de ceux qui virent la psychiatrie à venir comme un engagement militant pour lequel le psychiatre devrait délaisser sa toute puissance historique au profit d'une sincère mise à disposition de sa personne et de son savoir. Ce que proposaient Lucien BONNAFÉ, Georges DAUMÉZON, Francesc TOSQUELLES, Louis LE GUILLANT et leurs collègues étaient une refonte totale du paradigme du soin en psychiatrie. Leurs positions idéologiques et médicales étaient radicales et laissaient peu de place à des compromis avec un aliénisme qu'ils considéraient comme anachronique, inefficace et aliénant voire criminel. **(Paragraphe 1)**

Le courant désaliéniste se structura informellement autour de la personne de Lucien BONNAFÉ[421] qui n'en revendiqua pas la paternité. Ce courant constitua une rupture radicale avec l'ordre psychiatrique préexistant et la perpétuation d'idées déjà anciennes comme le freudisme. Ses influences furent nombreuses et éclectiques puisque les fondateurs du courant connurent de près les courants artistiques et littéraires de la période de l'entre-deux-guerres (le surréalisme notamment) et les théories économiques, sociologiques et politiques considérées, à cette époque, comme avant-gardistes (le marxisme essentiellement)[422].

Le combat des psychiatres désaliénistes naquit pendant l'Occupation de la France par l'armée allemande. Certains d'entre eux comme Lucien BONNAFÉ ou Francesc TOSQUELLES prirent part à la lutte active contre l'Occupant[423]. L'histoire de la psychiatrie fait débuter le désaliénisme et la construction du nouveau paradigme de soins et d'organisation à l'arrivée de Francesc TOSQUELLES à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban[424]. L'Hôpital de Saint-Alban constitua un creuset de référence tant les réflexions nouvelles (Société du Gévaudan fondée en 1943[425]) et les pratiques progressistes fleurissaient au sein de l'établissement lozérien[426].

421 Pierre BAILLY-SALIN, «Désaliénisme» ; *Vie Sociale et Traitements*, n°83, 2004, pp.23-25
422 Michelle MOREAU-RICAUD, «Une "utopie" à la croisée de la psychiatrie et de la psychanalyse: la psychothérapie institutionnelle» ; *Topique* n° 88, L'Esprit du temps, 2004, p.101
423 Paul BALVET, « L'ambre du musée, *L'Information Psychiatrique*, Vol.54-n°8, octobre 1978, pp.861-864
424 François TOSQUELLES, « L'effervescence saint-albanaise » ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.63-n°8, octobre 1987, p.959
425 *Ibid*., p.960
426 Jean OURY, Lucien Bonnafé, toujours là, en résistance ; *in Lucien Bonnafé, psychiatre désaliéniste* ; textes rassemblés par Bernadette CHEVILLION; L'Harmattan, Pratiques de la folie, Paris, 2005, p.54

Cet établissement de soins psychiatriques était relativement isolé et cela permit à Lucien BONNAFÉ et à ses collègues réformateurs de faire du lieu d'exercice de leur révolution thérapeutique un véritable asile pour les victimes de la répression (Juifs, intellectuels comme Paul ÉLUARD[427] et Georges CANGUILHEM[428] etc). L'Hôpital de Saint-Alban fut un symbole de résistance : de résistance à la pratique aliéniste déshumanisante et résistance à la barbarie des troupes d'Occupation et de leurs supplétifs vichystes[429].

Les expériences réalisées à l'Hôpital de Saint-Alban pendant l'Occupation demeurent des références pour les psychiatres et les soignants se réclamant de la psychiatrie institutionnelle. "Saint-Alban" resta longtemps un lieu de passage obligatoire pour les jeunes psychiatres progressistes (Jean OURY, Philippe PAUMELLE par exemple)[430] désireux de côtoyer l'utopie réalisée et de se former à des pratiques complètement différentes. "Saint-Alban" fut aussi une référence lorsqu'il s'est agi de contester l'ordre aliéniste encore très fort en France après la Seconde Guerre mondiale. Cette contestation commença immédiatement à la fin de la Seconde Guerre mondiale lorsque le ministre de la Santé publique François BILLOUX, dans son discours du Vélodrome d'Hiver en septembre 1945, affirma que de nombreux malades psychiques étaient morts de faim[431]. Toutefois, les psychiatres désireux de réformer l'organisation responsable de cette hécatombe étaient rares mais leurs voix portèrent et leurs idées s'imposèrent progressivement. **(Paragraphe 2)**

427 Lucien BONNAFÉ, *Dans cette nuit peuplée* ; Éditions Sociales, Paris, 1977, pp.89-90
428 Jean-Philippe CATONNE, « Georges Canguilhem et la médecine » *in Raison présente*, n°149-150, 1er trimestre 2004. Une laïcité pour l'avenir. pp. 244-245
429 Max LAFONT, *L'extermination douce. La mort de 40.000 malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques en France, sous le régime de Vichy* ; Éditions Le Bord de l'Eau, Latresne, 2000, pp.74-75
430 Michelle MOREAU RICAUD, «Une «utopie» à la croisée de la psychiatrie et de la psychanalyse : la psychothérapie institutionnelle» ; *Topique*, vol. n° 88, n°. 3, 2004, p.101
431 «Discours du ministre de la Santé publique François BILLOUX» le 26 septembre 1945 au Vélodrome d'Hiver à Paris ; *L'information psychiatrique* n°2, octobre 1945

Paragraphe 1 : L'influence fondamentale de « l'hécatombe des aliénés » sur la construction du désaliénisme

> « […] car il y a toujours des solutions à apporter à la souffrance humaine là où on la détecte. Or Vichy savait et n'a rien fait.»[432]
>
> Paul BEQUART

> «J'ai été le témoin du désespoir de nos prédécesseurs devant la courtoise froideur qu'on opposait à leurs démarches. Ces hommes […] en ont ressenti une mortelle amertume.[433] »
>
> Georges DAUMÉZON

A la veille de la Seconde Guerre mondiale et de l'Occupation de la France par les troupes allemandes, les récents hôpitaux psychiatriques[434] restaient des lieux privatifs de liberté peu curateurs où l'hygiène est effroyable. L'organisation asilaire était très préoccupante et semblait déjà un modèle obsolète. L'Occupation nazie et les restrictions alimentaires appliquées par le régime de Vichy fragilisèrent la situation déjà précaire des hôpitaux psychiatriques.

En quatre ans d'Occupation (1940-1944), 76000 malades psychiques moururent de faim et de maladie du fait de l'indifférence générale à leur sort . En tant que médecin-directeur de l'Hôpital de Saint-Alban pendant près d'une année et demi (janvier 1943 à juin 1944) et précédemment médecin à l'Hôpital de Ville-Evrard, Lucien BONNAFÉ fut le témoin direct de la mort massive par la faim des malades internés dans les hôpitaux psychiatriques. Il considérait que l'organisation asilaire française était responsable, avec la pénurie causée par le rationnement imposé par l'Occupant allemand et le''laisser-mourir'' opéré par le gouvernement collaborationniste de Vichy, de la mort des dizaines de milliers de malades psychiques. Après la Libération de la France, il milita contre l'oubli de cette hécatombe car il lui semblait inacceptable que les aliénés fussent ainsi rejetés par l'historiographie de la Seconde Guerre mondiale. (**A**)

L'engagement communiste de Lucien BONNAFÉ ne se borna pas uniquement à

---

432 Paul BEQUART, «L'ASM 13: genèse et développement» *in* Colette CHILAND *et al, Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie* ; ERES Hors Collection, 2010, p.35

433 Georges DAUMÉZON, «Editorial», *L'Information psychiatrique* ; numéro 1, août 1945

434 Nouvelle dénomination des asiles d'aliénés depuis le décret 22 janvier 1937

une révolte contre « l'extermination douce » et un combat pour la mémoire des morts des asiles psychiatriques. Cet engagement communiste lui permit de rentrer très tôt dans la Résistance et dans la Résistance médicale notamment. Lucien BONNAFÉ fut chargé de missions délicates par le Front national des médecins et l'Hôpital de Saint-Alban lui servait de couverture parfaite pour ses activités nationales. Il fit de l'Hôpital de Saint-Alban un lieu de Résistance active à l'Occupant allemand (accueil de Résistant, de Juifs notamment) mais également, et c'est notable dans l'histoire de la psychiatrie française, un lieu de résistance à l'aliénisme alors en vigueur dans la quasi-totalité des hôpitaux psychiatriques de France. A l'approche de la libération du pays, il dut quitter ses fonctions de médecin-directeur de l'Hôpital de Saint-Alban et une mission importante lui fut confiée puisqu'il lui incomba de réaliser l'intégration des services de santé des Forces Françaises de l'Intérieur au sein de l'armée régulière[435]. (**B**)

Après la libération de la France, le constat brutal de la surmortalité dans les hôpitaux psychiatriques conduisit une minorité de psychiatres à réfléchir sur les formes que devraient prendre les soins hospitaliers et extrahospitaliers appliqués aux malades psychiques. Si Lucien BONNAFÉ joua un rôle moteur et déterminant dans cette réflexion, il ne fut pas seul à entrevoir, de façon radicale, la fin de l'asile tel qu'il avait été conçu par les pères de l'aliénisme. Cette réflexion partagée et discutée lors journées professionnelles d'étude s'orientait essentiellement autour d'un axe devenu désormais central : la création d'une éthique et d'une pratique humaniste universelles dans les hôpitaux psychiatriques (**C**).

A/ Lucien Bonnafé et la mort massive des aliénés pendant l'Occupation

Entre 1940 et 1944, près de 76000 (14107 en 1940, 23577 en 1941, 20113 en 1942, 10947 en 1943, 9549 en 1944[436]) patients des hôpitaux psychiatriques moururent de faim, de froid, de maladies diverses et d'abandon thérapeutique. Ce chiffre représente une surmortalité de près de 40000 en comparaison de la période 1935-1939.[437]

435 Lucien BONNAFÉ, « Médecine sociale et psychiatrie. La Libération. La médecine sociale au pouvoir » ; *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur ;* Recherches n°17, Mars 1975, p.96

436 *L'Information psychiatrique*, 1960, n°7, p. 831

437 Claude QUÉTEL, *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours* ; Éditions Tallandier, Texto, 2015, p.480

De prime abord, cette affirmation laconique laisserait à penser que l'émotion issue des visions d'horreur de la barbarie nazie aurait permis d'inclure les fous, les aliénés dans la mémoire collective. Il n'en fut rien et ces malheureux, connus comme Camille Claudel, ou anonymes ne connurent aucune reconnaissance mémorielle.

Ils furent condamnés à être oubliés dès la Libération même si certains médecins-psychiatres (dont Lucien BONNAFÉ et Georges DAUMÉZON[438]) tentèrent, vainement, de faire entendre la réalité de cette famine massive. Il fallut attendre 1987 et la publication de la thèse de doctorat d'un jeune psychiatre lyonnais, Max LAFONT, pour que cette sinistre page de l'histoire contemporaine française fût sortie de l'oubli[439].

Quel est le contexte de cette hécatombe ? Etait-elle évitable et était-elle préméditée par le gouvernement de Vichy collaborateur de l'Occupant nazi ? Comment le fondateur de la psychiatrie de secteur qu'était Lucien BONNAFÉ réussit-il à dénoncer constamment et fermement une hécatombe des vulnérables que beaucoup auraient voulu voir oubliée ?

Nous tenterons d'expliquer dans une première partie comment la mort de ces dizaines de milliers de malades psychiques a pu être reconnue et discutée par des intellectuels et des hommes politiques **(a)**. Puis nous observerons dans une seconde partie la constance avec laquelle Lucien BONNAFÉ a maintenu à travers les années son positionnement de dénonciateur de l'horreur de cet abandon à la mort d'une population particulièrement fragile et vulnérable (**b**). Nous analyserons enfin dans une troisième partie la réponse qu'a apportée Lucien BONNAFÉ à un désastre sanitaire et humain. Cette réponse fut le désaliénisme et il en fut le chef de file jusqu'à sa mort (**c**).

438 Georges DAUMÉZON, «Editorial», *L'Information psychiatrique* ; numéro 1, août 1945
439 Max LAFONT, Déterminisme sacrificiel et victimisation des malades mentaux. *Enquête et réflexions au sujet de la mortalité liée aux privations dans les hôpitaux psychiatriques* français pendant la période de la seconde guerre mondiale, thèse de doctorat de médecine, 1981
L'extermination douce : la cause des fous ; Éditions de l'AREFPPI; 1987

a) L'abandon à la mort des aliénés : une lente et difficile reconnaissance

«Les hôpitaux psychiatriques sont des camps
de concentration mal organisés !»[440]
Francesc TOSQUELLES

«Certains hôpitaux psychiatriques pendant
l'Occupation n'ont rien à envier aux
camps de concentration nazis.»[441]
Sven FOLLIN

Le contexte de la psychiatrie française est celui du triomphe des idées aliénistes et de la toute-puissance de l'asile qui changera de nom en 1938[442] sans pour autant changer réellement de nature. A la veille de l'Occupation nazie, les hôpitaux psychiatriques français restent des mouroirs où les taux de mortalité sont importants.[443]

L'Occupant allemand, par l'intermédiaire du Gouvernement de Vichy[444], imposa de sévères restrictions alimentaires à la population française[445]. Ces restrictions s'appliquèrent encore plus douloureusement aux hôpitaux psychiatriques où les malades, de par leur enfermement, sont souvent incapables de chercher de quoi s'alimenter par leurs propres moyens.

Selon certains historiens (Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN[446], Henry ROUSSO[447], Elisabeth ROUDINESCO[448] notamment), la surmortalité des malades psychiques pendant la sombre période de l'Occupation ne relève en aucun cas d'une volonté délibérée ou d'un quelconque plan savamment organisé. Ces morts, aussi

440 François TOSQUELLES, « Désirer l'avenir. Hommage à Germaine le Guillant » ; *Vie Sociale et Traitements*, n°53/54, Août 1997
441 Sven FOLLIN, «Réflexions sur l'idéologie et les thèses psychiatriques ayant pu conduire à l'extermination des malades mentaux de 1939 à 1945» ; Nervure, IV, 2, mars 1991, pp.41-43
442 Décret ministériel du 5 avril 1937
443 Le taux de décès annuel (nombre de décès par rapport à la population totale hospitalisée dans l'année) est de 6,50% en 1939 (Source: *L'Information psychiatrique*, 1960, n°7, p. 831)
444 Décret du 17 septembre 1940 relatif au rationnement de certaines denrées. Publication au Journal Officiel de la République Française du 19 septembre 1940
Décret du 22 décembre 1940 relatif au rationnement de certaines denrées. Publication au Journal Officiel de la République Française du 24 décembre 1940
445Germaine WILLARD, Roger BOURDERON, *La France dans la tourmente 1939-1944* ; Éditions Sociales, Paris, 1982, pp.270-280
446 Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, entretien accordé au journal *Le Monde* ; 2010
447 Henry ROUSSO, Eric CONAN, *Vichy, un passé qui ne passe pas* ; Paris, Fayard, 1994
448 Elisabeth ROUDINESCO, «Dans les asiles des affamés de Vichy» ; Le Monde des livres, 23 février 2007

nombreuses qu'elles soient, ne relèveraient que d'un concours de circonstances historiques défavorable aux membres les plus faibles de la société française de l'époque. Toute la population française était touchée par ces restrictions alimentaires[449] et les aliénés n'auraient été que des dommages humains malheureux mais inévitables.

Pour ces chercheurs, il n'existe aucune preuve historique formelle démontrant que cette hécatombe fut voulue, dirigée et planifiée par le gouvernement de Vichy[450]. Ces historiens nient farouchement toute volonté eugéniste du Gouvernement de Vichy ainsi que toute influence de ce courant de pensée pourtant très répandu chez les scientifiques européens et français de l'époque[451]. Ils se reconnaissent dans la pensée d'Henry ROUSSO: «Le placard vichyste est déjà bien encombré sans qu'il soit besoin de l'enrichir de nouveaux cadavres.»[452] Pour Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN : «Vichy n'a pas voulu les exterminer.»[453]

D'autres soutiennent que le gouvernement de Vichy, informé du sort funeste des malades psychiques, laissa ces derniers délibérément mourir de faim en les abandonnant à la mort.[454] Qui sont ces personnes qui ont bousculé l'ordre historique établi pendant des décennies sur la question de la mort de faim des malades psychiques pendant l'Occupation ?

Au Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française de 1946[455], Lucien BONNAFÉ, dénonça le crime commis contre ceux qui ne revendiqueraient jamais de souvenirs et de lieux de mémoire : «Cette véritable extermination des malades mentaux à laquelle nous avons assisté a été […] un profond bouleversement affectif[456] ».

Puis, en 1987, un autre psychiatre (Max LAFONT) rappela au monde scientifique et médical, près de quarante ans après, ce qu'avait été l'horreur de «l'extermination

449 Claude QUÉTEL, Histoire de la folie De l'Antiquité à nos jours ; Paris, Éditions Tallandier, Texto, 2015, p.477
450 *Ibid*., p.483
451 Max LAFONT, «L'extermination douce dans les hôpitaux psychiatriques» ; *L'Information psychiatrique,* n°8, octobre 1996, p.751
452 Henry ROUSSO, Eric CONAN, *Vichy, un passé qui ne passe pas* ; Paris, Fayard, 1994
453 Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, entretien accordé au journal *Le Monde* ; 2010
454 Abandon à la mort: expression de l'éditeur et pamphlétaire Armand AZJENBERG dans son ouvrage *L'abandon à la mort de 76000 fous par le régime de Vichy* ; Paris, Éditions L'Harmattan, 2012
455 Pierre NOËL, «La famine dans les hôpitaux psychiatriques français pendant l'Occupation (1940-1944). Quels échos dans la littérature psychiatrique ?» ; L'Information psychiatrique, Vol.72, 8, 1996, p.755
456 Lucien BONNAFÉ *in* Rapports : Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de Langue Française, XLIVème session, Genève et Lausanne (22-27 juillet 1946) ; Masson et Cie., 1947

douce»[457] des "fous" en France. Entre ces deux dénonciations de la lente mort des aliénés pendant l'Occupation, peu de psychiatres, d'historiens ou de politiciens s'intéressèrent avec conséquence à la cause de ces victimes sans hommage.

Lors de l'immédiat après-guerre, rares sont les médecins psychiatres qui osèrent s'exprimer sur ce sujet. Pourtant, en 1948, le Docteur Benjamin-Joseph LOGRE, médecin-chef honoraire de l'Infirmerie spéciale, dans un article paru dans le quotidien *Le Monde* puis repris par *L'Information psychiatrique*, remémorait que : «pendant l'Occupation (on) a laissé mourir de faim des milliers de malades, malgré les SOS désespérés des psychiatres»[458] . En 1952, dans la revue *Esprit*, le Docteur Georges DAUMÉZON accusait «la structure traditionnelle» d'avoir joué un rôle décisif dans cette hécatombe au cours de laquelle «40000 [aliénés] meurent de faim, de froid, de tuberculose et d'autres affections liées à l'absence de nourriture et de chaleur.»[459].

Ensuite, les acteurs de la santé mentale semblèrent se désintéresser de cet épisode tragique de l'histoire de France. Quelques revues spécialisées en firent mention (*Recherches* n°22, 25, 26, *Esprit* n°197 en 1952, les *Actualités psychiatriques* en 1977[460]) ainsi que divers ouvrages psychiatriques (*Les Murs de l'asile*[461], *L'alimentation à l'hôpital psychiatrique*[462], *Je travaille à l'asile d'aliénés*[463] notamment) mais sans susciter l'engouement intellectuel et mémoriel que cette catastrophe humaine aurait dû inspirer.

Ce n'est qu'en 1987 et avec la publication d'un ouvrage[464] reprenant de la thèse en médecine du Docteur Max LAFONT (soutenue en 1981[465] à Lyon) que le débat sur la question de la mort massive des aliénés dans les hôpitaux psychiatriques français reprit corps dans le champ scientifique et universitaire français. En effet, à la suite ce «livre

457 Max LAFONT, *L'extermination douce : la cause des fous* ; Éditions de l'AREFPPI ; 1987
458 Benjamin-Joseph LOGRE, «La grande misère des hôpitaux psychiatriques» ; *L'Information psychiatrique*, 24, 7, avril 1948, pp.179-181
459 Georges DAUMÉZON, «Le poids des structures» ; *Revue Esprit* n°197, décembre 1952
460 Pierre NOËL, «La famine dans les hôpitaux psychiatriques français pendant l'Occupation (1940-1944). Quels échos dans la littérature psychiatrique ?» ; *L'Information psychiatrique*, Vol.72, 8, 1996, pp.754-755
461 Roger GENTIS, *Les murs de l'asile* ; PM / petite collection maspero, Paris, 1970
462 Claude NACHIN, *L'alimentation à l'hôpital psychiatrique* ; CEMÉA/Éditions du Scarabée, Paris, 1969
463 André ROUMIEUX, *Je travaille à l'asile d'aliénés* ; Ivréa, Paris, 1981
464 Max LAFONT, *L'extermination douce. La mort de 40.000 malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques en France, sous le régime de Vichy* ; Éditions de l'AREFPPI, Toulouse,1987
465 Max LAFONT, *Déterminisme sacrificiel et victimisation des malades mentaux. Enquête et réflexion au sujet de la surmortalité liée aux privations dans les hôpitaux psychiatriques pendant la période de la Seconde Guerre mondiale*, Thèse de doctorat, Faculté de médecine de l'Université Claude Bernard, Lyon, 1981

majeur»[466], un colloque consacré la psychiatrie pendant la Seconde Guerre mondiale est organisé à l'initiative de la Société internationale de psychiatrie et de psychanalyse[467].

Ce colloque permit la rencontre entre les psychiatres Max LAFONT, Lucien BONNAFÉ et les historiens Claude QUÉTEL et Olivier BONNET. A la suite de ce colloque aux enseignements très riches sur le thème de la santé mentale pendant les heures sombres de l'Occupation, les deux historiens travaillèrent sur un article commun paru six mois plus tard dans la revue *Nervure*.[468]

A partir de la publication de la publication de *L'extermination douce*, d'autres personnalités ont soutenu Max LAFONT et Lucien BONNAFÉ dans leur quête de la réhabilitation du souvenir de ces êtres humains sacrifiés sur l'autel de l'indifférence criminelle d'un régime politique raciste et anti-humain. Ce sont des philosophes (Philippe TORT), des historiens (Samuel ODIER), des éditeurs (Armand AJZENBERG) et d'autres intellectuels qui s'intéressèrent la cause des fous.[469]

Il semble important de revenir sur la question de la mort massive de malades psychiques pendant la période de l'Occupation. En effet, l'indifférence et l'abandon informé opérés par le régime de Vichy ne furent pas seuls responsables de ces morts abondantes. L'organisation asilaire existante fut pour beaucoup dans le décès de ces vulnérables humains. Lucien BONNAFÉ, dans une boutade, disait que la mort des malades psychiques pouvait être attribuée à 51% à Vichy et à 49% à l'institution asilaire.[470]

Pour le psychiatre Résistant, l'organisation asilaire porta une part considérable dans la survenue de ces morts invisibles et il s'exprima clairement sur ce point en notant que: «s'il n'y avait pas eu 120000 enfermés, il n'y aurait pas eu 40000 morts de carences.»[471]

Lucien BONNAFÉ ne fut pas le seul médecin-psychiatre à constater les morts des

---

466 Pierre NOËL, «La famine dans les hôpitaux psychiatriques français pendant l'Occupation (1940-1944). Quels échos dans la littérature psychiatrique ?» ; *L'Information psychiatrique*, Vol.72, 8, 1996, p.755

467 8ème colloque de la Société internationale de psychiatrie et de psychanalyse, *Nuit et brouillard en psychiatrie,* 17 novembre 1990, Dijon

468 Claude QUÉTEL, Olivier BONNET, « La surmortalité asilaire en France pendant l'Occupation» ; *Nervure*, IV, 2 mars 1991, pp.22-32

469 Expression de Max LAFONT en couverture de son ouvrage cité ci-dessus

470 Armand AZJENBERG, *L'abandon à la mort... de 76000 fous par le régime de Vichy* ; Editions L'Harmattan, 2012, p.44

471 Intervention de Lucien BONNAFÉ lors d'un colloque franco-allemand sur le thème de la situation des malades mentaux entre 1939-1945 tenu à Brumath les 14 et 15 mars 1996 repris dans son ouvrage *La psychanalyse de la connaissance* ; Erès, 2002, pp.159-160

malades mentaux liés à la dénutrition et aux carences alimentaires. Certains de ses collègues manifestèrent également leur désaccord et leur colère face à des situations de carences alimentaires avancées.

Louis LE GUILLANT[472] fut de ceux-là. Il était médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire lorsqu'il dénonça la réalité de ses patients au préfet de la Nièvre en des termes crus : « Monsieur Le Préfet, vos malades ont perdu 7 tonnes de viande.». Le Préfet répondit : « Monsieur le Médecin-Directeur, vous avez de ces expressions !» Louis LE GUILLANT acheva la conversation avec le haut fonctionnaire en assénant sévèrement: «Ce n'est pas mon expression qui est choquante, c'est la mort du nombre de mes patients.»[473] C'est ce même Louis LE GUILLANT qui, lors de l'installation de l'armée allemande dans l'hôpital, décida de libérer les malades ayant de la famille dans la région (pour qu'ils puissent être nourris et pris en charge)[474].

Dès 1941, Frantz ADAM, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Dijon[475] , et de nombreux autres médecins et médecins-directeurs (à Montdevergues-les-Roses dans le Vaucluse et à Clermont-de-l'Oise notamment[476]) protestèrent contre l'indifférence faite à leurs demandes répétées d'augmentations des rations alimentaires accordées aux malades psychiques.

En 1942, d'autres médecins (Paul SIVADON à la Colonie familiale d'Ainay-le-Château notamment) informèrent leurs autorités de tutelle et la Société médico-psychologique[477] que cette indifférence pourrait avoir de mortelles conséquences pour les patients. Nombre de ces demandes furent traitées avec le plus grand mutisme par les représentants locaux du régime de Vichy.[478] L'idée prévalente dans l'esprit des autorités

472 Louis LE GUILLANT est né en 1900 à Lorient. Il devient psychiatre en 1931. Résistant et directeur d'hôpital, il est conseiller technique auprès du ministre de la Santé, François Billoux, chargé de la coordination des services de l'enfance déficiente et en danger moral. Entre 1945 et 1968, il est membre du conseil d'administration des CEMÉA (Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Éducation Active). Il créé en 1951, avec Lucien Bonnafé notamment, la revue *La Raison*. Il décède en 1968.

473 Armand AZJENBERG, *L'abandon à la mort...de 76000 fous par le régime de Vichy* ; L'Harmattan, 2012, pp. 50-51

474 Pauline RHENTER ; *De l'institutionnel au contractuel: psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003)* ; Lyon 2, 2004, p.126

475 Claude QUÉTEL, *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours* ; Éditions Tallandier, Texto, 2015, p.478

476 Armand AZJENBERG, *L'abandon à la mort...de 76000 fous par le régime de Vichy* ; L'Harmattan, 2012, p.51

477 *Ibid.*, p.49

478 Armand AZJENBERG, *L'abandon à la mort...de 76000 fous par le régime de Vichy* ; L'Harmattan, 2012, p.52

collaboratrices restait la suivante : «Il y a des malades plus intéressants que les vôtres.»[479]

En 2010, le Docteur Paul BEQUART, citait l'analyse de Georges DAUMÉZON sur la question de l'abandon à la mort des aliénés français : « […] l'indifférence voire l'insensibilité dont a fait preuve une majorité de la population, s'explique par l'isolement social des aliénés internés : eux-mêmes tenaillés par la faim, les Français ont été incapables d'établir une hiérarchie dans la souffrance. "Tout le monde a faim", se sont entendu répondre ceux qui réclamaient des suppléments pour les aliénés. »[480]

La question essentielle concernant la recherche de responsabilité reste la connaissance par le régime de Vichy des risques encourus par les malades psychiques en cas de sous-alimentation. Si le régime de Vichy était informé de la probable mort des internés et qu'il a rien entrepris pour mettre fin à l'hécatombe, alors sa responsabilité, même passive, en tant qu'autorité de tutelle des hôpitaux psychiatriques, peut être rétrospectivement admise et reconnue.

En revanche, si le régime de Vichy ne manifesta aucune volonté active de non-assistance à personne en danger[481] vis-à-vis des internés et qu'il a entrepris toutes les mesures actives pour lutter contre la famine dans les hôpitaux psychiatriques, il ne peut être dédouané des accusations de comportement criminel de mise à mort lente des membres parmi les plus vulnérables de la société de l'époque.

Certains médecins-directeurs essayèrent d'avertir les autorités des risques mortels consécutifs à des carences alimentaires graves liées à une malnutrition des pensionnaires des hôpitaux psychiatriques (Louis LE GUILLANT notamment[482]).

Pour les partisans de la thèse de l'extermination douce, les autorités de Vichy,

479 André CASTELLI, «Un hôpital psychiatrique sous Vichy» ; *Chimères,* juin 1996
480 Paul BEQUART, «L'ASM 13: genèse et développement» *in* Colette CHILAND *et al, Le souci de l'humain: un défi pour la psychiatrie* ; ERES Hors Collection, Toulouse, 2010 (), p.35
481 Le concept juridique de non assistance à personne en danger est créé pendant l'Occupation et entre dans le Code pénal républicain en 1954.
482 Armand AZJENBERG, *L'abandon à la mort...de 76000 fous par le régime de Vichy* ; L'Harmattan, Paris, 2012, pp. 50-51

influencées par les thèses eugénistes du Professeur Alexis CARREL[483] («L'eugénisme peut exercer une grande influence sur la destinée des races civilisées. A la vérité, on ne réglera jamais la reproduction des humains comme celle des animaux. Cependant, il deviendra possible d'empêcher la propagation des fous et des faibles d'esprit.»[484]), abandonnèrent les malades psychiques à une mort lente sans que de faibles réactions administratives (circulaire du 4 décembre 1942 notamment[485]) ne vinssent fondamentalement modifier une situation déjà fortement compromise pour des personnes fragiles et très affaiblies.

Il semble légitime de se tourner vers la thèse de l'abandon actif des malades mentaux par les autorités de Vichy. En effet, depuis le début du XXème siècle de nombreux états (Allemagne, Australie, Etats-Unis, Suède) validèrent juridiquement les thèses eugénistes[486]. En France, les médecins prônant l'eugénisme (Alexis CARREL était français mais il avait fait l'essentiel de sa carrière scientifique aux Etats-Unis) n'ont pas réussi «à y plier le droit[487]».

Toutefois, malgré la résistance du droit médical français aux théories eugénistes, celles-ci ont influencé de nombreux médecins et hommes politiques sensibles à l'idéologie nazie. La meilleure preuve de cette influence reste le retentissement de l'ouvrage d'Alexis CARREL, *l'Homme, cet inconnu*. En effet, il connut un grand succès commercial (200 000 exemplaires vendus en 1939[488]) et ce bien qu'il contînt un appel à la mise en place d'un «établissement euthanasique pourvu de gaz appropriés[489]». Cet ''établissement'' n'est pas sans annoncer ce que deviendront les sinistres chambres à gaz des camps d'extermination nazis.

Dès leur arrivée au pouvoir, les nazis voulurent mettre en place une législation et une idéologie favorables à l'élimination des vies indignes d'être vécues (*Lebensunwurten*

483 Alexis CARREL (1873-1944) est un chirurgien et un scientifique français. Il effectue la majeure partie de sa carrière scientifique aux Etats-Unis où il obtient le Prix Nobel de médecine en 1912. Il revient en France en 1939. Eugéniste et membre du Parti Populaire Français, il est nommé, en 1941, Régent de la Fondation française pour l'étude des problèmes humains par le régime de Vichy.
484 Alexis CARREL, *L'Homme, cet inconnu* ; Plon, 1935
485 Circulaire n°186 du 4 décembre 1942. Elle est dite "Circulaire Bonnafous"
486 Antoine LECA, Alexandre LUNEL, Samuel SANCHEZ, Histoire *du droit de la santé* ; Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2014, p.234
487 *Ibid*., p.234
488 Claude QUÉTEL, *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours* ; Éditions Tallandier, Texto, Paris, 2015, p.473
489 Alexis CARREL, L'Homme*, cet inconnu* ; Plon, Paris, 1935

Lebens[490]). Un de leurs objectifs monstrueux consistait en la préparation psychologique de la population au futur abandon des plus vulnérables au nom d'une certaine humanité et d'une rationalité économique.

Malgré une intense propagande et une volonté affirmée de réduire le nombre d'inutiles (le professeur Krantz suggérait l'élimination d'un million de sujets inférieurs[491]), l'Allemagne nazie n'a jamais légalisé l'euthanasie des êtres vulnérables et incurables. L'eugénisme actif du pouvoir nazi se manifesta pourtant juridiquement dès 1933 par la promulgation de la loi sur la prévention des maladies héréditaires[492]. Ce texte législatif rendait obligatoire la stérilisation forcée de certains handicapés physiques et mentaux. La loi du 14 juillet fût complétée, en 1935, par deux lois[493] visant à interdire aux personnes souffrant de maladies héréditaires de se marier ou de procréer[494].

Il semble important de souligner la contradictoire ignominie du régime nazi en la matière. En effet, le droit allemand de la période nazie se refusait explicitement à reconnaître toute possibilité d'euthanasie. Le *Reichstrafgesetzbuch* (Code pénal national-socialiste de 1935) interdisait cette pratique sauf si la pathologie s'avérait incurable et le maintien en vie artificiel[495].

Dans un ouvrage paru en 2016, Antoine LECA décrivait comment les autorités nazies avaient réussi à conditionner la population allemande à accepter l'inacceptable. En effet, les nazis avaient préparé la population par la diffusion régulière d'une propagande cinématographique et littéraire. De plus, cette propagande fut favorisée par certains faits divers concernant des demandes d'euthanasie effectués auprès des plus hauts dignitaires du régime (l'auteur évoque dans son ouvrage le fameux cas Knauer dans lequel une

490 Karl BINDING, Alfred HOCHE, *La libéralisation de la destruction de vies qui ne valent pas d'être vécues* (*Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form*) ; 1920, 1922 Felix Meiner Verlag, Leipzig

491 Claude QUÉTEL, *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours* ; Éditions Tallandier, Texto, Paris, 2015, p.475

492 Loi du 14 juillet 1933 sur la prévention des maladies héréditaires (*Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses)*

493 Loi du 18 octobre 1935 pour la santé des mariages
Loi du 15 septembre 1935 pour la protection du peuple allemand et l'honneur allemand

494 Antoine LECA, *L'ordre sanitaire national-socialiste. Rémanence, résiliences et récurrences au XXIe siècle. Manuel anti-nazi, Lumière sur la déontologie médicale moderne : au secours, le nazisme revient ?* ; LEH Edition, Bordeaux, 2016, p.59

495 Antoine LECA, L'ordre sanitaire national-socialiste. Rémanence, résiliences et récurrences au XXIe siècle. Manuel anti-nazi, Lumière sur la déontologie médicale moderne : au secours, le nazisme revient ? ; LEH Edition, Bordeaux, 2016, p.60

famille demanda au *Führer* et Chancelier le droit d'euthanasier leur enfant incurable)[496].

Antoine LECA, universitaire spécialisé en droit de la santé, met en lumière la construction, en Allemagne nazie, d'un droit *de facto* à l'euthanasie des inutiles. Si le terme euthanasie, dans son acception commune, désignait une bonne mort (étymologiquement parlant), pour les nazis, cette pratique traduisait surtout une volonté d'extermination systématique des handicapés physiques et des malades mentaux[497].

L'Allemagne nazie ne promulgua jamais de texte législatif imposant de mettre fin aux jours des handicapés physiques et mentaux car ses dirigeants ne voulaient pas déstabiliser une opinion publique probablement encore réticente à voir des citoyens vulnérables sacrifiés sur l'autel de la rationalité économique et de la pureté de la race allemande. Toute publicité sur l'euthanasie fut donc prohibée et les dignitaires nazis manœuvrèrent habilement pour que leur objectif se réalisât[498].

En effet, le 1er septembre 1939, par un décret antidaté signé de sa main, le Führer nazi autorisa la mise à mort par euthanasie des malades mentaux. Le décret fut ensuite transmis au ministre de la Justice du Reich (Franz Gurtner) et jamais publié officiellement. Suite à ce décret, les autorités nazies lancèrent, dans la plus grande discrétion, le programme T4[499]. Les premières chambres à gaz (dans six centres) commencèrent à fonctionner dès le début de l'année 1940[500].

Jusqu'en août 1941 (date à laquelle le programme fut arrêté), près de 70000 malades psychiques furent exécutés. Le mauvais accueil de la population, informée par les autorités religieuses et les familles des victimes, infléchit la volonté des nazis. Les chambres à gaz ayant servi à ces exécutions de masse furent démontées et transférées

496 Antoine LECA, L'ordre sanitaire national-socialiste. Rémanence, résiliences et récurrences au XXIe siècle. Manuel anti-nazi, Lumière sur la déontologie médicale moderne : au secours, le nazisme revient ? ; LEH Edition, Bordeaux, 2016 pp.60-61
497 Claude QUÉTEL, *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours* ; Éditions Tallandier, Texto, Paris, 2015, p.475
498 Antoine LECA, L'ordre sanitaire national-socialiste. Rémanence, résiliences et récurrences au XXIe siècle. Manuel anti-nazi, Lumière sur la déontologie médicale moderne : au secours, le nazisme revient ? ; LEH Edition, Bordeaux, 2016, p.61
499 Claude QUÉTEL, *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours* ; Éditions Tallandier, Texto, Paris, 2015, p.475
500 Antoine LECA, L'ordre sanitaire national-socialiste. Rémanence, résiliences et récurrences au XXIe siècle. Manuel anti-nazi, Lumière sur la déontologie médicale moderne : au secours, le nazisme revient ? ; LEH Edition, Bordeaux, 2016, p.62

dans des camps de concentration pour servir à éliminer les déportés incapables de travailler[501].

Les autorités de Vichy, quant à elles, n'auraient pas eu à édicter de normes clandestines pour éliminer des membres inutiles de la population française. L'idéologie en présence à cette époque était *de facto* favorable à cette élimination sans texte et sans violence dure.[502] La mort des malades psychiques français était l'émanation sanitaire de la cruelle transposition en France des conceptions nazies en matière de traitement social de la folie. Le subtil comportement administratif des autorités de Vichy a permis de réaliser "un crime parfait" puisqu'aucune trace probante de ce crime ne subsiste à ce jour. Seuls quelques éléments administratifs ont été retrouvés par des historiens pour accuser un régime d'un crime dans lequel certains voudraient voir un événement conjoncturel, simplement lié à une pénurie générale et à une organisation asilaire déjà mortifère avant la guerre.

De nombreux historiens (notamment Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN[503], Henry ROUSSO[504], Elisabeth ROUDINESCO[505], Claude QUÉTEL[506] et Olivier BONNET[507]) réfutèrent avec fermeté la thèse de l'extermination douce voulue par le gouvernement de l'Etat français[508].

L'historienne Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN publia un ouvrage très documenté sur la question de la mort des malades psychiques entre 1940 et 1945.[509] Cet ouvrage présente une analyse précise des causes de la mort massive des internés dans les hôpitaux psychiatriques. L'objectif de la chercheuse était de rétablir une analyse historique dans le traitement de cette question qui, selon elle, avait été abordée de façon

501 Claude QUÉTEL, *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours* ; Éditions Tallandier, Texto, Paris, 2015, p.476
502 Pétition Pour que douleur s'achève, 2001
503 Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, *L'Hécatombe des fous : La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation* ; Éditions Aubier, 2007, p.246
504 Henri ROUSSO, Eric CONAN, *Vichy, un passé qui ne passe pas* ; Fayard, 1994
505 Elisabeth ROUDINESCO, «Dans les asiles des affamés de Vichy» ; *Le Monde des livres*, 23 février 2007
506 Max LAFONT, «L'extermination douce dans les hôpitaux psychiatriques» ; *L'Information psychiatrique,* n°8, octobre 1996, p.751
507 Claude QUÉTEL, Olivier BONNET, Nuit et brouillard en psychiatrie ; *Nervure*, journal de psychiatrie, tome IV, n°2, mars 1991
508 Dénomination officielle du régime de Vichy assurant le gouvernement de la France entre le 10 juillet 1940 et le 20 août 1944
509 Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, *L'Hécatombe des fous : La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation* ; Éditions Aubier, 2007

trop militante et peu scientifique par le psychiatre Max LAFONT.

Dans son ouvrage, l'auteur concluait que la terrible tragédie de ces morts n'était pas imputable au Gouvernement de Vichy et que ceux qui voudraient lui attribuer ce crime ne poursuivraient qu'un objectif politique inavouable et se servirait de ce crime sans coupable uniquement pour assouvir une volonté de réformes corporatistes. Elle observe que:« L'enjeu n'est pas de faire la vérité sur ce qui s'est passé, mais d'exploiter l'horreur de l'événement et la mauvaise conscience qu'il suscite pour faire bouger les choses et obtenir des réformes réclamées depuis les années 1930 »[510].

Pour l'historien Henry ROUSSO et le journaliste Eric CONAN, les contempteurs du gouvernement de Vichy sur la question de la surmortalité des malades psychiques pendant la période de l'Occupation ne seraient que « des militants tardifs de la mémoire»[511]. Ces deux auteurs accusèrent les tenants de la thèse de l'extermination douce de se livrer complaisamment à « une militance d'inquisition rétroactive. »[512] et Max LAFONT d'avoir « inventé un génocide»[513].

Toutefois, et malgré les oppositions doctrinales sur cette question, il demeure un fait historique quasi-incontestable: les hôpitaux psychiatriques n'ont pas bénéficié des rations supplémentaires accordées aux autres hôpitaux lors de la mise en place des procédures de rationnement alimentaire.[514] Les malades psychiques étaient souvent très agités et ils auraient eu besoin de 2500 à 3000 calories par jour alors qu'ils n'en recevaient que 500[515]. Cette «anomalie» ne fut corrigée qu'en décembre 1942 avec la directive dite Bonnafous.[516]

Pour les objecteurs à la thèse de l'extermination douce, la directive Bonnafous est la preuve parfaite que le gouvernement de Vichy n'avait aucune volonté planificatrice d'élimination des internés dans les hôpitaux psychiatriques. En effet, cette directive se voulant humaniste devait mettre en place des mesures visant à alimenter plus

510 Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, *L'Hécatombe des fous : La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation* ; Éditions Aubier, 2007, p.405
511 Henri ROUSSO, Eric CONAN, *Vichy, un passé qui ne passe pas* ; Fayard, Paris, 1994, p.280
512 *Ibid*., p.280
513 Max LAFONT, *L'extermination douce : la cause des fous* ; Éditions Le Bord de l'eau, 2000, p.11
514 Première carte de rationnement éditée dès le 31 juillet 1941
515 Armand AZJENBERG, *L'abandon à la mort...de 76000 fous par le régime de Vichy* ; L'Harmattan, Paris, 2012, p.65
516 Circulaire n°186 du 4 décembre 1942

abondamment les malades.

A en croire Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, « le simple fait qu'elles [ces mesures] aient été prises suffit à prouver l'absence d'intentions génocidaires du régime en place. »[517] Toutefois, cette directive semble avoir été promulguée trop tard puisqu'à cette date deux tiers des aliénés (sur un total de 76000) étaient déjà morts de faim, d'épuisement ou de maladie.[518] Pour André CASTELLI (infirmier à l'hôpital psychiatrique de Montdevergues-les-Roses près d'Avignon): «cette mesure fut, hélas! trop tardive, la majorité des cas de carence étant devenue irréversible ou s'étant compliquée de tuberculose.»[519]

En 1945, l'espoir de voir reconnaître l'abandon à la mort de dizaines de milliers d'internés exista réellement puisque le ministre de la Santé publique François BILLOUX[520] affirmera dans un discours: «Il faut tenir compte aussi que beaucoup des internés dans les asiles d'aliénés sont morts littéralement de faim.»[521] Le ministre ne mentionna aucune responsabilité mais laissa entrevoir très tôt la possibilité de futures recherches et de probables commémorations pour ces victimes de la barbarie nazie et vichyste. Il n'en fut rien et ce discours sera le premier et dernier acte de reconnaissance publique de cette immense tragédie de l'histoire contemporaine française.

Max LAFONT semblait amèrement réaliste lorsqu'il écrivait : « qu'elle ["la conspiration" relative au silence sur la mort des malades psychiques français] est de ces conspirations qui durent et qu'il y a quelques risques à vouloir les dénoncer. [522]»

En effet, peu de temps après la sortie de son ouvrage reprenant sa thèse de doctorat, un début de polémique s'amorce avec la publication d'un article dans le journal quotidien *Le Monde.* Cet article avait été écrit par le Docteur Claudine ESCOFFIER-

517 Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, *L'Hécatombe des fous.* La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation ; Éditions Aubier, Paris, 2007, p.246
518 Armand AZJENBERG, *L'abandon à la mort...de 76000 fous par le régime de Vichy* ; L'Harmattan, Paris, 2012, p.71
519 André CASTELLI, «Montdevergues-les-Roses (1940-1945): un hôpital psychiatrique sous Vichy» ; *Chimères*, 1996, numéros 28 et 29
520 François BILLOUX, *Quand nous étions ministres* ; Éditions sociales, Paris, 1972, p.135
521 Discours prononcé par M. Le ministre de la Santé publique François BILLOUX le 26 septembre 1945 au Vélodrome d'Hiver à Paris ; L'information psychiatrique n°2, octobre 1945
522 Max LAFONT, *L'extermination douce : la cause des fous* ; Éditions Le Bord de l'eau, 2000

LAMBOTTE et publié par le journal le 10 juin 1987.[523] Une réponse circonstanciée est fournie par le Docteur Charles BRISSET en août et en octobre 1987.[524] Ce dernier dénonçait l'amalgame fait, selon lui, par Max LAFONT et par Claudine ESCOFFIER-LAMBOTTE. Il voyait dans l'ouvrage de Max LAFONT une criminalisation inopportune des psychiatres exerçant pendant cette époque délicate.

La polémique se poursuit avec moins de vigueur dans les années 1990. Elle reprend dans les années 2000 avec la publication dans en 2001 d'une pétition, initiée par Armand AZJENBERG, Patrick TORT, Pierre DURAND et Lucien BONNAFÉ[525], demandant la reconnaissance étatique de la responsabilité du régime de Vichy dans la mort massive des malades psychiques français entre 1940 et 1944.[526]

En 2016, le Président de la République rendit hommage aux 76000 malades psychiques morts pendant l'Occupation. Demandée depuis de nombreuses années et à de nombreuses reprises[527], une plaque, apposée au sol de l'esplanade des Droits de l'Homme à Paris, commémore la mort massive de personnes rendues vulnérables par leur pathologie psychique. Cette cérémonie tardive fait suite à une pétition lancée en 2013[528] par Charles GARDOU[529] et signée par près de 81000 personnes[530].

523 Claudine ESCOFFIER-LAMBOTTE, « Les asiles de la mort. Quarante mille victimes dans les hôpitaux psychiatriques pendant l'Occupation » ; *Le Monde*, 10 juin 1987
524 Charles BRISSET, «Amalgame ou méconnaissance ? À propos du livre de Max Lafont: L'extermination douce» ; *Psychiatrie française*, n°4, août-septembre 1987, p.111-115. Charles BRISSET, «À propos de l'extermination douce de M. Lafont : un scandaleux amalgame du journal Le Monde» ; *L'Évolution Psychiatrique*, 52, 4, octobre 1987, p. 959-965
525 Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, «Les «aliénés» morts de faim dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation», *Vingtième Siècle. Revue d'histoire*, vol. No 76, no. 4, 2002, p.106
526 Pétition *Pour que douleur s'achève* ; mars 2001
527 «Un mémorial pour les handicapés mentaux victimes du régime de Vichy», *Soins Psy*, mai/juin 2015, n°298, p.5
528 Pétition *Pour un mémorial en hommage aux personnes handicapées victimes du régime nazi et de Vichy* ; novembre 2013
529 Professeur d'anthropologie à l'Université Lumière Lyon 2
530 Laurent RIBADEAU DUMAS, *France: hommage aux 45.000 handicapés mentaux morts sous l'Occupation* ; www.francetvinfo.fr, 12 décembre 2016

b) Lucien BONNAFÉ, contempteur de l'ineffable

« De tout ce que j'ai retenu des découvertes freudiennes, l'une des plus fécondes est bien que rien n'est plus chargé de sens que les phénomènes de censure ou d'oubli. »[531]
Lucien BONNAFÉ

Au cours de son existence de psychiatre et d'homme, Lucien BONNAFÉ mena de nombreuses luttes. Si elles furent diverses par leur nature et leur forme, elles furent toutes animées par la cohérence que le psychiatre avait toujours voulu donner à son combat vital pour le progrès de la condition humaine et contre toutes les tentatives d'aliénation.

Il écrivait que « notre génération est vouée par l'histoire, en réponse au comble de l'horreur réjective, à pousser à son comble la réflexion sur le statut anthropologique de la folie. J'ai nommé alors désaliénation la mission qui nous était ainsi confiée. Mon regard sur ce qui se passe depuis ne cesse d'être inquiet. Je parlerai aujourd'hui des motifs de cette inquiétude, désirant que cette parole serve à stimuler des prises de conscience, donc à favoriser encore la grande entreprise de désaliénation.»[532]

Une des grandes causes défendues par le psychiatre désaliéniste fut la reconnaissance par l'Histoire et par la Nation française de la responsabilité de l'organisation asilaire et du Gouvernement de Vichy dans la mort de près de 78000[533] malades psychiques dans les hôpitaux psychiatriques entre les années 1940 et 1944.

A son retour de la guerre perdue de 1940[534], Lucien BONNAFÉ réintégra les services de l'hôpital de Ville-Evrard. C'est à cette occasion qu'il observa les premiers cas de dénutrition avancée chez les malades psychiques ainsi que les premières dénégations d'une administration sourde et aveugle à un problème dérangeant mais peu important:
«C'est à Ville-Evrard que nous eûmes la révélation d'une pathologie dont on devait parler abondamment au retour des survivants de la déportation, après la libération des camps nazis. [...] A la visite du matin, le dortoir sentait le cadavre. De profondes divergences

531 Max LAFONT, *Préface à L'extermination douce : la cause des fous* ; Éditions de l'AREFPPI; 1987
532 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner: folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse, 1992, p.134
533 Claude QUÉTEL, *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours* ; Éditions Tallandier, Texto, Paris, 2015, p.480
534 Germaine WILLARD, Roger BOURDERON, *La France dans la tourmente 1939-1944* ; Éditions Sociales, Paris, 1982, pp.45-52

marquaient la réaction à la situation. J'ai entendu au sommet de la hiérarchie dire "on ne meurt pas de faim on meurt d'arrêt du cœur, ou de tuberculose ou de... Mais on ne meurt pas de faim...»[535]

Dès la Libération, Lucien BONNAFÉ commença à dénoncer les ravages criminels de l'inaction du pouvoir vichyste sur la population vulnérable, déjà maltraitée par une institution délabrée, des asiles psychiatriques français. L'influence de la dénonciation immédiate faite par Lucien BONNAFÉ put s'observer dans le discours de certains hommes politiques communistes de l'époque. Il avait obtenu une certaine influence par l'intermédiaire de son poste de conseiller technique au ministère de la Santé publique. À ce titre, il est important de noter que le ministre de la Santé publique François BILLOUX (Parti Communiste Français) déclarait en septembre 1945:« Il faut tenir compte aussi que beaucoup des internés dans les asiles d'aliénés sont morts littéralement de faim.»[536]

Lucien BONNAFÉ ne se contenta pas de dénoncer ce que certains appelèrent "le génocide des fous", il a protesté avec véhémence contre son oubli dans les «placards déjà trop encombrés de Vichy».[537] Il ne se résigna pas à laisser disparaître la mémoire de ces milliers de malades morts de l'action concomitante de la barbarie nazie et de la barbarie asilaire.

Dans son ouvrage *Désaliéner : folie(s) et société(s)*, Lucien BONNAFÉ s'emportait : « Famille asilaire, je te hais. Quand tu manifestas ta réaction de "bonne famille" installée dans la censure des mauvais moments de ta carrière, au moment où, avec la publication de L'extermination douce, il fut révélé publiquement que, si tu n'avais pas couvé sous ton aile tutélaire 120 000 citoyens en 1939, 40 000 n'y seraient pas morts sous l'Occupation dans le comble des malheurs de la ségrégation, à l'enseigne de "Travail, Famille, Patrie"... Le mauvais sujet installé dans la rupture avec les formes de rapports humains que tu structuras, trouva, pour sa haine, des motifs exemplaires.»[538]

En 1979, lors d'un entretien accordé au futur psychiatre Max LAFONT qui rédigeait alors sa thèse sur la mort massive des malades psychiques pendant l'Occupation, Lucien

535 Max LAFONT, *L'extermination douce : la cause des fous* ; Éditions Le Bord de l'eau, 2000, p.41
536 « Discours du ministre de la Santé publique François BILLOUX » le 26 septembre 1945 au Vélodrome d'Hiver à Paris ; *L'information psychiatrique* n°2, octobre 1945
537 Expression d'Eric CONAN et Henri ROUSSO *in Vichy, un passé qui ne passe pas* ; Fayard, Paris, 1994
538 Lucien BONNAFÉ, Désaliéner *: folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, 1992, p.223

BONNAFÉ déclarait alors à son jeune confrère : « Quand les déshérités crevaient plus ou moins de faim et de froid au temps des restrictions, les plus déshérités : ceux du peuple des asiles crevaient en masse. Sur cela règne une grande conspiration du silence sur le sens de laquelle je ne cesse de demander éperdument que l'on s'interroge. »[539]

Toutefois, c'est dans un texte publié en 1995 que Lucien BONNAFÉ exprima avec le plus de vigueur son intention de poursuivre son inlassable combat contre l'oubli de la lente et terrible agonie de ces êtres humains internés pour être initialement soignés. Dans ce texte, il proclamait qu'il ne cesserait pas « d'inciter nos héritiers à aiguiser leurs résistances aux inhumanités. » [540]

Lucien BONNAFÉ était conscient de sa qualité de dernier témoin actif de cette hécatombe. Il écrivait qu'il était : « le dernier survivant des témoins acteurs parmi ceux qui ont posé ce drame en priorité [...] à l'enseigne de :"le comportement d'une société à l'égard de ses aliénés est un des meilleurs signes de son degré de civilisation".»[541]

Le psychiatre désaliéniste faisait montre, dans ce texte puissant, d'une pugnacité et d'une virulence peu commune lorsqu'il soutint : « Je n'ai jamais démordu de ma résistance à tous niveaux de "conspiration" du silence pesant sur ce drame, et d'opposer à cet obscurantisme la recherche du contraste entre la fécondité de son étude savante et les stérilités déshumanisantes liées à son ignorance. »[542]

Lucien BONNAFÉ ne marqua pas seulement son indignation face cet oubli de façon littéraire et théorique. Il œuvra aussi pour que cette cause, qu'il pensait juste, soit reconnue au plus haut niveau de l'Etat. Dans le contexte de la reconnaissance par le Président de la République Jacques CHIRAC de la responsabilité de l'Etat français dans la déportation des Juifs de France, l'essayiste Armand AJZENBERG, publia, dans la revue *Politis,* une pétition pour l'admission par la République française des responsabilités du régime de Vichy dans la mort surnuméraire de 40000 malades psychiques français entre 1940 et 1944, *Pour que douleur s'achève.* Lucien BONNAFÉ fut un des premiers

539 Max LAFONT, *L'extermination douce : la cause des fous* ; Éditions Le Bord de l'eau, 2000, p.31
540 Lucien BONNAFÉ, « Passion de la tête ou tête de la passion » (1995) *in Lucien Bonnafé, psychiatre désaliéniste* ; textes rassemblés par Bernadette CHEVILLION; L'Harmattan, Pratiques de la folie, 2005, p.29
541 *Ibid*., p.29
542. Lucien BONNAFÉ, « Passion de la tête ou tête de la passion » (1995) *in Lucien Bonnafé, psychiatre désaliéniste* ; textes rassemblés par Bernadette CHEVILLION; L'Harmattan, Pratiques de la folie, 2005, p.29

signataires de cette pétition.[543]

c) Lucien BONNAFÉ, fer de lance du désaliénisme

Après la défaite de la bataille de France en mai 1940, Lucien BONNAFÉ s'engagea donc dans la résistance active à l'Occupant. [544] La poursuite de sa carrière médicale s'effectua par un retour à l'Hôpital de Ville-Evrard où il était encore interne avant sa mobilisation. En juillet 1942, il réussit le concours du médicat des hôpitaux psychiatriques.[545] Avant de choisir le poste de médecin-directeur de l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban, en Lozère, Lucien BONNAFÉ eut l'occasion d'observer les premiers ravages de la malnutrition et de l'abandon dont étaient victimes les malades mentaux français. Un de ses collègues, élèves et amis, Franck CHAUMON[546] témoignait: «Bonnafé m'a raconté ces visites du matin au cours desquelles il devait enjamber les morts de la nuit, qui présentaient la veille le syndrome de kwashiorkor[547] et qui s'étaient vidés.»[548]

Le prédécesseur de Lucien BONNAFÉ à la direction de l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban était un psychiatre réputé, Paul BALVET (1907-2001). Avant de rencontrer son successeur[549], il était un pétainiste peu convaincu.[550] L'antisémitisme du nouveau régime ainsi que la place peu enviable envisagée pour les aliénés achevèrent de persuader ce chrétien tolérant du caractère criminel des idées des dirigeants collaborateurs.[551]

Le 28 octobre 1942, s'ouvre le Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et de langue française portant sur les anorexies mentales c'est à dire sur un thème en lien direct avec la question de l'alimentation chez les patients psychotiques [552],«Paul Balvet y prit la parole pour dénoncer la situation des hôpitaux psychiatriques, où les

543 Armand AZJENBERG, *L'abandon à la mort...de 76000 fous par le régime de Vichy* ; Paris, L'Harmattan, 2012, pp.193-197
544 http://maitron-en-ligne.univ-paris1.fr/spip.php? article17169, notice BONNAFÉ Lucien par Gérard BELLOIN, version mise en ligne le 20 octobre 2008.
545 Jean AYME, «Lucien Bonnafé, le militant» *in Lucien Bonnafé, psychiatre désaliéniste* ; textes rassemblés par Bernadette CHEVILLION ; Paris, L'Harmattan, Pratiques de la folie, Paris, 2005, p.64
546 Franck CHAUMON est un psychiatre, psychanalyste français né en 1946. Il a notamment publié Psychiatrie et justice à La Documentation française en 1988.
547 Syndrome de malnutrition protéino-énergétique sévère
548 Intervention de Franck CHAUMON in Colloque du 22 septembre 2011. Influence de la culture sur l'évolution de la psychiatrie (France,Italie). Sur les traces de. Franco Basaglia et Lucien Bonnafé, p.20
549 Paul BALVET était muté à la direction de l'Hôpital du Vinatier à Lyon.
550 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner : folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse, 1992, p.211
551 *Ibid*.; p.211
552 Max LAFONT, L'extermination *douce : la cause des fous* ; Éditions Le Bord de l'eau, 2000, p.60

malades mouraient de faim sous le regard compatissant de médecins qui ne trouvaient rien de mieux à faire que de se regrouper en colloques.»[553] Dans son allocution, il brocarda avec véhémence la décadence du système asilaire[554]

Lucien BONNAFÉ rendit hommage, dans un ouvrage collectif[555], soixante ans après le congrès de Montpellier[556], à un homme qu'il considérait comme trop méconnu et oublié[557] en émettant l'avis que : «Qui veut raconter l'histoire de la psychiatrie en oubliant son intervention au congrès de Montpellier en 1942, où, contre le courant, et en précurseur, il dénonce inhumanité et pauvreté scientiste des idées et pratiques dominantes n'est pas historien dont les opinions sur l'histoire de la psychiatrie soit respectable.[558]»

Lorsqu'il prit effectivement ses fonctions à la direction de l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban en janvier 1943, Lucien BONNAFÉ était déjà révolté contre l'aliénisme et ses conséquences dommageables pour les patients dont il avait à s'occuper. Sa rencontre avec Paul BALVET ne devait que renforcer ses idées sur l'organisation asilaire. Il manifestait avec force cette révolte contre un ordre psychiatrique qu'il jugeait philistin et rétrograde.

À ce titre, Franck CHAUMON témoignait que: «Bonnafé ne supportait pas qu'il soit ainsi possible de se voiler les yeux malgré le savoir aliéniste, et de devenir ainsi, en quelque sorte, complice de la folie. Il opposait en effet ceux qui se montraient solidaires, face à la folie, et ceux qui agissaient en complices de cette dernière. Il employait même parfois le terme de "collabo".»[559]

553 Intervention de Franck CHAUMON *in* Colloque du 22 septembre 2011. Influence de la culture sur l 'évolution de la psychiatrie (France, Italie). Sur les traces de... Franco Basaglia et Lucien Bonnafé, p.20
554 Renée MABIN, Dominique MABIN, «Art, folie et surréalisme à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban-sur-Limagnole pendant la guerre de 1939-1945» ; Revue Mélusine, mars 2015, p.1
555 Jean-Paul ARVEILLER, *Pour une psychiatrie sociale* ; ERES, Hors collection, 2002
556 43ème congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et de langue française de Montpellier
557 Lucien BONNAFÉ, «Sur un peu plus de cinquante ans de psychiatrie plus ou moins "sociale"» *in* Jean-Paul ARVEILLER, *Pour une psychiatrie sociale* ; Érès, Hors collection, 2002, p.50
558 Lucien BONNAFÉ, «Sur un peu plus de cinquante ans de psychiatrie plus ou moins "sociale"» i*n* Jean-Paul ARVEILLER, *Pour une psychiatrie sociale* ; Érès, Hors collection, 2002, p.50
559 Intervention de Franck CHAUMON in Colloque du 22 septembre 2011. Influence de la culture sur l'évolution de la psychiatrie (France, Italie). Sur les traces de... Franco Basaglia et Lucien Bonnafé, p.20

A son arrivée à l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban au début de l'année 1943[560], Lucien BONNAFÉ ne put pas immédiatement se douter que sa fonction de médecin-directeur le conduirait non seulement à tenter d'améliorer la qualité de vie des patients de l'institution mais surtout, dans le contexte de l'Occupation nazie, à leur sauver la vie en tentant de les préserver de la lente et douloureuse mort par la faim. Pourtant cette mission était très délicate tant la situation de l'Hôpital de Saint-Alban était catastrophique. Paul BALVET rappelait que Lucien BONNAFÉ aurait la lourde tâche d'administrer un mouroir.[561]

L'hôpital de Saint-Alban reste dans l'histoire de la psychiatrie hospitalière un des seuls hôpitaux psychiatriques à avoir réussi à protéger efficacement ses patients de la faim et de l'abandon pendant la période de l'Occupation.[562] En effet, pendant que l'immense majorité des hôpitaux psychiatriques français était victime du carnage causé par l'abandon à la mort, par les autorités gouvernementales de l'époque, des malades psychiques[563], personne ne mourut de faim à l'hôpital de Saint-Alban[564].

De nombreuses actions contre la malnutrition furent menées à l'Hôpital de Saint-Alban. Lucien BONNAFÉ et ses collègues se démenèrent pour que la faim, le froid, les maladies et l'abandon n'amenuisassent pas les effectifs de l'hôpital lozérien.[565] Lucien BONNAFÉ fut le continuateur de la politique volontariste de son prédécesseur qui n'avait pas hésité à se révolter, au Congrès des aliénistes de Montpellier (1942), contre la famine subie par les malades des hôpitaux psychiatriques.[566]

560 Lucien BONNAFÉ, Désaliéner : folie(s) et société(s); Presses universitaires du Mirail, Toulouse 1992, p.210
561 Paul BALVET, «L'ambre du musée» ; *L'Information psychiatrique*, 1978
562 Renée MABIN, Dominique MABIN, «Art, folie et surréalisme à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban-sur-Limagnole pendant la guerre de 1939-1945» ; *Mélusine*, mars 2015, p.3
563 Témoignage de Jean OURY *in* Max LAFONT, *L'extermination douce : la cause des fous* ; Le bord de l'eau éditions, 2000, p.70
564 Pierre DELION, « La psychothérapie institutionnelle : d'où vient-elle et ou va-t-elle ? » ; *Empan*, n°4, 2014, p.107
565 Renée MABIN, Dominique MABIN, «Art, folie et surréalisme à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban- sur-Limagnole pendant la guerre de 1939-1945» ; *Mélusine*, mars 2015, pp.3-4
566 Max LAFONT, *L'extermination douce : la cause des fous* ; Éditions Le Bord de l'eau, 2000, p.60

B/ Un psychiatre résistant

«Lucien Bonnafé n'a eu de cesse de faire en sorte qu'à l'enseigne du soin l'on ne mésestime pas l'appartenance de tous à la communauté des humains.»[567]
Maurice GUYADER

«Né révolté comme d'autres naissent avec les yeux bleus.»[568]
Philippe SOUPAULT

Avant d'évoquer ce que fut l'engagement résistant du psychiatre Lucien BONNAFÉ et son rôle dans la mise en œuvre de ses principes désaliénistes pendant son passage comme médecin-directeur de l'hôpital de Saint-Alban, il convient de revenir sur quelques éléments de sa biographie personnelle. Ce retour semble indispensable à la compréhension de ce que fut l'action de l'homme à l'origine de la notion de secteur psychiatrique en France.

Lucien BONNAFÉ naquit le 15 octobre 1912 à Figeac dans le département du Lot. Son père était médecin généraliste. Son grand-père, Maxime DUBUISSON (1851-1928)[569], était un psychiatre aliéniste atypique[570]. Il joua un rôle très important dans l'orientation de Lucien BONNAFÉ vers la psychiatrie. Lucien BONNAFÉ était très admiratif de son grand-père.[571] Il disait de lui: « C'était un personnage étonnant. Je lisais ses textes. Il était très amateur de poésie. Il avait une importante bibliothèque poétique dans la laquelle je me plongeais souvent. »[572]

En 1931, lors de l'Exposition coloniale, Lucien BONNAFÉ prit connaissance du tract des surréalistes qui invitait à ne pas visiter cette exposition.[573] A la même époque, il se rapprocha également de l'immigration antifasciste italienne et fréquenta la librairie du

567 Maurice GUYADER, «Vive l'espérance» ; VST- Vie sociale et traitements, 2003/2 (n°78), p.15
568 Philippe SOUPAULT écrira cette phrase à propos de son ami le poète surréaliste René CREVEL
569 Revue des incompris ; numéro 1, 2015, SERHEP, pp.13-20
570 Il fut un des premiers aliénistes à s'intéresser et à conserver les productions artistiques des malades psychiques internés.
571 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner: folie(s) et société(s)* ; Presses Universitaires du Mirail, 1991, p.377
572 André ROUMIEUX *in* Bernadette CHEVILLION, *Lucien Bonnafé, psychiatre désaliéniste* ; L'Harmattan, Pratiques de la folie, 2005, p.39
573 Renée MABIN, Dominique MABIN, «Art, folie et surréalisme à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban-sur-Limagnole pendant la guerre de 1939-1945» ; *Mélusine*, mars 2015, p.4

juriste communiste italien Silvio TRENTIN (1885-1944)[574] où il rencontra notamment le philosophe Vladimir JANKÉLÉVITCH (1903-1985)[575].

En 1934, pendant ses études de médecine, Lucien BONNAFÉ et son ami le futur poète surréaliste Jean MARCENAC [576] participèrent à une manifestation contre les ligues fascistes. Les deux amis furent arrêtés par la police et jugés. Lucien BONNAFÉ fut condamné à trois mois de prison avec sursis et à deux cents francs d'amende et son ami à quatre mois. [577]

A la suite de cette condamnation, les deux amis décidèrent de s'inscrire aux Jeunesses communistes[578]. Lucien BONNAFÉ conserva toute sa vie sa carte au Parti Communiste Français et cet engagement politique constant mais lucide[579] fit de lui un «psychiatre militant». Il fut également actif dans une organisation d'étudiants proche du Parti Communiste Français: l'Union Fédérale des Etudiants, UFE[580]. De plus, Lucien BONNAFÉ milita à l'Union des Etudiants Communistes (UEC)[581]. En 1936, il termina ses études de médecine et commença son activité professionnelle en psychiatrie.

Pendant la guerre civile espagnole (1936-1939), il exerça son activité au sein de la Centrale sanitaire internationale[582]. Cette Centrale sanitaire fut très efficace pour structurer l'aide à la République espagnole[583] et organisa une conférence à Paris le 3 et 4 juillet 1937.[584] Au titre de cette organisation, Lucien BONNAFÉ fut envoyé à Barcelone auprès de la Généralité de Catalogne et effectua quelques voyages entre la capitale catalane et

574 Paul ARRIGHI, *Silvio Trentin un libraire résistant* ; Arkheia, 2008
575 Colloque du 22 septembre 2011 Influence de la culture sur l'évolution de la psychiatrie (France, Italie). Sur les traces de... Franco BASAGLIA et Lucien BONNAFÉ ; Rencontres Européennes avec le futur composé, Culture et psychiatrie ; 21 au 24 septembre 2011, p. 11
576 Jean MARCENAC (1913-1984) est un poète et écrivain surréaliste. Résistant, ami de Louis ARAGON, il deviendra, après la Seconde Guerre Mondiale, professeur de philosophie. Il est également connu pour avoir traduit le poète chilien Pablo NERUDA.
577 André ROUMIEUX *in* Bernadette CHEVILLION, *Lucien Bonnafé, psychiatre désaliéniste* ; L'Harmattan, Pratiques de la folie, 2005, p.39
578 *Ibid*, p.39
579 Henri SZTULMAN *in* Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner : folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse, 1991, p.9
580 Armand OLIVENNES, *Pratiques et principes de la désaliénation chez Lucien Bonnafé*, *in* Lucien BONNAFÉ ; Désaliéner: folie(s) et société(s) ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse, 1991, p.35
581 Jean MAITRON, Claude PENNETIER, *Dictionnaire biographique du mouvement ouvrier français*, Tome XIX, p.387
582 Armand OLIVENNES, «Pratiques et principes de la désaliénation chez Lucien Bonnafé», *in* Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner: folie(s) et société(s)*, Presses universitaires du Mirail, Toulouse, 1991, p.35
583 Jacques DELPERRIE DE BAYAC, *Les Brigades internationales* ; Fayard, Paris, 1968, pp.458-460
584 Compte-rendu et Résolutions ; Conférence internationale d'aide sanitaire à l'Espagne républicaine, Paris, 3 et 4 juillet 1937

Toulouse. [585]

Il fut mobilisé en 1939 et fit la guerre comme infirmier de 2e classe après avoir été cassé de son rang d'élève officier au motif d'avoir, avec Jean MARCENAC, "empêché l'audition d'un discours du président du Conseil ".[586] C'est pour cette raison qu'il dut subir une courte incarcération militaire. Un de ses biographes et amis Armand OLIVENNES précisait, concernant cette période de la vie de Lucien BONNAFÉ, que: « Ces années sont, pour Bonnafé, le début de sa vocation de médecin militant pour une transformation révolutionnaire de l'empirisme psychiatrique. L'idéologie fasciste quintessencie l'oppression qu'exercent les forces des ténèbres sur la conscience populaire et les "êtres inférieurs". Les malades mentaux sont décimés par la famine dans les "Asiles". [...] Par ailleurs, ces structures, loin de fonctionner comme des lieux d'assistance, se vouent en fait, sous couverture médicale, à la réjection liquidatrice des psychotiques, déséquilibrés, handicapés et arriérés qui y sont ségrégés.»[587]

En tant que surréaliste, communiste et humaniste, Lucien BONNAFÉ ne pouvait admettre la présence de la barbarie nazie sur le sol français. Son engagement à lutter contre une idéologie à l'opposé de toutes ses références éthiques, philosophiques et humaines fut immédiat. Lucien BONNAFÉ était, comme tous les militants communistes, depuis les décrets successifs interdisant leur parti sur le territoire français[588], dans une situation de semi-illégalité voire de criminalité potentielle[589].

Après la défaite de 1940 et au début de l'Occupation nazie, il participa aux premières rencontres de médecins communistes[590] chez Marcel PÉNIN [591] à Cachan au cours desquelles furent envisagées, notamment avec Maurice TÉNINE [592](fusillé le 22

585 Armand OLIVENNES, «Pratiques et principes de la désaliénation chez Lucien Bonnafé» *in* Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner: folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse,1991, p.35
586 *Revue des incompris* ; numéro 1, 2015, SERHEP, p.90
587 Armand OLIVENNES, «Pratiques et principes de la désaliénation chez Lucien Bonnafé» *in* Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner: folie(s) et société(s)* ; Presses Universitaires du Mirail, Toulouse, 1992, p.36
588 Décret-loi du 26 septembre 1939 relatif à la dissolution des organisations communistes (SFIC) et le décret du 9 avril 1940 assimilant à la trahison passible de la peine capitale (article 76 du Code pénal) l'entreprise de démoralisation de l'armée ou de la nation ayant pour objet de nuire à la défense nationale
589 *Ibid*.,
590 Donna ELVETH, «La bataille pour l'Ordre des médecins, 1944-1950» ; *Le Mouvement Social*, 2009/4 (n°229), p.61-77
591 Sous la direction de Jean MAITRON, *Dictionnaire biographique du mouvement ouvrier français* ; Paris, Les éditions ouvrières, 1990, pp.179-180
592 Henri NAHUM, *La médecine française et les Juifs 1930-1945* ; L'Harmattan, 2006, p.306

octobre 1941 à Chateaubriand[593]), la poursuite du combat antifasciste et l'organisation de formes actives de résistance à l'occupant.[594]

A l'été 1941, Raymond LEIBOVICI[595] demanda à Lucien BONNAFÉ d'être le représentant du Parti Communiste Français au sein de " l'équipe du 1 rue Le Nôtre " (Gaston CORDIER, André LAPORTE, Fritz BUSSER) devenue par la suite le comité du Front national des médecins.[596] Pour Armand OLIVENNES, « L'entrée dans la Résistance à l'Occupant [de Lucien BONNAFÉ] coïncide avec la prise de conscience de l'exigence désaliénante. »[597]

Le 15 mai 1941, fut créé le Front national de lutte pour l'indépendance de la France[598] puis, à sa suite, le Front national des médecins.[599] Le 31 mai 1942, Lucien BONNAFÉ est délégué à sa direction par le Parti Communiste Français (PCF)[600] . Le 31 mai 1942, il participa au premier essai de service médical au cours d'une opération de Résistance active (manifestation de la rue de Buci à Paris). Cette opération de Résistance consistait en une manifestation de ménagères contre la pénurie alimentaire organisée par l'Occupant sous la protection armée d'un détachement de Francs-Tireurs et Partisans Français (FTPF).[601]

A l'automne 1942, le directeur de l'Hôpital Sainte-Anne, le préfet républicain révoqué Roger VERLOMME avertit Lucien BONNAFÉ que la police vichyste le surveillait et le cherchait (« La police française lui a demandé de mes nouvelles. Je sais, par mes intelligences toulousaines, que ma fiche me dit ''médecin dans un sanatorium des environs de Paris''»[602]). A la suite de cette mise en garde, Lucien BONNAFÉ fut forcé de quitter Paris pour ne pas compromettre ses activités de Résistance.

---

593 Germaine WILLARD, Roger BOURDERON ; *La France dans la tourmente 1939-1944* ; Éditions Sociales, Paris, 1982, p.257
594 http://maitron-en-ligne.univ-paris1.fr/spip.php? article17169, notice BONNAFÉ Lucien par Gérard BELLOIN, version mise en ligne le 20 octobre 2008.
595 Henri NAHUM, *La médecine française et les Juifs 1930-1945* ; L'Harmattan, Paris, 2006, pp.229-230
596 *Ibid*., pp.164-166
597 Armand OLIVENNES, «Pratiques et principes théoriques de la désaliénation chez Lucien Bonnafé» in *Désaliéner: folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse, 1992, p.36
598 Germaine WILLARD, Roger BOURDERON, *La France dans la tourmente 1939-1944* ; Éditions Sociales, Paris, 1982, p.180
599 Anne SIMONIN, « Le Comité Médical de la Résistance: un succès différé » *in* Antoine PROST, *La Résistance, une histoire sociale* ; Les Éditions de l'Atelier/ Éditions Ouvrières, Paris, 1997, p.165
600 Lucien BONNAFÉ, «Le Procès» ; Janvier 1982, p.8
601 *Ibid*., p.8
602 Lucien BONNAFÉ, «Les témoins des proscrits. De l'insoumission à l'innovation» ; *L'Information Psychiatrique,* Vol.63 n°8, 1987, p.953

Il se décida à avertir l'ancien chef de cabinet du ministre de la Santé publique Robert-Henri HAZEMANN. Celui-ci lui proposa d'exercer son activité de psychiatre en banlieue parisienne (« Il faut que j'infléchisse ma trajectoire, prévenir R H. Hazemann, directeur de l'hygiène sociale à la préfecture [...] et lançant, de son poste actuel, de jeunes psychiatres avides d'innovation, cyclistes de préférence, dans les dispensaires banlieusards. Il est question de me faire assumer, à l'Hôtel de Ville, un poste d'animation/ coordination de ces activités.»[603]). Lucien BONNAFÉ déclina cette proposition de poste de coordonateur des dispensaires de la région parisienne.[604]

Il consulta ensuite la liste des affectations pour l'année 1942. D'après cette liste, il se voit attribuer un poste à Prémontré[605]. Il "échangea" ce poste avec un collègue de sa promotion, Hubert MIGNOT qui était nommé à l'Hôpital de Saint-Alban-sur-Limagnole. Les deux hommes furent satisfaits de cette inversion qui permit à Lucien BONNAFÉ de s'éloigner de la région parisienne tout en continuant à exercer ses activités de Résistance et de psychiatre[606].

Lucien BONNAFÉ prit officiellement ses fonctions de médecin-directeur de l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban au début de l'année 1943[607], après le départ de Paul BALVET pour l'Hôpital du Vinatier à Lyon. Aidé par les médecins déjà présents (Francesc TOSQUELLES, psychiatre catalan exilé et condamné à mort par le régime franquiste [608], André CHAURAND médecin-chef à "Saint-Alban" depuis janvier 1941 [609]), il fit de l'hôpital un centre de résistance à l'Occupant allemand très actif et très discret.

A titre personnel, Lucien BONNAFÉ continuait d'exercer ses fonctions de dirigeant du réseau du Front national sanitaire (ou Front national des médecins)[610]. Au titre de dirigeant national de réseau, Lucien BONNAFÉ dut parfois se déplacer en France.

603 Lucien BONNAFÉ, «Les témoins des proscrits. De l'insoumission à l'innovation» ; *L'Information Psychiatrique,* Vol.63, n°8, 1987, pp.953-954
604 *Ibid.,* p.954
605 Hôpital psychiatrique de Prémontré dans l'Aisne
606 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner: folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse, 1991, p.210
607 *Ibid*., p.210
608 Patrick FAUGERAS, *L'ombre portée de François Tosquelles* ; Collection Des travaux et des jours, Eres, 2015, pp.357-359
609 Maurice CAPUL, «Une personne centrale: André Chaurand (1908-1981)», *Empan*, vol. 71, no. 3, 2008, pp. 117-126.
610 Daniel VIRIEUX, «La "direction des intellectuels communistes" dans la Résistance française» ; *Sociétés & Représentations,* 2003/1 (n°15), p.139

Toutefois, il restait un Résistant "légal" sans nom d'emprunt ni faux papiers d'identité puisqu'il était le directeur d'un établissement sanitaire.[611]

Néanmoins, les déplacements à Paris demeuraient risqués car il continuait à être recherché par la police vichyste. En août 1943, il brava ce risque pour venir assister aux deuxièmes journées de Bonneval[612] préparées par le psychiatre Henri EY (1900-1977). Ces journées étaient consacrées aux rapports de la neurologie et de la psychiatrie.[613] Pendant ce bref séjour parisien, Lucien BONNAFÉ fera un repérage des catacombes de Paris avec Jean TALAIRACH[614]. Ce repérage était destiné aux Francs-Tireurs et Partisans Français.[615]

Lucien BONNAFÉ resta 19 mois à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban[616]. Pendant cette période son activité résistante fut intense. Il fut en contact permanent avec les représentants de la Résistance nationale. Les responsables locaux des Francs-Tireurs et Partisans Français viennent régulièrement le voir. A titre d'anecdote, sa fille Marie raconte, dans un enregistrement sonore, comment Paul ÉLUARD avait demandé l'exécution de Georges SADOUL[617] car il le pensait être un policier (« C'est un flic ! Il faut le descendre ! »)[618]

En juin 1944, Lucien BONNAFÉ quitta ses fonctions à l'Hôpital de Saint-Alban pour devenir un Résistant clandestin sous le nom d'Auguste FORESTIER[619] . Il fut appelé, à Lyon, au commandement de la zone sud des Francs-Tireurs et Partisans Français (FTPF)[620] c'est à dire à la délégation en zone sud du Comité Médical de la Résistance. Il sera hébergé par son collègue Paul BALVET. Comme il était d'usage dans la Résistance clandestine, il dut se rendre à un rendez-vous pour établir un premier contact. Il en fut

611 Lucien BONNAFÉ, «Lettres adressées par Lucien Bonnafé à Paul Bernard», *L'Information Psychiatrique*, vol.79, n°7, septembre 2003, p.623
612 Paul BEQUART, «L'ASM 13 : genèse et développement», *in* Colette CHILAND *et al., Le souci de l'humain: un défi pour la psychiatrie* ; ERES Hors Collection , 2010, p.32
613 Jacques CHAZAUD, Lucien BONNAFÉ, *La folie au naturel* ; Paris, L'Harmattan, 2005, p.87
614 Jean TALAIRACH (1911-2007) est psychiatre et chirurgien spécialiste du cerveau.
615 Lucien BONNAFÉ, «Après coup» ; *L'Information psychiatrique*, mai 1999, p.498
616 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner: folie(s) et société(s)* ; Presses Universitaires du Mirail, Toulouse, 1991, p.214
617 Georges SADOUL (1903-1967), est écrivain et historien du cinéma. Il est envoyé à l'Hôpital de Saint- Alban comme émissaire du Front national des écrivains dirigé par Louis ARAGON.
618 Enregistrement sonore de Marie BONNAFÉ sur le site internet www.lire-lucien-BONNAFÉ.org
619 Ce nom d'emprunt est un hommage à l'artiste (souvent interné) Auguste FORESTIER. Lucien BONNAFÉ sera Sylvain Forestier puis Médecin-Commandant Sylvain Forestier.
620 Armand OLIVENNES, «Pratiques et principes de la désaliénation chez Lucien Bonnafé» *in* Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner: folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse, 1991, p.38

empêché car de sérieux évènements se déroulaient dans son secteur de responsabilités. C'était la bataille du Mont-Mouchet.[621]

Pour des raisons stratégiques, Lucien BONNAFÉ s'opposa au rassemblement du Mont-Mouchet : « S'il a eu des divergences sévères avec l'état-major des maquis d'Auvergne venus s'installer sur son territoire, la stratégie différente de lutte armée qu'il défend ne se pose pas comme application mécanique de directives tombées d'en haut ; elle est surtout le produit de l'expérience des communistes et de leurs alliés. Dans ces circonstances, il est prioritaire de s'occuper du service de soins aux blessés et de l'intégration des survivants dans d'autres unités combattantes. »[622]

Lucien BONNAFÉ ne put pas participer à l'intégration des forces combattantes du Mont-Mouchet dans d'autres unités. En effet, il devait se rendre à Lyon où il avait un rendez-vous de rappel[623] . Cette fois-ci, c'e fut son contact qui fit défection.

Lors de ses séjours lyonnais, Lucien BONNAFÉ vit donc, en attendant d'être logé dans une "planque", chez son collègue Paul BALVET.[624] Ce dernier se souvint «d'après-midi désœuvrés où, moi fuyant mon service, nous traînions les rues et les quais.»[625] Lucien BONNAFÉ semblait avoir les mêmes souvenirs que son éphémère directeur puisqu'il racontait comment il allait « lui demander l'hospitalité pour le temps de trouver une autre "planque", puis continuer irrégulièrement, à déambuler avec lui sur les quais en résorbant l'excédent de pêches qui s'y accumule.»[626]

A la suite de l'incorporation des Francs-Tireurs et Partisans Français aux effectifs des Forces Françaises de l'Intérieur[627], Lucien BONNAFÉ devint officier de l'armée de Libération[628] au grade de commandant. En tant que dirigeant du Front national des

621 Henri NOGUERES, *Histoire de la Résistance en France, Tome 5, juin 1944-mai 1945* ; Robert Laffont, Paris, 1981, p.169-170
622 Lucien BONNAFÉ, «Le Procès» ; Janvier 1982
623 Ce mode d'organisation clandestine était utilisé dans la Résistance communiste après un premier rendez-vous manqué.
624 Max LAFONT, *L'extermination douce : la cause des fous* ; Éditions Le Bord de l'eau, 2000, p.81
625 Paul BALVET, «L'ambre du musée» ; *L'Information psychiatrique*, Octobre 1978
626 Lucien BONNAFÉ, «Les témoins des proscrits. De l'insoumission à l'innovation» ; *L'Information Psychiatrique,* Vol.63 n°8, 1967, p.954
627 Germaine WILLARD, Roger BOURDERON ; *La France dans la tourmente 1939-1944* ; Éditions Sociales, Paris, 1982, p.423
628 Lucien BONNAFÉ ; La Libération. La médecine sociale au pouvoir *in* Histoire de la psychiatrie de secteur (ouvrage collectif), *Recherches* n°17, Mars 1975, p.96

médecins, il devait parcourir la France.[629] Sa mission était notamment «d'organiser l'intégration du service de santé FFI dans le service de santé de l'armée régulière.»[630]

Par la suite, il fut démobilisé de l'armée française puis mis à la disposition du ministère de la Santé publique alors dirigé par le communiste François BILLOUX. Dans ce ministère, il occupera un poste de conseiller technique qu'il conservera jusqu'en 1947. Avec ses collègues psychiatres Georges DAUMÉZON et Louis LE GUILLANT[631], il fut très actif dans ce ministère de la Santé publique de l'immédiat après-guerre[632]. Son ami Armand OLIVENNES rapportait que, lors de son passage au ministère, Lucien BONNAFÉ « inventorie le "patrimoine asilaire" sinistré, établit des plans de reconstruction, prépare les Journées nationales de la psychiatrie de 1945 et 1947. »[633]

C/ Engagement militant et réflexions sur la philosophie du secteur psychiatrique

« La folie change de nature avec la connaissance qu'en prend le psychiatre.»[634]
Jacques LACAN

Le choc violent de la mort massive des aliénés pendant l'Occupation avait conduit de jeunes et brillants psychiatres à reconsidérer les méthodes de soins des malades psychiques et l'organisation de leur prise en charge. Cette prise de conscience de la nécessaire humanisation des conditions de vie des malades psychiques s'accompagna d'une volonté farouche de défense de la profession de psychiatre[635].

629 Lucien BONNAFÉ ; La Libération. La médecine sociale au pouvoir *in* Histoire de la psychiatrie de secteur (ouvrage collectif), *Recherches* n°17, Mars 1975, p.96
630 *Ibid.,* p.96
631 François BILLOUX ; *Quand nous étions ministres* ; Éditions Sociales, Paris, 1972, p.167
632 Jean OURY *in* Bernadette CHEVILLION ; Lucien Bonnafé, psychiatre désaliéniste ; L'Harmattan, Pratiques de la folie, 2005, p.64
633 Armand OLIVENNES ; Pratiques et principes de la désaliénation chez Lucien Bonnafé ; Lucien BONNAFÉ ; *in* Désaliéner: folie(s) et société(s) ; Presses universitaires du Mirail, 1992, p.36
634 Jacques LACAN, «Le personnage du psychiatre. Étude méthodologique» ; *L'évolution Psychiatrique*, 1948, fascicule III, pp. 52-54
635 Pierre SIVADON, « Une nouvelle génération. Fondation du Syndicat. Médecine sociale et psychiatrie » *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur ;* Recherches n°17, Mars 1975, p.104

Ces jeunes psychiatres avaient d'abord œuvré comme conseillers ministériels à la libération de la France. À ce titre, ils avaient acquis l'habitude de travailler de concert avec les agents administratifs du ministère de la Santé publique ; ce qui leur fut très utile lors de la construction réglementaire de la sectorisation psychiatrique. Toutefois, ce qui caractérisa le plus cette époque pour ces jeunes médecins progressistes fut la tentative de définition d'une nouvelle forme radicale de prise en charge psychiatrique. Cette définition put se réaliser autour de la personne de Lucien BONNAFÉ (**a**)

Lucien BONNAFÉ s'appuya sur son expérience originale et novatrice accomplie à l'Hôpital de Saint-Alban pour parachever sa formation surréaliste et ainsi acquérir une plus solide pratique de la psychiatrie asilaire. C'est cette psychiatrie asilaire qu'il rejeta toute sa vie et c'est sur ce rejet farouche et déterminé qu'il construisit, avec d'autres, le concept de secteur psychiatrique. Le secteur psychiatrique fut conçu, originellement, comme l'exacte antithèse de la psychiatrie asilaire abhorrée.

Lucien BONNAFÉ était politiquement et philosophiquement marxiste et n'a jamais cherché à le dissimuler. Pourtant, il ne laissa jamais entrer le dogmatisme dans sa pratique professionnelle. Le désaliénisme, qu'il fonda, exprimait le refus total de l'utilisation de la psychiatrie comme outil politique voire comme outil de répression. Pour construire sa théorie désaliéniste, il s'appuya essentiellement sur des références médicales (notamment Sigmund FREUD) et ne laissa jamais ses engagements politiques (sauf en 1949 lors de sa co-signature d'un article paru dans la revue *La Nouvelle Critique* sous le titre « La psychanalyse, idéologie réactionnaire »[636]) altérer la sincérité de son engagement à œuvrer pour la fin de toute forme d'aliénation mentale et de ségrégation carcérale. L'inlassable combat de Lucien BONNAFÉ fut celui de l'humanisation des conditions de traitement des malades psychiques (**b**)

a) Une radicalité partagée

La compréhension des principes médicaux, institutionnels et juridiques de la psychiatrie sectorielle ne peut se faire sans un rappel de ce qu'était l'enfermement asilaire

636 Laurent GAVELLE, « Lucien Bonnafé. Un psychiatre à l'assaut des bastilles », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. n° 80, no. 4, 2003, p.51

en France. En effet, les inspirateurs et les défenseurs du secteur psychiatrique s'engagèrent, dès le début de leur action réformatrice, sur la voie de la négation radicale de ce que représentait, pour eux, l'asile.

Aux yeux de Lucien BONNAFÉ, de Francesc TOSQUELLES et de Georges DAUMÉZON, l'asile psychiatrique sous sa forme aliénante et asservissante ne devait plus continuer à exister et devait être détruit. Leurs théories et leurs pratiques s'inscrivirent donc dans un paradigme contraire. Pour Lucien BONNAFÉ : « la psychiatrie de secteur se définit par opposition à la position traditionnelle de la psychiatrie qui est de s'occuper de ce dont les autres n'ont pas à s'occuper, d'être un lieu de rejet. »[637]

Lucien BONNAFÉ ne fut pas un homme seul dans sa volonté de construction d'une nouvelle forme de psychiatrie. Il fut entouré, assisté et influencé par d'autres médecins-psychiatres qui, comme lui, désiraient profondément changer la philosophie et les pratiques de la plus incertaine des sciences médicales. Ces médecins côtoyèrent tous de près ou de loin le psychiatre surréaliste.

Lucien BONNAFÉ ne fut pas isolé dans sa démarche novatrice voire révolutionnaire mais il a été le psychiatre qui a le mieux incarné, par ses luttes humanistes incessantes, la volonté de rendre aux malades psychiques leur dignité volée et niée par un système asilaire opprimant et indifférent à toute réforme structurelle d'ampleur. Il reste dans l'histoire de la psychiatrie française comme ''l'homme du secteur''. L'homme dont l'influence sur la pratique de la psychiatrie institutionnelle[638] fut telle que le législateur consacra et normalisa ses idées et ses recommandations.

b) L’opiniâtre combat pour l'humanisme en psychiatrie

L'expérience saint-albanaise permit à Lucien BONNAFÉ de forger solidement ses conceptions de la pratique psychiatrique. Son adhésion au surréalisme avait déjà fait de lui un opposant catégorique à l'isolement arbitraire, à la prophylaxie eugéniste et à

637 Lucien BONNAFÉ, «L'esprit du secteur», entretien donné à Catherine Talbot-Lengellé pour la revue *Santé Mentale* n° 51, Octobre 2000
638 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.139

l'humiliation sauvage et angoissante de la structure asilaire.

C'est son passage à l'Hôpital de Saint-Alban qui lui donna la possibilité de comprendre comment il était possible de parler de l'humain à l'esprit vulnérable et altéré de façon à ce que son altérité ne devienne pas une source de domination arrogante et détestable. Il construisit sur ces terres isolées son personnage du psychiatre (thème qu'il reprit quelques années plus tard dans des écrits théoriques rassemblés en 1992 dans son ouvrage *Désaliéner: folie(s) et société(s)*[639]).

Lucien BONNAFÉ fut influencé par les nombreux courants littéraires, politiques, psychiatriques et philosophiques de son époque. Il fut surréaliste et le resta pendant son existence, bien après la mort de ce courant littéraire[640]. Dans sa jeunesse, il découvrit le marxisme[641] et sera fidèle à cette théorie de la libération de l'homme tout en refusant les dogmatismes de certains qui s'en réclamèrent.[642]

D'un point de vue théorique, il a toujours revendiqué avec force l'héritage indispensable de Sigmund FREUD[643] et partagea certaines analyses de Jacques LACAN. Les deux hommes furent amis mais connurent une longue période de brouille[644]. Lucien BONNAFÉ fut aussi aux côtés de ceux qui créèrent le courant de la psychothérapie institutionnelle (Georges DAUMÉZON, Jean OURY et Francesc TOSQUELLES).[645]

Toutefois, il ne peut se résumer à aucune de ces théories et fut surtout le fondateur historique de la pensée désaliéniste. [646] En effet, le leitmotiv obsédant de cet homme épris de liberté et de libération fut la fin de la ségrégation de l'homme par l'homme, la fin de l'aliénation de l'autre dans un objectif de pasteurisation de la société humaine. Lucien BONNAFÉ était avant tout un psychiatre humaniste irréductible à une étiquette simplificatrice.

---

639 Lucien BONNAFÉ, «Le personnage du psychiatre (I, II, III)», *Désaliéner: folie(s) et société(s),* Presses universitaires du Mirail, 1991, Toulouse, pp. 44 à 76, 89 à 131, 134 à 170
640 Marie BONNAFÉ, «Révolution surréaliste, révolution psychiatrique» ; *in* Bernadette CHEVILLION, Lucien Bonnafé, psychiatre désaliéniste ; L'Harmattan, Pratiques de la folie, 2005,
641 http://maitron-en-ligne.univ-paris1.fr/spip.php? article17169, notice BONNAFÉ Lucien par Gérard BELLOIN, version mise en ligne le 20 octobre 2008.
642 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner: folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, 1991, p.9
643 Ibid., p.206
644 Jean OURY, «Lucien Bonnafé, toujours là, en résistance» ; *La lettre de Psychiatrie Française*, n°124, avril 2003
645 Jean OURY ; «Thérapeutique institutionnelle» ; *Encyclopédie Médico-chirurgicale* ; 1972, p.2
646 Armand OLIVENNES, «Pratiques et principes de la désaliénation chez Lucien Bonnafé», *in* Lucien BONNAFÉ ; *Désaliéner: folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, 1991, p.41

Le mot d'Armand OLIVENNES paraît définir exactement son œuvre face aux idéologies de l'époque et face à son idée conductrice : « L'œuvre de Bonnafé tient autant à ses théories institutionnelles, son engagement marxiste, et sa pratique plus que toute fondée sur le dialogue avec tous et toutes, qu'à ses écrits, prodigues en enseignements historiques, philosophiques, psychologiques, et il est malaisé d'en donner un aperçu, fût-il partiel. Il est le chef d'école d'une critique approfondie du dogme de l'Aliénation mentale, de son « morphologisme » dit sémiologique, et de son monolithisme rejectif et carcéral.»[647]

Ses idées visionnaires firent donc école jusqu'à la reconnaissance législative[648] de l'humanisme de l'organisation de la psychiatrie française en secteurs géo-démographiques. C'est cet humanisme implacable et ambitieux qui fut à l'origine même de sa volonté d'ériger la sectorisation psychiatrique en système d'organisation venant se substituer à l'anachronique pratique asilaire[649].

Il semble important d'expliquer comment ce psychiatre fut, avec d'autres, en avance sur son temps et comment ses idées de désenclavement institutionnel (très minoritaires dans la psychiatrie aliéniste) se répandirent pour devenir une norme longtemps indépassable.

Dès 1945, Lucien BONNAFÉ commença à œuvrer pour la reconstruction de la psychiatrie sur des fondements radicalement différents. En tant que conseiller technique au ministère de la Santé publique[650] il organisa des rencontres qui furent le théâtre d'âpres discussions entre spécialistes du traitement de l'âme tourmentée. Il s'était investi pleinement dans cette mission et « a été le premier à utiliser le vocabulaire de "psychiatrie de secteur" en 1945, aux Journées psychiatriques qu'il organise en tant que conseiller du Ministère. »[651]

---

647 Armand OLIVENNES, «Pratiques et principes de la désaliénation chez Lucien Bonnafé», *in* Lucien BONNAFÉ ; *Désaliéner: folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, 1991, p.41

648 Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social (article 8)
Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

649 Cyril HAZIF-THOMAS, *La liberté de choix des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques*, thèse soutenue à l'Université de Rennes, 13 septembre 2016, p.136

650 Lettres adressées par Lucien Bonnafé à Paul Bernard, commentaires de Pierre NOËL ; *L'Information Psychiatrique* ; Vol.79, n°7, septembre 2003, p.628

651 Armand OLIVENNES ; «*Pratiques et principes de la désaliénation chez Lucien Bonnafé»*, in Lucien BONNAFÉ ; *Désaliéner: folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, 1991, p.36

Il rapporta comment il fut donc le premier à mentionner ce terme qui allait révolutionner la pratique psychiatrique française. «Nous sommes en 1945, il me revient de prononcer pour la première fois le mot "secteur" dans une assemblée publique. L'histoire a fait de nous les responsables du lieu dans lequel la Loi constitutive du Service de l'Aliénation a dit que les aliénés seraient traités. Nous (les psychiatres) sommes les gérants de ce système et toute notre fonction se définit par : comment on entre dans le lieu, comment on y séjourne, comment on en sort.»[652]

Pour ceux qui l'ont côtoyé, Lucien BONNAFÉ resta un modèle de modestie et d'abnégation. Il ne tirait aucune gloire exagérée de ses actions novatrices. Pour beaucoup, Lucien BONNAFÉ demeura le « père de la psychiatrie de secteur » en France mais lui ne se reconnaissait pas cette paternité.[653]

Dans un entretien journalistique réalisé en octobre 2000, il disait: « A la Libération, [...] nous avons proposé de développer la présence de psychiatres dans les lieux où il risquait de se produire des décompensations : les dispensaires: structures dont le programme du Front Populaire avait prévu le développement sous l'influence de Hazemann, [...] conseiller technique du premier ministre de la Santé du Front Populaire, Henri Sellier. [...] **C'est donc Hazemann le véritable fondateur de la psychiatrie de secteur.»**[654]

Armand OLIVENNES remarquait que Lucien BONNAFÉ «s'est efforcé de doter la psychiatrie des capacités de rendre audible et intelligible ce qui est inhibé dans la facticité, la résignation et la sédimentation sociales. "Porte-parole des cortèges d'anonymes", dépisteur de toutes les formes de répression, il a fait prendre conscience du désert qu'étend l'hermétisme, hermétisme du fou à la cité, de la cité au malade.»[655]

Lucien BONNAFÉ fut un des contributeurs de la fin de la surdité institutionnelle aux maux audibles des malades psychiques. Sa pratique demeura celle de l'inlassable combattant de la diplomatie entre l'exclu anormal et effrayant et le conformiste inclus et

652 Lucien BONNAFÉ, «Le personnage du psychiatre ou Guérir, Rêver d'un impossible rêve» ; *Actualités psychiatriques* n°2, 1983, p.66
653 Lucien BONNAFÉ, «L'esprit du secteur», entretien donné à Catherine Talbot-Lengellé pour la revue*Santé Mentale* n° 51, Octobre 2000
654 *Ibid*.,
655 Armand OLIVENNES, «*Pratiques et principes de la désaliénation chez Lucien Bonnafé» in* Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner : folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, 1991, Toulouse, pp.42-43

apeuré. Lucien BONNAFÉ ne cessa jamais de proposer des passerelles entre le normal et l'anormal, en se faisant le médiateur, le porte-parole de ceux qui ont perdu toute crédibilité dans le monde extrahospitalier, extra-soignant.

Si l'influence de Lucien BONNAFÉ sur la psychiatrie française est encore prégnante à l'heure actuelle, elle le doit aux travaux issus des Journées de la psychiatrie ([...] «les Etats généraux de la renaissance psychiatrique»[656].) « qu'il a organisées entre 1945 et 1947[657] lorsqu'il était conseiller technique au Ministère de la Santé publique. («Les travaux issus des Journées psychiatriques de 1947, les nouvelles générations de praticiens modifient, d'une façon à la fois individuelle et homogène, la prise en charge institutionnelle des aliénés. Le temps de la grande renfermerie est, en partie, révolu.»[658]).

Paragraphe 2: la nécessaire rupture avec l'aliénisme

Le traumatisme causé par la mort de dizaines de malades psychiques pendant la période de l'Occupation allemande accéléra la prise de conscience radicale de la nécessité de mettre fin aux pratiques aliénistes en vigueur depuis la loi du 30 juin 1838. Cette prise de conscience ne se réalisa pas parmi la majorité des psychiatres français. Elle toucha seulement une minorité de psychiatres progressistes et avant-gardistes qui eurent la chance d'être entendus par le premier ministre de la Santé publique de l'après-guerre, François BILLOUX et ses successeurs[659].

Dans son discours du Vélodrome d'Hiver[660], le ministre se montra explicite quant à sa vision de ce que devrait désormais être l'organisation psychiatrique française: une organisation rendant impossible la survenance d'une hécatombe lente. Pour cela, l'organisation psychiatrique française se devait de rompre unilatéralement avec l'aliénisme. Cette rupture ne serait pas chose aisée puisque nombreux étaient les

656 André MEYLAN, «L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°3, 1975, p.327
657 Jean AYME ; «Lucien Bonnafé, le militant» ; *L'Information Psychiatrique*, vol.79, n°7, septembre 2003
658 Armand OLIVENNES, «Pratiques et principes de la désaliénation chez Lucien Bonnafé», *in* Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner : folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, 1991, Toulouse, p.39
659 Georges DAUMÉZON, « Genèse de la circulaire de 1960. L'Etat se met de la partie » *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur ;* Recherches n°17, Mars 1975, p.187
660 Discours prononcé le 26 septembre 1945

médecins-directeurs d'hôpitaux psychiatrique à penser que la mort massive de leurs malades n'était pas structurelle mais seulement conjoncturelle c'est à dire liée à la pénurie alimentaire ayant affecté l'ensemble de la population française pendant cette période. Pour eux, il n'était donc pas utile de remettre en cause la pratique asilaire en vigueur avant les réquisitions imposées par les troupes d'occupation.

Le mouvement de rupture avec l'aliénisme put s'appuyer sur des expériences positives et efficaces réalisées dans certains hôpitaux psychiatriques français pendant l'Occupation grâce à de jeunes médecins-directeurs aux idées nouvelles et humanisantes, formés au creuset de l'internat des hôpitaux psychiatriques de la Seine[661] (Louis LE GUILLANT, Georges DAUMÉZON, Hubert MIGNOT). L'exemple le plus emblématique de cette génération de psychiatres critiques de l'aliénisme reste Lucien BONNAFÉ dont la gestion de l'Hôpital de Saint-Alban en Lozère demeura une référence pour les psychiatres désaliénistes de l'après-guerre. Avec l'Hôpital de Saint-Alban, le désaliénisme trouva dès 1936 un laboratoire idéal (**A**).

Après la Libération, ces jeunes psychiatres s'appuyèrent sur leurs expériences menées pendant l'Occupation au sein de leurs hôpitaux et sur leur position favorable au sein du nouveau ministère de la Santé publique (Louis LE GUILLANT et Lucien BONNAFÉ obtinrent des postes de conseillers techniques auprès du ministre publique[662]). Elles constituèrent pour eux le creuset de leur future lutte pour l'humanisation des soins apportés aux malades psychiques et contre la pratique asilaire. Toutefois, la situation des hôpitaux psychiatriques à la Libération était chaotique et ces jeunes psychiatres se trouvèrent face une tâche colossale (**B**).

661 Nicolas HENCKES, «Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique : la trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant-guerre aux années 1950» ; Genèses, 2009/3 (n°76), p.86

662 Georges DAUMÉZON, « Genèse de la circulaire de 1960. L'Etat se met de la partie » *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur ;* Recherches n°17, Mars 1975, p.187

A/ L'Hôpital de Saint-Alban, laboratoire expérimental du désaliénisme

«Il est un mot qui m'exalte, un mot que je n'ai jamais entendu sans ressentir un grand frisson, un grand espoir, le plus grand, celui de vaincre les puissances de ruine et de mort qui accablent les hommes, ce mot, c'est: fraternisation. »[663]
Paul ÉLUARD

L'Hôpital de Saint-Alban a une âme : d'abord celle de Paul BALVET, puis celle de Francesc TOSQUELLES, de Lucien BONNAFÉ, de Paul ÉLUARD et enfin celle de tous les malades psychiques sauvés d'une mort certaine par l'action révolutionnaire de leurs soignants. Cet hôpital psychiatrique perdu dans les terres lozériennes, au milieu de montagnes et de hauts plateaux, sauva l'honneur d'une psychiatrie française ne pouvant rien faire devant l'hécatombe de ses patients.

A partir de 1943, l'hôpital fut dirigé par un psychiatre Résistant et ce psychiatre Résistant fit de son lieu de travail un lieu de résistance thérapeutique où les patients agirent de concert avec les Résistants cachés pour construire une lutte contre l'Occupant tout à fait inédite. Grâce à la discrétion des malades, l'Hôpital de Saint-Alban devint un refuge national pour des artistes (Paul ÉLUARD[664], Tristan TZARA notamment), des médecins, des scientifiques ou des anonymes juifs persécutés (**a**).

Ce fut le génie de ce lieu qui devint une référence pour les jeunes psychiatres voulant apprendre à connaître des méthodes thérapeutiques novatrices et un esprit de travail fait de constantes innovations. Ce fut Paul BALVET qui le premier instilla à l'asile lozérien le germe de ce qui deviendra des dizaines d'années plus tard la psychothérapie institutionnelle. Il fut assisté par Francesc TOSQUELLES fuyant les répressions franquistes. Puis Lucien BONNAFÉ paracheva l'œuvre de Paul BALVET en mettant en place un groupe de réflexion : le groupe du Gévaudan. Les réunions hebdomadaires de ce groupe de travail réflexif traitaient de toutes les questions actuelles et futures de la psychiatrie française (**b**).

663 Paul ÉLUARD, *Donner à voir* ; Gallimard, 1939
664 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Éditions Odile Jacob, Paris, 2015, p.139

a) Saint-Alban, lieu de résistance et d'accueil

Lucien BONNAFÉ prit donc officiellement ses fonctions de médecin-directeur en janvier 1943 tout en conservant ses fonctions de dirigeant médical de la Résistance communiste.[665]. Il succéda à Paul BALVET.[666] Très vite, il se lia d'amitié avec le psychiatre catalan Francesc[667] TOSQUELLES. Cette amitié contribua à faire rapidement de cet hôpital reculé et éloigné de tout un centre de résistance active et un havre d'accueil pour des intellectuels, des juifs et autres victimes de la répression nazie.[668]

Dans un colloque consacré aux parallèles possibles entre l'action de Lucien BONNAFÉ et celle du psychiatre italien Franco BASAGLIA, l'élève et ami de Lucien BONNAFÉ, Franck CHAUMON rappelait que: « […] il a caché des résistants de son réseau à Saint-Alban. Les rotatives de l'hôpital fonctionnaient la nuit pour imprimer des tracts, au vu et au su des patients. Ces derniers [...] n'ont jamais dénoncé le moindre résistant caché au sein de l'institution [...]. Bonnafé a donc constaté que dans le contexte terrible de la guerre pouvaient se nouer de nouvelles formes de relations. En plus du côté destructeur de l'aliénisme, l'hôpital était devenu porteur d'un potentiel insoupçonné. [...] Dans le contexte de la guerre, fous et médecins étaient avant tout des résistants.»[669]

L'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban ne fut pas utilisé par la Résistance locale car cela aurait pu nuire à la Résistance nationale. L'Hôpital devait notamment servir de couverture légale aux activités nationales de Lucien BONNAFÉ.[670]

L'hôpital fut donc utilisé, pour la Résistance, comme un lieu de refuge pour des intellectuels recherchés par la police (le poète Paul ÉLUARD, le médecin et philosophe

665 Daniel VIRIEUX, «La « direction des intellectuels communistes » dans la Résistance française»; *Sociétés & Représentations*, 2003/1 (n°15), p.139
666 Paul BALVET, «L'ambre du musée», *L'information psychiatrique*, Octobre 1978
667 François en français
668 Renée MABIN, Dominique MABIN, «Art, folie et surréalisme à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban sur-Limagnole pendant la guerre de 1939-1945» ; *Mélusine*, mars 2015, p.3
669 Franck CHAUMON in Colloque du 22 septembre 2011. Influence de la culture sur l'évolution de la psychiatrie (France, Italie). Sur les traces de... Franco Basaglia et Lucien Bonnafé, p.20
670 Entretien accordé par Henri CORDESSE, ancien Préfet honoraire de la Libération en Lozère à Florian SIDOBORE, « L'hôpital psychiatrique de Saint-Alban-sur-Limagnole de 1939 à 1945: quand la psychiatrie fait de la Résistance», Mémoire de maitrise, Montpellier III (histoire), juin 1999 *in* Max LAFONT, *L'extermination douce: la cause des fous* ; Éditions Le Bord de l'eau, 2000, p.134-135

Georges CANGUILHEM que Lucien BONNAFÉ connait depuis les années 30[671]), des juifs interdits d'exercer dans la fonction publique (le docteur BARDACH de l'Institut Pasteur par exemple) et toutes les personnes susceptibles de bénéficier d'une protection à court ou moyen terme (les blessés des maquis environnants cachés dans les caves et les greniers)[672].

En général, les personnes cachées à l'Hôpital de Saint-Alban se camouflaient dans la masse des malades sous un faux nom (le docteur BARDACH était Vérels[673]) ou sous leur vrai nom (Eugène GRINDEL pour Paul ÉLUARD).[674]

Le poète Paul ÉLUARD arriva à l'Hôpital de Saint-Alban en novembre 1943 avec sa femme Nusch[675]. Il craignait de rester à Paris car nombre de ses amis furent persécutés par l'Occupant. Paul ÉLUARD décida donc de quitter Paris et son ami Lucien BONNAFÉ lui proposa de venir vivre en Lozère, dans l'hôpital qu'il dirigeait. Paul ÉLUARD était donc inscrit comme patient du docteur BONNAFÉ. Il souffrirait de névrose légère.[676] À ce titre, «Paul vient partager l'existence du médecin qui s'occupe de ces fous exilés sur les hauts plateaux.»[677]

Dès ses débuts en poésie, Paul ÉLUARD a été sensible au thème de la folie, du mal-être humain, de la mélancolie. Il connut de douloureuses périodes de doutes et de détresse où il voyagea à travers l'Europe pour chasser ses idées suicidaires. « Depuis l'âge de dix-huit ans, il a de la maladie psychique une expérience concrète. Il a, en 1914, publié un poème en trois parties : *Le Fou*. Il a connu l'épreuve du suicide de trois de ses amis: Jacques RIGAUT (1929), Raymond ROUSSEL (1933) et plus particulièrement du poète surréaliste René CREVEL (1935) dont il fut un ami très proche.»[678]

---

671 Lucien BONNAFÉ, « Sur la résistance de fond. Un modèle : Georges Canguilhem » ; *Chimères. Revue des schizoanalyses*, n°29, automne 1996. L'indestructible, p.172
672 Renée MABIN et Dominique MABIN, « Art, folie et surréalisme à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban-sur-Limagnole pendant la guerre de 1939-1945 » ; *Mélusine,* mars 2015, p.3
673 *Ibid*., p.3
674 *Ibid*, p.5
675 Nusch ÉLUARD (1906-1946), née Marie Benz, est la seconde épouse de Paul ÉLUARD
676 Renée MABIN et Dominique MABIN, « Art, folie et surréalisme à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban-sur-Limagnole pendant la guerre de 1939-1945 » ; *Mélusine*, mars 2015, p.5
677 Lucien BONNAFÉ, *Dans cette nuit peuplée* ; Texte d'une conférence prononcée à Pully-Lausanne le 25 septembre 1969, pour clôturer une exposition sur l'œuvre et la vie de Paul ÉLUARD ; Éditions sociales, Paris, 1977, p.90
678 Armand OLIVENNES, « Pratiques et principes de la désaliénation chez Lucien Bonnafé», *in* Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner : folie(s) et société(s*) ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse ; 1991, p.37

A l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban, Paul ÉLUARD découvrit la violence tragique et quotidienne de la maladie mentale. Il devint un membre actif de la petite communauté de pensée qui se créa au sein de l'hôpital. Les patients l'acceptèrent et le considérèrent avec bienveillance. (« Ses amis médecins qui travaillent sans relâche à l'amélioration des conditions de vie de leurs patients, ont noté l'humanité d'Éluard, sa gentillesse. Dans le service des femmes de Bonnafé, situé dans le château, confronté à la déchéance, le poète ne se contente pas d'observer les malades, de leur parler, il écrit, en les écoutant.»[679]).

De son passage dans l'hôpital dirigé par Lucien BONNAFÉ, Paul ÉLUARD laissa à la postérité des poèmes fameux dont *Sept poèmes d'amour en guerre* et *Lingères légères* qui furent publiés plus tard dans le recueil *Le lit la table.*[680]

Toutefois, des poèmes de Paul ÉLUARD écrits à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban, ce furent deux poèmes directement inspirés par le quotidien des patients de l'hôpital qui restèrent gravés dans les esprits: *Le monde est nul* et surtout *Le cimetière des fous* daté par l'auteur de 1943.[681]

De son ami et compagnon de route en surréalisme, Lucien BONNAFÉ nota avec justesse et affection qu'« Indissolublement, [...] l'homme le plus ouvert à la compréhension d'autrui le plus impénétrable, est de fait le poète le plus sensible au malheur des hommes, le plus orienté vers la défense des plus déshérités parmi les hommes. Il n'était pas possible qu'il vive dans la familiarité de l'univers asilaire sans se faire l'écho du langage de la folie et sans "donner à voir" ce qu'il en est de l'existence accablée. »[682]

Enfin, il convient de préciser que l'activité de Paul ÉLUARD à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban ne fut pas uniquement intellectuelle. En effet, en tant que membre du Front national des intellectuels, le poète est un Résistant à part entière. Il s'inscrit donc dans le cadre des actions de Résistance menées par l'hôpital. En effet, l'analyse de ces actions

679 Renée MABIN, Dominique MABIN, «Art, folie et surréalisme à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban-sur-Limagnole pendant la guerre de 1939-1945» ; *Mélusine*, mars 2015, pp.6-7
680 Éditions des Trois Collines, Paris-Genève, 1944
681 Armand OLIVENNES, « Pratiques et principes de la désaliénation chez Lucien Bonnafé» *in* Lucien BONNAFÉ ; *Désaliéner : folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse ; 1991, p.38
682 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner : folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse, 1991, p.235

permet de noter que : « l'activité d'Éluard est aussi éditoriale […] Éluard apporte des manuscrits [...]. De Saint-Alban, Éluard fait imprimer des textes à Lyon […] Avec Jacques Matarasso, […] et son frère Léo, résistant en Auvergne, est créée la maison d'édition clandestine La Bibliothèque Française, dirigée par le poète. […] Elle a publié quinze titres, distribués gratuitement […]. »[683]

La lutte globale et unitaire de l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban fut un fait unique dans l'histoire de la Résistance. En effet, aucun établissement de ce type n'atteignit ce degré de coopération entre patients, personnels soignants, médecins, réfugiés face à un ennemi commun qui menaçait non seulement le droit des «fous» à exister mais également le droit des humains à vivre librement quelque soit leurs opinions, leur religion ou leur appartenance ethnique. [684]

Le Préfet honoraire de la Libération en Lozère, Henri CORDESSE livra également son avis sur ce cas singulier qu'est l'Hôpital de Saint-Alban : « Les médecins de Saint-Alban étaient unis pour défendre les Droits des fous et donc, les Droits de l'Homme. J'ai toujours pensé que ce système était unique en France : qu'en dehors de la résistance organisée sur le plan local, une résistance de cette nature-là, […] a pu passer le cap, sans jamais être dévoilée et participer de manière très active au moment des batailles du maquis !»[685]

Le Préfet CORDESSE fit part de sa gratitude et de son admiration pour l'engagement et le courage exceptionnel dont l'Hôpital de Saint-Alban, en s'engageant dans la voie périlleuse de la Résistance à l'Occupant, avait fait preuve. Il œuvra pour que ce lieu devienne un exemple reconnu de bravoure et d'abnégation. L'homme d'État déplorait la reconnaissance tardive de l'Hôpital de Saint-Alban comme haut lieu de la Résistance.[686]

---

683 Renée MABIN, Dominique MABIN, «Art, folie et surréalisme à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban sur-Limagnole pendant la guerre de 1939-1945» ; *Mélusine*, mars 2015, p.5

684 Entretien accordé par Henri CORDESSE, ancien Préfet honoraire de la Libération en Lozère à Florian SIDOBORE, «L'hôpital psychiatrique de Saint-Alban-sur-Limagnole de 1939 à 1945: quand la psychiatrie fait de la Résistance», Mémoire de maitrise, Montpellier III (histoire), juin 1999 *in* Max LAFONT, *L'extermination douce: la cause des fous* ; Éditions Le Bord de l'eau, 2000, pp.134-135

685 Ibid., pp.134-135

686 Entretien accordé par Henri CORDESSE, ancien Préfet honoraire de la Libération en Lozère à Florian SIDOBORE, «L'hôpital psychiatrique de Saint-Alban-sur-Limagnole de 1939 à 1945: quand la psychiatrie fait de la Résistance», Mémoire de maitrise, Montpellier III (histoire), juin 1999 *in* Max LAFONT, *L'extermination douce: la cause des fous* ; Éditions Le Bord de l'eau, 2000, pp.134-135

De plus, il est important de préciser que les patients de l'hôpital de Saint-Alban furent fortement épargnés par la famine qui a sévi dans les autres hôpitaux psychiatriques français pendant la période de l'Occupation. Ce fait notable et unique ne fut pas le fruit du hasard et peut s'expliquer par des éléments issus de l'histoire de l'hôpital.

Des difficultés de ravitaillement apparurent à l'hôpital dès 1940 mais l'organisation des soins et des travaux des malades, amorcée sous la direction de Paul BALVET, produisirent des résultats positifs. En effet, « Les malades vont assurer des travaux de jardinage, de ramassage de pommes de pin, de champignons [...]. Ils seront aussi utilisés au moment des grands travaux agricoles pour aider les fermiers, ce qui assure leur subsistance. À l'intérieur de l'établissement, les femmes font des travaux de couture, de filage et de tricotage pour les paysans du village [...] des produits alimentaires introuvables»[687]

Pour Jean OURY[688] : « Il ne faut pas oublier que Saint-Alban n'a pas (vraiment) souffert de la faim qui a décimé les hôpitaux partout ailleurs. Il y a une sorte de creuset, comme ça, du fait qu'il fallait survivre : les malades, les infirmiers, et même l'économe menaient la lutte contre la faim. Ça nécessitait de sortir de l'hôpital, d'aller chez les paysans chercher le beurre et les navets...»[689]

Malgré des résultats positifs obtenus grâce à l'efficacité des mesures thérapeutiques et administratives et l'incessant travail de coopération entre médecins, infirmiers, habitants et patients contre la faim[690], la situation alimentaire des soignés de l'Hôpital de Saint-Alban demeurait très fragile. À ce titre, il convient de rappeler que dans un courrier adressé au préfet de Lozère en juillet 1941, Paul BALVET tenta de convaincre le représentant de l'Etat d'accorder une importance particulière au sort des malades psychiques de l'Hôpital de Saint-Alban[691]. Il exprimait vivement son inquiétude en affirmant que les malades de l'hôpital souffraient plus de la sous-alimentation que la population

687 Renée MABIN, Dominique MABIN, «Art, folie et surréalisme à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban sur-Limagnole pendant la guerre de 1939-1945» ; *Mélusine*, mars 2015, p.3
688 Serge DIDELET, *Jean Oury. Celui qui faisait sourire les schizophrènes* ; Champ Soc Theet , 2017, pp.35-52
689 Jean OURY *in* Max LAFONT*, L'extermination douce : la cause des fous* ; Le bord de l'eau éditions, 2000, p.70
690 Marion ROCHET, «Saint-Alban-sur-Limagnole: un hôpital psychiatrique dans la guerre» ; *L'Information Psychiatrique*, 72, 8, 1996, pp.763-765
691 *Ibid.,* p.761

générale.[692]

Quand les travaux des patients et les diverses méthodes légales employées pour lutter contre la faim ne furent plus suffisantes pour nourrir la population de l'hôpital, des subterfuges étaient trouvés pour faire obtenir aux malades des rations alimentaires supplémentaires. Ainsi de faux certificats furent établis par les médecins de l'établissement afin de faire bénéficier aux patients d'une mince portion supplémentaire. Francesc TOSQUELLES ironisait même sur la création d'un vrai service de tuberculeux.»[693]

Les auteurs Renée et Dominique MABIN observèrent avec justesse que: «De ce fait, Saint-Alban est l'hôpital psychiatrique français qui compte le moins de morts dus à la famine.»[*694*] Le pédopsychiatre Pierre DELION confirma cette observation en notant que l'Hôpital de Saint-Alban a pu éviter la mort de ses malades par malnutrition pendant la période de l'Occupation.[695] L'Hôpital de Saint-Alban ne fut donc pas victime de ce que le psychiatre Max LAFONT nommera "l'extermination douce" c'est à dire l'anéantissement lent et tacite de dizaines de milliers de malades des hôpitaux psychiatriques par la faim, le froid et les maladies.

En dépit de circonstances historiques extrêmement défavorables, l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban a réussi à s'acquitter de sa tâche première et fondamentale : celle d'asile, protecteur des plus faibles et des plus vulnérables.[696] À ce titre, il représenta, pour de nombreux psychiatres rénovateurs, un modèle de réussite en matière de désaliénation de l'institution psychiatrique française.

692 Lettre de Paul BALVET au préfet de Lozère, 10 juillet 1941. A.D. x10240
693 Renée MABIN, Dominique MABIN, «Art, folie et surréalisme à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban-sur-Limagnole pendant la guerre de 1939-1945», *Mélusine*, mars 2015, p.3
694 *Ibid.,* p.4
695 Pierre DELION, «Tosquelles, Oury, parce que c'était eux...», Chimères, 2014/3 (n°84), p.23
696 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Collection Que sais-je ? Presses Universitaires de France ; Paris, 1994, p.25

b) L'expérience de l'Hôpital de Saint-Alban ou la matrice saint-albanaise[697]

«Il est aisé d'écrire des ordonnances
mais c'est un travail difficile que de
s'entendre avec les gens.»[698]
Franz Kafka

«J'ai été nourri au lait de la Bête du Gévaudan.»[699]
Lucien Bonnafé

Le travail institutionnel et psychothérapeutique réalisé à l'hôpital de Saint-Alban eut une influence considérable sur la psychiatrie française entre 1945 et 1965. Ce travail fut l'œuvre de plusieurs jeunes psychiatres qui se succédèrent ou cohabitèrent au sein de l'hôpital lozérien entre 1936 et 1945. L'œuvre fondatrice de la sectorisation psychiatrique et de la psychothérapie institutionnelle se révéla une construction théorique et pratique collective[700].

Dès la prise de fonction de Paul BALVET comme médecin-chef en 1936[701], l'asile de Saint-Alban puis l'Hôpital Psychiatrique de Saint-Alban (depuis la circulaire du 13 octobre 1937) sut faire preuve d'une avance considérable en matière d'autonomisation du patient et de relâchement progressif du carcan oppressif pesant sur les malades. Paul BALVET initia cette "révolution" en appliquant les idées du psychiatre allemand Hermann SIMON (1867-1947)[702] sans toutefois avoir pu les lire en français puisque le principal ouvrage de ce médecin (*Pour une psychothérapie plus active à l'hôpital*[703]) n'était pas encore traduit à son arrivée[704]

Dès son arrivée à l'Hôpital de Saint-Alban en 1936 en remplacement du docteur Agnès MASSON[705], Paul BALVET commença une œuvre de désenclavement de la

697 Expression du psychiatre Jean OURY
698 Franz KAFKA, *Un médecin de campagne* (*Ein Landarzt*) ; Kurt Wolff, 1920
699 Lucien BONNAFÉ ; *Actes des troisièmes rencontres du Gévaudan* ; 1988
700 Robert CASTEL, «Genèse et ambiguïtés de la notion de secteur en psychiatrie» ; *Sociologie du travail*, janvier-mars 1975, p.62
701 Marion ROCHET, «Saint-Alban-sur-Limagnole: un hôpital psychiatrique dans la guerre» ; *L'Information Psychiatrique*, 72, 8, 1996, p.759
702 Paul BALVET ; Asile et hôpital psychiatrique : l'expérience d'un établissement rural, Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de langue française, 43ème session, Montpellier, octobre 1942
703 Hermann SIMON, *Pour une psychothérapie plus active à l'hôpital* ; Walter de Gruyter Editeur, Berlin et Leipzig, 1929
704 C'est la propre sœur de Paul BALVET, professeur d'allemand, qui va traduire cet ouvrage à l'Hôpital de Saint-Alban après l'arrivée de Francesc TOSQUELLES qui l'apporte avec lui.
705 Marion ROCHET, «Saint-Alban-sur-Limagnole: un hôpital psychiatrique dans la guerre» ; *L'Information Psychiatrique*, 72, 8, 1996, p.759

pathologie psychique par le truchement d'innovations occupationnelles impensables pour l'époque. L'objectif majeur de Paul BALVET résidait dans la transformation de cet hôpital en une réelle structure de soins en mettant fin à sa nature de ''renfermerie'' [706]. Nonobstant les méfiances sectaires, il favorisa la création au sein de l'hôpital d'un ciné-club, d'une bibliothèque. Les patients avaient même accès à la TSF[707].

L'Hôpital de Saint-Alban était un lieu de soins avant-gardiste et le devint plus encore avec l'arrivée dans l'équipe médicale, en janvier 1940, d'un jeune psychiatre catalan fuyant le franquisme, Francesc TOSQUELLES.[708] A l'image de Paul BALVET, Francesc TOSQUELLES connaissait les théories d'Hermann SIMON et arriva à l'hôpital de Saint-Alban avec l'ouvrage le plus connu du psychiatre allemand[709].

Avant le début de la guerre civile espagnole (1936-1939), Francesc TOSQUELLES exerçait la psychiatrie à l'institut Pera Mata à Reus[710], près de Tarragone.[711] En 1936, il fut nommé médecin de l'Armée Républicaine espagnole en Aragon. C'est à Almodovar del Campo[712] qu'il exerça la fonction de directeur de l'hôpital psychiatrique local[713].

Francesc TOSQUELLES avait une méthode de recrutement très particulière puisqu'il affirmait vouloir éviter les psychiatres[714] et faire confiance à des « avocats […] qui n'avaient jamais traité un fou, des peintres, des hommes de lettres, des putains.» Concernant les prostituées, le docteur TOSQUELLES les avait transformées en infirmières psychiatriques à condition qu'elles ne pratiquassent pas leur ancien métier avec les patients. Les maisons closes étaient reconverties en annexe de la communauté thérapeutique créées par ce psychiatre iconoclaste[715].

---

706 Marion ROCHET, « Saint-Alban-sur-Limagnole: un hôpital psychiatrique dans la guerre» ; *L'Information Psychiatrique*, 72, 8, 1996, p.759
707 La Télégraphie Sans Fil a été inventée au début du XXème siècle et s'est répandue en France après la fin de la 1ère Guerre Mondiale.
708 François TOSQUELLES ; « L'effervescence saint-albanaise» ; *L'Information psychiatrique* ; Vol.63, n°8, octobre 1987, pp.959-963
709 André MEYLAN, « L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession » ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°2, 1975, p.202
710 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, janvier 2006, p.102
711 Ville du sud de la Catalogne
712 Ville de la région Castille-La Manche (anciennement Nouvelle-Castille)
713 François TOSQUELLES, « Médecine sociale et psychiatrie, La Résistance: Saint-Alban» ; *Recherches,*n°17, Mars 1975, p.85
714 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, janvier 2006, p.103
715 *Ibid*., p.103

Après la défaite du camp républicain, Francesc TOSQUELLES fut contraint de fuir l'Espagne pour se réfugier en France. Après s'être caché dans les Pyrénées, il fit la rencontre du commandant du camp de Septfonds716 et lui proposa d'ouvrir un petit service de psychiatrie[717]. Cette expérience à l'intérieur du camp de Septfonds fut menée avec un peintre, un guitariste et un seul infirmier psychiatrique et elle s'avéra être une réussite[718].

Sur les recommandations conjointes de son ami et collègue André CHAURAND et du psychiatre résistant Maurice DIDE[719], Paul BALVET vint chercher au camp de Septfonds ce psychiatre hors norme pour en faire un membre essentiel de son équipe médicale dans l'hôpital de Saint-Alban[720]. Francesc TOSQUELLES fut prévenu de l'arrivée de Paul BALVET et de son recrutement par l'Hôpital de Saint-Alban par un télégramme du préfet[721].

Il est intéressant de noter que le timoré pétainiste qu'était alors Paul BALVET ne voulait pas «de rouges»[722]. En deux ans, il vit arriver à l'Hôpital de Saint-Alban deux psychiatres communistes: un membre du Parti Ouvrier d'Unification Marxiste (Francesc TOSQUELLES)[723] et un membre du Parti Communiste Français (Lucien BONNAFÉ)[724].

Le choix de l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban par Lucien BONNAFÉ en 1942 n'était donc évidemment pas un hasard. Il savait très précisément où il venait exercer sa profession en ces heures sombres de l'Histoire de France. Il arriva dans un lieu marqué par l'image toujours vivace de son grand-père qui fut un aliéniste fameux et atypique à la

716 Camp d'internement du Tarn-et-Garonne pour réfugiés, internés et prisonniers politiques. Il est actif de 1939 à 1945 et accueillera principalement des Espagnols républicains.
717 *L'école de la liberté* ; Entretien de Francesc TOSQUELLES réalisé par Giovanna GALLO, Maurizio COSTANTINO, Alain DUPONT, Jacques FERRAGUS, Erol FRANK, Max AUVRAY, Max LAFONT, Marie-Noëlle et François PIEDNOIR ; Granges-sur-Lot, août 1987
718 *Ibid.,*
719 Caroline MANGIN-LAZARUS, «Maurice Dide (Paris 1873- Buchenwald 1944). Des "Idéalistes passionnés" à la Résistance» ; *L'Information psychiatrique*, 72, 8, 1996, p.773
720 *L'école de la liberté ; Entretien de Francesc TOSQUELLES réalisé par Giovanna GALLO, Maurizio* COSTANTINO, Alain DUPONT, Jacques FERRAGUS, Erol FRANK, Max AUVRAY, Max LAFONT, *Marie-Noëlle et François PIEDNOIR ; Granges-sur-Lot, août 1987*
721 Eric FAVEREAU, Philippe ARTIERES, «1940, quand le Dr Tosquelles arrive à Saint-Alban» ; *Libération*, 29 juillet 2016, p.1
722 *Ibid.,* p.1
723 Jacques TOSQUELLAS, «Courriers Tosquelles-Balvet», *Sud/Nord*, vol. n° 19, no. 1, 2004, pp. 171-18
724 Robert CASTEL, « Genèse et ambiguïtés de la notion de secteur en psychiatrie » ; Sociologie du travail, janvier-mars 1975, p.62

fin du XIXème siècle[725]. Lucien BONNAFÉ rappela ainsi dans quelles conditions son grand-père fut nommé à la direction de l'asile lozérien : « Au début de l' "autre guerre", mon grand-père, Maxime Dubuisson, retraité, a été "rappelé au service" et affecté à Saint-Alban, d'où sont venus mes jouets et mes images, celles de la Bête entre autres, avec des échantillons des rapports adressés au préfet par l'aliéniste contestataire, en vers:

Dans ce pays sauvage et rude
À mille mètres d'altitude
L'administration cynique
Envoie ici ses fous d'Afrique »[726]

Lorsque Lucien BONNAFÉ vint prendre ses fonctions de médecin-directeur, Paul BALVET était présent à l'hôpital pour l'accueillir son successeur. Dans son texte *L'ambre du musée*, Paul BALVET relatait avec humour l'arrivée de Lucien BONNAFÉ à l'Hôpital de Saint-Alban : « La dernière étape il l'avait faite à vélo […] Il ne disait pas :" je suis le nouveau", mais : "c'est moi le directeur de l'asile." Les gens souriaient: le véritable, ils le connaissaient bien, qui n'avait rien de ce coureur cycliste.»[727]

Les deux hommes cohabitèrent quelques semaines avant le départ de Paul BALVET pour l'Hôpital du Vinatier à Lyon.[728] Cette cohabitation permit à Lucien BONNAFÉ, jeune psychiatre, de découvrir son lieu de travail et de s'imprégner de son esprit novateur. Cette découverte se fit par l'intermédiaire de Francesc TOSQUELLES et d'André CHAURAND.[729]

C'est pendant cette période que les quatre hommes fondèrent ce qui resta pour la postérité comme la Société du Gévaudan[730]. Avec la création de ce club de réflexion, les quatre hommes (Paul BALVET, Lucien BONNAFÉ, Francesc TOSQUELLES, André

725 Jacques NEVOUX ; «Hommage à Lucien BONNAFÉ 15 octobre 1912-14 mars 2003» ; *Vie sociale et traitements* ; 2012/4 n°116, pp.140-142
726 Lucien BONNAFÉ, «Les témoins des proscrits. De l'insoumission à l'innovation» ; *L'Information Psychiatrique,* Vol.63 n°8, 1967, p.954
727 Paul BALVET, «L'ambre du musée»,1979 i*n* Max LAFONT, *L'extermination douce : la cause des fous* ; Éditions Le Bord de l'eau, 2000, p.79
728 «Lettres adressées par Lucien Bonnafé à Paul Bernard», *L'Information psychiatrique* ; Vol.79, n°7, septembre 2003, p.628
729 Paul BALVET, «L'ambre du musée»,1979 i*n* Max LAFONT, *L'extermination douce : la cause des fous* ; Éditions Le Bord de l'eau, 2000, p.79
730 Jean OURY, «Thérapeutique institutionnelle» ; *Encyclopédie Médico-chirurgicale* ; 1972, p.2

CHAURAND[731]) entendaient, en ces temps de guerre et d'occupation, rompre radicalement avec « l'ambiguïté morale du conformisme aliénisant. »[732]

C'étaient tous de jeunes hommes[733] (entre 29 et 35 ans) et ils étaient animés par le même désir humaniste. Paul BALVET était arrivé le premier à l'Hôpital de Saint-Alban en 1936. Puis, il alla chercher Francesc TOSQUELLES « au camp de Septfonds, lieu de concentration des réfugiés de la guerre d'Espagne »[734]. Peu après, Paul BALVET accueilli André CHAURAND, «après que son premier poste au Puy soit devenu intenable, du fait de l'incompatibilité mutuelle avec une institution gouvernée par le cléricalisme vichyssois.»[735]

La création de la Société du Gévaudan marqua une étape fondamentale dans la vie professionnelle et personnelle de Lucien BONNAFÉ[736]. C'est par cette matrice, par ce support de réflexions riches, contradictoires et productives que le jeune psychiatre qu'il était en 1942 se forgea une idéologie et une praxis claires.[737]

Ces rencontres entre médecins (mais les autres personnels soignants pouvaient y assister) ont permis, non seulement, de créer des institutions au sein de l'Hôpital de Saint-Alban (des clubs thérapeutiques où les malades ordonnent eux-mêmes leur existence) mais également d'envisager le futur de la psychiatrie (« Pour préparer les lendemains qui chantent[738], on parlait psychiatrie, on révisait les concepts de base et les types d'action possible.»[739]).

Lucien BONNAFÉ décrit rigoureusement un des objectifs initiaux de la Société du Gévaudan: « Il y a l'approfondissement incessant de la critique constructive de l'institution instituée comme lieu de la ségrégation avec [...] à la fois le travail pour instituer dans ce

731 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner: folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, 1991, p.211
732 *Ibid*., p.34
733 Max LAFONT, *L'extermination douce : la cause des fous* ; Éditions Le Bord de l'eau, 2000, p.71
734 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner: folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, 1991, p.211
735 *Ibid*., p.211
736 François TOSQUELLES, «L'effervescence saint-albanaise» ; *L'Information psychiatrique* ; Vol.63, n°8, octobre 1987, pp.959-960
737 Renée MABIN, Dominique MABIN, «Art, folie et surréalisme à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban sur-Limagnole pendant la guerre de 1939-1945» ; *Mélusine*, mars 2015**,** p.1
738 Gabriel PERI, *Les lendemains qui chantent* ; Les Éditions sociales ; Paris, 1947. Le titre cette autobiographie du journaliste de *l'Humanité* fusillé en décembre 1941 est inspiré de la lettre d'adieu de l'auteur avant son exécution. Cette lettre est contenue dans l'ouvrage publié à titre posthume en 1947.
739 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, janvier 2006, p.107

lieu voué à produire un système de rapports suraliénant des rapports désaliénants, à la fois le développement de pratiques désenclavées, hors les murs, à l'enseigne d'une "géo-psychiatrie ".»[740]

Les quatre puis les trois hommes se réunissaient presque quotidiennement[741] dans la bibliothèque de l'hôpital[742] pour évoquer les principes nouveaux qu'ils entendaient appliquer à leur pratique hospitalière et les questionnements théoriques qu'elle suscitait.[743] Tous avaient des conceptions similaires de la gestion institutionnelle. Ils étaient opposés aux idées et pratiques ségrégatives en vigueur dans les hôpitaux psychiatriques français et envisageaient ouvertement leur pratique comme une rupture avec l'ordre psychiatrique asilaire existant où le médecin devait souvent jouer un rôle contraire à sa mission thérapeutique première.[744]

Chacun eut son expérience de l'horreur humiliante et de la désincarnation de la personne du malade. Seul Francesc TOSQUELLES put avoir, en Espagne, l'occasion d'exercer une psychiatrie différente fondée sur un quasi-renversement de la relation psychiatre/malade.[745] C'est à l'Hôpital de Saint-Alban qu'il élabora les prémices de ce qui devint pour la postérité la psychothérapie institutionnelle[746]. Là, il put réaliser la transformation complète d'un hôpital asilaire sur le fondement de ses expériences passées en Espagne[747].

Pendant le bref passage de Lucien BONNAFÉ à l'Hôpital de Saint-Alban[748] , les trois médecins n'eurent de cesse que de prolonger les avancées novatrices de Paul BALVET[749] en les améliorant et en introduisant une pratique, un paradigme et une

740 Lucien BONNAFÉ, «Les témoins des proscrits. De l'insoumission à l'innovation» ; *L'Information Psychiatrique,* Vol.63 n°8, 1967, p.954
741 Max LAFONT, *L'extermination douce : la cause des fous* ; Éditions Le Bord de l'eau, 2000, p.75
742 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner : folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse, 1991, pp. 218-219
743 Patrick COUPECHOUX ; *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, janvier 2006, p.107
744 Marion ROCHET, « Saint-Alban-sur-Limagnole: un hôpital psychiatrique dans la guerre» ; *L'Information psychiatrique*, 72, 8, 1996, p.761
745 Renée MABIN, Dominique MABIN, « Art, folie et surréalisme à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban-sur-Limagnole pendant la guerre de 1939-1945» ; *Mélusine*, mars 2015, p.2
746 Pierre DELION, *Tosquelles et Oury, parce que c'était eux...* ; *Chimères*, 2014/3 (n°84), p.23
747 Pierre DELION, « La psychothérapie institutionnelle : d'où vient-elle et où va-t-elle ? » ; *Empan*, n°4, 2014, p.106
748 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner : folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, Toulouse, 1991, p.214
749 Renée MABIN, Dominique MABIN, « Art, folie et surréalisme à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban-sur-Limagnole pendant la guerre de 1939-1945» ; *Mélusine*, mars 2015, p.1

philosophie révolutionnaires: la désaliénisation. Cette façon de concevoir le rapport entre patients et praticiens, entre soignants et soignés modifia irréversiblement l'approche curative de l'Hôpital de Saint-Alban, dans un premier temps, puis de l'ensemble de la psychiatrie française dans un second temps.[750]

Il est indéniable (peu le contestent aujourd'hui) que la psychiatrie française connut un avant (aliéniste et ségrégatif) et un après (solidaire, humaniste et respectueux du patient) ''Saint-Alban'' et sa Société du Gévaudan. A partir de ce moment de l'histoire de la psychiatrie, tous les acteurs du système soignant cherchèrent sincèrement «par leur comportement et leurs paroles à alléger les souffrances de l'homme.»[751]

L'idée de désaliénation était donc au cœur même des discussions de ces jeunes psychiatres épris d'une volonté inaltérable d'égalité entre les hommes. La distinction entre la sanité d'esprit et l'anormalité mentale et comportementale semblait disparaître. Pour eux, cette dichotomie avait vécu car son résultat fut, entre autre, la ségrégation, l'exclusion et l'enfermement d'êtres humains dans l'unique objectif de rassurer d'une société apeurée par la vision terrifiante de sa propre folie.

La désaliénation fut un refus, un rejet voire une abrasion mais ses visées furent constructives. Les fondateurs de ce mouvement voulaient repousser tout dogme préexistant pour créer un changement radical dans l'appréhension curative de l'humain-aidant face à l'humain-souffrant.

Toutefois, la meilleure synthèse de l'esprit et du ''génie du lieu'' fut livrée par Lucien BONNAFÉ lui-même en 1992 lorsqu'il écrivait dans son ouvrage *Désaliéner: folie(s) et société(s) :* «Je l'[la méditation sur le thème du personnage du psychiatre] ai donnée naguère, à bon droit, comme fruit, entre autres sources, des rencontres de Saint-Alban, ou des activités de la Société du Gévaudan. [...] Aux apports personnifiés par Paul Balvet, [...] François Tosquelles,[...] le fécond et méconnu André Chaurand, de plus anonymes encore, parmi lesquels les tenants de la lutte armée contre l'occupant, vinrent se joindre des agents de subversions, porteurs des valeurs de contraste qui ont marqué

750 Jacques NEVOUX, «Hommage à Lucien BONNAFÉ 15 octobre 1912-14 mars 2003» ; *Vie sociale et traitements*, 2012/4 n°116, pp.140-142

751 Renée MABIN, Dominique MABIN ; «Art, folie et surréalisme à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban-sur-Limagnole pendant la guerre de 1939-1945»; *Mélusine*, mars 2015, p.7

mon passage à l'âge d'homme ; Paul Eluard et Georges Canguilhem »[752]

L'expérience de l'Hôpital de Saint-Alban fut courte (19 mois)[753] mais fondamentale dans la vie et dans la construction morale, professionnelle, philosophique et humaine de Lucien BONNAFÉ. De la richesse et de la productivité intellectuelle de cette expérience, le jeune psychiatre construisit tout l'édifice de sa future pratique désaliéniste. De ce pragmatisme désaliéniste, découla naturellement la pratique psychiatrique humaniste de la «protection de la santé mentale»[754] que deviendra le secteur psychiatrique et l'expérience de l'hôpital demeurera une référence indépassable pour la construction d'une psychiatrie nouvelle[755.]

B/ L'après-guerre et l'opposition à l'organisation asilaire

> «Il faut maintenir, éveiller et développer une personnalité et des conduites humaines chez les malades. Cela exige de repenser et de transformer l'ensemble de leurs conditions de vie, notre attitude à leur égard et l'atmosphère même des établissements où ils sont traités.[756]»
>
> Lucien BONNAFÉ, Louis LE GUILLANT

A la Libération, la psychiatrie française était dans une situation paradoxale. En effet, d'une part elle devait affronter et assimiler la violence du choc que représentait la mort de dizaines de milliers de malades psychiques dans des souffrances atroces (dénutrition, froid, maladies) et d'autre part elle vivait un instant de foisonnement théorique marqué par ce que le sociologue Robert CASTEL qualifiait «d'espérances progressistes de la Libération»[757].

752 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner: folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, 1991, p.170
753 *Ibid*., p.214
754 Lucien BONNAFÉ, «Thèses 1963 sur la "Psychiatrie de secteur"»; *L'Information Psychiatrique,* n°9, novembre 1963, p.508
755 Pierre DELION, « La psychologie institutionnelle : d'où vient-elle et où va-t-elle ? » ; *Empan*, n°4, 2014, p.107
756 Lucien BONNAFÉ, Louis LE GUILLANT, « La condition du malade à l'hôpital psychiatrique » ; *Esprit*, n°197, décembre 1952, p.865
757 Robert CASTEL, «Genèse et ambiguïtés de la notion de secteur en psychiatrie» ; Sociologie du travail, janvier-mars 1975, p.62

Malgré le paroxysme de l'horreur asilaire que constitua l'hécatombe des malades psychiques pendant l'Occupation, le groupe des "jeunes" psychiatres français (Lucien BONNAFÉ, Georges DAUMÉZON, Louis LE GUILLANT, Hubert MIGNOT entres autres) était enthousiaste car il portait en lui la certitude que l'organisation asilaire de la psychiatrie française dépérirait et les premières réformes sanitaires vinrent confirmer cet enthousiasme (« A la Libération, quels espoirs ont été formés par le corps quasi-unanime des psychiatres ! Quelques réformes ont été entreprises et couronnées d'un plein succès ! »[758]).

Ce groupe de "jeunes psychiatres", bien que minoritaire au sein de la profession, joua un rôle considérable dans la dynamique générale de réforme de l'institution psychiatrique[759]. Leur idéologie et leur praxis professionnelle se construisirent directement sur l'expérience vécue pendant la guerre et l'Occupation ; expérience qui s'appuyait sur les succès de la démarche psychothérapeutique visant à l'émergence d'une solidarité entre les soignants et les patients, entre les patients eux-mêmes et entre l'institution et la société. Pour André MEYLAN, l'ensemble de ces éléments constituait « la ligne générale de l'action désaliénante dans la vie future de l'institution.[760] »

Ces jeunes psychiatres s'engagèrent donc dans une logique réformatrice et bâtirent un nouveau projet pour la psychiatrie française[761] fondée sur une appréhension de l'institution psychiatrique radicalement différente de celle définie par l'aliénisme classique français. Dans cette démarche radicale, ils se heurtèrent à leurs collègues "asilaires" favorables à une légère réforme du système en place (création d'un service libre dans chaque ville de plus de dix mille habitants)[762].

De plus, ces jeunes psychiatres œuvrèrent pour la dissolution de l'Amicale des aliénistes français dont Georges DAUMÉZON était le président[763]. Suite à cette dissolution, naquit, le 9 juillet 1945, le Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques.

758 Lucien BONNAFÉ, Louis LE GUILLANT, « La condition du malade à l'hôpital psychiatrique » ; *Esprit*, n°197, décembre 1952, p.867
759 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, 2006, p.112
760 André MEYLAN, «L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°3, 1975, p.324
761 Nicolas HENCKES, «Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique : la trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant-guerre aux années 1950 » ; Genèses, 2009/3 (n°76), p.86
762 Georges DAUMÉZON, «Le poids des structures» ; *Revue Esprit* n°197, décembre 1952, p.941
763 Dimitri KARAVOKYROS, «Le rôle du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques dans la mise en place du secteur», *Sud/Nord*, 2010/1 (n°25), p.98

Le premier numéro de son bulletin *L'Information Psychiatrique* parut en août 1945[764]. Le premier bureau du Syndicat était composé de Lucien BONNAFÉ, Louis LE GUILLANT, Paul SIVADON et Henry EY et son premier secrétaire fut Georges DAUMÉZON[765].

La volonté et le mouvement de réforme concernaient principalement les hôpitaux psychiatriques. À ce titre, Geneviève KOUBI rappelait que la période de l'après-guerre vit émerger « une restructuration des hôpitaux » qui devait confirmer la logique en vigueur : le soin au service de la protection de l'ordre public. L'auteur qualifiait cette double exigence des autorités publiques de «syntagme».[766]

En 1945, les pouvoirs publics chargeaient Xavier ABÉLY de rédiger un avant-projet de loi de réforme de la loi de 1838 relatif à l'assistance et l'hospitalisation des malades mentaux[767]. Georges DAUMÉZON assista son collègue dans la rédaction de ce texte. Le document, rédigé donc conjointement par les deux psychiatres, prenait partie pour l'admission selon des formules "nomades" d'hospitalisation car il considérait que le système d'internement et le statut des services résultant de la législation de 1838 représentait une résistance à la séparation des éléments de l'hospitalisation (cure, postcure, prévention)[768]. Il fut présenté aux Journées psychiatriques nationales des 27 et 28 mars 1945[769] et parut dans *L'Information Psychiatrique* de février 1946.

Sans être révolutionnaire, cet avant-projet était assez novateur. Il proposait une unification du système de soins psychiatriques (intra-hospitalier et extrahospitalier) ainsi qu'une réelle rupture avec l'esprit de la loi du 30 juin 1838. Il suggérait également que l'activité des médecins des hôpitaux psychiatriques fut répartie entre l'institution hospitalière et des structures extrahospitalières (dispensaires par exemple). Ces

764 Marc BÉTREMIEUX, Isabelle MONTET, *Guide de présentation du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux*, mai 2018
765 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.133
766 Geneviève KOUBI, « La déraison juridique des attentions psychiatriques» *in* Geneviève KOUBI (Dir.), *L'institution psychiatrique au prisme du droit: la folie entre administration et justice*, ouvrage issu du colloque organisé à l'Université Panthéon-Assas les 16 et 17 octobre 2014 par le CERSA et le CNRS ; Paris, Éditions Panthéon-Assas, DL, 2015, p.171
767 Xavier ABÉLY, «Avant projet de loi sur l'assistance et l'hospitalisation des malades mentaux» ; *L'information Psychiatrique*, n°6, février 1946
768 Pauline RHENTER ; *De l'institutionnel au contractuel: psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003)* ; Lyon 2, 2004, pp.123-124
769 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Odile Jacob, Paris, 2015, p.137

structures extrahospitalières auraient été assistées par un service médico-social[770]. Malgré son caractère réformateur et conciliateur, cet avant-projet de loi ne fut pas examiné par le Parlement.

Cet avant-projet insistait sur l'importance à accorder à la généralisation des dispensaires d'hygiène mentale créés en 1937. Quelques dispensaires d'hygiène mentale furent ouverts pendant la période de l'Occupation (à Nice notamment, en 1941) mais c'est seulement après 1945 qu'ils connurent un véritable développement. Ce développement fut, initialement, peu significatif car leur ouverture dépendait de départements modestement financés par les gouvernements. Dès que l'ouverture de ces structures extrahospitalières dépendit du budget de l'Etat central, le développement des dispensaires d'hygiène mentale se fit plus rapide[771].

L'immédiat après-guerre s'avéra très riche en événements de rassemblement du corps psychiatrique. Le premier d'entre eux eut lieu en 1945 à Paris. Ce furent les Journées psychiatriques nationales. Elles permirent l'émergence de la notion de secteur et du concept organisationnel de sectorisation psychiatrique.

La philosophie de la sectorisation psychiatrique ainsi que celle de la psychothérapie institutionnelle avaient déjà été discutées à l'Hôpital de Saint-Alban lors des rencontres de la "Société du Gévaudan"[772]. Sa forme concrète vit le jour dès mars 1945 lors des journées nationales de psychiatrie[773].

Ces journées marquèrent une étape fondamentale dans l'évolution de la psychiatrie française vers une franche rupture avec l'organisation asilaire. En 1945, l'Hôpital Sainte-Anne accueillit ces journées préparées et mises en place par l'Union des médecins français[774]. Les journées de 1945 réunirent l'élite de la psychologie, de la psychanalyse et de la psychiatrie française. La présidence des journées est bicéphale: Henri WALLON

770 Pauline RHENTER ; *De l'institutionnel au contractuel: psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003)* ; Lyon 2, 2004, pp.123-124
771 Georges DAUMÉZON, « Problèmes de la psychiatrie de secteur en France » ; *L'Information Psychiatrique*, novembre 1964, n°9, p.655
772 Pierre DELION, « La psychothérapie institutionnelle : d'où vient-elle et où va-t-elle ? ; *Empan*, n°4, 2014, p.106
773 Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Privat, Toulouse, 1980, pp.73-74
774 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Presses Universitaires de France, Que sais-je ?, Paris, 1994, p.27

(psychologue et professeur au Collège de France) et Robert DEBRE (membre de l'académie de médecine)[775].

Les journées de 1945 à Sainte-Anne suscitèrent un réel enthousiasme qui dépasse le cadre *stricto sensu* de la maladie mentale. En effet, le poète et philosophe Paul VALÉRY était présent lors de ces journées (« Je me souviens qu'on avait fait venir Paul Valéry »[776]). Lucien BONNAFÉ décrivait avec enthousiasme l'effervescence générée par l'organisation d'un tel événement alors que l'armistice de la Seconde Guerre mondiale n'est pas encore signé : « ça réunit un monde fou : il y a tout le monde à ce moment-là, […] toutes les provinces ; la province française s'est vidée, […] tout le monde est à Paris[777]. »

Ce fut également lors de ces journées que naquirent le mot et la notion de secteur psychiatrique[778]. Lucien BONNAFÉ en fut à l'origine : « […], et c'est là qu'apparait pour la première fois le mot *secteur ;* le mot *secteur* apparaît pour la première fois quand je fais le rapport sur nos travaux préparatoires […] je prends la craie […] je trace un ensemble dans le département, une zone, un secteur de population (et c'est là que le mot secteur apparaît pour la première fois dans le discours public) […]. Dans la conception pour laquelle nous proposons, nous, de militer, le médecin […] est […] le responsable de la santé mentale d'un tel secteur de la population. […] C'est comme ça que le mot *psychiatre de secteur* est entré dans le vocabulaire psychiatrique au niveau du discours public. »[779].

Les sources de la théorie du secteur se trouvaient dans les conclusions de ces journées qui se déroulèrent à Paris. Ces conclusions furent présentées en vingt-quatre points qui traitèrent de manière quasi-exhaustive toutes les questions préoccupant les psychiatres de l'époque. Elles furent publiées dans leur intégralité par la revue du Syndicat des psychiatres des hôpitaux nouvellement créée, *L'Information Psychiatrique*[780].

---

775 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, janvier 2006, p.115
776 Lucien BONNAFÉ, «Les journées psychiatriques de 1945, Médecine sociale et psychiatrie» *in Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.105
777 *Ibid.,* p.105
778 Lucien BONNAFÉ, «Thèses 1978 sur la "psychiatrie de secteur"» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.54 - N°8, octobre 1978, pp.876-877
779 Lucien BONNAFÉ, «Les journées psychiatriques de 1945, Médecine sociale et psychiatrie» *in Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, pp.105-106
780 Pierre NOËL, « Les prémisses du secteur. Quinze ans d'Information Psychiatrique (1945-1960)» ; *L'Information Psychiatrique*, septembre 1995, n°7, p.634

L'exposé de ces vingt-quatre conclusions devait permettre aux psychiatres de repenser et de renouveler l'assistance psychiatrique.»[781]. Parmi les points intéressant directement la théorie du secteur il est possible d'en citer quelques-uns dont le premier : « L'unité et l'indivisibilité de la prévention, de la prophylaxie, de la cure et de la post-cure doivent être respectées au maximum. »[782]

Michel AUDISIO notait avec justesse que ce texte devait être historiquement contextualisé. En effet, l'auteur de *La psychiatrie de secteur* relevait que : « Il [le texte de 1945] a été rédigé à une époque où les moyens thérapeutiques de la psychiatrie était encore rares. […] L'expérience toute récente de la guerre et de l'occupation […] intervient ; les établissements sont isolés […] Les personnels sont mal formés et rares. Les établissements sont vétustes, largement sous-équipés. Les services extérieurs de prise en charge ambulatoires sont pratiquement inexistants. »[783]

Marcel JAEGER émit, quant à lui, une opinion plus sévère et négative sur l'impact réel de ces journées d'études sur le sort des malades internés dans des hôpitaux toujours régis par l'organisation asilaire. Il estimait que : « la distance est grande entre ce mouvement de réflexion [le courant désaliéniste] et les implications concrètes qu'il devrait logiquement y avoir.»[784]

Cet auteur constatait que, selon lui, la "révolution psychiatrique" de l'après-guerre n'avait pas eu lieu. En effet, il jugeait les avancées trop timides et limitées à l'amélioration des conditions de travail des infirmiers psychiatriques pour pouvoir qualifier ce mouvement réformateur de révolutionnaire.[785]

Les journées nationales de la psychiatrie connurent une deuxième édition deux ans plus tard en 1947. Comme celles de 1945, elles furent organisées à l'appel de l'Union des

781 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Presses Universitaires de France, Que sais-je ?, Paris, 1994, p.27
782 Commission psychiatrique de l'Union des médecins français *in L'information psychiatrique,* 22, 3, 2, 1945
783 Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Privat, Toulouse, 1980, p.77
784 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique*, Payot, Paris, 1981, p.114
785 *Ibid.*, p.115

médecins français[786]. Elles donnèrent lieu à l'étude de deux rapports précédemment publiés dans *L'Information Psychiatrique*[787] : « Au delà de l'asile d'aliénés et de l'hôpital psychiatrique » de Georges DAUMÉZON, Jean LAUZIER, Paul BALVET, Louis LE GUILLANT, R.E. HEMPHILL, Lucien BONNAFÉ, Paul BERNARD et « L'internement, conduite primitive de la société ; recherche d'une attitude plus évoluée » de Lucien BONNAFÉ et Georges DAUMÉZON[788].

A l'image des précédentes journées nationales de la psychiatrie, les journées de 1947 s'achevèrent par la publication de cinq résolutions prises dans la continuité de celles de 1945[789]. La première résolution était une protestation contre le manque de structures de soins et la vétusté de celles déjà existantes et une incitation à : la mise en place, dans les départements, d'une véritable organisation psychiatrique et un développement des services d'hygiène mentale[790]. La seconde résolution était une approbation d'un volume de *L'Information Psychiatrique* consacré au dépassement de l'asile d'aliénés et de l'hôpital psychiatrique[791].

La résolution numéro 3 portait sur un rapport du Docteur Xavier ABÉLY relatif aux «problèmes de législation sur la santé mentale»[792]. Ce médecin psychiatre, également licencié en droit, était, comme le précisa Lucien BONNAFÉ, «féru de légalisme»[793] et il n'est donc pas étonnant de le voir, à cette époque, présenter un rapport sur les liens entre le droit et la santé mentale.

Ce rapport fut approuvé par les psychiatres présents aux journées nationales de psychiatrie et servit de support à ces derniers pour proposer aux pouvoirs publics le vote d'une loi sur la psychiatrie permettant de mettre fin notamment au système d'enfermement issu de la loi de 1838. Cette proposition portait en elle certains germes idéologiques et pratiques de la future sectorisation psychiatrique puisqu'elle énonçait « l'obligation pour

786 Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Privat, Toulouse, 1980, p.77
787 Pierre NOËL, « Les prémisses du secteur. Quinze ans d'Information Psychiatrique (1945-1960)» ; *L'Information Psychiatrique*, septembre 1995, n°7, p.635
788 Documents de *L'Information psychiatrique* ; Éditions Desclée de Brouwer, Paris, 1946
789 Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Privat, Toulouse, 1980, p.77
790 *Ibid*., p.78
791 *Ibid*., p.79
792. Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Privat, Toulouse, 1980, p.80
793 Lucien BONNAFÉ, *Psychanalyse de la connaissance*, Éditions Érès, Toulouse, 2002, p.77

tous les départements d'organiser dans leur cadre la protection de la santé mentale, notamment le dépistage et la prévention des troubles mentaux.»[794]

La résolution numéro quatre était un simple mandat accordé au Professeur LHERMITTE pour qu'il se mît en rapport avec diverses sociétés savantes[795]. La résolution numéro cinq, quant à elle, semblait être une conclusion de ces journées d'études organisées par l'Union des médecins français. Après les congratulations d'usage pour la réussite de la réunion, cette résolution propose un plan d'action à l'échelle nationale pour favoriser le développement de la protection de la santé mentale[796].

Entre les secondes journées psychiatriques (1947) et la publication de la circulaire du 15 mars 1960, la psychiatrie française allait connaître de profondes mutations à la fois thérapeutiques, organisationnelles, idéologiques et administratives. Ces mutations construisirent un terrain favorable à la révolution organisationnelle symbolisée par la réalisation juridique de la sectorisation psychiatrique.

Ces deux éditions des journées psychiatriques allaient permettre aux psychiatres de toutes obédiences de faire émerger l'idée de la construction de ce que Michel AUDISIO nomma en 1980, « une médecine sociale psychiatrique publique »[797].

L'année 1947 fut donc une date importante dans l'organisation moderne de la psychiatrie en France. En effet, outre la tenue des secondes journées psychiatriques, cette année vit apparaître des expériences novatrices comme les Centres de Traitement et de Réinsertion Sociale (CTRS). Ces CTRS furent financés par l'Assurance Maladie créée deux années plutôt par les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945[798]. La construction d'un

794 Compte rendu des Journées psychiatriques nationales de 1947, *in L'Information psychiatrique,* 23, 6, 1947
795 *Ibid.,*
796 Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Privat, Toulouse, 1980, p.82
797 *Ibid*., p.85
798 Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale
Ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945 fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles.

solide système de protection sociale par Ambroise CROIZAT[799] (suite à un plan conçu par Pierre LAROQUE[800]) favorisa le développement de telles initiatives en santé mentale puisque l'Assurance Maladie garantissait le paiement des frais induits par les pathologies psychiques[801].

Selon Marcel JAEGER, l'initiative des CTRS, comme d'autres initiatives en matière psychiatrique, n'engageait en rien le pouvoir politique et s'opérait à l'intérieur des murs des hôpitaux[802].Cet auteur était très sceptique sur la volonté des pouvoirs publics de mettre fin, au sortir de l'Occupation, au paradigme asilaire. Pourtant, de nombreux psychiatres s'engagèrent, dès 1947[803], dans des voies nouvelles d'organisation de la prise en charge des malades psychiques.

Ce fut le cas pour les psychiatres Georges DAUMÉZON[804], Louis LE GUILLANT et Paul SIVADON au sein des hôpitaux franciliens (Sainte-Anne, Villejuif et Ville-Evrard)[805] qui pratiquèrent une «sectorisation avant l'heure»[806] dès la fin des années 40 (notamment avec les Centres de Traitement et de Réinsertion Sociale créés par Paul SIVADON en 1947 à l'Hôpital de Ville-Evrard et Louis LE GUILLANT en 1949 à l'Hôpital de Villejuif [807]).

Paul SIVADON fut le premier psychiatre à mettre en place une structure de soins non asilaire soutenue et financée par une Caisse de Sécurité sociale. Ce fût le CTRS de

799 Ambroise CROIZAT (1901-1951) fut un syndicaliste et un homme politique français. Il a été élu député de la Seine pour le PCF en 1936. Après avoir été déporté en Algérie suite à la déchéance de mandat des députés communistes en 1939, il est libéré en février 1943 et nommé par la CGT clandestine à la commission consultative du gouvernement provisoire d'Alger. A partir de novembre 1943, il siège à l'Assemblée consultative provisoire et participe à ses délibérations. Il sera trois fois ministre du Travail entre 1945 et 1947. Il est connu pour avoir mis en œuvre les ordonnances prises par son prédécesseur, Alexandre PARODI.

800 Pierre LAROQUE (1907-1997) fut un haut fonctionnaire français ayant œuvré à la construction de la Sécurité sociale. Il est nommé au Conseil d'État en 1929. Il fait brièvement partie d'un cabinet ministériel du Gouvernement de Vichy avant d'être révoqué pour ses origines juives. Il entra ensuite dans la Résistance avant de rejoindre Londres en 1943. En octobre 1944, il est nommé directeur général de la Sécurité sociale française. C'est à partir de cette date qu'il prépara les ordonnances créatrices de la Sécurité sociale. Après la Libération, il retrouva un poste au Conseil d'État et devint titulaire de la chaire de Questions sociales à l'Institut d'études politiques de Paris.

801 Jean GARRABÉ, «La dimension sociale de la psychiatrie française» *in* Jean-Paul ARVEILLER, *Pour une psychiatrie sociale*, Éditions, Hors collection, Toulouse, 2002, p.58

802 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique*, Payot, Paris, 1981, p.115

803 Paul SIVADON, «La traversée du désert, L'alliance avec la Sécurité sociale » *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur ;* Recherches n°17, Mars 1975, p.132

804 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, janvier 2006, p.119

805 Mathias GARDET, «La Croix-Marine : hors secteur ou à contre-secteur ? (1960-1974)» *in* Jean-Paul ARVEILLER, *Pour une psychiatrie sociale* ; Éditions Érès, Hors Collection, 2002, p.40

806 *Ibid*., p.40

807 Isabelle BILLIARD, «Les pères fondateurs de la psychopathologie du travail en butte à l'énigme du travail» ; *Cliniques méditerranéennes*, vol. Numéro 66, n° 2, 2002, p.14

l'hôpital de Ville-Evrard qui avait pour but affiché de réduire la durée de séjour en hôpital des malades psychiques[808]. Ce CTRS reçut, non sans de longues argumentations[809], un financement de la Caisse régionale de Sécurité sociale de Paris[810].

Paul SIVADON expliquait comment son rôle de médecin-contrôleur[811] lui avait permis, d'être introduit dans le milieu de l'assurance-maladie après la Libération. Après 1945, il devint médecin spécialiste à la Caisse primaire centrale de sécurité sociale de la région parisienne et eut donc la possibilité de voir en supervision un grand nombre de cas psychiatriques. Il mesura ainsi l'intérêt pour la Sécurité sociale de voir les malades psychiques traités afin qu'ils pussent sortir de l'institution asilaire[812].

La double fonction de ce psychiatre (médecin spécialiste de la Sécurité sociale et médecin hospitalier) est symbolique de ce que la période de l'après-guerre a offert comme possibilité aux désaliénistes de faire exister concrètement leurs idées et ce en influençant la prise de décision des structures administratives.

Ces psychiatres (Paul SIVADON, Georges DAUMÉZON, Lucien BONNAFÉ) étaient à l'intérieur de la ''forteresse administrative'' et ils ont donc pu être associés à des prises de décisions. Ils ont pu faire accepter leurs idées par les décideurs administratifs et politiques (« J'avais affaire à des gens qui accréditaient ce que je leur disais, mais qui voulaient en avoir la preuve. Je leur ai répondu qu'on allait le leur démontrer. C'est là que le virage s'est produit.»[813]). Cette position privilégiée permit à ces jeunes psychiatres de se faire entendre auprès des autorités sanitaires, notamment par le truchement de rapports. Parmi ceux-ci, il est possible de citer le rapport[814] rendu à Commission d'Etude des Problèmes de Santé Mentale[815] en 1948 par Lucien BONNAFÉ et Jean LAUZIER (assisté

808 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique*, Payot, Paris, 1981, p.124
809 Paul SIVADON, «La traversée du désert, L'alliance avec la Sécurité sociale » *in* Lion MURARD, François FOURQUET *Histoire de la psychiatrie de secteur ; Recherches* n°17, Mars 1975, pp.133-135
810 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique*, Payot, Paris, 1981, p.124
811 Appellation donnée aux médecins conseils des assurances sociales
812 Paul SIVADON, « La traversée du désert, L'alliance avec la Sécurité sociale » *in* Lion MURARD, François FOURQUET *Histoire de la psychiatrie de secteur ; Recherches* n°17, Mars 1975, p.133
813 Paul SIVADON, « La traversée du désert, L'alliance avec la Sécurité sociale » *in* Lion MURARD, François FOURQUET *Histoire de la psychiatrie de secteur ; Recherches* n°17, Mars 1975, p.133
814 Jean LAUZIER. et al., "Rapport sur les conditions techniques auxquelles doit répondre un hôpital psychiatrique", *Techniques hospitalières*, n° 41, 1949, pp. 5-12
815 Créée par un arrêté du 2 mai 1947, la Commission d'Etude des Problèmes de Santé Mentale avait été obtenue du Ministère de la Santé publique et de la Population sur l'insistance des psychiatres qui s'y impliquèrent fortement par l'intermédiaire du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux.

par un directeur d'hôpital psychiatrique Henri GODEAU)[816].

Louis LE GUILLANT faisait aussi partie de ces psychiatres qui n'étaient pas effrayés par la mutation de leur discipline. Quand il réussit à obtenir l'ouverture d'un CTRS à l'Hôpital de Villejuif (« Après la Seconde Guerre mondiale, Le Guillant, médecin-chef de l'hôpital psychiatrique de Villejuif du département de la Seine, établit un Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale, dont une des principales fonctions est d'introduire une alternative à l'internement classique et massif »[817]), il inscrivit son action dans la même logique que celle de Paul SIVADON.

Les deux hommes sont souvent considérés comme les pionniers de la psychiatrie sectorisée et sont donc souvent associés en tant qu'éléments moteurs de la nouvelle organisation psychiatrique française (« Je crois que ce qui a été capital […] ça a été la création des deux CTRS de Sivadon et de Le Guillant. »[818]).

Louis LE GUILLANT faisait partie de la génération de psychiatres ayant connu l'horreur meurtrière de l'organisation asilaire pendant la période de l'Occupation. À ce titre, il était, comme nombre de ses collègues, dans une démarche intellectuelle et pratique de refondation totale des modes de prises en charge des malades psychiques (« La réflexion engagée par Le Guillant – avec nombre de collègues de sa génération – autour du rôle de l'institution sur le comportement des patients […] s'accompagne de la volonté de fonder un système de prise en charge mieux adapté, de construire une offre de soins plus en phase avec la réalité sanitaire. »[819]).

La démarche de Louis LE GUILLANT était novatrice tant sur le plan pratique que sur le plan théorique. Le psychiatre ne se contentait pas, par la mise en place du CTRS et du travail pensé comme thérapie, de donner une activité occupationnelle curative aux patients. S'il ne contestait pas la nouvelle conception de la fonction du travail au sein de l'institution hospitalière (« l'intention de Daumézon et de plusieurs de ses confrères, dont

816 Pierre NOËL, « Les prémisses du secteur. Quinze ans d'Information Psychiatrique (1945-1960) » ; *L'Information Psychiatrique*, septembre 1995, n°7, p.636
817 Jean-Christophe COFFIN, « Le travail dans les services rend-il malade ? L'analyse du psychiatre Louis Le Guillant dans les années 1950-1960 », *Le Mouvement Social*, vol. No 211, no. 2, 2005, p.69
818 Pierre BAILLY-SALIN, « La traversée du désert, Rotation des malades. Fonction historique des CTRS » *; Histoire de la psychiatrie de secteur ; Recherches* n°17, Mars 1975, p.151
819 Jean-Christophe COFFIN, « Le travail dans les services rend-il malade ? L'analyse du psychiatre Louis Le Guillant dans les années 1950-1960 », *Le Mouvement Social*, vol. No 211, no. 2, 2005, p.69

Le Guillant, est de donner au travail effectué par les malades une vocation thérapeutique et non plus seulement une fonction économique »[820]), Louis LE GUILLANT restait plus prudent et circonspect sur la nécessité de voir se pérenniser cette activité thérapeutique à l'intérieur de l'institution hospitalière.

Sur cette question, il se distinguait de certains de ses confrères (« Dans le cadre de son CTRS, Le Guillant cherchait à ce que la vie à l'hôpital soit proche de celle prévalant au-delà des murs de l'établissement afin que le malade ne trouve pas son existence trop confortable dans le cadre hospitalier. Il augmentait autant que possible le rythme des sorties afin que les malades se réadaptent à l'extérieur et pas seulement dans le "cocon" de l'établissement. Enfin, pour le travail, il préférait favoriser là aussi les conditions réelles de l'activité plutôt que de créer des activités plus ou moins factices. »[821]).

De plus, il est à noter que les trois médecins (Louis LE GUILLANT, Paul SIVADON et Georges DAUMÉZON) ont « commencé à penser […] à fixer une "aire de recrutement" à leurs services ». Ces psychiatres précurseurs ont essentiellement travaillé «sur un plan d'entente individuelle et en dehors de toute réglementation[822]». Le plan d'entente était alors guidé par un principe manifeste : «n'est sectorisé que qui veut l'être»[823].

Il est également important de préciser que ces trois psychiatres organisèrent, entre leurs services respectifs, dès 1952 et la nomination de Georges DAUMÉZON au service des admissions de l'Hôpital Sainte-Anne[824], un partage de l'aire géographique du grand hôpital psychiatrique parisien[825]. A ce sujet, Georges DAUMÉZON témoignait que : « Jusque-là, les malades qui venaient à l'admission étaient distribués d'une façon arbitraire entre les différents services. […] Nous avons pensé avec LE GUILLANT et SIVADON de fixer une aire de recrutement»[826].

820 Jean-Christophe COFFIN, « Le travail dans les services rend-il malade ? L'analyse du psychiatre Louis Le Guillant dans les années 1950-1960 », *Le Mouvement Social*, vol. No 211, no. 2, 2005., p.70
821 *Ibid*., p.71
822 Georges DAUMÉZON *in* François FOURQUET, Lion MURARD, *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; Éditions Recherches, Encres, 1980, pp.127-128 et p.187
823 Georges DAUMÉZON, « L'Etat se met de la partie, Réticence du syndicat » *in Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.212
824 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, janvier 2006, p.119
825 Jean-Louis DESCHAMPS, *1838-1990: immobilisme ou mutation du droit. Origines et fond premier de la législation française en matière de psychiatrie publique* ; Grenoble 1, 1991, p.77
826 Georges DAUMÉZON, *Annales Médico-psychologiques*, 1989, Volume 146, numéro 9, p.835

Ces aires de recrutement fixées par les trois médecins demeurèrent officieuses et ne bénéficièrent d'aucun fondement réglementaire[827]. Ce furent simplement des outils géo-démographiques leur permettant de mieux réguler et coordonner leurs actions sur le territoire de Paris. Le recrutement était ainsi organisé sur des critères de répartition géographique et d'unisexualisation. A titre d'exemple, Paul SIVADON, qui exerçait à l'Hôpital de Ville-Evrard, recrute les hommes du XIXème et XXème arrondissement de Paris et de la banlieue Est[828].

Dans sa thèse de doctorat, Philippe MARIN compléta cette analyse en précisant la nature même du principe originel guidant toute politique de sectorisation ultérieure :
« Chaque lit psychiatrique d'établissement public ou d'établissement faisant fonction de public est désormais attribué à un secteur déterminé. C'est en quelque sorte le préalable à toute sectorisation psychiatrique. »[829].

Les expériences des CTRS menées par Louis LE GUILLANT et Paul SIVADON ainsi que la réforme du service des admissions de l'Hôpital Sainte-Anne engagée par Georges DAUMÉZON révélaient le dynamisme créateur de certains psychiatres français de l'après-guerre qui, grâce à des fonctionnaires compréhensifs, purent appliquer les idées désaliénistes muries pendant l'Occupation et lors des journées nationales de la psychiatrie. C'est ce que Michel AUDISIO nomma « le grand tournant de la psychiatrie[830]». Ce grand tournant fut celui d'une période où « il existait des relations fructueuses entre les interlocuteurs, psychiatres et administrateurs » et où « le ministre de la Santé était entouré de conseillers techniques psychiatres [831]».

Ces relations bilatérales productives entre les médecins psychiatres, le ministre de la Santé et les hauts fonctionnaires naquirent à la Libération sous le ministère de François BILLOUX[832]. Elles se poursuivirent jusque dans les années 1950 et scellèrent un pacte

827 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE ; *Le secteur psychiatrique* ; Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ? ; Paris, 1994, p.28
828 Ibid.;p.28
829 Philippe MARIN, *Les activités extrahospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Université Bordeaux 1, 1989, p.77
830 Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur, une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Privat, Toulouse, 1980, p.86
831 *Ibid.,* p.86
832 François BILLOUX, *Quand nous étions ministres* ; Éditions Sociales, Paris, 1972, p.134

d'efficacité pour l'organisation de la psychiatrie en France[833] (« […] à cette époque il existait des relations fructueuses entre les interlocuteurs, psychiatres et administrateurs. Le ministre de la Santé était entouré de conseillers techniques psychiatres [834]»). Lorsque ce pacte pragmatique sera rompu, les évolutions positives seront plus lentes et la stagnation organisationnelle s'installera.

La Commission des maladies mentales fut créée en 1949[835] au sein du Conseil Permanent d'Hygiène Sociale (CPHS)[836]. Elle était l'héritière de la Commission d'étude des problèmes de la santé mentale (1947)[837] présidée par le Directeur de l'Hygiène Sociale Eugène AUJALEU[838]. Selon Marie-Claude Georges et Yvette TOURNE, la Commission des maladies mentales serait «issue de la Commission de la santé mentale, créée par Bonnafé et Lauzier, dès la Libération et formée de représentants syndicaux des médecins et des personnels ainsi que de membres des sociétés savantes.»[839]

Le rôle premier de la Commission des maladies mentales était de contribuer à une amélioration de l'organisation de la psychiatrie française. A sa création, cette commission était présidée par Georges HEUYER[840] et son vice-président était Xavier ABÉLY[841]. Le secrétaire général du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques était le seul membre de droit provenant du corps médical de la Commission. Les autres membres de

833 Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale* ; Privat, Toulouse, 1980, p.86
834*Ibid*., p.86
835 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Presses Universitaires de France, Que sais-je ?, Paris, 1994, p.34
836 Nicolas HENCKES, *Le nouveau monde de la psychiatrie française : les psychiatres, l'état et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970* ; Sociologie. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), 2007, p.399
837 Arrêté du 2 mai 1947 portant création d'une commission d'études des problèmes de santé mentale, Journal Officiel de la République Française du 6 mai 1947, p.4229
838 Jean AYME, « Les choix syndicaux » *in Chroniques de la psychiatrie publique. À travers l'histoire d'un syndicat*, sous la direction de Jean AYME ; ERES, 1995, p. 35
839 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Presses Universitaires de France, Que sais-je ?, Paris, 1994, p.34
840 Georges HEUYER (1884-1977) est un psychiatre né dans une famille de médecins. Il est spécialisé en psychiatrie infantile et juvénile. Il soutient sa thèse de doctorat en 1914 (Enfants anormaux et délinquants juvéniles*:* nécessité de l'examen psychiatrique des écoliers). En 1920, il est nommé médecin de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de police dont il deviendra directeur. La même année, il est nommé médecin inspecteur des écoles de la Seine et commence ses travaux sur les enfants psychopathes. Il est également un proche d'Édouard TOULOUSE et contribuera à la création de l'Hôpital Henri-Rousselle. En 1948, il occupe la chaire de psychiatrie infantile nouvellement créée. En 1953, il fonde la Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfance. Un de ses fameux élèves est le désaliéniste Louis LE GUILLANT. Georges HEUYER est considéré comme l'un des précurseurs de la pédopsychiatrie française.
841 Xavier ABÉLY (1890-1965) est un psychiatre né dans une famille de médecins (son frère Paul est également psychiatre). Il dirigera entre 1937 et 1952 le service des admissions de l'Hôpital Sainte-Anne à Paris. Il est l'auteur de nombreux articles scientifiques, notamment en endocrino-psychiatrie.

la commission étaient nommés au titre de personnalités qualifiées[842]. Parmi, ces membres, les jeunes psychiatres issus du courant désaliéniste étaient représentés, entre autres, par Lucien BONNAFÉ.

Chapitre 2: La mise en place d'une planification sectorielle en psychiatrie

Les autorités administratives et politiques se trouvèrent au contact direct de la volonté réformatrice des jeunes psychiatres rassemblés autour de Lucien BONNAFÉ, Georges DAUMÉZON et Louis LE GUILLANT. En effet, les premières rencontres entre l'administration, les politiques et ces jeunes médecins eurent lieu dès l'année 1945 quand Lucien BONNAFÉ et Louis LE GUILLANT devinrent conseillers techniques dans le cabinet du ministre de la Santé publique François BILLOUX[843].

Les liens se maintinrent ensuite grâce à la détermination d'un médecin haut fonctionnaire du ministère de la Santé publique : Eugène AUJALEU. C'est lui et ses adjoints successifs qui favorisèrent l'étroite collaboration entre le Ministère et les psychiatres réformateurs sur des fondements solides de compréhension mutuelle des intérêts et impératifs de chacun. En effet, les psychiatres devaient comprendre que l'administration ne pouvait réformer trop brutalement un système de soins asilaire vieux de plus de cent ans et auquel la majorité du corps médical et hospitalier était habitué. Toutefois, l'administration s'était engagée à appréhender l'impérieux besoin de réforme demandée par des jeunes et brillants médecins ayant dû faire face avec violence à l'horreur ségrégative et criminelle de l'organisation asilaire de la psychiatrie française.

Les deux corps professionnels apprirent à se côtoyer et à se connaître. D'autres psychiatres, tel Hubert MIGNOT, devinrent des membres réguliers de commissions ministérielles et le travail et l'écoute réciproques prirent une forme assez originale dans

842 Nicolas HENCKES, «*Le nouveau monde de la psychiatrie française : les psychiatres, l'état et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*» ; Sociologie. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), 2007, p.399

843 Georges DAUMÉZON, « Genèse de la circulaire de 1960. L'Etat se met de la partie » *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur ; Recherches* n°17, Mars 1975, p.187

l'histoire de la législation sanitaire française. Depuis Jean-Étienne-Dominique ESQUIROL, les lois et règlements en matière de psychiatrie étaient souvent influencés par les médecins psychiatres et ce n'est pas cette influence qui fut nouvelle dans la France de l'après-guerre, c'était la volonté commune d'œuvrer à des réformes d'ampleur. Ces réformes ne pouvaient se concevoir, de part et d'autre sans la présence constante de médecins spécialisés au sein du ministère de la Santé publique.

La circulaire du 15 mars 1960 fut souvent analysée comme très visionnaire voire surprenante pour le corps des psychiatres et des travailleurs de la psychiatrie. Il est vrai que cette circulaire fut prise dans un contexte politique difficile (la guerre d'Algérie s'achevait[844]) et qu'elle prit au dépourvu certains psychiatres et fonctionnaires. Toutefois, elle ne pouvait pas vraiment s'entendre comme une surprise faite par l'administration aux médecins psychiatres. En effet, compte tenu des liens tissés entre l'administration du ministère de la Santé publique et les psychiatres réformateurs depuis 1945, il semble difficilement imaginable que ces derniers aient pu être maintenus à l'écart de la rédaction et de la parution d'une circulaire aussi importante[845]. A titre d'exemple, il est possible de citer Hubert MIGNOT qui était très souvent présent dans les commissions ministérielles et qui joua un rôle considérable dans la rédaction de règlements[846].

La circulaire du 15 mars 1960 fut donc promulguée avec l'idée affirmée de construire la sectorisation psychiatrique. Cet objectif était limpide pour tous. Elle s'accompagna d'une seconde circulaire, moins connue, publiée le même jour et qui concernait les hôpitaux psychiatriques anciens. Néanmoins, si la circulaire du 15 mars 1960 est aujourd'hui considérée unanimement comme fondatrice de la politique de sectorisation psychiatrique en France, elle ne fut, lors de sa publication, que peu lue et reçue par ses principaux destinataires et ceci affecta son application. (**Section 1**)

Afin de promouvoir et de rendre efficiente la réforme de l'organisation de la psychiatrie proposée par la circulaire du 15 mars 1960, tous les acteurs de la santé mentale se coordonnèrent. Certains médecins psychiatres (les « désaliénistes »)

844 Georges DAUMÉZON, « Conjoncture de la naissance de la psychiatrie de secteur en France » ; *Annales Médico-psychologiques*, tome 2, n°1, 1977, pp.80-81
845 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.143
846 Dimitri KARAVOKYROS, « Le rôle du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques dans la mise en place du secteur », *Sud/Nord*, vol. 25, no. 1, 2010, p.100

œuvrèrent ardemment et opiniâtrement pour que la psychiatrie asilaire disparaisse des consciences de leurs pairs. Cette lutte fut acharnée car nombre de psychiatres restaient attachés au modèle asilaire dans lequel ils trouvaient un certain confort. Les désaliénistes ne désarmèrent pas et publièrent de nombreux articles scientifiques pour exposer leurs idées. Quant à l'administration ministérielle sanitaire, elle réussit, entre 1960 et 1972, à promulguer un certain nombre de normes facilitant l'application de la circulaire du 15 mars 1960. Toutefois, ces normes ne furent pas suffisantes et il fallut attendre l'arrêté et la circulaire du 14 mars 1972 pour voir la sectorisation psychiatrique se développer uniformément sur le territoire français. Enfin, la profession d'infirmier psychiatrique a connu une évolution parallèle à celle de la sectorisation psychiatrique. Entre 1955 et 1979, les autorités administratives, les médecins-psychiatres et les infirmiers psychiatriques eux-mêmes contribuèrent à faire évoluer ce métier vers plus de professionnalisme. En effet, les psychiatres n'avaient plus besoin de gardiens mais de personnels formés à faire appliquer les thérapies mises en œuvre. Sans un personnel infirmier formé, cette tâche serait restée une gageure. (**Section 2**)

Section 1: La circulaire originelle du 15 mars 1960

L'analyse de la majorité des publications concernant la circulaire du 15 mars 1960[847] indique que cette dernière est unanimement reconnue comme fondatrice, institutionnellement, administrativement et réglementairement, de la politique de sectorisation psychiatrique française. En effet, c'est à partir de cette date et de cette circulaire que la psychiatrie française fut organisée sur le modèle géo-démographique et clinique du « secteur ».

Le psychiatre Gérard BLEANDONU fit très pertinemment remarquer que la nouvelle organisation de la psychiatrie française voulue par les pouvoirs publics ne se fit pas par l'intermédiaire d'une loi comme pour l'institution de la réforme de 1838. En effet, il notait que « Contrairement au mouvement du XIXème siècle qui avait institué l'assistance psychiatrique par une loi, ce fut une circulaire du ministère de la Santé en date du 15 mars 1960 qui définit "la politique de secteur" et la manière de la réaliser.[848]»

847 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

848 Gérard BLEANDONU, *Dictionnaire de psychiatrie sociale* ; Petite Bibliothèque Payot, Paris, 1976, p.223

La circulaire du 15 mars 1960 fut vécue par les laudateurs d'une nouvelle organisation psychiatrique plus humaniste comme une avancée indéniable voire une victoire[849]. Toutefois, d'un point de vue juridique, il semble fondamental de s'interroger sur les conséquences que put avoir la promulgation d'une norme de si faible valeur dans la hiérarchie juridique française sur une question d'ordre public aussi importante que la structuration du traitement médical des malades psychiques.

En effet, il semble légitime de se demander pourquoi le législateur de l'époque ne choisit pas une forme juridique plus contraignante (une loi) pour mettre en place la modernisation de la psychiatrie. Eugène AUJALEU (directeur général de la santé, médecin agrégé de l'Hôpital du Val-de-Grâce[850], ancien directeur de la santé publique du gouvernement d'Alger, auteur d'un schéma de médecine préventive en 1944[851]) répondit, en 1975, à cette éventuelle objection en rappelant qu' « on ne pouvait rien faire sans toucher cette sacrée loi de 1838 […] Comme on ne pouvait pas toucher à la loi, il n'y avait plus que la circulaire*.[852]*»

Toutefois, malgré la réponse apportée par le directeur général de la santé à l'époque de la circulaire, il semble difficilement contestable que la faiblesse de l'acte administratif organisant la sectorisation psychiatrique en France ait porté un préjudice considérable à celle-ci, principalement dans sa mise en place. En effet, le caractère non contraignant et non coercitif de la circulaire du 15 mars 1960 n'incita ni les médecins, ni les directeurs d'établissement ni les élus[853] à agir clairement pour qu'un système plus humaniste vînt se substituer à l'organisation asilaire.

La publication de la circulaire du 15 mars 1960, malgré son caractère imprécis et latitudinaire, semblait répondre à un besoin de réglementation dans un domaine en pleine évolution où les structures légales existantes étaient obsolètes et inadaptées. A cet effet, Eugène AUJALEU chargea Marie-Rose MAMELET et Pierre JEAN de rédiger un plan de modernisation des hôpitaux psychiatriques. Ces derniers « concluent avec les conseillers

849 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Presses Universitaires de France, Que sais-je ?, Paris, 1994, p.35
850 Georges DAUMÉZON, «L'Etat se met de la partie, Un personnage-clé : Aujaleu» *in Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.185
851 Lion MURARD, Patrick ZYLBERMAN, « Mi-ignoré, mi-méprisé : le ministère de la santé publique, 1920-1945 », *Les Tribunes de la santé* 2003/1 (no 1), p.31
852 Eugène AUJALEU, «L'Etat se met de la partie, Genèse de la circulaire de 1960» *in Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.188
853 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, janvier 2006, p.131

techniques (Bailly-Sallin, Bouquerel , Froment, Koechlin et Mignot) que celui-ci [le plan de modernisation] implique la mise en place de la sectorisation et il élaborent en fait deux circulaires.[854] »(**Paragraphe 1**). Cette publication d'un texte réformateur ne fut pas sans conséquences sur la profession de médecins-psychiatre et ces derniers réagirent diversement lorsqu'ils se virent imposer administrativement le mode d'organisation sectoriel. Les conséquences de ce texte furent également été observées dans le domaine des structures extrahospitalières psychiatriques puisque ces dernières devaient fonctionner sans cadre légal (**Paragraphe 2**).

Paragraphe 1: La promulgation de la circulaire

La mise en place de la sectorisation psychiatrique en France résulta de la promulgation d'un texte réglementaire devenu par la suite une référence incontournable pour les acteurs du soin en santé mentale : la circulaire ministérielle du 15 mars 1960[855]. La promulgation de la circulaire du 15 mars 1960 fut une demi-surprise pour les psychiatres et les acteurs de la santé mentale. En effet, peu s'attendaient à une telle action de la part des autorités sanitaires et Georges DAUMÉZON remarquait que la circulaire avait pris de vitesse les psychiatres[856].

Toutefois, la proximité de la Direction Générale de la Santé d'Eugène AUJALEU avec les psychiatres les plus actifs de la jeune génération des désaliénistes laissait entrevoir qu'une telle norme pût voir le jour. Marie-Rose MAMELET (elle-même fille de directeur d'hôpital psychiatrique[857]), responsable du Bureau des maladies mentales, était conseillée techniquement par Hubert MIGNOT, Pierre BAILLY SALIN, Philippe KOECHLIN, Jacques BOUQUEREL et le Dr FROMENT[858].

854 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Presses Universitaires de France, Que sais-je ?, Paris, 1994, p.35
855 Audrey VOLPE, Marc DUPONT, «Que reste-t-il de la sectorisation psychiatrique ? » ; *Revue de Droit Sanitaire et Social*, septembre-octobre 2017, n°5, p.891
856 Georges DAUMÉZON, « Problèmes de la psychiatrie de secteur en France» ; *L'Information Psychiatrique*, vol. 40, n°9, 1964, p.655
857 Hubert MIGNOT, «L'Etat se met de la partie, Genèse de la circulaire de 1960 » *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur ; Recherches* n°17, Mars 1975, p.187
858 Marie-Rose MAMELET, «L'Etat se met de la partie, Genèse de la circulaire de 1960 » *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur ; Recherches* n°17, Mars 1975, p.188

Le Syndicat des Psychiatres Hospitaliers fut, par l'intermédiaire de ses membres précédemment cités, également associé aux travaux préparatoires sur la circulaire[859]. La surprise vint du fait que la circulaire fût promulguée dans un contexte défavorable c'est à dire avec des réserves profondes émises par la majorité des membres du Syndicat des Psychiatres Hospitaliers[860] et semblait contraster avec la politique gaullienne en matière de traitement des maladies mentales[861]. En effet, jusqu'à cette circulaire la politique gouvernementale était celle du maintien d'un *statu quo* institutionnel c'est à dire un soutien tacite à l'hospitalo-centrisme asilaire.

Le 15 mars 1960 vit donc la promulgation de deux textes réglementaires relatifs à la psychiatrie : un texte relatif à la modernisation des hôpitaux psychiatriques anciens et un autre concernant l'organisation des équipements départementaux en matière de lutte contre les maladies mentales. Initialement, ces deux circulaires devaient être réunies au sein d'un seul texte mais les hautes autorités sanitaires préférèrent les séparer[862].

La situation désastreuse des hôpitaux psychiatriques avait rendu nécessaire la promulgation d'un texte réglementaire incitant à leur modernisation. Avant la Seconde Guerre mondiale la situation dans les hôpitaux psychiatriques était déjà préoccupante et le choc de la mort de dizaines de milliers de malades psychiques pendant la période de l'Occupation vint confirmer la nécessité d'une réforme. Toutefois, dans l'immédiat après-guerre les fonds manquèrent pour opérer cette transformation[863] et la rénovation des hôpitaux psychiatriques, n'étant pas une priorité pour les autorités gouvernementales, dut attendre le début des années 1960[864].

Ces deux circulaires promulguées le même jour eurent des destins et des notoriétés différentes. La circulaire relative à l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est considérée comme le socle juridique et symbolique de la sectorisation psychiatrique française. Elle suscita un intérêt majeur de la part de grand nombre de psychiatres et de fonctionnaires des ministères de la santé successifs.

859 Pierre BAILLY-SALIN, «L'Etat se met de la partie, Genèse de la circulaire de 1960 » *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur ; Recherches* n°17, Mars 1975, p.187
860 Georges DAUMÉZON, «L'Etat se met de la partie, Réticences du Syndicat » *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur ; Recherches* n°17, Mars 1975, p.212
861 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.151
862 Pierre BAILLY-SALIN, «L'Etat se met de la partie, Genèse de la circulaire de 1960 » *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur ; Recherches* n°17, Mars 1975, p.189
863 Marie-Rose MAMELET, «L'Etat se met de la partie, Genèse de la circulaire de 1960 » *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur ; Recherches* n°17, Mars 1975, p.189
864 *Ibid*., p.189

Certes, si la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales fut, en même temps qu'une innovation majeure dans l'organisation de la psychiatrie française, "un phénomène insolite dans la politique de santé mental", elle n'apparut pas dans la psychiatrie française *ex nihilo*. Elle fut le résultat d'une longue maturation idéologique, de nombreuses expérimentations menées les psychiatres désaliénistes[865], de l'apparition d'une nouvelle pharmacopée[866] et de l'évolution politique des autorités sanitaires entamée dès la Libération.

Entre 1945 et 1960, la psychiatrie française connut de nombreuses évolutions organisationnelles et idéologiques. En effet, quelques psychiatres parmi les plus entreprenants et les plus convaincants réussirent à imposer les idées aux différentes administrations et notamment celle de la Sécurité sociale qui financera les expérimentations les plus efficaces en matière de prophylaxie. Le meilleur exemple est celui de Paul SIVADON et Louis LE GUILLANT qui créèrent dès 1947 des Centres de Traitement et de Réadaptation Sociale (CTRS) avec le soutien financier des Caisses régionales de Sécurité sociale[867].

De plus, à partir de 1945, les psychiatres français se réunirent de façon unitaire très régulièrement lors de journées d'études très fécondes au cours desquelles toutes les questions présentes et futures relatives à la santé mentale étaient abordées (Journées nationales de la psychiatrie de 1945 et 1947, Groupe de Sèvres, Journées psychiatriques organisées par la Société L'Evolution Psychiatrique). Cette évolution idéologique des psychiatres français s'accompagna parallèlement de réformes réglementaires. Toutefois, les normes édictées pendant cette période ne furent pas de nature à bouleverser l'organisation, toujours asilaire et hospitalocentrée, de la psychiatrie française. La genèse de la circulaire du 15 mars 1960 fut donc longue et riche en contributions idéologiques et juridiques. **(A)**

865 Marie-Rose MAMELET, «L'Etat se met de la partie, Genèse de la circulaire de 1960 » *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur ; Recherches* n°17, Mars 1975, p.190

866 Audrey VOLPE, Marc DUPONT, «Que reste-t-il de la sectorisation psychiatrique ? » ; *Revue de Droit Sanitaire et Social*, septembre-octobre 2017, n°5, p.892

867 Jean GARRABÉ, « La dimension sociale de la psychiatrie française » *in* Jean-Paul ARVEILLER, *Pour une psychiatrie sociale.* Éditions Érès, 2002, p.58

Le texte princeps de la sectorisation psychiatrique[868], rédigé par Marie-Rose MAMELET et Hubert MIGNOT[869], était un simple acte réglementaire ministériel[870] pouvant être défait à la faveur d'un changement politique ou administratif. Bien qu'elle revêtît rapidement une importance considérable dans la construction juridique de la sectorisation psychiatrique, la circulaire du 15 mars 1960 ne fut pas publiée au Journal Officiel de la République Française. Elle fut simplement publiée dans la revue professionnelle *l'Information psychiatrique* de novembre 1960[871]. Pourquoi ce texte si fondamental mais non contraignant ne connut-il pas une diffusion plus étendue ?

Les réponses à cette question varient en fonction de l'angle d'analyse choisi. Du point de vue de certains psychiatres de service public, comme Michel AUDISIO, cette circulaire fut considérée comme trop hospitalo-centrique car ne reprenant pas les analyses de la Commission des maladies mentales relatives à l'implantation de structures psychiatriques dans un « territoire vierge de toute formation psychiatrique.»[872].

En effet, avant la promulgation de la circulaire du 15 mars 1960, les psychiatres du courant désaliéniste avaient envisagé une réorganisation géo-démographique du soin dispensé aux malades psychiques depuis 1945 et les premières journées psychiatriques nationales[873]. Même si ces derniers n'envisageaient pas une fermeture immédiate et totale des hôpitaux psychiatriques, leur vision de l'institution était suffisamment négative pour en imaginer une disparition progressive.

La circulaire du 15 mars 1960 marquait, de fait, un maintien de l'hôpital comme moteur et centre de la nouvelle politique de psychiatrie en France. C'est ce fait que purent déplorer les médecins fondateurs de la sectorisation psychiatrique française[874]. Pour être pleinement conforme à l'esprit désaliéniste, la circulaire aurait dû affirmer un détachement

868 La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

869 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.143

870 Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Privat, Toulouse, 1980, p.88

871 Georges DAUMÉZON, «Conjoncture de la naissance de la psychiatrie de secteur en France» ; *Annales médico-psychologiques*, Paris, t.2, 135e année, n°1, 1977, pp.81-82

872 Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Privat, Toulouse, 1980, p.90

873 Hubert MIGNOT, Le « secteur » ; *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37915-A-10, 1967, p.1

874 Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Privat, Toulouse, 1980, p.90

plus marqué et plus explicite vis-à-vis de l'hôpital psychiatrique.

La circulaire du 15 mars 1960 est donc l'acte fondateur de la politique de secteur qui devint à partir de cette date la politique officielle de la France en matière de lutte contre les maladies mentales[875]. Elle apparut dans un contexte politique et administratif devenu plus propice à une réforme d'une telle ampleur (« Les circonstances administratives étaient devenues un peu plus favorables.[876] »).

Cette circulaire fut la rencontre de deux volontés réformatrices: celle de psychiatres progressistes (Lucien BONNAFÉ, Georges DAUMÉZON, Hubert MIGNOT, Pierre BAILLY-SALIN notamment) et celle de la haute administration sanitaire (Marie-Rose MAMELET, Pierre JEAN et Eugène AUJALEU)[877].

Dans un article datant de 1964, le psychiatre Georges DAUMÉZON en donnait une définition concise et synthétique : «Le principe fondamental consiste à confier chaque malade à une même équipe médicale et médico-sociale, qu'il vive au dehors et bénéficie de soins intermittents sous des formes variées, ou qu'il soit hospitalisé pour un temps plus ou moins long.»[878]. De plus, il considérait que ce principe fondamental constituait une réelle nouveauté en matière de médecine sociale[879] car la politique de sectorisation supposait une organisation structurée d'actes logiquement attachés et dispensés selon une philosophie rationnelle.

Malgré son absence de volonté de deshospitalisation et de rupture avec l'hospitalo-centrisme, la circulaire du 15 mars 1960 correspondait dans son esprit et dans sa lettre à la doctrine du secteur établie depuis quinze ans par les psychiatres les plus réformateurs[880]. La circulaire demandait à chaque département de définir son propre programme d'organisation et d'équipement.

875 Hubert MIGNOT, Le « secteur » ; *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37915-A-10, 1967, p.4
876 Eugène AUJALEU, «L'Etat se met de la partie» *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p. 207
877 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.111
878 Georges DAUMÉZON, « Problèmes de la psychiatrie de secteur en France » ; *L'Information Psychiatrique*, novembre 1964, n°9, p.653
879 *Ibid*., p.653
880 Hubert MIGNOT, Le « secteur » ; *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37915-A-10, 1967, p.4

De plus, elle précisait les besoins extrahospitaliers en établissant un schéma type de dispensaires à réaliser. La circulaire ne se contentait pas d'établir un relevé des besoins départementaux. Elle incitait fortement les acteurs de la psychiatrie à étudier le fonctionnement du dispositif afin que la division en secteurs géographiques offrît des perspectives d'intervention continue (reconnaissance du concept de continuité des soins) à une même équipe pluridisciplinaire qui officierait à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital. De ce fait, elle opérait un état des lieux officiel de la psychiatrie française et, selon Cyril HAZIF-THOMAS, établissait « des constats terribles en terme de misère de l'aliénation ordinaire.»[881]

La circulaire exprima donc l'unité de la prévention, de la prophylaxie, des soins hospitaliers et de la postcure. Ce principe d'unité des actions de la psychiatrie publique caractérisait le système français de sectorisation psychiatrique[882]. Enfin, la circulaire reconnaissait un rôle fondamental aux médecins-chefs de l'hôpital psychiatrique puisqu'ils se voyaient contraints de préparer le programme d'organisation et d'équipement[883].**(B)**

La postérité de la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales occulta une seconde circulaire parue le même jour[884]. Elle était consacrée aux hôpitaux psychiatriques[885]. Cette circulaire n'avait pas une importance moindre que celle consacrée à la planification de la lutte contre les maladies mentales.

En effet, elle démontrait la volonté manifeste des autorités sanitaires de ne pas abandonner l'usage des hôpitaux psychiatriques alors que la Grande-Bretagne orientait sa politique de santé mentale vers une fermeture progressive de ses institutions psychiatriques. Dans cette circulaire, le ministre de la Santé Bernard CHENOT avalisait l'idée de la modification interne et externe des hôpitaux psychiatriques afin de rompre avec leur nature asilaire répulsive et ainsi en faire des hôpitaux similaires aux autres. Selon

881 Cyril HAZIF-THOMAS, *La liberté de choix des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques*, thèse soutenue à l'Université de Rennes, 13 septembre 2016 ; publiée aux Éditions LEH, Collection Thèse, 2016, p.128
882 Audrey VOLPE, Marc DUPONT, «Que reste-t-il de la sectorisation psychiatrique ? » ; *Revue de Droit Sanitaire et Social*, septembre-octobre 2017, n°5, p.892
883 Hubert MIGNOT, Le « secteur » ; *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*, 37915-A-10, 1967, pp.4-5
884 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.154
885 Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens

Pierre NOËL, c'est cette circulaire qui fut favorisée par les directeurs d'hôpitaux et les préfets. Ceux-ci étaient plus enclins à opter pour une modernisation plutôt que pour une transformation totale.[886]**(C)**

A/ la genèse de la circulaire du 15 mars 1960

La volonté administrative et étatique de changement en matière d'organisation psychiatrique matérialisée par la circulaire du 15 mars 1960 fut le fruit d'un long travail de réflexion et d'expériences menés depuis 1945[887]. La théorie du secteur, déjà ébauchée à l'Hôpital de Saint-Alban, commença à prendre forme dès mars 1945 lors des journées nationales de psychiatrie[888] puis elle se développa lors de rencontres entre les psychiatres les plus actifs et les plus productifs scientifiquement (secondes journées nationales de psychiatrie en 1947, journées de Bonneval organisées par Henri EY, les rencontres de Sèvres en 1957-1958 à l'initiative des CEMÉA et de Georges DAUMÉZON etc.).

Une autre raison expliquant la publication de la circulaire révolutionnaire du 15 mars 1960 tenait dans les excellentes relations nouées dès la Libération entre les psychiatres désaliénistes et les autorités ministérielles sanitaires. En effet, Lucien BONNAFÉ et Louis LE GUILLANT furent conseillers techniques au ministre de la Santé publique et de la Population et à ce titre permirent la création de liens durables entre la haute fonction publique sanitaire et les représentants des psychiatres[889].

Ces relations bilatérales équilibrées et ces dialogues fructueux entre les praticiens hospitaliers et les agents administratifs se manifestèrent notamment par la rédaction de rapports à «l'audience considérable»[890.]. Ainsi, en 1953, Lucien BONNAFÉ présenta un rapport ministériel. Ce rapport fut présenté à la Commission des maladies mentales qui siégeait auprès du ministre de la Santé et qui le conseillait sur la question de la

886 Pierre NOËL, « Les prémisses du secteur. Quinze ans d'Information Psychiatrique (1945-1960) » ; *L'Information Psychiatrique*, septembre 1995, n°7, p.641
887 Sylvie BIAREZ, «Une politique publique : la santé mentale (1970-2002)» ; *Revue française d'administration publique*, 2004/3 (n°111), p.518
888 Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Privat, Toulouse, 1980, pp.73-74
889 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, 2006, p.112
890 *Ibid.,* p.86

psychiatrie. Il suggérait «une organisation sectorielle de la lutte contre les maladies mentales»[891].

En 1956, c'est encore Lucien BONNAFÉ qui fut un des animateurs de l'équipe de psychiatres (Hubert MIGNOT, Paul SIVADON, E.REGIS et M.JACQUELIN) qui rédigea et déposa un rapport devant la Commission des maladies mentales du ministère des Affaires sociales (28 février 1956)[892]. Ce rapport, comme le précédent, posa plusieurs fondements de la sectorisation psychiatrique en France et aboutit à la réalisation d'actions très efficaces en matière de santé publique[893].

Toutefois, selon le sociologue et ancien infirmier psychiatrique Marcel JAEGER, les autorités politiques françaises allèrent, dans les années 1950, continuer à promulguer, pour la psychiatrie, des normes juridiques d'orientation clairement sécuritaires[894]. A titre d'exemple, il citait deux textes : la circulaire n° 109 du 5 juin 1950 du ministère de la Santé publique envisageant la construction d'équipements pour le traitement des malades mentaux difficiles ainsi qu'une classification de ces malades en trois catégories[895] (les malades agités, les déséquilibrés antisociaux et les grands déséquilibrés antisociaux) et la loi du 15 avril 1954 concernant le traitement de l'alcoolisme dans des centres de rééducation spécialisés[896].

Cet auteur fit part d'une analyse, sur cette période de l'histoire institutionnelle de la psychiatrie, très critique et négative. Pour lui, dans les années de l'après-guerre et jusqu'au milieu des années 1950, l'intervention des pouvoirs publics fut essentiellement motivée par des préoccupations de protection de l'ordre public[897] .

Ce comportement étatique, malgré le choc de la Seconde Guerre mondiale sur le monde médical en général et psychiatrique en particulier, n'aurait présenté que peu de différences par rapport aux comportements des gouvernements de la fin du XIXème siècle

891 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.111
892 Jean-Louis DESCHAMPS, *1838-1990: immobilisme ou mutation du droit. Origines et fond premier de la législation française en matière de psychiatrie publique* ; Grenoble 1, 1991, p.77
893 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.156
894 *Ibid*., p.115
895 Caroline GUIBET LAFAYE, «Entre défense des droits et logique sécuritaire: l'ambivalence du traitement politique du psychiatrique.», *Tétralogiques*, Presses universitaires de Rennes, mars 2017
896 Loi n° 54-439 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui
897 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.115

pour qui la pratique de la psychiatrie publique devait, en premier lieu, s'inscrire dans une rassurante politique de pacification de l'ordre public et de tranquillisation du citoyen moyen.

Les pouvoirs publics n'auraient accordé qu'épisodiquement de l'intérêt à une psychiatrie institutionnelle curative et sociale (« Peu lui [le pouvoir politique] importe ce qu'il en est du malade mental "banal", de la nécessité d'assouplir les structures asilaires, de la réalisation d'une médecine véritablement sociale »[898]). S'ils semblèrent soutenir les CTRS de Paul SIVADON et de Louis LE GUILLANT c'est parce que ces derniers réussirent à leur démontrer l'intérêt économique que leurs structures pouvaient représenter (« […] le docteur Sivadon […] doit encore utiliser une argumentation d'économiste pour montrer que le coût d'une transformation des structures asilaires peut être en réalité amorti rapidement. »[899]). Pour Marcel JAEGER, les transformations voulues par les psychiatres les plus progressistes ne purent se réaliser qu'à la marge (CTRS notamment) et avec des appuis financiers incertains[900].

L'analyse du sociologue sur cette période était très sévère et probablement excessive puisque les pouvoirs publics, malgré des renoncements critiquables, réussirent à entamer certaines rigidités asilaires en publiant, en 1952, une longue[901] circulaire[902] qui « entérine les progrès acquis et cherche à les diffuser dans une étroite collaboration des services ministériels et du Syndicat des Médecins des Hôpitaux psychiatriques. »[903]

Cette circulaire du 21 août 1952 (élaborée par Marie-Rose MAMELET, chef du bureau de la psychiatrie au Ministère de la Santé, et Hubert MIGNOT, psychiatre, responsable du Syndicat des médecins des médecins des hôpitaux psychiatriques[904]) reçut même l'approbation de Georges DAUMÉZON qui exprima sa satisfaction dans un

898 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.115
899 *Ibid*., p.124
900 *Ibid*., p.124
901 Geneviève KOUBI, « La déraison juridique des attentions psychiatriques» *in* Geneviève KOUBI (Dir.), *L'institution psychiatrique au prisme du droit: la folie entre administration et justice*, ouvrage issu du colloque organisé à l'Université Panthéon- Assas les 16 et 17 octobre 2014 par le CERSA et le CNRS ; Paris, Éditions Panthéon- Assas, DL, 2015, p.177
902 Circulaire DHS/36/52/2 n°148 du 21 août 1952 relative au fonctionnement des hôpitaux psychiatriques
903 Henri VERMOREL, André MEYLAN, *Cent ans de psychiatrie* ; Éditions du Scarabée/CEMÉA, Paris, 1969, pp.65-66
904 Dimitri KARAVOKYROS, « Le rôle du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques dans la mise en place du secteur » ; *Sud/Nord,* 2010/1 (n°25), p.99

article de la revue *L'Information psychiatrique*[905]*.* Pour le psychiatre cévenol, cette circulaire représentait « la consécration des réformes déjà entreprises, envisage les principaux problèmes de fonctionnement des hôpitaux psychiatriques et affirme le caractère d'établissement de soins des hôpitaux psychiatriques.[906]». Néanmoins, comme le précisait Hubert MIGNOT en 1967, les fondateurs de la sectorisation psychiatrique n'attendirent pas les textes réglementaires pour commencer à appliquer leurs théories[907] et Georges DAUMÉZON, dans un rapport rendu avec Henri DUCHÊNE (en 1952), convainquit la Commission de Surveillance de l'Office Public d'Hygiène Sociale (OPHS) de Paris de continuer le déploiement des dispensaires dans chaque service des hôpitaux psychiatriques du département de la Seine[908]. Ce dispositif prophylactique soutenu par l'OPHS constitua un premier de jalon de psychiatrique extrahospitalière sectorisée dans ce département[909].

Le premier plan d'équipement sanitaire de l'après-guerre apparut avec le deuxième Plan (1954-1957)[910]. Son adoption fut réalisée par la loi du 27 mars 1956[911]. En matière d'équipement sanitaire et social, le Plan considérait que le pays était insuffisamment doté pour répondre aux besoins grandissants de la population. Ce manque de dotation en équipements concernait également la psychiatrie[912].

Le texte de planification soulignait, dans un paragraphe consacré à la lutte contre les maladies mentales et l'alcoolisme, qu'un effort financier devait être réalisé du fait d'une morbidité inquiétante dans ce domaine[913] . En conséquence, le Plan prévoyait de créer des lits de psychiatrie pour remédier à un engorgement croissant des hôpitaux psychiatriques[914]. En effet, entre 1947 et 1952, le nombre de personnes hospitalisées

905 Henri VERMOREL, André MEYLAN, *Cent ans de psychiatrie* ; Éditions du Scarabée/CEMÉA, Paris, 1969, p.66
906 *Ibid*., p.66
907 Hubert MIGNOT, «Le secteur» ; *Encyclopédie Médico-chirurgicale*, 1967, 37915 A^{10} , p.2
908 Georges DAUMÉZON, Edmond SANQUER, «Le secteur psychiatrique. Essai d'approche de la réglementation» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.56- n°5, juin 1980, p.631
909 Henri DUCHÊNE, Philippe PAUMELLE, « A propos de la notion d'urgence en psychiatrie » ; *L'Information Psychiatrique*, 1958, 34, 1, pp. 27-37
910 Deuxième Plan de modernisation et d'équipement (1954-1957), Imprimerie des Journaux officiels, Paris,1956
911 Loi n°56-342 du 27 mars 1956. Approbation du deuxième plan de modernisation et d'équipement (période 1954-1957)
912 Deuxième Plan de modernisation et d'équipement (1954-1957), Deuxième Partie, Chapitre V, Imprimerie des Journaux officiels, Paris, 1956, p.84
913 *Ibid*., p.84
914 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ;Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.142

passe de 68000 à 97000 et les auteurs du texte législatif prévoyaient même un nombre de malades s'élevant à 122000 en 1961. Ce nombre croissant de malades n'alla pas de pair avec le nombre de lits d'accueil (60000)[915].

Le Plan préconisa donc un investissement prioritaire pour la lutte contre les maladies mentales c'est à dire un investissement pour les services de psychiatrie. Cet investissement fut de l'ordre de 20000 millions de francs[916]. Par cet investissement, l'Etat prévoyait de créer 5600 lits dans les hôpitaux psychiatriques à la fin de l'année 1957 ainsi que d'en moderniser 8500 à la même date[917].

Cet effort consenti par les autorités publiques témoignait de la prise de conscience de la vétusté des équipements sanitaires psychiatriques et de leur nécessaire réhabilitation pour permettre aux praticiens de mettre en œuvre les « thérapeutiques modernes »[918]. Comme le précisait Marcel JAEGER, c'est également « une première réponse à l'encombrement[919] ». Elle est rapportée par Philippe KOECHLIN, Francesc TOSQUELLES, Georges DAUMÉZON, Louis LE GUILLANT et Lucien BONNAFÉ dans une série d'articles publiés en décembre 1952 dans la revue *Esprit*[920]. Ce numéro de la revue *Esprit* eut un retentissement considérable tant par virulence justifiée de certains articles[921] que par l'homogénéité et la qualité des textes publiés. Pour Alexandre LUNEL, ce numéro spécial constitua un «véritable manifeste dénonçant la situation dramatique de la condition du "fou"»[922].

A la lecture de ce plan de modernisation et de ses répercussions sur la psychiatrie publique, il appert que les options à l'hospitalisation intra-hospitalière ne furent pas explicitement évoquées. Pourquoi cette absence alors que les pouvoirs publics étaient informés des efforts fournis par les docteurs DAUMÉZON, LE GUILLANT et SIVADON

915 Deuxième Plan de modernisation et d'équipement (1954-1957), Deuxième Partie, Chapitre V, Imprimerie des Journaux officiels, Paris, 1956, p.84
916 *Ibid*., p.85
917 *Ibid*., p.86
918 *Ibid*., p.84
919 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.134
920 Misère de la psychiatrie, Revue *Esprit* n°197, décembre 1952 n°12, Paris
921 Lucien BONNAFÉ, Louis LE GUILLANT, «La condition du malade psychique à l'hôpital psychiatrique» ; Revue *Esprit* n°197, décembre 1952 n°12, Paris, pp.843-869
François TOSQUELLES, «La Société vécue par les malades psychiques» ; Revue *Esprit* n°197, décembre 1952 n°12, Paris, pp.897-904
922 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.142

pour développer la psychiatrie extrahospitalière ? Il est envisageable de concevoir cette absence comme purement fortuite. En effet, les autorités publiques avaient entamé, dès 1955, une mutation sur la question des structures non asilaires dans le cadre d'une « transformation dans l'idéologie dite dominante»[923]. Cette transformation se manifesta par le biais de trois textes normatifs.

Le premier fut un décret pris le 17 novembre 1954[924]. Ce décret bouleversa le financement des activités extrahospitalières en psychiatrie en « organisant la participation financière des différentes collectivités publiques en fonction […] de la nature des dépenses réparties en trois groupes[925] ». C'est ce décret qui prépara le décret fondateur du 20 mai 1955.

Le décret du 20 mai 1955[926] faisait donc suite chronologiquement à celui du 17 novembre 1954 mais ce qui constituait son principal lien avec le texte normatif qui le précédait relevait surtout de la volonté étatique de répartition de moyens financiers. L'esprit du texte de 1954 se retrouvait dans celui de 1955.

Dans l'exposé des faits précédant le texte du décret, le législateur se montra explicite quant à la volonté politique de changer le paradigme hospitalocentriste (ou asilocentriste selon le mot de Marcel JAEGER[927] ou de Yannick RIPA[928]). En effet, le texte introductif énonçait que : « l'élévation considérable du nombre de la morbidité par maladies mentales et l'encombrement de nos hôpitaux psychiatriques imposent de développer […] la prévention, le dépistage et le traitement ambulatoire des maladies mentales.[929] ».

L'objectif gouvernemental était limpide. Le désengorgement des hôpitaux psychiatriques devait passer par une meilleure prophylaxie et une organisation

923 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.136
924 Décret n°54-1139 du 17 novembre 1954 RAP. Pour la répartition entre l'Etat et les collectivités locales des dépenses d'aide sociale
925 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé Paris, 1987, p.122
926 Décret n°55-571 du 20 mai 1955 sur la prophylaxie des maladies mentales pris dans le cadre des pouvoirs spéciaux accordés au gouvernement par la loi 55349 du 02-04-1955
927 Marcel JAEGER, *La psychiatrie en France* ; Syrnos/Alternatives, Paris, 1989, p.19
928 Yannick RIPA, « Une étrange affaire », *L'Affaire Rouy. Une femme contre l'asile au XIXe siècle*, sous la direction de Yannick RIPA, Éditions Tallandier, 2010, pp. 219-250.
929 Décret n°55-571 du 20 mai 1955 sur la prophylaxie des maladies mentales pris dans le cadre des pouvoirs spéciaux accordés au gouvernement par la loi 55349 du 02-04-1955

ambulatoire du traitement des pathologies psychiques. Par cette affirmation, les autorités publiques annonçaient que l'évolution vers la désinstitutionalisation de la prise en charge des maladies psychiques était irrémédiable.

Cet objectif devait être atteint par l'intermédiaire d'une structure créée en 1937: le dispensaire d'hygiène mentale[930]. Le dispensaire d'hygiène mentale devint progressivement la pierre angulaire de toute la politique française de soins extrahospitaliers en psychiatrie. Le juriste Jean-Simon CAYLA confirma cette idée en 1985 : « Le décret n°55-571 du 20 mai 1955 […] confie le dépistage et la prophylaxie des maladies et déficiences mentales ainsi que la postcure des malades ayant fait l'objet de soins psychiatriques […] aux dispensaires d'hygiène mentale [931]».

Ce décret fut transposé dans le Code de la santé publique dès sa version de 1957[932] par l'intermédiaire d'un autre décret publié le 12 septembre 1956[933] . Concernant les dispensaires d'hygiène mentale cette transposition se fit également en 1957 par l'intermédiaire de l'article L.326 du Code de la santé publique[934]. Cet article précisait que: « Le dépistage et la prophylaxie des maladies mentales et déficiences mentales et de l'alcoolisme, ainsi que la postcure des malades ayant fait l'objet de soins psychiatriques ou de cures antialcooliques, sont assurés par des dispensaires d'hygiène mentale fonctionnant dans le cadre des services départementaux d'hygiène sociale. »[935]

Pendant des dizaines d'années, les dispensaires d'hygiène mentale furent les seules structures organisées susceptibles d'assurer la mission de prophylaxie et de postcure que les pouvoirs publics avaient confiée à ce qui deviendra, en mars 1960, la politique de sectorisation. À ce titre, il semble important de rappeler que jusqu'à la loi du 25 juillet 1985 ils constituaient la seule structure extrahospitalière réglementairement admise par le Code de la santé publique.[936]

---

930 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.144
931 Jean-Simon CAYLA, « La sectorisation psychiatrique », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 1985, p.475
932 Code de la santé publique, édition de 1957, Légifrance.fr
933 Décret n° 56-907 du 10 septembre 1956 portant révision du code de la santé publique annexé au décret n° 53-1001 du 5 octobre 1953, JORF du 12 septembre 1956
934 Code de la santé publique, édition de 1957, Légifrance.fr
935 *Ibid.,*
936 Jean-Louis DESCHAMPS, *1838-1990: immobilisme ou mutation du droit. Origines et fond premier de la législation française en matière de psychiatrie publique* ; Grenoble 1, 1991, p.93

L'objectif qui sera assigné aux dispensaires d'hygiène mentale par les autorités sanitaires fut explicite et ambitieux : « désencombrer les hôpitaux, raccourcir les séjours.[937] ». Leur nombre crût dès 1956 et la France compta cette année-là 475 centres de consultation et ce chiffre augmenta chaque année[938].

Le deuxième texte normatif démontrant la transformation de l'idéologie étatique sur la question de la prophylaxie et de la cure extrahospitalière de la maladie mentale fut une circulaire du 24 mars 1956[939]. Elle concrétisait les réflexions et le travail de la Commission des maladies mentales qui devait préparer le contenu du programme quadriennal d'équipement sanitaire et social[940].

Cette circulaire fut importante car elle posait clairement l'idée que l'hôpital psychiatrique n'était plus le seul recours en matière de soins aux malades psychiques :
« Jusqu'à ces dernières années, l'hôpital psychiatrique a été le seul moyen dont on pouvait disposer pour le traitement des malades mentaux.
À l'heure actuelle, l'hôpital psychiatrique tend à représenter seulement un moment du traitement du malade. Ce traitement, en effet, tend essentiellement à réadapter l'individu à sa vie sociale, ce qui suppose des stades de transition. C'est ainsi que pour certains malades l'existence de **homes de post-cure** s'avère indispensable. [941]».

Cette circulaire du 24 mars 1956 proposait également, dans un paragraphe consacré aux dispensaires d'hygiène mentale, « d'intensifier d'une façon sensible le dépistage et la surveillance de postcure des malades mentaux.[942] ». Elle rappelait clairement que lors d'un précédent texte réglementaire[943] il avait été demandé aux Préfets et aux directeurs départementaux de la Santé d'effectuer un effort « pour doter tous les

937 Serge GAUTHIER, «Actualité de Philippe Paumelle», *L'Information Psychiatrique* ; Février 2003; Volume 79(n°2), pp.151-159
938 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ? ; Paris, 1994, p.33
939 Circulaire du 24 mars 1956 relative à l'établissement du deuxième programme quadriennal d'équipement sanitaire et social 1958-1961 dans le domaine de l'hygiène sociale
940 Pierre NOËL, « Les prémisses du secteur. Quinze ans d'Information Psychiatrique (1945-1960)» ; *L'Information Psychiatrique*, septembre 1995, n°7, p.639
941 Circulaire du 24 mars 1956 relative à l'établissement du deuxième programme quadriennal d'équipement sanitaire et social 1958-1961 dans le domaine de l'hygiène sociale. *in L'Information Psychiatrique*, vol. Volume 82, no. 8, 2006, pp. 695-696
942 *Ibid*., pp. 695-696
943 Circulaire n°133 du 4 octobre 1955

départements d'un réseau suffisant de consultations d'hygiène mentale.[944] ».

Selon le sociologue Marcel JAEGER, ces deux textes normatifs eurent une portée relativement limitée[945]. Toutefois, il serait inopportun de les considérer comme des normes formelles à visée purement déclaratives. En effet, ces deux textes furent suivis d'une série de mesures budgétaires qui eurent une importance décisive dans le développement des structures extrahospitalières de prise en charge des malades psychiques.

La mesure essentielle prévue par ces deux textes concernait le financement des dispensaires d'hygiène mentale. Depuis 1937 (date de leur création par la circulaire Rucart[946]) et jusqu'à la promulgation du décret du 20 mai 1955, les dispensaires d'hygiène mentale étaient financés essentiellement par les collectivités locales et les caisses d'Assurance Maladie et le réseau qui les constituait était peu étendu (« La consultation psychiatrique pour adultes était prévue depuis 1937, mais elle ne s'était absolument pas développée.[947] »). Les dépenses étatiques en matière de dispensaires d'hygiène mentale étaient faibles (moins de 20%)[948].

A partir de ce décret, l'Etat augmenta sa participation dans le financement des dispensaires d'hygiène mentale participant à la prophylaxie, au dépistage et à la postcure des maladies mentales. Cette augmentation était prévue dès l'article 1 du décret du 20 mai 1955 qui précisait que : « Les dépenses sont réparties entre l'Etat et les départements dans les conditions prévues en matière d'aide sociale par le décret du 29 novembre 1953.[949] ». Cet article du décret de 1955 mentionnait le décret du 29 novembre 1953[950] qui, en son article 61, énonçait que les dépenses résultant de l'application des lois d'hygiène et de protection sanitaire avaient un caractère obligatoire et que la contribution

944 Circulaire du 24 mars 1956 relative à l'établissement du deuxième programme quadriennal d'équipement sanitaire et social 1958-1961 dans le domaine de l'hygiène sociale *in L'information psychiatrique,* vol. Volume 82, no. 8, 2006, pp.695-696
945 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.136
946 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, janvier 2006, p.95
947 Serge GAUTHIER, «Actualité de Philippe Paumelle» *L'Information Psychiatrique* ; Février 2003; Volume 79(n°2), pp.151-159
948 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique ;* Payot, Paris, 1981, pp.136-137
949 Décret n°55-571 du 20 mai 1955 sur la prophylaxie des maladies mentales pris dans le cadre des pouvoirs spéciaux accordés au gouvernement par la loi 55349 du 02-04-1955 (J.O du 21 mai 1955, p.5068), Législation. *In*: *Population*, 10e année, n°3, 1955, p.584
950 Décret n°53-1186 du 29 novembre 1953 portant réforme des lois d'assistance (J.O du 3 décembre 1953, p.10759)

de l'Etat, qui y participait, était portée en recettes au budget du département.[951]

L'article 62 du décret du 29 décembre 1953 précisait, quant à lui, les conditions de répartition des dépenses entre les collectivités territoriales et l'Etat concernant les lois d'hygiène et de protection sanitaire. Il mentionnait que « le pourcentage des dépenses qui incombent aux départements et aux communes devra être calculé de façon à ce que ces collectivités ne supportent pas, dans leur ensemble, une charge supérieure à celle qui leur aurait incombé en vertu du décret du 30 octobre 1935 modifié.[952] ».

Nous voyons ici que le législateur de 1955 réalisa un texte complémentaire au décret du 29 décembre 1953 pour pouvoir augmenter la participation de l'Etat dans les budgets de fonctionnement des dispensaires d'hygiène mentale. En effet, ce texte ne mentionnait pas explicitement l'hygiène mentale mais il faisait référence à l'hygiène et à la protection sanitaire auxquelles pouvaient être rattachées l'hygiène mentale et sa prophylaxie.

D'un point de vue uniquement comptable, il ressortait que l'Etat envisageait de prendre à sa charge, d'après un barème fixé pour chaque département, la quasi-totalité des dépenses de prophylaxie (entre 78 et 97% du total des dépenses)[953] et une part importante de l'aide médicale. Cette transformation radicale de la position budgétaire de l'Etat appelait à une optimisation de l'utilisation du réseau des dispensaires d'hygiène mentale qui existaient depuis 1937 et la circulaire Rucart[954].

Dans une circulaire datée du 24 mars 1956, le secrétaire d'État à la santé publique (André MAROSELLI), pointait la principale difficulté à l'essor et à l'activité des dispensaires d'hygiène mentale : le manque de locaux adéquats pour les consultations. Le secrétaire d'État proposait quelques solutions pour remédier à ce déficit handicapant. Toutefois, la principale aide avancée par les pouvoirs publics était financière : « Je précise que les travaux de construction et d'aménagement de dispensaires d'hygiène mentale sont susceptibles de bénéficier de ma part d'une subvention représentant 50% du montant total

951 Décret n°53-1186 du 29 novembre 1953 portant réforme des lois d'assistance (J.O du 3 décembre 1953, p.10759) article 61
952 *Ibid*., article 62
953 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.122
954 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, janvier 2006, p.95

du projet.[955] ».

A la suite de ces textes législatifs et réglementaires concernant le développement des structures de prise en charge de la prophylaxie, du dépistage et de la postcure, les pouvoirs publics décidèrent d'intervenir dans des domaines intra-hospitaliers. Cette intervention se manifesta par l'édiction de plusieurs textes réglementaires.

Le premier d'entre eux fut une circulaire du 4 juin 1957 concernant les sorties thérapeutiques accordées aux malades psychiques internés dans les hôpitaux psychiatriques[956]. Elle émanait de la Direction Générale de la Santé Publique du Secrétariat d'État à la Santé Publique et à la Population et est signée par Eugène AUJALEU (Directeur de la Santé Publique).

La loi de 1838 n'avait prévu aucun statut intermédiaire pour l'aliéné: soit il était enfermé soit il était libre si son état psychique constaté par le psychiatre le permettait[957]. Cet aspect de la loi de 1838 était contesté par de nombreux psychiatres[958] dont Hubert MIGNOT et Henry EY. Pour Hubert MIGNOT, «les malades mentaux eux-mêmes se voyaient désormais partagés en deux catégories : ceux qui échappaient à l'hôpital psychiatrique et ceux qui subissaient tout le poids des préjugés qui s'y trouvent encore attachés.[959]»

L'opinion de ces deux psychiatres majeurs de l'après-guerre sur la question de l'opportunité du maintien de la loi du 30 juin 1838 fut publiée dans le *Livre blanc de la psychiatrie française.* Hubert MIGNOT considérait que la loi de 1838, dans sa partie non consacrée à la médecine collective, était devenue obsolète (de par l'évolution des techniques thérapeutiques notamment) et que la conservation d'un tel texte dans l'ordre juridique français était inutile et contre-thérapeutique pour les psychiatres puisqu'il «va à

955 Circulaire du 24 mars 1956 relative à l'établissement du deuxième programme quadriennal d'équipement sanitaire et social 1958-1961 dans le domaine de l'hygiène sociale (Extraits)», *L'Information Psychiatrique*, vol. Volume 82, no. 8, 2006, pp. 695-696

956 Circulaire DGS/HS 476-7 du 4 juin 1957 ayant pour objet l'organisation des sorties d'essai dans les hôpitaux psychiatriques

957 Idelette DE BURES, «A propos de la loi sur les aliénés du 30 juin 1838 : histoire de la psychiatrie» ; *Histoire des sciences médicales*, 2006, Vol.40, pp.301-304, Arodan, 2006 – Société française d'histoire de la médecine, p.304

958 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.304

959 Hubert MIGNOT, «Le problème législatif» *in Livre blanc de la psychiatrie française,* Toulouse, Privat, Tome 1, 1966, p.109

l'encontre de notre effort pour le [le malade mental] réintégrer dans la communauté des hommes»[960]. Pour Henri EY (secrétaire général de *l'Evolution psychiatrique*), il ne faisait aucun doute que la loi du 30 juin 1838, opportune en son temps, devait être abrogée pour anachronisme. Dans son exposé introductif aux deuxièmes Journées Psychiatriques[961], le médecin-chef de l'hôpital de Bonneval demandait avec fermeté l'«abolition de la loi de ségrégation des troubles mentaux»[962].

Une évolution a eu lieu en 1938: « Seul l'article 193 du règlement intérieur modèle de 1938 des hôpitaux psychiatriques prévoit que le malade ne peut sortir à l'extérieur que "s'il est accompagné d'un infirmier ou d'une infirmière, ou s'il est confié à un parent ou un ami qui prend par écrit la responsabilité de la surveillance du malades hors de l'établissement.[963] ». Néanmoins, cette évolution paraissait timide au regard du projet de réforme préparé par Paul MARCHANDEAU, Albert SARRAUT et Marc RUCART pour le centenaire de la loi de 1838. Ce projet, signé par le Président de la République Albert LEBRUN en février 1939, envisageait la mise en place de services d'observation, de services ouverts, d'un placement libre ou spontané et la sanctuarisation légale des sorties d'essai. Suite à la déclaration de guerre, ce projet de réforme de la loi du 30 juin 1838 demeura lettre morte[964].

Pendant l'Occupation, face aux pénuries (alimentaires, énergétiques), certains médecins d'hôpitaux psychiatriques se virent contraints de contrevenir à la loi du 30 juin 1838 en généralisant les sorties d'essai[965]. Par exemple, le médecin-directeur de l'hôpital de Saint-Dizier, Louis LE GUILLANT observait qu'il fallait « pratiquer largement le congé d'essai[966] » pour les malades que le psychiatre ne risquait pas à réintégrer dans la vie sociale. A l'instar de Louis LE GUILLANT, des psychiatres (le Docteur André REQUET de l'Hôpital du Vinatier à Lyon notamment) proposèrent aux familles de reprendre leurs

960 Hubert MIGNOT, «Le problème législatif» *in Livre blanc de la psychiatrie française,* Toulouse, Privat, Tome 1, 1966, pp.110-111
961 Paris 5-6 mars 1966
962 Henri EY, *Livre blanc de la psychiatrie française,* Toulouse, Privat, Tome 2, 1967, p.4
963 Bernard CORDIER, Gérard MASSÉ, François PETITJEAN et Jean-Paul TACHON, *Aspects législatifs et administratifs de la psychiatrie, Tome 1, Textes généraux* ; Maloine éditeur, Paris, 1986, 2ème édition, p.27
964 Gérard MASSÉ, Markus ZWINGENBERGER. « Les sorties d'essai : évolution et perspectives », *L'information psychiatrique*, vol. Volume 82, no. 6, 2006, p. 483
965 Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, « Vers une déshopitalisation des malades mentaux ? La remise en question des internements psychiatriques « abusivement prolongés » dans la France occupée (1940-1945) » *in* Alexandre KLEIN, Hervé GUILLEMAIN, Marie-Claude THIFAULT, *La fin de l'asile ? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XX*e siècle, Rennes, PUR, 2018, p.55
966 *Ibid.*, p.55

malades afin de leur permettre d'augmenter leurs chances de survie amoindries dans le contexte tragique des pénuries[967].

Après la Libération, la pratique des sorties d'essai se poursuivit car elles avaient empiriquement démontré leur bienfait thérapeutique. Malgré le vide juridique qui les entourait, les sorties d'essai étaient donc largement utilisées par les psychiatres. Elles consistaient « à permettre au malade de quitter l'hôpital pour une période déterminée […] alors que la décision de levée du placement n'est pas encore intervenue.[968] ».

C'est donc la circulaire du 4 juin 1957 qui officialisa cette pratique médicale en mettant en place une procédure stricte pour les deux types de placement en vigueur. Concernant le placement volontaire, « la sortie d'essai est décidée par le directeur de l'hôpital sur proposition du médecin chef de service.[969] ». En matière de placement d'office, « la sortie ne peut avoir lieu sans autorisation délivrée par le Préfet sur proposition motivée du médecin chef de service.[970] ». Toutefois, la légalité de cette circulaire n'était pas acquise pour certains auteurs[971].

La circulaire du 4 juin 1957 allait effectivement permettre aux psychiatres hospitaliers de pouvoir utiliser l'outil thérapeutique que représente les sorties d'essai avec plus sérénité. Toutefois, il n'en demeurait pas moins que ces sorties d'essai étaient dépourvues d'efficacité en l'absence de force contraignante. En effet, à ce sujet, il semble possible de citer l'observation faite par Gérard MASSÉ et Markus ZWINGENGERGER dans l'*Information psychiatrique* : « Elle [la circulaire du 4 juin 1957] n'a pas modifié le règlement modèle de 1838 et n'avait "de force probante" que sur l'administration des hôpitaux psychiatriques sans lier le pouvoir d'appréciation des tribunaux administratifs ou judiciaires lors de litige. Elle complétait la circulaire du 21 août 1952 qui a accentué les

967 Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, « Vers une déshopitalisation des malades mentaux ? La remise en question des internements psychiatriques « abusivement prolongés » dans la France occupée (1940-1945) » *in* Alexandre KLEIN, Hervé GUILLEMAIN, Marie-Claude THIFAULT, *La fin de l'asile ? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XX*e siècle, Rennes, PUR, 2018, p.55
967 *Ibid.*, p.55
968 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.305
969 Ibid.,p.305
970 Circulaire DGS/HS 476-7 du 4 juin 1957 ayant pour objet l'organisation des sorties d'essai dans les hôpitaux psychiatriques
971 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.305

pratiques hospitalières au sein des hôpitaux psychiatriques.[972]».

Les seconds textes réglementaires concernant l'hôpital psychiatrique furent un arrêté[973] et une autre circulaire du 4 février 1958974 relatifs au travail des malades mentaux en traitement dans les hôpitaux psychiatriques. Ces deux textes réglementaires furent très importants dans la construction d'une politique française de travail des patients en institutions hospitalière psychiatrique car ils « reconnaissaient le travail thérapeutique comme technique de traitement.[975] ».

La circulaire du 4 février 1958 était longue (vingt-et-une pages) et avait pour but de venir clarifier la situation des malades psychiques hospitalisés travaillant contre rémunération en commentant l'arrêté pris le même jour[976]. Selon Clément BONNET, « cette circulaire […] était centrée sur le travail thérapeutique et les questions de pécule.[977] ». Elle exprimait également la nécessité de préciser les modalités d'une nouvelle organisation du travail en institution psychiatrique car cette dernière avait beaucoup évolué depuis le dernier texte réglementant cette pratique (règlement intérieur des hôpitaux psychiatriques de 1938[978]). Cette circulaire portait également des traces indéniables de l'influence de la psychothérapie institutionnelle puisque les premiers acteurs français de ce mouvement s'appuyaient notamment sur les idées d'Hermann SIMON qui considérait le travail comme un élément fondamental de la thérapie nouvelle qu'il envisageait[979].

La circulaire rappelait que l'hôpital psychiatrique s'éloignait de plus en plus du modèle asilaire[980] et que subséquemment le législateur devait intervenir en matière de travail des patients au sein de l'institution. Le travail effectué par le malade psychique

---

972 Gérard MASSÉ, Markus ZWINGENBERGER, « Les sorties d'essai: évolution et perspectives », *L'Information psychiatrique*, vol. Volume 82, no. 6, 2006, p. 483

973 Arrêté du 4 février 1958 relatif à l'organisation du travail thérapeutique dans les hôpitaux psychiatriques, JORF du 14 février 1958, p.1645

974 Circulaire du 4 février 1958 portant organisation du travail des malades mentaux en traitement dans les hôpitaux psychiatriques, non parue au Journal Officiel

975 Gérard BLEANDONU, *Dictionnaire de psychiatrie sociale* ; Petite bibliothèque Payot, Paris, 1976, p.263

976 Clément BONNET, « De la circulaire de février 1958 à la loi de mars 2002 » in Jean-Paul ARVEILLER, *Pour une psychiatrie sociale.* Éditions Érès, 2002, p. 251

977 *Ibid*., p.251

978 Frank FABIEN, *Plaidoyer pour un métier peu ordinaire* ; Publibook, 2011, pp.52-53

979 Gérard BLEANDONU, Maurice DESPINOY, *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté* ; Payot, Paris, p.191

980 Circulaire du 4 février 1958 portant organisation du travail des malades mentaux en traitement dans les hôpitaux psychiatriques, non parue au Journal Officiel*,* p.2

n'était plus envisagé comme une contrepartie à son hospitalisation soutenue financièrement par la société[981] mais comme une « dette du malade assisté vis-à-vis de la collectivité en général.[982] »

Avant d'annoncer ses propositions, les auteurs de la circulaire se livrèrent à une analyse fine de la nature des personnes hospitalisées dans les hôpitaux psychiatriques et conclut que « sa clientèle a changé [983]». Ce changement était imputable, selon la circulaire, à : une prise en charge hospitalière plus précoce des troubles, à l'évolution des thérapies, aux dispensaires d'hygiène mentale et au recours aux sorties d'essai[984].

Le texte de la circulaire mentionnait également les conditions d'efficacité du travail en hôpital psychiatrique en établissant un recueil des bonnes pratiques (« des conclusions positives communes »[985]). Ces conclusions ministérielles furent au nombre de quatre[986]:

1) le recours au travail des patients doit être thérapeutique
2) la relativisation de la place du travail dans l'organisation de la vie sociale hospitalière
3) le patient doit être acteur de cette thérapeutique
4) le bénéfice pécuniaire du produit de son travail doit être visible immédiatement pour le patient car « la manipulation de l'argent a […] une valeur thérapeutique.[987] »

Malgré ces bonnes pratiques reconnues par les pouvoirs publics dans cette circulaire, ceux-ci considèrent que des freins administratifs à l'organisation du travail en hôpital psychiatrique pouvaient survenir et qu'il était désormais indispensable d'assouplir les relations entre les responsables médicaux et les responsables administratifs. C'est ce que cette circulaire se proposait de faire avec minutie.

En effet, la circulaire du 4 février 1958 détaillait, au travers de trois chapitres, les modalités qui permirent aux pouvoirs publics d'agir sur cette question importante. Les chapitres annoncés par l'introduction de la circulaire étaient les suivants: chapitre 1

981 Clément BONNET, « De la circulaire de février 1958 à la loi de mars 2002 », Jean-Paul ARVEILLER éd., *Pour une psychiatrie sociale.* Éditions Érès, 2002, p. 250
982 Circulaire du 4 février 1958 portant organisation du travail des malades mentaux en traitement dans les hôpitaux psychiatriques, non parue au Journal Officiel*,* p.2
983 *Ibid.,* p.2
984 *Ibid.,* pp.2-3
985 *Ibid*., p.3
986 *Ibid.,* p.3
987 *Ibid.,* p.3

concernant les directives générales, un chapitre 2 relatif aux dispositions administratives et comptables et un chapitre 3 consacré à l'intervention d'une association dans l'organisation du travail thérapeutique[988].

Le chapitre 1 de la circulaire du 4 février 1958 visait à « rappeler les principes qui doivent guider les administrations hospitalières et le corps médical dans l'organisation même du travail thérapeutique et sa rémunération.[989] ».

Quant au chapitre 2, il tendait à décrire les «modalités administratives et comptables[990]» que les dispositions du chapitre 1 imposaient. Ces modalités ont été divisées en deux parties distinctes : une consacrée au travail lui-même et l'autre au pécule et au fond de solidarité. Ce chapitre était le plus technique de la circulaire puisque sont détaillées toutes les implications financières de la nouvelle conception du travail des malades en hôpital psychiatrique.

Le dernier chapitre de la circulaire ambitionnait de réguler les conditions d'implication des associations de la loi du 1er juillet 1901 dans « l'organisation du travail thérapeutique[991] »au sein des hôpitaux psychiatriques. Ce chapitre était divisé en quatre sous-parties. Cette possibilité de complémentarité entre le secteur associatif et les structures hospitalières existait déjà avant la promulgation de cette circulaire.

Toutefois, elle était peu répandue. Sans vouloir généraliser cette pratique (« […] il ne m'apparait pas possible de me prononcer en faveur de leur généralisation systématique à tous les établissements ou services ») ni s'ingérer dans les attributions propres des médecins, les pouvoirs publics encourageaient les hôpitaux à prendre en considération la possibilité de recourir à des associations pour les seconder dans leurs efforts de développement de la vie sociale des patients.

Cet encouragement à la participation associative permit la réalisation de nombreux projets et qui n'auraient jamais pu être accomplis sans l'aiguillon associatif. Ces

988 Circulaire du 4 février 1958 portant organisation du travail des malades mentaux en traitement dans les hôpitaux psychiatriques, non parue au Journal Officiel
989 *Ibid*., p.5
990 *Ibid*., p.7
991 *Ibid*., p.18

réalisations furent nombreuses et leur nature variée: « réunions des clubs de malades, médiations ergosociothérapiques multiples, journaux intérieurs, ouvertures des établissements (kermesses, séjours thérapeutiques...).[992] ».

Ces deux textes réglementaires du 4 février 1958 et notamment la circulaire commentant l'arrêté eurent une importance considérable pour la psychiatrie française puisqu'ils changèrent irréversiblement l'appréhension par le corps soignant et par les responsables administratifs de l'organisation de la vie sociale des malades soignés à l'hôpital psychiatrique. Suite à ces deux textes, le travail à l'hôpital fut conçu uniquement comme une thérapie et constitua un élément de la vie sociale du patient.

Les conséquences positives de ces textes réglementaires furent observées immédiatement car ils promouvaient « des modalités de soins tout fait nouvelles[993] ». Le psychiatre Clément BONNET (un temps président de la FASM Croix-Marine[994]) fut dithyrambique sur les effets la circulaire et considérait que cette dernière «a permis de passer d'un fonctionnement asilaire des hôpitaux psychiatriques à une organisation soignante où la vie sociale permettait aux malades de participer à la vie quotidienne et à leurs traitements.[995] »

Afin de comprendre dans quel contexte juridique le décisif rapport Duchêne fut rendu possible, il convient de citer quatre normes juridiques relatives à la modernisation hospitalière française. Ces normes furent promulguées à la fin de l'année 1958. Il s'agit de la circulaire du 5 décembre 1958 relative à l'humanisation des hôpitaux, de l'ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière, de l'ordonnance n°58-1199 du 11 décembre 1958 relative à la coordination des établissements de soins comportant hospitalisation et du décret n°58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics.

Ces textes normatifs ne visaient pas explicitement la psychiatrie et son

992 Clément BONNET, « De la circulaire de février 1958 à la loi de mars 2002 », Jean-Paul ARVEILLER éd., *Pour une psychiatrie sociale. 50 ans d'action de la Croix-Marine ;* Éditions Érès, 2002, p. 250
993 *Ibid.*, p.250
994 Jean-Paul ARVEILLER, *Pour une psychiatrie sociale. 50 ans d'action de la Croix-Marine ;* Éditions Érès, 2002
995 Clément BONNET, « De la circulaire de février 1958 à la loi de mars 2002 » *in* Jean-Paul ARVEILLER, *Pour une psychiatrie sociale. 50 ans d'action de la Croix-Marine ;* Éditions Érès, 2002, p. 250

organisation. Ils concernaient l'ensemble de la politique sanitaire française en matière hospitalière. Néanmoins, il semblerait incongru de penser que ces normes générales resteraient sans effet sur l'organisation hospitalière de la psychiatrie. En effet, à titre d'exemple, lorsque les pouvoirs publics manifestèrent leur volonté d'humaniser les services hospitaliers[996], les hôpitaux psychiatriques ne purent se sentir exclus de ce mouvement progressiste et suivirent donc les recommandations ministérielles en la matière.

De plus, il convient d'ajouter que le psychiatre Paul SIVADON était membre depuis les années 1950 du Comité d'experts de la Santé mentale de l'Organisation Mondiale de la Santé[997]. A ce titre, il côtoyait d'autres psychiatres experts internationaux (notamment des psychiatres du monde occidental). Au sein de ce cénacle d'experts internationaux, il réussit à obtenir l'admission de la notion de psychiatrie de secteur[998].

Le contexte juridico-médical des quinze dernières années était donc favorable à la publicité d'un rapport d'assistance tel que le présenta le docteur Henri DUCHÊNE. En effet, en 1959, au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française de Tours, le docteur Henri DUCHÊNE se vit confier[999] la rédaction d'un rapport[1000] essentiel dans la construction théorique et pratique de la sectorisation psychiatrique.

Le choix de ce psychiatre parisien n'était pas anodin puisque lorsqu'il présenta ce rapport en 1959, Henri DUCHÊNE avait déjà une solide expérience de la psychiatrie extrahospitalière puisque c'est lui qui dirigeait le réseau de dispensaires d'hygiène mentale de la préfecture de la Seine[1001]. L'objectif initial de ce rapport était donc d'exposer « les différentes expériences de services extrahospitaliers, "complément indispensable à

996 Circulaire du 5 décembre 1958 relative à l'humanisation des hôpitaux
997 Troisième rapport du Comité d'experts de la Santé mentale, « L'hôpital psychiatrique public » ; Organisation Mondiale de la Santé, série de rapports techniques, numéro 73, Genève, 1953, p.2
998 Georges DAUMÉZON, « Problèmes de la psychiatrie de secteur en France» ; *L'Information Psychiatrique*, vol. 40, n°9, 1964, p.655
999 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ? ; Paris, 1994, p.32
1000 Henri DUCHÊNE, « Les services psychiatriques publics extrahospitaliers » ; Rapport d'assistance au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française ; Tours, 1959, publié aux Éditions Masson, Paris, 1960, pp.583-631
1001 Nicolas HENCKES, « Réformer la psychiatrie, organiser les pratiques de secteur. La construction de la psychiatrie de secteur dans “ l’expérience du treizième arrondissement ” » [Rapport de recherche] Centre de Recherche Médecine, Sciences, Société, Santé. 2005, p.29

l'efficacité de toute organisation médico-sociale en psychiatrie" »[1002].

Ce rapport condensa les idées novatrices de l'après-guerre ainsi que les propositions émanant des journées nationales de la psychiatrie de 1945 et de 1947 et donne une vision objective des réalisations qui en ont découlé. Il est également très influencé par les travaux et les discussions du groupe de Sèvres qui ont eu lieu entre 1957 et 1959[1003]. Certains psychiatres verront plus tard un lien de parenté direct entre ce rapport, les travaux du groupe de Sèvres et la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales[1004].

Michel AUDISIO observa que ce rapport définit pratiquement ce qu'est et ce que devra être une psychiatrie moderne intégrée à la communauté: « La vraie doctrine du secteur commence ainsi à se préciser, centrée sur une équipe médico-sociale installée dans la communauté sociale du secteur, décentrée par rapport au lieu d'hospitalisation ; ce recentrage de l'action psychiatrique vers la cité […] est l'essentiel à considérer pour comprendre la doctrine du secteur.[1005]».

Michel AUDISIO considéra donc ce rapport comme la synthèse des idées désaliénistes de l'après-guerre, des thèses des Journées nationales de psychiatrie ainsi que des expériences menées par des psychiatres progressistes[1006]. Il semble, en effet, que ce rapport eut le mérite de mettre en lumière les concrétisations du grand mouvement de rejet de la pratique asilaire et ce afin d'en dégager des axes et des axiomes essentiels à une nouvelle organisation nationale de la psychiatrie publique.

Dans ce que la postérité retiendra comme le rapport Duchêne, le psychiatre parisien énonçait ce qui constituait, pour lui, les principes fondamentaux de la psychiatrie

1002 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ? ; Paris, 1994, p.32
1003 Pierre NOËL, « Les prémisses du secteur. Quinze ans d'Information Psychiatrique (1945-1960) » ; *L'Information Psychiatrique*, septembre 1995, n°7, p.641
1004 *Ibid*., p.641
1005 Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale* ; Privat, Toulouse, 1980, p.83
1006 *Ibid.,* p.82

extrahospitalière qui deviendra officiellement, en 1960, la psychiatrie de secteur[1007] :

« […] - Intérêt supérieur des problèmes d'hygiène et de prévention par rapport au traitement ; […]

- obligation de couvrir l'ensemble des besoins tout en distribuant les possibilités d'action suivant l'ordre d'urgence et d'efficacité le plus rationnel;
- préférence accordée aux actions concernant les structures collectives sur les interventions individuelles ; […]
- souci constant d'obtenir et de maintenir la coopération la plus large possible de la population aux actions thérapeutiques »[1008]

A l'occasion du Congrès de Tours, Henri DUCHÊNE ne fut pas le seul psychiatre à présenter publiquement ses conclusions concernant le futur de l'organisation des soins psychiatriques en France. En effet, comme le précisaient Marie-Claude GEORGES et Yvette TOURNE dans leur ouvrage *Le secteur psychiatrique*, Lucien BONNAFÉ eut la responsabilité, avec d'autres psychiatres membres de la Commission des maladies mentales en 1954 et en 1956, de rédiger une communication.[1009]

Cette note, destinée à préparer l'année mondiale de la santé mentale (1960)[1010], parut dans la revue *L'Information Psychiatrique* sous le titre *Pour un service territorial unifié de protection de la santé mentale*[1011]. Elle est signée par neuf psychiatres de renom dont Henry EY, Georges DAUMÉZON, Hubert MIGNOT et Paul SIVADON[1012]. Cette note fut ensuite présentée sous forme de rapport à la Commission des maladies mentales (octobre 1959). Elle constitua une étape capitale dans la construction de la psychiatrie de secteur.[1013]

C'est donc dans ce contexte juridique, médical et organisationnel que parut, le 15

1007 Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale* ; Privat, Toulouse, 1980, p.86

1008 Henri DUCHÊNE, «Les services psychiatriques publics extra-hospitaliers» ; Rapport d'assistance au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française ; Tours, 1959, publié aux Éditions Masson, Paris, 1960, pp.583-631

1009 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ? ; Paris, 1994, p.34

1010 Lucien BONNAFÉ, «A propos des oubliettes» ; *Vie Sociale et Traitements* n°67, juillet 2000

1011 Lucien BONNAFÉ, Henry EY, Georges DAUMÉZON, Paul SIVADON, Hubert MIGNOT, François FOUQUET, Jean LAUZIER, J.HAMON, André REGIS, JACQUELIN, « Pour un service territorial unifié de protection de la santé mentale » ; *L'Information psychiatrique* ; Volume 36, n°2, 1960, pp.181-184

1012 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je ? ; Paris, 1994, pp.34-35

1013 *Ibid*., p.34

mars 1960, la circulaire n°340 relative au programme d'organisation des équipements en matière de lutte contre les maladies mentales. Pour Jean-Louis DESCHAMPS, cette circulaire représentait la démarche originelle fondant l'organisation juridique de la sectorisation psychiatrique[1014]. Elle parut concomitamment à une circulaire relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens[1015].

B/ Une circulaire, fruit d'une collaboration juridico-médicale réussie

« Elle [la circulaire du 15 mars 1960] constitue l'expression officielle de la politique sanitaire psychiatrique française. »[1016]
Hubert MIGNOT

« Cette circulaire a valeur historique ; son importance a crû avec le recul du temps»[1017]
Pierre NOËL

La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales fut le résultat d'un long travail mené entre l'administration sanitaire (Eugène AUJALEU, Pierre JEAN, Marie-Rose MAMELET) et les psychiatres pionniers de la sectorisation psychiatrique, conseillers techniques au ministère de la santé[1018] (Philippe KOECHLIN, Jacques BOUQUEREL, Pierre BAILLY-SALIN, Hubert MIGNOT, JP FROMENT[1019]). Eugène AUJALEU (directeur général de la santé) avait une grande confiance en ses subordonnés Pierre JEAN et Marie-Rose MAMELET et une profonde estime pour les psychiatres conseillers du ministère.

C'est grâce à ce climat de confiance et de bienveillance réciproque que la circulaire

1014 Jean-Louis DESCHAMPS, *1838-1990: immobilisme ou mutation du droit. Origines et fond premier de la législation française en matière de psychiatrie publique* ; Grenoble 1, 1991, p.78
1015 Marcel JAEGER, *La psychiatrie en France* ; Syros/Alternatives ; Paris, 1989, p.16
1016 Hubert MIGNOT, «Le secteur» ; *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37 915, A[10,]5, 1967, p.4
1017 Pierre NOËL, « Les prémisses du secteur. Quinze ans d'Information Psychiatrique (1945-1960) » *L'Information Psychiatrique*, septembre 1995, n°7, p.641
1018 Pauline RHENTER, *De l'institutionnel au contractuel: psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003)* ; Lyon 2, 2004, p.147
1019 Emmanuel DIGONNET, Angelo POLI , «Psychiatrie publique: plaidoyer pour le secteur» *in* Hervé BOKOBZA (dir.) ; *La psychiatrie en péril* ; Erès «Hors collection», 2006, p.161

a pu être ratifiée si rapidement par le ministre[1020]. Selon Dimitri KARAVOKYROS, c'est Hubert MIGNOT, alors secrétaire général du syndicat des psychiatres hospitaliers, qui aurait rédigé le texte fondateur de la psychiatrie de secteur[1021]. Ce n'était pas la première fois qu'Hubert MIGNOT contribuait à la rédaction de textes normatifs puisque déjà, en 1952, il avait aidé à formuler une circulaire[1022] relative à l'amélioration des conditions de vie des malades hospitalisés[1023].

Le travail de collaboration entre l'administration sanitaire et les médecins psychiatres les plus novateurs ne datait pas de la rédaction et de la publication de la circulaire du 15 mars 1960. Il commença dès l'entre-deux-guerres avec le rapport de Charles HAYE et de Jean LAUZIER, en février 1937, qui influença favorablement le Conseil supérieur de l'assistance. Ce rapport peut être considéré comme le début du développement des dispensaires d'hygiène mentale[1024] mais il est surtout le résultat du travail commun d'un haut fonctionnaire du ministère de la Santé Publique (Charles HAYE était directeur-adjoint de l'hygiène et de l'assistance) et d'un psychiatre aliéniste (Jean LAUZIER était médecin-chef de l'asile de Clermont-de-l'Oise[1025]). Ce rapport pointait notamment les faibles budgets consacrés à la prophylaxie en psychiatrie alors que celles consacrées à la tuberculose et au cancer étaient sanctuarisées dans le budget de l'État (60 millions de francs pour la tuberculose et 15 millions de francs pour le cancer)[1026].

Deux ans avant la rédaction de ce rapport, Jean LAUZIER publia avec Julien RAYNIER (psychiatre des asiles mais aussi Inspecteur général des services administratifs et conseiller technique du ministère de la Santé Publique) une note consacrée aux constructions asilaires[1027]. Cette note fut publiée après examen par un collège composé de psychiatres (Charles HAYE, Frantz ADAM, Xavier ABÉLY notamment) mais surtout de

1020 Marie-Rose MAMELET, «L'Etat se met de la partie» *in* Lion MURARD, François FOURQUET *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.188
1021 Dimitri KARAVOKYROS, « Le rôle du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques dans la mise en place du secteur » ; *Sud/Nord* 1/2010 (n° 25), p.100
1022 Circulaire n°148 du 21 août 1952 : fonctionnements des hôpitaux psychiatriques
1023 Dimitri KARAVOKYROS, «Le rôle du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques dans la mise en place du secteur» ; *Sud/Nord* 1/2010 (n° 25), p.99
1024 Georges DAUMÉZON, «Problèmes de la psychiatrie de secteur en France» ; *L'Information Psychiatrique*, vol. 40, n°9, 1964, p.654
1025 Samuel BOUSSION, « Le premier congrès international de Psychiatrie infantile (Paris, 1937), ou le baptême d'une spécialité ambitieuse», *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*, 18, 2016, p. 68
1026 Charles HAYE, Jean LAUZIER, *L'hygiène et la prophylaxie mentale bases de l'assistance psychiatrique ;* rapport au Conseil supérieur de l'Assistance publique, février 1937
1027 Jean LAUZIER, Julien RAYNIER, *La Construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés* ; Édition de l'aliéniste français, 1935

hauts fonctionnaires du ministère de la Santé Publique[1028].

A la Libération, le choc de l'hécatombe des aliénés dans les hôpitaux ne produisit pas une réaction uniforme chez les psychiatres. Tous ne rallièrent pas le camp des progressistes et des réformateurs. Toutefois, l'immédiat après-guerre fut propice à la réflexion et d'intenses et fructueux débats eurent lieu dans le champ de la psychiatrie. Les Journées psychiatriques de 1945 et de 1947 permirent à la profession de choisir «un slogan : "l'unité et l'indivisibilité de la pratique psychiatrique."»[1029] De plus, en 1945, l'Amicale des aliénistes français devint un syndicat professionnel, le Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques[1030].

Pendant cette période de deux ans (1945-1947), les rapports entre les psychiatres et le ministère de la Santé Publique (dirigé pendant cette période par des ministres communistes) furent, selon Georges DAUMÉZON, grandement facilités par la présence de Louis LE GUILLANT et Lucien BONNAFÉ en tant que conseillers techniques. Georges DAUMÉZON reconnut que ces rapports privilégiés se poursuivirent après cette période grâce essentiellement au travail entrepris avec le directeur général de la santé, Eugène AUJALEU[1031]. Ces liens privilégiés offrirent aux psychiatres désaliénistes et transformateurs la possibilité d'être entendus et compris jusqu'au plus haut niveau de l'administration sanitaire. C'est donc dans ces conditions très favorables que fut pensée, travaillée et édictée la circulaire fondatrice de la sectorisation psychiatrique du 15 mars 1960[1032].

La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales avait un objectif organisationnel clair et manifeste : l'instauration de la sectorisation comme politique nationale en matière d'organisation de la psychiatrie. Si l'administration sanitaire a pu selon Georges DAUMEZON, prendre de vitesse certains psychiatres en promulguant

1028 Jean LAUZIER, Julien RAYNIER, *La Construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des Asiles d'aliénés* ; Édition de l'aliéniste français, 1935 p.7
1029 Georges DAUMÉZON, «Problèmes de la psychiatrie de secteur en France» ; *L'Information Psychiatrique*, vol. 40, n°9, 1964, p.654
1030 Dimitri KARAVOKYROS, «Le rôle du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques dans la mise en place du secteur» ; *Sud/Nord* 1/2010 (n° 25), p.98
1031 Georges DAUMÉZON, «L'Etat se met de la partie» *in* Lion MURARD, François FOURQUET *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.187
1032 Hubert MIGNOT, «L'Etat se met de la partie» *in* Lion MURARD, François FOURQUET *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.186

ce texte[1033], son contenu n'avait rien de surprenant ou d'insidieux. Eugène AUJALEU le reconnut sans ambages : « Nous savions bien ce que nous faisions en faisant la circulaire de 60 ! Elle visait bien la sectorisation.»[1034]

Les conditions de publication de la circulaire étaient donc idéales pour que celle-ci se diffusât largement sur le territoire national et touchât ses principaux destinataires c'est à dire les préfets, les directeurs départementaux de la santé, les directeurs d'établissements psychiatriques et les médecins-chefs. Pourtant, il n'en fut rien et ce texte, aujourd'hui considéré comme fondateur de la sectorisation, resta longtemps confidentiel et son importance demeura ignorée. C'est à peine s'il fut publié dans la revue du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques, *L'Information Psychiatrique*[1035]. Cette parution se fit *a minima* puisque le texte fut publié *in extenso* sans aucun commentaire[1036] ; ce qui, pour un texte aussi révolutionnaire, était fort étonnant. Étonnante également fut la réaction de la Commission des maladies mentales qui lors de sa séance du 30 juillet 1960 (soit quatre mois après la parution de la circulaire) n'évoqua pas cette nouveauté normative majeure[1037].

Le Conseil syndical ne donna également aucune consigne suite à la parution du texte qui fut transmis aux hôpitaux psychiatriques par les administrations sanitaires locales. Les hôpitaux psychiatriques se chargèrent à leur tour de les faire parvenir aux médecins-chefs, sans explications sur ses modalités d'application ni sur ses conséquences sur le lieu de traitement[1038].

Néanmoins, la faible diffusion de la circulaire et corollairement sa faible application immédiate purent être assez rapidement expliquées par les acteurs contemporains de la psychiatrie françaises. La première raison fut donnée par Georges DAUMÉZON, Pierre BAILLY-SALIN et Eugène AUJALEU : l'hostilité de la majorité des psychiatres français. En

1033 Georges DAUMÉZON, «Problèmes de la psychiatrie de secteur en France» ; *L'Information Psychiatrique*, vol. 40, n°9, 1964, p.655
1034 Eugène AUJALEU, «L'Etat se met de la partie» *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.188
1035 *L'Information Psychiatrique*, n°11, novembre 1960
1036 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Presses Universitaires de France, Que sais-je ?, Paris, 1994, p.35
1037 Pierre NOËL, « Les prémisses du secteur. Quinze ans d'Information Psychiatrique (1945-1960) » ; *L'Information Psychiatrique*, septembre 1995, n°7, p.641
1038 Georges DAUMÉZON, «Problèmes de la psychiatrie de secteur en France» ; *L'Information Psychiatrique*, vol. 40, n°9, 1964, p.658

effet, les psychiatres les plus novateurs appliquaient déjà une sectorisation avant la lettre de la circulaire et étaient donc très logiquement favorables à la circulaire. Toutefois, il n'en fut pas de même pour la majorité des psychiatres qui, sans être rétrogrades, étaient défavorables à cette réorganisation complète de leur façon de soigner les malades psychiques.

Cette méfiance s'exprima donc naturellement au sein du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques ; ce qui fit écrire à Georges DAUMÉZON que « le syndicat était au fond très réservé.[1039] » Eugène AUJALEU était, quant à lui, plus sévère dans son analyse puisqu'il voyait dans la méfiance de certains psychiatres la manifestation d'un immobilisme favorisé par un confort routinier : « Les psychiatres n'étaient pas tous d'accord avec la circulaire de 60 […] Il y avait des gens qui étaient tellement bien dans leur fromage ! Même des psychiatres trouvaient très bien d'être dans un hôpital et de ne pas en bouger[1040] ».

Le texte de la circulaire, à dimension programmatique, n'avait pas de valeur législative mais il fut ensuite considéré de façon constante par les psychiatres et les autorités sanitaires soit comme la première étape à la construction administrative et médicale de la politique de secteur[1041] soit comme son acte de conception[1042]. La circulaire du 15 mars 1960 fut le fruit d'un travail intense de coopération entre les psychiatres les plus progressistes (travaillant essentiellement au sein de l'hôpital public[1043]) et une administration désireuse d'allier à l'efficacité en santé publique le sérieux budgétaire. À ce titre, la politique de sectorisation psychiatrique sembla la plus adéquate pour répondre à cette double exigence.

En effet, il serait faux de penser que l'administration sanitaire eût fait un choix purement idéologique en choisissant de privilégier la doctrine du secteur au détriment d'autres politiques d'organisation psychiatrique (projets présentés notamment par Georges

1039 Georges DAUMÉZON, «L'Etat se met de la partie» *in* Lion MURARD, François FOURQUET *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.212
1040 Eugène AUJALEU, «L'Etat se met de la partie» *in* Lion MURARD, François FOURQUET *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, pp.213-214
1041 Audrey VOLPE, Marc DUPONT, «Que reste-t-il de la sectorisation psychiatrique ? » ; *Revue de Droit Sanitaire et Social*, septembre-octobre 2017, n°5, p.891
1042 Georges DAUMÉZON, «Conjoncture de la naissance de la psychiatrie de secteur en France» ; *Annales médico-psychologiques*, Paris, t.2, 135e année, n°1, 1977, p.80
1043 *Ibid*., p.892

HEUYER et René CHARPENTIER[1044]). L'administration sanitaire se devait de respecter des contraintes budgétaires qui l'encourageaient à choisir le plan d'organisation le plus efficace et le moins coûteux. L'organisation sectorielle avait déjà fait preuve de son efficacité et de sa viabilité puisque les expériences des CTRS de Pierre SIVADON et de Louis LE GUILLANT avaient donné des résultats remarquables tout en ayant été validés par les services financiers des caisses de sécurité sociale. Il en allait de même pour l'organisation pré-sectorielle mise en place par Georges DAUMÉZON à Paris depuis 1952[1045].

En décidant de donner une assise juridique solide (« […] une circulaire ministérielle qui a presque la valeur d'une loi-cadre[1046] ») à la sectorisation psychiatrique, l'administration sanitaire faisait un choix pragmatique. Il semble évident aujourd'hui que les psychiatres conseillers au ministère jouèrent un rôle considérable dans la prise de conscience des hauts fonctionnaires mais celle-ci n'aurait jamais eu lieu si la politique de sectorisation psychiatrique n'avait pas présenté des qualités de viabilité financière supérieures aux autres projets défendus. La décision de rédiger cette circulaire intervint au moment le plus importun et si elle n'était pas intervenue à ce moment-là, elle ne serait pas intervenue avant de nombreuses années. Marie-Rose MAMELET l'admettait bien volontiers en déclarant : « […] c'est vrai que ce texte était très en avance, mais si on ne l'avait pas sorti à ce moment-là, on ne l'aurait jamais eu[1047].»).

Le texte paru le 15 mars 1960 représentait une synthèse presque parfaite de la collaboration entre le législateur et le corps des psychiatres réformateurs. C'est pour cette raison qu'il nous importe de nous interroger sur la lettre de cette circulaire pour tenter d'appréhender une situation quasi-unique dans l'histoire de la santé publique française. En effet, s'il ne fut pas rare de voir des médecins conseiller des hommes politiques ou de devenir des hommes politiques eux-mêmes, il est plus rare d'observer une telle influence d'un petit corps médical sur le législateur. Le texte de la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte

1044 Georges DAUMÉZON, «Problèmes de la psychiatrie de secteur en France» ; *L'Information Psychiatrique*, vol. 40, n°9, 1964, p.654
1045 Hubert MIGNOT, «Le secteur» ; *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37 915, A[10,]5, 1967, p.2
1046 Michel AUDISIO, « La réorganisation de l'assistance psychiatrique et des organismes de soins » *in* Henri EY, *Livre blanc de la psychiatrie française,* Toulouse, Privat, Tome 1, 1966, p.80
1047 Marie-Rose MAMELET, «L'Etat se met de la partie» *in* Lion MURARD, François FOURQUET *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.188

contre les maladies mentales recelait donc de toutes les preuves de l'assimilation par les hauts fonctionnaires (Eugène AUJALEU, Pierre JEAN et Marie-Rose MAMELET) de l'esprit de la sectorisation psychiatrique.

Le texte de la circulaire du 15 mars 1960 fut donc rédigé par un psychiatre sous l'autorité bienveillante d'une haute fonctionnaire du ministère de la Santé Publique. Il nous semble maintenant essentiel d'expliciter et d'analyser les manifestations de l'influence médicale dans la lettre de cette circulaire. En effet, les textes réglementaires sont souvent l'œuvre de techniciens du droit public et à ce titre portent la marque d'une rigueur sémantique et juridique incontestable. Malgré sa rédaction par un professionnel du soin, la circulaire officialisant la politique de secteur porta-t-elle cette marque de rigueur qui font des textes réglementaires français des modèles normatifs ?

A première vue, rien ne semblait distinguer cette circulaire ministérielle des autres circulaires signées par le ministre Bernard CHENOT ou par ses prédécesseurs. Le formalisme de l'acte administratif normatif fut strictement respecté. La circulaire fut divisée en quatre chapitres précédés d'un paragraphe introductif rappelant l'évolution récente de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales (« Au cours des dernières années, les données du problème de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales ont, dans notre pays, été sensiblement modifiées.[1048] »).

Dans l'introduction de la circulaire, il est rappelé les efforts consentis par les pouvoirs publics sanitaires (augmentation des effectifs du personnel, structuration de la formation des infirmiers, modernisation et construction de locaux, développement des dispensaires d'hygiène mentale grâce à l'apport du décret du 20 mai 1955) ainsi que l'évolution des thérapeutiques. Ces deux éléments ont permis de poser les fondements du développement d'une psychiatrie extrahospitalière en France.

Néanmoins, la première partie introductive de la circulaire semble mettre plus en valeur l'action de l'administration que celle des médecins psychiatres. Pourtant ce sont les psychiatres qui ont joué un rôle moteur dans la construction de la « doctrine[1049] » du

1048 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, p.1
1049 Hubert MIGNOT, « Le secteur » ; *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37 915, A[10], 5, 1967, p.2

secteur. Sans leur impulsion et leur créativité, les réalisations administratives auraient difficilement pu être rendues efficaces.

Ce début d'introduction pourrait être analysé comme un hommage rendu aux actions gouvernementales en matière de psychiatrie. Citer les réalisations des gouvernements en rappelant leur rôle dans l'évolution récente de la psychiatrie était une façon de rappeler que l'ordre administratif resterait prépondérant dans l'édification de la politique sectorielle, nouvelle politique officielle de la France concernant l'organisation de la psychiatrie. Il convenait de rappeler en introduction comment la psychiatrie française avait déjà évolué. Ce rappel semblait important voire indispensable puisque les textes normatifs implicitement ou explicitement cités furent souvent conçus et rédigés sous l'influence des psychiatres désaliénistes. Il était donc difficile d'édicter un texte aussi fondamental sans remémorer ses premiers jalons juridiques.

La partie introductive de la circulaire se poursuivait sous une forme classique puisqu'elle explicitait les objectifs qui seraient développés que son champ d'action territorial ainsi que sa temporalité. Ces trois éléments étaient constitutifs de nombreux textes normatifs qui émanaient des directions ministérielles. En effet, un texte signé par le ministre se doit d'être très précis sur les objectifs poursuivis. Ici, l'objectif était clair : « la mise en place d'un dispositif mieux adapté et plus efficace que jusqu'à présent, et constituant véritablement une organisation de la lutte contre les maladies mentales.[1050] ». Concernant l'espace et le temps de la réalisation des objectifs de la circulaire, le texte était encore très explicite : « définir la politique à suivre dans chaque département, au cours des années à venir »[1051] . Pour Emmanuel DIGONNET et Angelo POLI, les buts de ce texte réglementaire étaient « d'emblée ambitieux, et témoignent de la qualité de vision à long terme des concepteurs[1052] ».

L'intérêt majeur de l'introduction de la circulaire du 15 mars 1960 fut de proposer immédiatement une synthèse parfaite, non seulement de la «doctrine» du secteur mais surtout de ce que serait sa réalisation *in concreto* : continuité des soins entre l'intra-hospitalier et l'extrahospitalier (du dépistage au suivi de postcure en passant par les soins

1050 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, p.2
1051 *Ibid.*, p.2
1052 Emmanuel DIGONNET, Angelo POLI, « Psychiatrie publique: plaidoyer pour le secteur» *in* Hervé BOKOBZA (dir.) ; *La psychiatrie en péril* ; Éditions Erès «Hors collection», 2006, p.161

hospitaliers et les soins non-hospitaliers) réalisée par une équipe médico-sociale unique[1053]. Cette définition concise de la sectorisation psychiatrique semble démontrer toute l'importance qu'a eu Hubert MIGNOT sur ce texte qu'il aurait rédigé (avec Marie-Rose MAMELET[1054]). En effet, dans un article paru en 1967 dans l'*Encyclopédie médico-chirurgicale* et consacré au secteur[1055], Hubert MIGNOT a montré qu'il était un des psychiatres français ayant le mieux synthétisé l'esprit et la pratique de cette organisation nouvelle. Son article demeure aujourd'hui une référence dans l'étude de la sectorisation psychiatrique.

Suite à cette partie introductive, le rédacteur de la circulaire avait tenu à préciser les documents qu'il utiliserait plus tard dans son analyse et dans ses prescriptions programmatiques. Le premier chapitre de la circulaire fut donc court. Après un bref rappel du postulat fondamental de l'organisation des soins psychiatriques (conforme à toutes les définitions données par les psychiatres désaliénistes), les éléments nécessaires à cette organisation furent énumérés : carte du département (avec les axes routiers et ferrés), tableau détaillant la répartition démographique, pyramide des âges et renseignements sur les différents moyens de communication[1056].

Ces données recueillies à l'échelle départementale ne pouvaient pas être utilisées par les médecins seuls. Elles requéraient l'apport d'autres disciplines scientifiques dont la géographie. En effet, le tracé des aires de recrutement des patients demandait des compétences que les psychiatres ne possédaient pas. La mention de la nécessité de ces éléments indispensables sous-entendait un travail commun entre différentes spécialités. De l'efficience du tracé des secteurs géo-démographiques dépendrait, en partie, le succès du nouveau programme de lutte contre les maladies mentales.

Le chapitre suivant fut consacré aux besoins matériels existants et futurs nécessaires pour l'établissement du programme[1057]. Ce chapitre fut le plus long et le plus

1053 Georges DAUMÉZON, «Problèmes de la psychiatrie de secteur en France» ; *L'Information Psychiatrique*, vol. 40, n°9, 1964, p.653
1054 Dimitri KARAVOKYROS, « Le rôle du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques dans la mise en place du secteur » ; *Sud/Nord* 1/2010 (n° 25), p.100
1055 Hubert MIGNOT, «Le secteur» ; *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37 915, A[10], 5,1967, pp.1-7
1056 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, p.3
1057 Hubert MIGNOT, «Le secteur» ; *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37 915, A[10,] 5,1967, p.4

important de la circulaire. Ce fait pouvait s'expliquer par l'importance prise par les revendications des psychiatres désaliénistes concernant les structures d'accueil des malades (hôpitaux psychiatriques, dispensaires d'hygiène mentale). En effet, lors des réunions de la Commission des maladies mentales, de congrès professionnels, à l'occasion de la publication d'articles scientifiques (notamment dans la revue *Esprit*[1058] parue en 1952), les psychiatres progressistes français firent part de leurs inquiétudes concernant l'obsolescence des structures de soins et les pratiques archaïques et ségrégatives qui en résultaient.

Conformément à la doctrine désaliéniste, la circulaire rappelait que l'hôpital psychiatrique constituait la dotation la plus conséquente et sa modernisation (et non sa disparition) faisait l'objet d'un autre texte paru le même jour (les deux textes ne devant faire qu'un initialement[1059]). Dans l'esprit des rédacteurs de la circulaire réglementant la sectorisation psychiatrique, la modernisation des hôpitaux psychiatriques faisait partie intégrante du programme de lutte contre les maladies mentales. En effet, la réduction de la capacité d'accueil des hôpitaux psychiatriques devait permettre de transformer un lieu de ségrégation en véritable lieu de soins selon les principes de la psychothérapie institutionnelle qui visait à rendre à l'hôpital sa fonction première c'est à dire celle définie par Jean-Étienne-Dominique ESQUIROL[1060]. C'est pour cette raison que Lucien BONNAFÉ nomma en 1960 le courant de pensée réhabilitant les idées du successeur de Philippe PINEL, la doctrine post-esquirolienne[1061].

La circulaire semblait envisager comme solution au surpeuplement des hôpitaux psychiatriques (souvent dû à l'admission de patients extérieurs aux départements concernés[1062]) la construction de nouveaux établissements. Cette proposition pouvait paraître surprenante au vu de la théorie désaliéniste promouvant la déshospitalisation au profit d'un traitement des patients dans unités plus petites et plus proches de leurs domiciles. Toutefois, ce serait tronquer la pensée des rédacteurs de la circulaire que de s'arrêter à cette assertion déroutante. En effet, dans un premier temps, le législateur demeurait pondéré et prudent quant à cette réponse d'évidence (« […] paraît, à première

1058 Revue *Esprit*, « Misère de la psychiatrie », numéro 197, décembre 1952
1059 Marie-Rose MAMELET, «L'Etat se met de la partie» *in* Lion MURARD, François FOURQUET *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.189
1060 Pauline RHENTER, *De l'institutionnel au contractuel: psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003)* ; Lyon 2, 2004, p.131
1061 Lucien BONNAFÉ, « La doctrine post-esquirolienne » ; *L'Information psychiatrique* n°4, Avril 1960
1062 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, p.5

vue la seule solution »[1063]). Dans un second temps, il tempérait son apparente proposition par une demande faite aux départements d'évaluer les besoins hospitaliers afin de pouvoir mettre en place une organisation permettant de diminuer « durées de séjour et "sédimentation". »[1064].

Ce subtil rapprochement entre besoins hospitaliers et réduction des passages institutionnels et durées de séjour permettait au législateur de 1960 d'annoncer le principe de la continuité des soins. Désormais, l'hôpital psychiatrique sera une partie d'un ensemble thérapeutique au même titre que les structures extrahospitalières qui auront pour mission principale de garantir l'exécution du dépistage, des soins ambulatoires et de la postcure[1065]. Ainsi les structures extrahospitalières, travaillant de concert avec les services hospitaliers, pourront permettre à ces derniers de procéder à un désengorgement de leurs locaux[1066].

L'importance accordée à l'hôpital psychiatrique est essentielle pour comprendre comment le législateur de 1960 construisit son organisation nouvelle de la lutte contre les maladies mentales. L'hôpital psychiatrique était honni dans la doctrine désaliéniste puisqu'il était considéré comme un agrégat de toutes les tares de la psychiatrie asilaire et archaïque[1067]. Pourtant, il était impossible de raisonner sur une transformation des soins psychiatriques sans tenir compte de son existence. La théorie du secteur proposa donc, par le truchement de la circulaire du 15 mars 1960 notamment, de dépasser l'hôpital psychiatrique en l'englobant dans un système sanitaire plus vaste et plus complet visant, *in fine*, à diminuer sa nécessité et à le vider de sa substance pathogène et aliénante. En 1960, cette théorie fut soutenue par l'administration sanitaire qui décida de diviser la circulaire initiale en deux : une consacrée à la sectorisation psychiatrique et l'autre relative à la modernisation des hôpitaux psychiatriques[1068].

Concernant l'hospitalisation, la circulaire proposait de scinder en deux l'analyse

1063 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, p.4
1064 Hubert MIGNOT, «Le secteur» ; *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37 915, A10, 5, 1967, p.4
1065 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, p.4
1066 Hubert MIGNOT, «Le secteur» ; *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37 915, A[10,] 5,1967, p.4
1067 Lucien BONNAFÉ, Louis LE GUILLANT, « La condition du malade à l'hôpital psychiatrique » in Esprit, « Misère de la psychiatrie », numéro 197, décembre 1952, pp. 849-853
1068 Marie-Rose MAMELET, «L'Etat se met de la partie» *in* Lion MURARD, François FOURQUET *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.189

pour plus de pertinence. Dans un premier temps, elle examinait la situation des enfants à l'hôpital psychiatrique qui possédait ses propres spécificités. Pour les enfants ayant besoin de soins psychiatriques, la circulaire suggérait de créer de petites unités libres où la rotation serait importante. Concernant les enfants dits arriérés profonds, le texte affirmait qu'il était du rôle de l'hôpital de traiter ces enfants en son sein quand d'autres solutions relevant de la rééducation ne pouvaient être trouvées[1069].

Dans un second temps, la circulaire se proposait d'effectuer une brève étude de la situation hospitalière des malades psychiques adultes. A ce titre, il semble intéressant de relever les observations faites à ce sujet par Hubert MIGNOT quelques années plus tard : « […] le texte ne fixe pas une norme des besoins ; il rappelle, à titre indicatif, celle que l'OMS préconise pour l'Europe Occidentale[1070] ». Cette observation faite par l'un des rédacteurs de la circulaire semble démontrer combien était délicate la question de l'hospitalisation et des hôpitaux psychiatriques en France.

Même dans une circulaire aussi transformatrice, la référence en matière de besoins hospitaliers demeurait les données fournies par l'Organisation Mondiale de la Santé (trois lits pour 1000 habitants). Une certaine prudence restait de mise pour l'administration sanitaire qui ne voulait pas affronter le corps des directeurs d'hôpitaux psychiatriques. A ce titre, il est important de rappeler que le représentant des directeurs administratifs de la Commission ministérielle de la santé mentale (M. JACQUELIN) s'était déclaré opposé à la sectorisation psychiatrique et qu'il refusa de signer la note rédigée par neuf des plus influents psychiatres de cette époque (Henri EY, Hubert MIGNOT, Georges DAUMÉZON, Paul SIVADON et Lucien BONNAFÉ notamment)[1071].

Néanmoins, le sort de l'hôpital psychiatrique (traité dans une autre circulaire datée du même jour) ne fut pas la préoccupation principale de la circulaire relative à l'organisation de la lutte contre les maladies mentales. L'idée fondamentale de ce texte réglementaire était de promouvoir un schéma nouveau de distribution de soins extrahospitaliers en psychiatrie[1072] au sein duquel l'hôpital serait moins omniprésent. Cette

1069 Hubert MIGNOT, «Le secteur» ; *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37 915, A^{10,} 5, 1967, p.4
1070 *Ibid*., p.4
1071 Lucien BONNAFÉ, « A propos des oubliettes» ; *Vie Sociale et Traitements* n°67, juillet 2000
1072 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, p.8

promotion se fit grâce à une description précise du futur rôle des structures médicales existantes (dispensaires d'hygiène mentale notamment)[1073]. La circulaire ne créa pas de structures nouvelles ; elle demanda à ce que celles existantes fussent étendues et multipliées. Cette extension systématique constitua un des caractères novateurs de ce texte collaboratif. En effet, l'objectif des rédacteurs de cette circulaire (en accord avec la doctrine du secteur défendue par les psychiatres réformateurs) était de former un réseau départemental de structures sanitaires permettant d'organiser la prophylaxie, les soins ambulatoires et le suivi de postcure. Selon la circulaire, le développement de ce réseau de structures sanitaires extrahospitalières aurait dû être aisé et peu dispendieux[1074].

La circulaire faisait du développement des structures extrahospitalières la pierre angulaire de toute la psychiatrie française. En effet, elle faisait notamment dépendre les dotations en lits hospitaliers de l'extension, au niveau départemental, des services de soins ambulatoires. L'étude des besoins de structures extrahospitalières devait déterminer le nombre de lits hospitaliers dont le département devait bénéficier[1075].

Suite à l'énumération des besoins et des ressources matérielles de la psychiatrie, le texte se proposait d'analyser l'organisation du nouveau système. C'est dans ce chapitre que la notion de secteur développée depuis quinze ans (en prenant en compte les propos de Lucien BONNAFÉ sur la naissance du terme et du concept aux Journées psychiatriques nationales de 1945[1076]) par les psychiatres désaliénistes prit corps formellement. Le terme de secteur était jusqu'ici sous-entendu par les psychiatres et les fonctionnaires de l'administration sanitaire. Les auteurs de la circulaire s'attachèrent à ce que le terme fût explicitement prononcé et ne fisse plus l'objet de spéculations improductives. Il fut même gratifié d'une majuscule (« […] une aire géographique bien délimitée et proportionnée à son importance, appelée *Secteur* [1077]»).

Le terme secteur est officiellement prononcé et désormais il deviendra incontournable dans toutes les réflexions sur l'organisation rationnelle de la psychiatrie

1073 Hubert MIGNOT, « Le secteur » ; *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37 915, A[10,]5, 1967, p.4
1074 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, p.8
1075 *Ibid*., p.12
1076 Lucien BONNAFÉ, «"Thèses 1978 sur la "psychiatrie de secteur" », *L'Information psychiatrique*, n°8, octobre 1978, pp.876-877
1077 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, p.9

française. Le secteur devint un terme polysémique dans le langage psychiatrique moderne. Toutefois, dans la circulaire du 15 mars 1960, il désignait « la prise en charge, par une seule et même équipe, de l'ensemble des problèmes de santé mentale de la population d'un territoire géographique donné[1078] ». Le département fut la division territoriale de référence choisie. Le partage géo-démographique devait donc se réaliser dans ce cadre administratif[1079] c'est à dire que le Secteur s'étendrait sur le territoire du département que l'hôpital psychiatrique, selon la loi du 30 juin 1838, desservait jusque-là (« Dans bien des cas, le secteur desservi par l'établissement psychiatrique sera le département d'implantation »[1080]).

Il est important de ne pas faire de contre-sens sur la notion de secteur. Le "Secteur" au sens de la circulaire du 15 mars 1960 était l'aire géographique desservie par l'hôpital psychiatrique et non pas la division géo-démographique servant de fondement à la répartition intra-hospitalière et extrahospitalière des malades psychiques. Au terme de la circulaire, cette division était dénommée sous-secteur et elle était la référence géo-démographique devant être utilisée par chaque service hospitalier pour traiter les patients. Ce sous-secteur devait assurer les activités ambulatoires définies précédemment c'est à dire la prévention, le traitement et la postcure. Pour ce faire, ce sous-secteur devait être doté des moyens structurels nécessaires à l'accomplissement de sa mission. Cette dotation matérielle devait se réaliser selon les données établies par l'Organisation Mondiale de la Santé (trois lits pour mille habitants desservant une population d'environ 67000 habitants)[1081].

La circulaire était directive et affirmative quant à son application immédiate. Aucun obstacle ne pouvait et ne devait s'opposer à la mise en place de ses préconisations (« une telle organisation ne soulève aucun problème de principe. »[1082]). Ce point de vue était l'expression normative de la doctrine de secteur dont se prévalaient Marie-Rose MAMELET et Hubert MIGNOT, les corédacteurs du texte. Rétrospectivement, il semblait très optimiste sur l'adaptabilité des psychiatres au nouveau système. En 1967, Hubert

1078 Pierre BAILLY-SALIN, « Le secteur ? » ; *Annales Médico-psychologiques*, tome 2, n°1, 1977, p.87
1079 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Bordeaux, LEH Édition, 2019, p.144
1080 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, p.9
1081 Hubert MIGNOT, « Le secteur » ; *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37 915, A[10], 5, 1967, p.4
1082 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, p.10

MIGNOT notait que la « doctrine […] exprimée dans un texte officiel, revêt soudain une certaine rigidité.[1083] ». Toujours selon ce psychiatre, cette fixité réglementaire a exigé des psychiatres un abandon de leurs postures doctrinales[1084].

La seconde partie du troisième chapitre de la circulaire du 15 mars 1960 prévoyait les cas où le nouveau régime de sectorisation devrait s'appliquer avec pragmatisme en considération des situations particulières. Ces précautions prises par les rédacteurs de la circulaire semblaient démontrer une compréhension fine du contexte délicat et d'une pratique protéiforme de la psychiatrie.

En effet, comment expliquer la nature des propositions faites par la circulaire (psychiatres départementaux, harmonisation des activités du service de neuropsychiatrie intégré à l'hôpital général avec celles sectorisées de l'hôpital psychiatrique et recours à des psychiatres privés, dans certains départements, pour assurer les consultations extrahospitalières) si ce n'était par la volonté conjointe de l'administration sanitaire et d'un représentant éminent du corps des psychiatres français de favoriser une application la plus étendue possible des directives nouvelles ?

La mise en place d'un système aussi novateur que celui de la sectorisation psychiatrique nécessitait de prévoir les situations dans lesquelles les acteurs médicaux pourraient être confrontés à des difficultés structurelles et organisationnelles. Les trois cas envisagés par la circulaire reflétaient les préoccupations d'une partie des psychiatres français. Leur prise en compte par le législateur pouvait être interprétée comme un signe d'apaisement des craintes suscitées par une telle réforme. En effet, la mise en place de la sectorisation psychiatrique était loin de faire l'unanimité chez les médecins psychiatres[1085] et n'occasionna un réel d'engouement qu'au sein d'une minorité de psychiatres militants[1086]. Cette hostilité de certains psychiatres à la sectorisation psychiatrique se prolongea avec virulence jusque dans le milieu des années 1960[1087].

1083 Hubert MIGNOT, « Le secteur » ; *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37 915, A[10,] 5, 1967, p.4
1084 *Ibid*., p.4
1085 Pierre BAILLY-SALIN, « L'Etat se met de la partie » *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p. 211
1086 Georges DAUMÉZON, « Conjoncture de la naissance de la psychiatrie de secteur en France » ; *Annales Médico-psychologiques*, tome 2, n°1, 1977, p.81
1087 Henri EY, *Livre blanc de la psychiatrie française,* Toulouse, Privat, Tome 2, 1967, p.29

Le quatrième et dernier chapitre de cette circulaire collaborative était consacré aux aspects pratiques et aux modalités de l'application du nouveau programme d'organisation des soins en psychiatrie. Ce chapitre était destiné à donner des indications concrètes aux destinataires de la circulaire. Il se divise en deux parties : une consacrée aux solutions pratiques et une autre relative aux modalités d'application du nouveau programme de lutte contre les maladies mentales.

La partie consacrée aux solutions pratiques fut elle-même subdivisée en deux sous-parties par le rédacteur de la circulaire : la nécessité d'un équipement en structures extrahospitalières et l'obligation de se doter de nouveaux lits d'hospitalisation[1088]. Ces deux propositions pouvaient sembler, d'un premier abord, contradictoires mais leur analyse démontre une grande rigueur intellectuelle de la part des auteurs. En effet, l'esprit de ce texte normatif fut celui du désaliénisme c'est à dire de la méfiance quant à l'enfermement institutionnel et de la mise en valeur de solutions thérapeutiques ambulatoires. Pourtant, la circulaire du 15 mars 1960 liait les deux modes de prise en charge au sein d'un syllogisme implacable : le développement des structures extrahospitalières devait favoriser le désengorgement des services hospitaliers et ainsi encourager les efforts de la collectivité pour limiter la présence coûteuse de malades psychiques à l'hôpital.

La circulaire du 15 mars 1960 ne visait donc pas la fin de l'hôpital psychiatrique mais plutôt son intégration au sein d'un dispositif de soins plus complet et à son optimisation par une modernisation de son organisation et de ses structures internes (création de nouveaux établissements publics ou privés, adjonction exceptionnelle de nouveaux bâtiments au sein des hôpitaux psychiatriques déjà existants, instauration de services de psychiatrie à l'intérieur des hôpitaux généraux[1089]). En cela, elle était fidèle à la doctrine du secteur et aux principes de la psychothérapie institutionnelle qui visaient à redonner à l'hôpital psychiatrique sa fonction thérapeutique initiale[1090] . Elle était également fidèle, de ce point de vue, aux récents textes normatifs relatifs à la psychiatrie et au traitement institutionnel des maladies mentales (notamment le décret du 20 mai

1088 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, pp.12-14
1089 Hubert MIGNOT, « Le secteur» ; *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37 915, A10, 5,1967, p.5
1090 Lucien BONNAFÉ, « L'Etat se met de la partie » *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.194

1955 sur la prophylaxie des maladies mentales[1091] et la circulaire du 4 février 1958 portant organisation du travail des malades mentaux en traitement dans les hôpitaux psychiatriques).

Quant à la partie concernant les modalités d'application du nouveau programme d'organisation de la psychiatrie, elle était subdivisée en trois sous-parties. Ces trois sous-parties correspondaient aux différents cas de figure existant dans les départements français. Le duo administrativo-médical rédacteur de la circulaire connaissait parfaitement les diverses situations locales et c'est naturellement qu'il les prévoyait dans cette partie de la circulaire. Les cas de figure envisagés par Marie-Rose MAMELET et Hubert MIGNOT pour l'équipement en structures intra-hospitalières et extrahospitalières étaient les suivants:

- - le département possède un ou plusieurs hôpitaux psychiatriques
- - le département ne possède pas d'hôpital psychiatrique mais peut compter sur la présence d'un psychiatre départemental
- - le département ne possède ni hôpital psychiatrique ni psychiatre départemental[1092]

Le développement de la politique de sectorisation psychiatrique devait être différent selon les situations. La circulaire faisait donc appel à un certain pragmatisme des autorités sanitaires locales. En effet, le nouveau programme d'organisation ne pouvait s'appliquer systématiquement et rigidement. Les situations locales pouvaient varier et demander une certaine souplesse. En ce sens, la circulaire était indicative[1093] et offrait aux acteurs locaux de la psychiatrie et de la santé une réelle latitude.

Les médecins-chefs devaient préparer le programme d'équipement[1094], le directeur départemental de la santé l'élaborer, le préfet le légaliser par voie d'arrêté et le conseil départemental de le voter. Cette procédure proposée par la circulaire constituait un signe évident de la collaboration administrative et médicale dans la rédaction de ce texte[1095]. En

1091 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Paris, Payot, 1981, p.154
1092 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en mat ière de lutte contre les maladies mentales, pp.13-14
1093 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Presses Universitaires de France, Que sais-je ?, Paris, 1994, p.35
1094 Georges DAUMÉZON, « Conjoncture de la naissance de la psychiatrie de secteur en France » ; *Annales Médico-psychologiques*, tome 2, n°1, 1977, p.82
1095 Hubert MIGNOT, « Le secteur » ; *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37 915, A10, 5,1967, p.5

effet, cette procédure faisait appel à tous les acteurs (médicaux, administratifs et politiques) de la santé mentale pour tenter de résoudre, par département[1096], la question de santé publique posée par la lutte contre les maladies mentales.

C/ L'autre circulaire du 15 mars 1960

L'histoire de la sectorisation psychiatrique et l'histoire de la psychiatrie retiennent la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales mais oublient très souvent qu'une seconde circulaire, moins connue, fut publiée le même jour par le ministère de la Santé publique et de la Population[1097].

Cette seconde circulaire (non publiée au Journal officiel comme celle relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales) était relative aux hôpitaux psychiatriques[1098]. Malgré sa méconnaissance, elle n'en reste pas moins essentielle pour comprendre la logique réformatrice des autorités sanitaires de l'époque. A l'instar de la circulaire fondatrice du secteur psychiatrique, la circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens est émise par le ministre de la Santé publique et de la Population Bernard CHENOT[1099].

Peu d'auteurs ont jugé utile de mentionner cette circulaire datée du même jour que celle fondatrice de la nouvelle organisation des soins apportés aux malades psychiques. Parmi ceux-ci, nous pouvons mentionner Marcel JAEGER qui aborda, dans un ouvrage[1100] qui a marqué son temps, ce point de détail non anecdotique de l'histoire de la psychiatrie française. Cet auteur rappelait que le bouleversement opéré par la circulaire

1096 Bernard ALLEMANDOU, Jean-Jacques LE PENNEC, *La psychiatrie éclatée* ; Centre aquitain de recherche sur les problèmes de santé, Éditions de la Maison des sciences de l'Homme d'Aquitaine, Sociologie-santé, n°10, Talence, 1994, p.34
1097 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Presses Universitaires de France, Que sais-je ?, Paris, 1994, p.35
1098 Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens
1099 Ministère de la Santé publique et de la Population, Direction générale de la Santé publique ; Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens
1100 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981

n°340 du 15 mars 1960 créatrice des structures nouvelles de la sectorisation psychiatrique n'était pas le seul élément constitutif de la rupture institutionnelle. Pour lui, cette rupture revêt également un aspect idéologique puisque l'obsolète paradigme des oppositions (normal/anormal, intra-hospitalier/extrahospitalier) était abandonné au profit d'une «homogénéisation du social» à laquelle participe la circulaire n°340b relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens «qui mérite d'être tiré de l'oubli où […] il est plongé.»[1101].

A l'instar de la circulaire fondatrice du secteur psychiatrique, la circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens émanait du ministre de la Santé publique et de la Population M. Bernard CHENOT[1102]. Ce dernier, dans l'introduction à la directive portant sur les hôpitaux psychiatriques, liait l'application de celle-ci à l'autre directive datant du 15 mars 1960, la directive relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales[1103]. L'objectif avoué de cette circulaire était bien d'adoucir les conditions de soins des patients et d'humaniser les hôpitaux psychiatriques.[1104]

En effet, le ministre énonça très clairement sa volonté de voir l'hôpital psychiatrique être associé à la mise en place d'un plan d'équipement en adéquation avec une nouvelle organisation des soins en psychiatrie :« L'établissement du plan directeur de l'hôpital psychiatrique ne pourra donc intervenir qu'après l'établissement du plan idéal d'équipement départemental en matière de lutte contre les maladies mentales. »[1105] .

Cette volonté d'humanisation des hôpitaux psychiatriques s'inscrivit dans le contexte plus large d'une humanisation des établissements hospitaliers[1106] qui prit la forme d'une circulaire ministérielle signée par le ministre Bernard CHENOT. Le 5 décembre 1958, fut donc promulguée une circulaire relative à l'humanisation des hôpitaux. L'éminent professeur d'histoire du droit Jean IMBERT (alors conseiller technique au

1101 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981 p.154
1102 Ministère de la Santé publique et de la Population, Direction générale de la Santé publique ; Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens
1103 Bernard CHENOT *in* Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens, pp.1-2
1104 Guy BAILLON, *Les usagers au secours de la psychiatrie* ; Éditions Érès, Toulouse, 2009, pp.96-97
1105 Bernard CHENOT *in* Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens, p.2
1106 Jean IMBERT, *Les hôpitaux en France* ; Que Sais-Je ? Presses Universitaires de France, Paris, 5ème édition, 1988, p.70

Ministère de la Santé Publique et de la Population) la rédigea[1107].

Cette circulaire visait essentiellement cinq points: 1) les visites des familles ; 2) la présence de la famille auprès d'une personne hospitalisée ; 3) l'autorisation de conserver ses effets personnels lors d'une hospitalisation ; 4) la mise en place d'horaires hospitaliers proches de ceux du cercle familial ; 5) l'accueil des personnes hospitalisées et de leurs visiteurs[1108]. Cette circulaire avait pour but d'améliorer le quotidien des malades hospitalisés et de leurs familles.

Les promoteurs de la sectorisation psychiatrique étaient animés d'un esprit analogue à celui de Jean IMBERT puisque leur démarche s'inscrivait également dans un contexte d'humanisation de la prise en charge des malades psychiques. La voie choisie par le ministère de la Santé Publique et de la Population pour répondre aux demandes pressantes des médecins désaliénistes fut la même que pour l'humanisation des établissements hospitaliers publics puisque les autorités sanitaires eurent ici aussi recours à des circulaires.

La sectorisation psychiatrique se présentait donc, par ces deux circulaires, sous sa forme essentielle : la continuité des soins grâce au travail commun entre les structures intra-hospitalières (hôpital psychiatrique) et extrahospitalières (dispensaires d'hygiène mentale, Centres de Traitement et de Réadaptation Sociale notamment).

La volonté politique de la mise en œuvre de la sectorisation psychiatrique se manifesta donc par l'inclusion de l'hôpital psychiatrique dans l'offre de soins en santé mentale. La sectorisation psychiatrique ne fut jamais conçue par l'administration ministérielle comme la fin de l'enfermement asilaire. Nombreux furent les psychiatres désaliénistes à le déplorer. Ainsi Michel AUDISIO notait que l'hôpital psychiatrique demeurait le socle, certes réformable, du développement de la nouvelle politique de santé mentale ; ce qui, pour cet auteur, était très éloigné des aspirations des psychiatres initiateurs de la sectorisation[1109].

1107 Jean IMBERT, *Les hôpitaux en France* ; Que Sais-Je ? Presses Universitaires de France, Paris, 5ème édition, 1988, p.70
1108 Circulaire ministérielle du 5 décembre 1958 relative à l'humanisation des hôpitaux
1109 Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale ;* Privat, Toulouse, 1980, p.90

La directive relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens démontre parfaitement que l'administration sanitaire, tout en construisant la sectorisation psychiatrique par une circulaire relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, restait ferme sur le maintien de l'hôpital psychiatrique comme outil essentiel des traitements proposés aux malades psychiques et reprend en ce sens les analyses du rapport Duchêne qui engageait à « ne pas supprimer la nécessité des services hospitaliers.[1110]».

Le chapitre 1 de la circulaire était consacré aux documents nécessaires au plan directeur. Quant au chapitre 2, il contenait une «homogénéisation de l'espace asilaire, en se rapprochant le plus possible d'une formule village[1111]». Cette formule de l'asile-village datait de la fin du 19ème siècle[1112] et avait été mise en place pour la première fois à l'asile de Galkhausen en Prusse rhénane[1113]. Puis cette conception architecturale se développa dans l'Empire austro-hongrois et dans les régions germanophones avant d'être importée en Ecosse, en Angleterre et en Italie[1114].

En France, la conception architecturale des hôpitaux psychiatriques demeurait influencée par les idées de Jean-Baptiste-Maximien PARCHAPPE pour qui l'organisation d'une structure de soins psychiatriques devait s'effectuer en fonction de la nosographie c'est à dire que les malades devaient être répartis en fonction de leurs pathologies[1115]. Jean-Étienne-Dominique ESQUIROL partageait cette opinion et le fit savoir dans un rapport adressé au ministre de l'Intérieur en 1818[1116]. Son élève Henri FALRET affina l'analyse de son professeur et proposa, dans sa thèse présentée en 1852, de réaliser un asile d'aliénés sans construction monumentale avec des bâtiments ressemblant à des

1110 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Presses Universitaires de France, Que sais-je ?, Paris, 1994, p.32

1111 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.154

1112 Pierre-Louis LAGET, «Naissance et évolution du plan pavillonnaire dans les asiles d'aliénés» ; *Livraisons d'histoire de l'architecture*, n°7, 1er semestre 2004, p.67

1113 Pierre-Louis LAGET, Naissance et développement de l'asile-village *in* Geneviève KOUBI (Dir.),*L'institution psychiatrique au prisme du droit: la folie entre administration et justice*, ouvrage issu du colloque organisé à l'Université Panthéon- Assas les 16 et 17 octobre 2014 par le CERSA et le CNRS ; Paris, Éditions Panthéon-Assas, DL, 2015, p.56

1114 Pierre-Louis LAGET, Naissance et développement de l'asile-village *in* Geneviève KOUBI (Dir.),*L'institution psychiatrique au prisme du droit: la folie entre administration et justice*, ouvrage issu du colloque organisé à l'Université Panthéon- Assas les 16 et 17 octobre 2014 par le CERSA et le CNRS ; Paris, Éditions Panthéon- Assas, DL, 2015, pp.56-57

1115 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.251

1116 Pierre-Louis LAGET, « Naissance et évolution du plan pavillonnaire dans les asiles d'aliénés » ; *Livraisons d'histoire de l'architecture*, n°7, 1er semestre 2004, p.51

maisons ordinaires[1117].

C'est sur ces fondements idéologiques que s'établirent, dès 1893, les premières discussions relatives à l'asile-village. Elles influencèrent la décision de construire un cinquantième asile d'aliénés en France. De nombreux psychiatres (Paul SERIEUX, Valentin MAGNAN, Paul Maurice LEGRAIN notamment) œuvrèrent pour que ce modèle architectural fût choisi. Leur conception ne fut pas retenue par les autorités sanitaires ; ce qui n'empêcha pas ces médecins de continuer leur lutte en faveur d'un hôpital organisé plus humainement[1118].

En effet, en 1903, Paul SERIEUX rédigea un important rapport relatif à ses visites à l'étranger[1119]. Puis, en 1910, il obtint de l'administration hospitalière que la seconde tranche des travaux de l'Hôpital Maison-Blanche se dispensât de réaliser des alignements de pavillons. C'est également en 1910 qu'un concours s'inspirant de l'asile-village fut ouvert et que le projet de deux jeunes architectes parisiens fut récompensé. Ce projet ne sera cependant jamais réalisé[1120].

Les premières années de l'après-Première Guerre mondiale marquèrent un *statu quo* dans l'évolution de l'architecture hospitalière psychiatrique française. Seuls les asiles psychiatriques détruits par les combats (Armentières, Bailleul) furent reconstruits et les autres chantiers d'asiles neufs furent repoussés pour des raisons économiques[1121].

Suite au programme présenté par l'Inspecteur général du service des aliénés auprès du Ministère de l'Intérieur, Julien RAYNIER[1122], seuls deux nouveaux asiles furent construits pendant la période de l'entre-deux-guerres : l'asile de Lannemezan (Hautes-

1117 Pierre-Louis LAGET, « Naissance et évolution du plan pavillonnaire dans les asiles d'aliénés » ; *Livraisons d'histoire de l'architecture*, n°7, 1er semestre 2004, p.57

1118 Pierre-Louis LAGET, Naissance et développement de l'asile-village *in* Geneviève KOUBI (Dir.), *L'institution psychiatrique au prisme du droit : la folie entre administration et justice*, ouvrage issu du colloque organisé à l'Université Panthéon- Assas les 16 et 17 octobre 2014 par le CERSA et le CNRS ; Paris, Éditions Panthéon- Assas, DL, 2015, pp.58-59

1119 Paul SERIEUX, *L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse* ; Paris, Imprimerie municipale, 1903

1120 Pierre-Louis LAGET, Naissance et développement de l'asile-village *in* Geneviève KOUBI (Dir.), *L'institution psychiatrique au prisme du droit : la folie entre administration et justice*, ouvrage issu du colloque organisé à l'Université Panthéon- Assas les 16 et 17 octobre 2014 par le CERSA et le CNRS ; Paris, Éditions Panthéon- Assas, DL, 2015, p.60

1121 *Ibid*., p.60

1122 Julien RAYNIER, « Assistance aux aliénés » *in* Rapport présenté par l'inspection générale des services administratifs, Melun, Imprimerie administrative, 1923, pp.195-361

Pyrénées) et l'asile de Ravenel (Vosges)[1123]. Ces deux asiles furent bâtis sur des modèles identiques. La division des bâtiments selon la pathologie était maintenue. Les différences architecturales avec les asiles construits précédemment étaient minimes et seules quelques légères nuances permettaient de les distinguer des autres lieux de soins consacrés aux aliénés[1124].

La période de l'Occupation ne fut pas propice à l'amélioration de l'image des hôpitaux psychiatriques (ainsi dénommés depuis 1937[1125]) puisque la mort massive de patients dans des conditions terribles (absence de nourriture, de chauffage) conduisit certains à comparer la vie dans les hôpitaux psychiatres à celle dans l'univers concentrationnaire. Cette comparaison, peut-être excessive, eut le mérite de faire évoluer les mentalités sur la question de l'architecture des hôpitaux psychiatriques[1126] et de permettre d'engager une grande dynamique de réforme des hôpitaux psychiatriques dans les années qui suivirent la libération de la France et de l'Europe[1127].

Cette dynamique s'appuya sur un certain nombre de postulat faisant la quasi-unanimité chez les psychiatres réformateurs : la fin de la coupure entre l'hôpital et le reste de la société, la poursuite de la généralisation des dispensaires d'hygiène mentale voulue par la circulaire du 13 octobre 1937, la formation des personnels infirmiers, la pluridisciplinarité des équipes de soins, la modernisation des structures hospitalières existantes[1128].

Après la Libération, suite aux expériences menées pendant l'Occupation par quelques psychiatres réformateurs (Lucien BONNAFÉ à l'Hôpital de Saint-Alban, Louis LE GUILLANT à l'Hôpital de La Charité-sur-Loire) et suite à la découverte des bienfaits de la réadaptation des malades dans leur cadre de vie, la nécessité de prendre des distances

1123 Pierre-Louis LAGET, Naissance et développement de l'asile-village *in* Geneviève KOUBI (Dir.), *L'institution psychiatrique au prisme du droit : la folie entre administration et justice*, ouvrage issu du colloque organisé à l'Université Panthéon- Assas les 16 et 17 octobre 2014 par le CERSA et le CNRS ; Paris, Éditions Panthéon- Assas, DL, 2015, p.61

1124 *Ibid*., p.61

1125 Décret du 5 avril 1937 relatif au recrutement et statut des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques autre que la Seine

1126 Pierre-Louis LAGET, Naissance et développement de l'asile-village *in* Geneviève KOUBI (Dir.), *L'institution psychiatrique au prisme du droit: la folie entre administration et justice*, ouvrage issu du colloque organisé à l'Université Panthéon- Assas les 16 et 17 octobre 2014 par le CERSA et le CNRS ; Paris, Éditions Panthéon- Assas, DL, 2015, p.62

1127 Robert CASTEL, « L'institution psychiatrique en question » ; *Revue française de sociologie*, 1971, 12-1, p.63

1128 *Ibid*., p.63

vis-à-vis du modèle de l'hôpital-village se fit sentir. Ce rejet du modèle de l'hôpital-village se réalisa au profit d'une conception novatrice désireuse d'inclure de petites unités de soins dans la ville[1129].

Toutefois, en 1953, vingt départements métropolitains[1130] contrevenaient toujours à la loi du 30 juin 1838 qui imposait un établissement psychiatrique par département[1131]. Malgré la nécessité de respecter la loi et donc de pourvoir ces vingt départements d'hôpitaux psychiatriques, la priorité des gouvernements d'après-guerre fut de reloger les victimes des destructions et de réhabiliter les bâtiments publics endommagés. La santé publique et ses infrastructures ne bénéficièrent d'un programme de construction qu'à la fin des années 1950[1132]. Les hôpitaux psychiatriques furent également inclus dans ce programme de dotation structurelle.

Afin de pourvoir les nouveaux hôpitaux psychiatriques de fondements réglementaires, le ministre de la Santé Publique et de la Population signa, le 15 juin 1960, une circulaire relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens. Pour établir ses recommandations, cette circulaire ministérielle s'inspira de précédents travaux de la Commission des maladies mentales[1133].

Cette circulaire mentionnait un nombre maximum de lits par unité et par pavillon. À ce titre, les unités devaient contenir 25 lits et être regroupées en pavillons de 50 lits au maximum[1134].

Le choix du terme de village par les rédacteurs du texte n'était pas anodin et renvoyait aux conceptions architecturales jusqu'ici en vigueur en matière d'hôpitaux

1129 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.255

1130 Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Ardennes, Aube, Corse, Creuse, Doubs, Drôme, Gard, Indre, Loire, Loir-et-Cher, Pyrénées-Orientales, Haute-Saône, Saône-et-Loire, Haute-Savoie, Seine-et-Marne, Seine-et-Oise, Tarn-et-Garonne, Territoire de Belfort

1131 Loi n° 7443 du 30 juin 1838 sur les aliénés, article 1 : chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département.

1132 Pierre-Louis LAGET, Naissance et développement de l'asile-village *in* Geneviève KOUBI (Dir.), *L'institution psychiatrique au prisme du droit : la folie entre administration et justice*, ouvrage issu du colloque organisé à l'Université Panthéon- Assas les 16 et 17 octobre 2014 par le CERSA et le CNRS ; Paris, Éditions Panthéon- Assas, DL, 2015, p.63

1133 *Ibid*., p.63

1134 Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens, chapitre 2, p.18

psychiatriques. L'hôpital-village tel qu'il existait et perdurait depuis la fin du 19ème siècle ne pouvait être maintenu en l'état mais il ne pouvait pas non plus être complètement abandonné. La mention de "village" dans la circulaire dénotait probablement une volonté ministérielle de conserver certains aspects positifs de la conception architecturale ancienne.

Il ne s'agissait aucunement de maintenir l'aspect autarcique et carcéral des hôpitaux-villages construits depuis le début du siècle. Sur cette question, la circulaire était explicite : «Il est nécessaire de rechercher une disposition donnant à l'établissement un caractère accueillant, en s'efforçant de supprimer tous les éléments susceptibles de donner à l'hôpital psychiatrique un aspect carcéral.»[1135]

De plus, cette conception de l'asile-village fut sévèrement critiquée par certains psychiatres désaliénistes dont Georges DAUMÉZON qui notait en 1977 que : « […] l'Administration choisit le modèle qui coïncide avec le désir du public : les fous "au bon air", les fous à " l'asile-village ", bénéficiant du bienfait de cette civilisation rurale qui inspire la nostalgie.»[1136]

Au centre de l'hôpital psychiatrique, le ministre voulait un centre social et un terrain de sport[1137]. Dans le chapitre 2, la circulaire proposait une importante évolution architecturale en matière d'hôpitaux psychiatriques puisque le projet prévoyait une réorganisation totale de l'hôpital tel qu'il existait en 1960. Cette évolution architecturale conduisit au quasi-abandon de la formule de l'hôpital-village (jugé trop excentré des centres urbains et replié sur lui-même)[1138] même si les hôpitaux construits sur ce modèle ne pouvaient pas, pour d'évidentes raisons budgétaires, être détruits pour être reconstruits selon les standards nouveaux. La circulaire visait donc, pour ces hôpitaux plus anciens, à obtenir une modernisation et un réaménagement.

Le chapitre 3 est le plus long et le plus important de la circulaire. Il était dédié à l'examen des problèmes à résoudre dans le cadre du plan directeur. Ce chapitre portait

1135 Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens, chapitre 3, p.20
1136 Georges DAUMÉZON, «Conjoncture de la naissance de la psychiatrie de secteur en France» ; *Annales médico-psychologiques*, Paris, t.2, 135ème année, 1977, n°1, p.81
1137 Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens, chapitre 2, p.18
1138 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé Paris, 1987, p.255

essentiellement sur les moyens à utiliser pour rendre l'hôpital psychiatrique plus facile d'accès et plus aéré et ce en limitant ce que la circulaire nomme «*l'effet de claustration*[1139]».

C'était un chapitre technique relevant les éléments nécessaires à la modernisation d'hôpitaux psychiatriques devenus vétustes et inadaptés à une pratique humaniste de la psychiatrie. Selon Marcel JAEGER, l'idée majeure des autorités sanitaires concernant les lieux institutionnels de soins psychiques, en 1960, était de normaliser l'hôpital psychiatrique[1140] en le débarrassant de ses oripeaux asilaires .

Cette banalisation était pensée par la circulaire sous toutes ses formes: accueil du public, circulation des personnes notamment. L'accueil devait désormais pouvoir se faire de façon pratique et simplifiée grâce à :
- des signalisations et des panneaux facilitant l'orientation et la circulation des
- éventuels visiteurs à l'intérieur de l'hôpital
- une salle d'attente indispensable à l'orientation du patient lors de son arrivée.[1141]

De plus, la circulaire prévoyait très précisément la circulation des patients, des familles, des personnels soignants et non soignants ainsi que des fournisseurs à l'intérieur du nouvel hôpital (« Le tracé des circulations […] doit être effectué en tenant compte de la commodité, en évitant le plus possible la rigidité qui éloignerait l'hôpital psychiatrique de la conception du "village" qu'il est désirable de lui donner.[1142]»).

En outre, il convient de préciser que le chapitre 3 de la circulaire, dans son paragraphe 2, prévoyait une rationalisation en matière d'entrées à l'hôpital psychiatrique. Jusqu'à la fin des années 1950, les entrées à l'hôpital psychiatrique étaient souvent organisées de façon assez anarchique et pouvaient s'avérer perturbantes à la fois pour les patients, leurs visiteurs (souvent les familles) et pour les soignants. La circulaire proposait donc de « limiter le nombre d'accès au minimum indispensable tant dans un but de

1139 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé Paris, 1987, p.19
1140 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.155
1141 Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens, chapitre 3, p.20
1142 *Ibid*., pp.20-21

commodité pour le personnel et les visiteurs que pour des raisons économiques[1143] ».

Cette circulaire oubliée [1144] rappelait que l'appréhension de la maladie mentale avait beaucoup changé et que l'hôpital psychiatrique devait désormais s'adapter à ces changements (« […] les possibilités thérapeutiques propres à la psychiatrie ont sensiblement évolué […] le malade traité à l'heure actuelle à l'hôpital psychiatrique ne présente-t-il plus les mêmes caractéristiques que le sujet en traitement il y a quelques années.[1145]»*).* La circulaire venait ici énoncer ce qui semblait tautologique à de nombreux psychiatres (essentiellement désaliénistes) depuis 1945 et la découverte des dégâts causés par un aliénisme zélé.

En effet, l'aliénisme s'était construit de façon répressive autour d'un asile oppressant et liberticide, de méthodes de soins barbares ainsi que sur un personnel infirmier trop peu formé et enclin à la pratique d'une violence physique contre-thérapeutique. Du milieu du XVIIIème siècle à la veille de la Deuxième Guerre mondiale, l'existence des malades et des gardiens (puis infirmiers des hôpitaux psychiatriques depuis 1937[1146]) dans les asiles (hôpitaux psychiatriques depuis 1937[1147]) était invariablement rythmée. Toute transgression aux règlements était sévèrement punie et les traitements réellement curatifs peu nombreux. De plus, dans cette période, se réalisa un autre "Grand renfermement" (à l'image de celui décrit par Michel FOUCAULT) et le nombre d'aliénés hospitalisés est multiplié par douze[1148]. A titre indicatif, il semble intéressant de rappeler qu'au seuil de la Deuxième Guerre mondiale, les hôpitaux psychiatriques français étaient huit fois plus peuplés que les prisons[1149].

Les méthodes de soins apportées à la pathologie psychique restaient très sommaires et les purgatifs[1150] étaient fréquemment utilisés. Les médecins-psychiatres prescrivaient des sédatifs (type bromure de potassium), des vomitifs, de l'eau (notamment

1143 Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens, chapitre 3, p.20
1144 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.154
1145 Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens, chapitre 3, pp.21-22
1146 Anne-Marie LEYRELOUP, « Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie », *Sud/Nord*, Vol. 25, no. 1, 2010, pp. 121-128.
1147 Décret ministériel du 5 avril 1937
1148 France MESLE, Jacques VALIN, « La population des établissements psychiatriques : évolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale ? » ; *Population*, 1981 36-6, p.1037
1149 Aude FAUVEL, « Avant-propos », revue n° 141 *Romantisme*, mars 2008, p.3
1150 Jérémy CHARLIER, *Evolutions de traitements des psychoses* ; Thèse de pharmacie présentée à l'Université Nancy 1, 2005, p.16

la balnéothérapie pour ses vertus relaxantes ; technique relevant de la théorie des humeurs). D'autres méthodes relèveraient aujourd'hui de la barbarie ou de la torture. Par exemple, certaines pratiques en vigueur à l'époque consistaient à faire frôler la mort au malade pour provoquer un état de choc (notamment l'inoculation du paludisme par Wagner VON JAUREGG en 1917, le coma insulinique en 1932 par Manfred SAKEL, le choc convulsivant par le Docteur VON MEDUNA en 1936)[1151].

Les malades étaient encadrés par des gardiens qui étaient souvent des anciens malades ou des convalescents. Jusqu'au début du XXème siècle, il était difficile de distinguer les « gardiens des fous » des fous eux-mêmes. La violence des rapports entre eux était patente et les cas de maltraitance et de violence physique et verbale étaient fréquents[1152].

A partir du début du XXème siècle, la situation des gardiens évolua timidement vers une professionnalisation du métier et la fin du mélange vie privée/vie publique. Cette évolution fut surtout vraie pour Paris et la région parisienne[1153] car en province, nombreux étaient les asiles à conserver un mode d'encadrement des patients archaïque et répressif.

Malgré les évolutions thérapeutiques et l'amélioration de l'encadrement infirmier, nombreux furent encore les psychiatres qui, après l'hécatombe de l'Occupation, continuèrent à exercer leur profession de façon asilaire c'est à dire en maintenant une violence institutionnelle où les malades devaient subir une organisation semblable aux lieux de détention. C'est précisément contre cette structure asilaire source intarissable de rejetés et d'exclus que s'insurgèrent les penseurs historiques du désaliénisme (Lucien BONNAFÉ, Francesc TOSQUELLES, Louis LE GUILLANT). Pour ces psychiatres (minoritaires au sein de leur profession), la disparition de la ségrégation asilaire se devait d'être un des objectifs premiers des acteurs de la psychiatrie (psychiatres et autorités sanitaires notamment).

Les autorités sanitaires énoncèrent, par le truchement de cette circulaire, leurs préférences concernant l'organisation des différents services non soignants et non

1151 Yves PELICIER, *Histoire de la psychiatrie*, Que sais-je ?, Presses Universitaires de France ; Paris, 1994, p.117
1152 Henny ZILLIOX, *On les appelait "gardiens de fous"* ; Privat, Toulouse, 1976, pp.54-55
1153 Henri VERMOREL, André MEYLAN ; *Cent ans de psychiatrie* ; Éditions du scarabée, Paris, 1969, p.25

administratifs (notamment les services généraux et l'internat). Puis elles expliquèrent leur conception de ce que devrait être le centre du "village" c'est à dire le centre social. Ce centre social fut conçu par l'administration ministérielle de façon extensive et sa principale vocation devait être récréative (« C'est là que sont réunies la plupart des possibilités de distraction offertes aux hospitalisés[1154] »).

La nouveauté majeure introduite par cette circulaire n°340 b2[1155] fut la fin, sur le plan architectural, de la division entre services ouverts et services fermés[1156] (« Il n'est pas nécessaire de prévoir l'aménagement de services spéciaux pour malades agités, tranquilles, etc. […] Dans le cadre d'une modernisation des locaux, aucune distinction n'est à faire sur le plan architectural entre les pavillons du service libre et les pavillons du service fermé.[1157]»). Marcel JAEGER notait également que « cette homogénéisation horizontale est renforcée par l'abandon de la conception verticale encore retenue pour l'hôpital général: les locaux destinés aux malades mentaux ne devraient pas dépasser le premier étage.[1158]»

Cette exigence administrative datant de 1960 était très difficile à mettre en œuvre car la majorité des hôpitaux psychiatriques français était construit sur le modèle de l'hôpital général et seule une destruction et une reconstruction massive sur le territoire français auraient pu permettre de réaliser cette volonté ministérielle. Aujourd'hui encore, les malades psychiques sont soignés dans des pavillons disposant de plusieurs étages malgré les efforts architecturaux accomplis.

Cette deuxième circulaire du 15 mars 1960 ne bénéficia pas de la même postérité que celle relative à l'adoption de la politique de sectorisation même si elle trouva une confirmation internationale la même année par la publication des résultats d'un groupe de travail de l'Organisation Mondiale de la Santé oeuvrant sur le thème des hôpitaux psychiatriques[1159]. Dans sa thèse de doctorat et à l'issue d'un entretien avec le psychiatre Guy BAILLON, Magali COLDEFY proposa un élément de réponse : « Une nouvelle

1154 Henri VERMOREL, André MEYLAN ; *Cent ans de psychiatrie* ; Éditions du scarabée, Paris, 1969, pp.23-24
1155 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.154
1156 *Ibid*., p.155
1157 Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens, chapitre 3, p.24
1158 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.155
1159 Pierre-Louis LAGET, Naissance et développement de l'asile-village *in* Geneviève KOUBI (Dir.), *L'institution psychiatrique au prisme du droit: la folie entre administration et justice*, ouvrage issu du colloque organisé à l'Université Panthéon- Assas les 16 et 17 octobre 2014 par le CERSA et le CNRS ; Paris, Éditions Panthéon- Assas, DL, 2015, p.63

contradiction apparaît donc ici, soulignée lors de notre entretien avec Guy Baillon, pour qui il était difficile d'abandonner complètement ce que l'on essayait simultanément d'améliorer. [1160]»

Avec la mise en place de la sectorisation psychiatrique, le modèle hospitalier psychiatrique en vigueur (l'asile/hôpital-village) dut progressivement être abandonné jusqu'à être définitivement rejeté en 1971 par l'intermédiaire d'une circulaire ministérielle[1161] qui prônait la déconcentration des services de psychiatrie et la réalisation de services de psychiatrie au sein des hôpitaux généraux ainsi que la construction de dispositifs ambulatoires. Cette circulaire mit définitivement fin au modèle architectural asilaire[1162] et ouvrit la voie à un modèle moderne centré autour de la réintégration du malade dans son environnement social.

Paragraphe 2 : Les conséquences de la circulaire pour les psychiatres et les structures de soins

Si la promulgation de la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales ne fut pas suivie d'effet immédiat au sein des hôpitaux psychiatriques départementaux, elle n'en demeura pas moins un sujet de débat au sein des acteurs de la santé mentale. Les conséquences de la circulaire s'avérèrent tant humaines qu'organisationnelles.

Les premiers à réagir à la promulgation de ce texte réglementaire furent évidemment les psychiatres car la circulaire constituait un bouleversement de pratiques séculaires. Le corps des psychiatres publics ne réagit pas uniformément. Il fut même très

1160 Magali COLDEFY, *De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France*, Thèse Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, 2010, p.186
1161 Circulaire n°148 du 18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et à l'élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie, p.5
1162 Pierre-Louis LAGET, Naissance et développement de l'asile-village *in* Geneviève KOUBI (Dir.), *L'institution psychiatrique au prisme du droit: la folie entre administration et justice*, ouvrage issu du colloque organisé à l'Université Panthéon- Assas les 16 et 17 octobre 2014 par le CERSA et le CNRS ; Paris, Éditions Panthéon- Assas, DL, 2015, p.65

divisé sur la question de la sectorisation psychiatrique et le développement des activités extrahospitalières qui en procédait.

Les psychiatres désaliénistes jouèrent un rôle fondamental dans la conception et la rédaction de la circulaire du 15 mars 1960. Conséquemment, ils y furent, pour la majorité d'entre eux, favorables puisque l'acte administratif satisfaisait l'essentiel de leurs revendications formulées depuis 1945 et les Journées psychiatriques nationales. Ces revendications pouvaient être résumées ainsi : rupture nette avec l'aliénisme criminel au moyen de la mise en place d'une organisation humaniste et rationnelle des soins dispensés aux malades psychiques appelée communément « le secteur » psychiatrique.

Toutefois, les psychiatres désaliénistes n'étaient pas majoritaires au sein du corps des psychiatres. Même au sein du Syndicat des Psychiatres Hospitaliers, pourtant dirigé historiquement par des psychiatres désaliénistes, la circulaire du 15 mars 1960 ne faisait pas l'unanimité. Selon Georges DAUMÉZON, la majorité des membres du syndicat était opposée au texte ministériel[1163] et nombreux furent les psychiatres qui firent abstraction de l'organisation nouvelle au moins jusqu'en 1968[1164] (**A**)

Les conséquences de la circulaire du 15 mars 1960 se firent donc ressentir en premier lieu sur le corps des psychiatres hospitaliers. Toutefois, ils ne furent pas les seuls à être directement touchés par ce texte. La circulaire apportait également des dispositions révolutionnaires sur l'organisation des structures de soins. Pour la première fois depuis la circulaire du 13 octobre 1937 encourageant la création de dispensaires d'hygiène mentale, un texte officiel promouvait le développement de structures extrahospitalières en psychiatrie.

A l'instar des institutions hospitalières, les structures extrahospitalières virent leurs besoins en équipements définis en référence à une norme de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) suggérant trois lits de psychiatrie pour mille habitants[1165]. De plus, la circulaire se montrait très précise pour qualifier les moyens nécessaires au

1163 Georges DAUMÉZON, « L'Etat se met de la partie» *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, pp.211-212
1164 Georges DAUMÉZON, « Conjoncture de la naissance de la psychiatrie de secteur en France » ; *Annales Médico-psychologiques*, tome 2, n°1, 1977, p.82
1165 Audrey VOLPE, Marc DUPONT, «Que reste-t-il de la sectorisation psychiatrique ? » ; *Revue de Droit Sanitaire et Social*, septembre-octobre 2017, n°5, p.892

développement des traitements ambulatoires. Quatre structures devaient permettre d'écarter toute hospitalisation ou du moins de la diminuer afin de la rendre plus efficiente: le dispensaire d'hygiène mentale, l'hôpital de jour, le foyer de postcure et les ateliers protégés[1166]. (**B**)

A/ Le corps des psychiatres divisé

«Il fallait donc pousser certains ; d'autres il fallait les retenir, parce qu'ils allaient quelquefois un petit peu trop loin.»[1167]

Eugène AUJALEU

«Il y a deux types de psychiatres : ceux qui bougent et ceux qui ne bougent pas.»[1168]

Pierre BAILLY-SALIN

La circulaire du 15 mars 1960 résulta, entres autres circonstances, de la volonté d'Eugène AUJALEU de moderniser et d'humaniser des hôpitaux psychiatriques encombrés et décrépits. Cette volonté se manifesta par l'intermédiaire d'un vaste plan de restructuration de la psychiatrie française.[1169] La sectorisation psychiatrique fut une des voies choisies pour ce bouleversement institutionnel. Eugène AUJALEU confirma cette volonté manifeste en rappelant que « Nous savions bien ce que nous faisions en faisant la circulaire de 60 ! Elle visait bien la sectorisation. »[1170]

L'action de l'administration dans la rédaction et la publication de cet acte réglementaire était exceptionnelle compte tenu du faible taux de psychiatres français sensibilisés aux idées désaliénistes. La forme juridique choisie (une circulaire) pour opérer ce vaste bouleversement de l'organisation de la psychiatrie hospitalière française fut déroutante.

1166 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales ; Section 1, B/, p.7
1167 Eugène AUJALEU, «L'Etat se met de la partie» *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.214
1168 Pierre BAILLY-SALIN, «L'Etat se met de la partie» *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.215
1169 Marie-Rose MAMELET, «L'Etat se met de la partie» *in* Lion MURARD, François FOURQUET *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, pp.188-189
1170 *Ibid*., Eugène AUJALEU ; p.188

Cette circulaire contenta une partie avant-gardiste de la profession de psychiatre (**a**) mais elle a également suscité une certaine hostilité voire « des réactions de résistance aux changements[1171]» de la part d'un nombre important de ces praticiens (**b**)[1172].

a) Une minorité de psychiatres satisfaits

A la veille de la publication de la circulaire du 15 mars 1960, les idées du renouveau psychiatrique liées au développement du « secteur » étaient minoritaires au sein de cette spécialité médicale. Elles s'agrégèrent autour du groupe de Sèvres[1173]. Les psychiatres désaliénistes étaient numériquement minoritaires mais leur influence sur l'Administration et sur le pouvoir politique était forte. La circulaire était si avant-gardiste qu'elle conduisit Marie-Rose MAMELET (adjointe d'Eugène AUJALEU à la direction générale de la Santé) à se demander si l'Administration n'avait pas fait preuve de trop de célérité.[1174]

Cette circulaire fut façonnée par Marie-Rose MAMELET et les conseillers techniques (psychiatres) de la Direction dont les plus connus étaient Hubert MIGNOT, Philippe KOECHLIN et Pierre BAILLY-SALIN. Le courant désaliéniste était donc représenté au ministère de la Santé publique par des hommes qui travaillaient opiniâtrement à la mise en œuvre de leurs idées c'est à dire à la construction de la sectorisation psychiatrique.

À ce titre, Marie-Rose MAMELET rappelait en 1975 que: « Et c'est en travaillant longuement avec nos conseillers techniques Mignot, Koechlin, Bailly-Salin, Bouquerel et Froment, qu'il nous est apparu que la modernisation de l'hôpital passait par la mise en place du secteur.»[1175]

1171 Yves THOBIE, «Effets de la sectorisation sur l'institution hospitalière» *in* Jean DE VERBIZIER, Pierre-François CHANOIT, *Sectorisation et prévention en psychiatrie* ; Toulouse, Éditions Érès, Collection «Psychiatrie et Société», 1987, p.57

1172 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, janvier 2006, p.129

1173 Jean OURY, « Thérapeutique institutionnelle» ; *Encyclopédie Médico-chirurgicale* ; 1972, p.2

1174 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Collection Que sais-je ? Presses Universitaires de France ; Paris, 1994, p.35

1175 Marie-Rose MAMELET, « L'Etat se met de la partie» *in* Lion MURARD, François FOURQUET *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.188

Les psychiatres du groupe de Sèvres furent satisfaits par cette circulaire car elle édictait et consacrait une partie importante de leurs idées sur la prise en charge ambulatoire des malades psychiques. Pour la première fois dans l'histoire de la psychiatrie française, un texte officiel reconnaissait les potentialités curatives de la continuité des soins fondée sur la prédominance de la relation interactionnelle humaine. Lucien BONNAFÉ voyait dans cette circulaire une évolution positive vers « l'organisation du service au principe de continuité basé sur la valeur prévalente de la relation psychothérapeutique.»[1176]

Cette circulaire convainquit un certain nombre de psychiatres car elle représentait, selon Michel AUDISIO, « le succès des thèses psychiatriques modernes : remise en cause de l'hospitalisation, insistance sur les équipements extrahospitaliers, continuité des soins et indivisibilité des soins et de la prévention, unicité des équipes médico-sociales dans le dispositif. »[1177] Pour la première fois depuis la Libération, les théories esquissées par les psychiatres desaliénistes trouvaient un retentissement légal grâce à cette norme administrative. Le secteur commençait à exister officiellement pour les autorités administratives de tutelle.

Une minorité de psychiatres français[1178] vécut la publication de la circulaire du 15 mars 1960 dans la revue *L'information psychiatrique* de novembre 1960 comme une vraie révolution[1179] dans la pratique des soins psychiatriques en France. La circulaire du 15 mars 1960 permit ainsi à ces psychiatres novateurs qui travaillaient hors du cadre légal en vigueur depuis les années 1950 (notamment Louis LE GUILLANT et Pierre SIVADON et leur Centre de traitement et de Réadaptation Sociale[1180] ainsi que Georges DAUMÉZON à l'Hôpital Sainte-Anne) de voir leurs initiatives validées administrativement. Ces médecins avant-gardistes avaient besoin de ce soutien administratif explicite pour légitimer leur pratique aux yeux de leurs collègues souvent incrédules et dubitatifs[1181].

1176 Lucien BONNAFÉ, « De la doctrine post-esquirolienne » ; *L'Information Psychiatrique* n°4, Avril 1960
1177 Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur* ; Privat, Toulouse, 1980
1178 Georges DAUMÉZON, « Conjoncture de la naissance de la psychiatrie de secteur en France » ; *Annales Médico-psychologiques*, tome 2, n°1, 1977, p.81
1179 Marie-Rose MAMELET, « L'Etat se met de la partie, Un personnage-clé : Aujaleu » *in* Lion MURARD, François FOURQUET*, Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.188
1180 Pierre BAILLY-SALLIN, « L'Etat se met de la partie, Les fromages locaux ; la trouille de l'égalité » *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.215
1181 Pierre BAILLY-SALLIN, «L'Etat se met de la partie, Les fromages locaux ; la trouille de l'égalité» *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.216

Toutefois, cet enthousiasme ne fut pas partagé par la majorité des psychiatres français qui accueillirent cette note administrative avec la plus grande réserve.

b) L'hostilité de la majorité du corps psychiatrique

« Dans un corps, c'est toujours pareil : certains vont en avant, et d'autres préfèrent la routine, qui sont devenus vieux. »[1182]
Eugène AUJALEU

Après la Libération en 1945 et malgré le choc de l'extermination douce des malades psychiques, nombreux sont les psychiatres qui virent en cette tragédie un événement conjoncturel et non une faillite manifeste de la structure asilaire. Ces médecins-chefs et médecins-directeurs n'envisageaient donc pas de réforme majeure dans leur spécialité. Ils maintinrent un *statu quo* d'autant plus inquiétant que les hôpitaux psychiatriques devenaient de plus en plus surencombrés (en 1963 le nombre de patients des hôpitaux psychiatriques atteignait celui de 1939 c'est à dire 110000[1183]).

Pour ces psychiatres réticents à mettre en place une politique de sectorisation, la circulaire du 15 mars 1960 n'était qu'une réforme de l'appareil hospitalier enrichie de structures périphériques à l'extérieur de l'hôpital.[1184] De toute évidence, les psychiatres réfractaires à la politique de sectorisation psychiatrique avaient, pour diverses raisons, mal perçu son esprit[1185].

Selon Marie-Rose MAMELET, les premières oppositions médicales à la circulaire du 15 mars 1960 eurent lieu lors de rencontres mensuelles réunissant, au ministère de la Santé publique, les médecins-psychiatres, les conseillers généraux et les directeurs départementaux de la Santé. Elle décrit ainsi ces rencontres :« On avait des séances homériques pour leur faire accepter la sectorisation. Et c'est là qu'on a pu toucher du doigt

1182 Eugène AUJALEU, «L'Etat se met de la partie, L'hostilité des psychiatres» *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.214
1183 Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.189
1184 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Collection Que sais-je ? Presses Universitaires de France, Paris, 1994, p.37
1185 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, janvier 2006, p.129

l'hostilité médicale. »[1186].

Les arguments des opposants à la circulaire du 15 mars 1960 étaient de nature très diverse. Ils pouvaient être liés aux problèmes concernant les services mixtes («Vous voulez la mixité dans les services, mais je n'ai jamais accepté que les femmes.»[1187]) ou à la fréquence des soins ambulatoires à l'extérieur de l'hôpital («faire du dispensaire […] oui, mais alors une fois par mois au chef-lieu.»[1188])

Pour Pierre BAILLY-SALLIN, les raisons à l'origine du rejet de la politique de sectorisation tenaient surtout à la nature même de la profession de psychiatre puisque le nouveau paradigme, issu des réflexions et des actions entrevues pendant l'Occupation puis partiellement réalisées pendant la période postérieure à la Libération, semblait imposer une remise en cause totale de l'identité même de psychiatre. (« L'obstacle majeur à la mise en place du secteur a été la résistance de fond des psychiatres. […] il y avait une dichotomie entre ceux qui étaient très rapidement pour et ceux qui étaient violemment contre.»[1189]).

L'opposition frontale et radicale d'une partie des psychiatres français à la mise en œuvre de la sectorisation psychiatrique peut également être expliquée par des raisons plus prosaïques et matérialistes. En effet, le corps de médecins psychiatre était encore peu important avant la promulgation de la circulaire du 15 mars 1960 (« C'était un cadre tout petit : on était 175 ! »[1190]).

Ce petit nombre de psychiatres avait favorisé non seulement la création de vastes territoires d'activité (« avec des espèces de fiefs provinciaux fantastiques. »[1191]) mais également le développement d'habitudes de pratiques médicales peu en lien avec la mise en place d'une véritable politique publique de santé mentale («[…] il y avait des types […] qui étaient de merveilleux psychiatres de secteur, mais pour leur compte[1192] ; «[…] 8h à 10h dans le service, […] les électrochocs en ville, les expertises auprès des tribunaux

1186 Marie-Rose MAMELET, « L'Etat se met de la partie, L'hostilité des psychiatres » *in* Lion MURARD, François FOURQUET*, Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.209
1187 Ibid., p.209
1188 *Ibid*., p.209
1189 *Ibid*., p.211
1190 *Ibid.,* p.204
1191 *Ibid*., p.204
1192 *Ibid*., p.215

etc.[1193]»).

Au-delà des argumentaires développés par les psychiatres hostiles à la mise en place de la sectorisation psychiatrique, il nous semble essentiel de faire valoir le fait que la principale résistance à cette nouvelle politique sanitaire résidait dans son caractère trop avant-gardiste, perturbateur voire militant. La sectorisation ébranlait trop profondément des certitudes et des pratiques séculairement enracinées dans la psychiatrie française et perturbait trop un équilibre figé et immuable[1194].

La principale pratique médicale remise en cause par la politique de sectorisation psychiatrique était la pratique hospitalière (encore très asilaire en 1960). Georges DAUMÉZON résumait parfaitement, grâce à une judicieuse comparaison, la problématique se posant à la majorité des psychiatres de l'époque: «[…] il est difficile de se transformer d'abbé mitré dans son monastère en moine mendiant sur les routes.[1195]».

En effet, les psychiatres hospitaliers pouvaient difficilement se défaire de près de cent cinquante ans d'us et coutumes imposés par les murs de l'institution («L'hôpital a toujours été le centre des opérations, et il le reste dans l'esprit de tout le monde.»[1196]). En 1960, nombre de psychiatres ne pouvaient concevoir le soin de la maladie ailleurs qu'au sein de l'hôpital et ce n'était pas une discrète circulaire du ministère de la santé qui aurait pu alors faire évoluer leur pratique vers une reconnaissance de la nécessaire alliance entre des structures extrahospitalières, détachées de l'hôpital et l'hôpital en tant que thérapie emmurante[1197].

De plus, il semble que le Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques ait été réticent à l'idée de la généralisation de la politique de secteur. Bien que ce syndicat ait eu à sa direction des médecins désaliénistes et donc très favorables à la sectorisation, la majorité de ses membres était neutre ou opposée à l'évolution sectorielle («[…] nous étions un groupe très cohérent, actif, nous nous faisions entendre ; mais les résistances,

1193 Pierre BAILLY-SALLIN, «L'Etat se met de la partie, L'hostilité des psychiatres» *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur ; Recherches* n°17, Mars 1975 p.204
1194 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, janvier 2006, p.129
1195 *Ibid*. p.130
1196 Paul SIVADON, «La longue durée de l'asile, Le poids des structures est si fort !...» *in Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.472
1197 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, janvier 2006, p.130

pour n'être pas très manifestes, étaient très réelles, très profondes.[1198]».

En effet, le Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques avait pour objectif de rassembler un nombre important de psychiatres mais il n'existait pas d'unité idéologique sur toutes les questions concernant le devenir de la psychiatrie. Les positions unitaires de ce syndicat étaient donc souvent marquées du sceau du consensus voire parfois de la méfiance. Ce fut le cas pour circulaire du 15 mars 1960 (« […] à cette époque, le syndicat était au fond très réservé.»[1199]).

Pour Georges DAUMÉZON (un des dirigeants du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques lors de la promulgation de la directive du 15 mars 1960), un certain nombre de médecins-psychiatres ne toléra pas le passage d'une pratique de secteur informelle [1200] à une pratique obligatoire et rigoureuse imposée par l'Administration («Si bien que quand l'administration a imposé l'apparence d'une sectorisation, ces collègues ont été très amers.»[1201]) au moyen d'une norme administrative dont la publicité fut très faible («[…] la circulaire est du 15 mars, et elle ne paraît dans *l'Information psychiatrique* qu'en novembre, et sans une ligne de commentaire»[1202]).

Les psychiatres hospitaliers ne furent pas encouragés par les élus locaux à accepter la sectorisation. En effet, malgré leur opposition électoraliste de longue date à la présence de malades mentaux dans leurs circonscriptions, les représentants des populations locales voyaient les hôpitaux psychiatriques comme d'importants pourvoyeurs d'emplois et pensaient donc que la psychiatrie de secteur viendrait amoindrir les effectifs de ces importantes structures[1203].

Nous voyons ici comment les élus manifestèrent leur duplicité face à a question de la psychiatrie. Ils cultivaient le paradoxe en s'exprimant à la fois contre la présence de malades mentaux dans leurs circonscriptions mais pour le maintien d'un hôpital psychiatrique au motif (réel) qu'il représentait un employeur important générateur de

1198 Georges DAUMÉZON ; «L'Etat se met de la partie, L'hostilité des psychiatres» *in Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.211
1199 *Ibid*., p.212
1200 *Ibid*., p.212
1201 *Ibid*., p.212
1202 *Ibid*., p.212
1203 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, janvier 2006, p.130

revenus et de subventions[1204].

Les directeurs d'hôpitaux n'aidèrent pas plus les psychiatres à s'orienter vers la pratique de la psychiatrie de secteur. Ceux-ci virent dans la politique de sectorisation un risque potentiel d'affaiblissement et de diminution de leurs pouvoirs. Cet affaiblissement semble n'avoir jamais été envisagé par les pouvoirs publics. En effet, dès l'origine, l'hospitalo-centrisme fut dénoncé par certains médecins (« […] beaucoup lui trouvèrent aussi un caractère bien trop hospitalo-centrique, de réorganisation des établissements d'hospitalisation en leur créant des antennes extrahospitalières.[1205]»)

Il convient également de noter que les craintes de certains psychiatres furent confortées par la faiblesse des moyens financiers supplémentaires mis à la disposition des équipes pour réaliser ce changement important.[1206] L'absence de moyens budgétaires indispensables fut une source d'inquiétude et méfiance face à la politique de secteur.

B/ Le développement des structures extrahospitalières prôné

La circulaire du 15 mars 1960 demandait aux départements de définir un plan d'équipement et d'organisation psychiatrique pour lutter efficacement contre les maladies mentales[1207]. Ce plan devait inclure le développement de structures de soins extérieures à l'hôpital participant à l'effort de continuité de traitement entre le dépistage, l'hospitalisation et le suivi de postcure. Pour ce faire, la circulaire envisageait le recours aux dispensaires d'hygiène mentale (existant théoriquement depuis 1937 et en phase de lente extension sur le territoire national), aux hôpitaux de jours, aux ateliers protégés et aux foyers de postcure[1208].

1204 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, janvier 2006, p.130
1205 Michel AUDISIO, *Le secteur psychiatrique* ; Privat, Toulouse, 1980, pp.89-90
1206 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Collection Que sais-je Presses Universitaires de France ; Paris, 1994, p.37
1207 Georges DAUMÉZON, Edmond SANQUER, «Le secteur psychiatrique. Essai d'approche de la réglementation» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.56- n°5, juin 1980, p.631
1208 Gérard BLEANDONU, Maurice DESPINOY, *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté* ; Paris, Payot, 1974, p.228

Depuis le décret n°55-587 du 21 mai 1955, les pouvoirs publics confiaient la prophylaxie et le dépistage des maladies psychiques aux dispensaires d'hygiène mentale[1209]. Le changement du mode de financement des dispensaires d'hygiène mentale (l'Etat assura le financement de 78 à 97% des dépenses de prévention) permit aux départements et aux hôpitaux de généraliser cette structure extrahospitalière jusqu'ici très négligée[1210].

La circulaire du 15 mars 1960 s'inscrivait dans la logique de desinstutionnalisation promue par le décret du 21 mai 1955. Elle confirma l'importance du dispensaire d'hygiène mentale dans la lutte contre les maladies mentales tout en insistant sur la nécessité de maintenir le malade dans son milieu naturel, au plus près de ses activités quotidiennes, afin d'éviter une perte d'autonomie liée à l'éloignement de son domicile et de ses habitudes[1211].

A la confirmation de l'importance du dispensaire d'hygiène mentale comme structure prophylactique et de dépistage de référence, la circulaire du 15 mars 1960 ajouta une seconde structure référentielle en psychiatrie extrahospitalière : l'hôpital de jour[1212]. L'hôpital de jour (HJ) pouvait se définir comme un établissement d'hospitalisation à temps partiel offrant aux patients un projet thérapeutique (conçu bilatéralement entre l'équipe de soins et le patient) qu'ils accompliraient en s'y rendant chaque jour[1213].

Cette structure participant à la politique de sectorisation et à lutte contre l'esprit asilaire constituait une nouveauté majeure légalisée par la circulaire du 15 mars 1960. L'hôpital de jour était envisagé comme un lieu de soins intégré à la ville[1214] c'est à dire au quotidien du patient. Les patients fréquentant les hôpitaux de jour étaient des patients dont la présence permanente au centre hospitalier n'était plus nécessaire[1215]. Selon certains

1209 Jean-Simon CAYLA, « La sectorisation psychiatrique », *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 1985, p.475
1210 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.137
1211 Philippe MARIN, *Les activités extrahospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Université Bordeaux 1, 1989, pp.180-181
1212 Gérard BLEANDONU, Maurice DESPINOY, *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté* ; Paris, Payot, 1974, p.228
1213 Gérard BLEANDONU, *Dictionnaire de psychiatrie sociale* ; Petite Bibliothèque Payot, Paris, 1976, p.127
1214 Roger AMIEL, Jean-Louis ARMAND-LAROCHE, « Les établissements extra-hospitaliers» ; *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37956 A^{10}, 3-1970, p.4
1215 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé Paris, 1987, p.156

psychiatres, l'hôpital de jour fut la structure de soins extrahospitaliers la plus utile[1216].

Très rapidement, la doctrine psychiatrique différencia deux types de structures distinctes : l'hôpital de jour à proprement parler où le patient recevait des soins analogues aux soins intra-hospitaliers et le centre de jour où le patient bénéficiait d'une thérapie se manifestant très souvent sous la forme d'activités occupationnelles[1217].

La circulaire du 15 mars 1960 fut donc, d'un point de vue normatif, la première étape vers une généralisation de ce mode de prise en charge des malades psychiques déjà entrevu à l'Hôpital de Saint-Alban sous la direction du Dr Paul BALVET (suivant les écrits et les analyses du psychiatre allemand Hermann SIMON). La circulaire du 15 mars 1960 ne créa donc pas ces structures de prise en charge. Elle ne fit que leur offrir leurs fondements normatifs. Leur diffusion à l'ensemble du territoire fut longue et en 1972, la France comptait seulement vingt-sept hôpitaux de jour pour adultes[1218].

A côté de ces deux structures essentielles au développement des prises en charge extrahospitalières, la circulaire du 15 mars 1960 évoquait la mise en place de deux autres types d'accompagnement des malades psychiques à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique : le foyer de postcure et l'atelier protégé[1219].

Le premier foyer de postcure français fut créé en juin 1956 par l'association L'Elan retrouvé. Il avait pour but la réinsertion sociale d'un petit groupe d'hommes (vingt maximum, pour former un groupe thérapeutique efficient) sortis d'une hospitalisation psychiatrique. Ce lieu devait permettre aux équipes de psychiatrie extrahospitalières de pouvoir effectuer un suivi rigoureux des patients admis[1220]. Selon les fondateurs de l'association (le Professeur Paul SIVADON et la conseillère du travail Suzanne

1216 Roger AMIEL, Jean-Louis ARMAND-LAROCHE, « Les établissements extra-hospitaliers» ; *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37956 A^{10}, 3-1970, p.4
1217 *Ibid*., p.127
1218 Gérard BLEANDONU, Maurice DESPINOY, *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté* ; Paris, Payot, 1974, p.228
1219 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.141
1220 Paul SIVADON, Robert AMIEL, Suzanne BAUME, « Trois années de de fonctionnement d'un centre de postcure pour malades mentaux » ; *Annales Médico-Psychologiques*, Masson et Compagnie Editeurs, juin 1960, 118ème année, p.160

BAUME[1221]), la structure créée en 1956 était unique en France et en Europe[1222].

La circulaire du 15 mars 1960 donna ensuite une définition normative du foyer de postcure psychiatrique: un lieu transitoire entre l'hôpital psychiatrique et le domicile (indépendant ou non)[1223]. Ce lieu était pensé essentiellement pour les malades n'ayant pas de famille pouvant les héberger ou pour qui le retour au domicile présenterait de graves difficultés (pécuniaires, professionnelles ou adaptatives)[1224].

Selon la circulaire du 15 mars 1960, le nombre de sorties hospitalières freinées par des obstacles médico-sociaux était encore trop important. Cet état de fait était inacceptable pour les auteurs de cette circulaire conçue comme créatrice d'une organisation souple et consentie, équilibrant les activités intra et extrahospitalières de la psychiatrie. Rien ne devait pouvoir empêcher la sortie d'un patient et son orientation vers des structures de soins extrahospitalières.

D'après la circulaire, le foyer de postcure devait être médicalisé c'est à dire qu'une présence infirmière et un contrôle médical devaient être imposés aux patients intégrants ces structures. Un foyer de postcure ne devait pas être plus important qu'un service de soins intra-hospitalier c'est à dire qu'ils ne devaient pas proposer plus de trente places. Ces foyers devaient encourager les patients à reprendre une vie sociale et professionnelle classique tout en étant débarrassés des pesantes contraintes de la vie quotidienne (repas, loyer etc.)[1225].

La circulaire du 15 mars 1960 ne donnait que peu d'éléments concernant la mise en place de foyers de postcure. Ce furent la doctrine psychiatrique et la pratique de la psychiatrie extrahospitalière qui permirent d'en construire les principes essentiels. Les foyers de postcure se devaient de former des structures communautaires à visée thérapeutique au sein d'un bâtiment anonyme d'un quartier central et vivant. Cette

1221 Valérie WAZINIAK, «Qu'est-ce qu'on fabrique ?», *Pratiques en santé mentale*, vol. 63e année, no. 3, 2017, p.60

1222 Paul SIVADON, Robert AMIEL, Suzanne BAUME, « Trois années de de fonctionnement d'un centre de postcure pour malades mentaux » ; *Annales Médico-Psychologiques*, Masson et Compagnie Editeurs, juin 1960, 118ème année, p.160

1223 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, p.8

1224 Roger AMIEL, Jean-Louis ARMAND-LAROCHE, «Les établissements extra-hospitaliers» ; *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37956 A^{10}, 3-1970, p.7

1225 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, p.8

dernière exigence se concevait comme une nécessité puisque les pensionnaires devaient se réconcilier avec un quotidien souvent abandonné pendant leur long séjour hospitalier[1226].

Le développement des foyers de postcure sur l'ensemble du territoire français fut long et laborieux. Vingt ans après la publication de la circulaire encourageant les acteurs locaux de la santé mentale à ouvrir et à pérenniser ces structures extrahospitalières, seuls soixante-douze (dont quinze pour les alcooliques) virent le jour soit moins d'un foyer de postcure par département[1227].

Les ateliers protégés étaient la quatrième structure extrahospitalière citée par la circulaire du 15 mars 1960. Ils furent créés par la loi du 23 novembre 1957[1228]. Cette loi les concevait comme des structures de production devant respecter une rationalité économique. Ils peuvent être fondés par des entités publiques ou privées. A condition de respecter certaines exigences, ils pouvaient être subventionnés par l'Etat, les collectivités territoriales et les caisses locales de Sécurité sociale[1229]. Toutefois, faute de contrôles stricts, la loi du 23 novembre 1957 fut peu appliquée.

La circulaire du 15 mars 1960 rappelait la nature médico-sociale des ateliers protégés («Ils s'agit d'ateliers où les malades […] restent sous surveillance médico-sociale»[1230]). Elle convenait également que ces ateliers protégés pouvaient ne pas être indépendants des structures extrahospitalières de l'hôpital psychiatrique. Ces ateliers pouvaient exister au sein des hôpitaux de jour ou des des foyers de postcure [1231]. Toutefois, la circulaire restait vague sur la question du lieu d'implantation de l'atelier protégé et donnait uniquement, comme pour les foyers de postcure, des indications peu contraignantes.

Il est également intéressant de noter ici la souplesse et le pragmatisme de la circulaire. En effet, celle-ci n'imposait pas un exécutant de service public pour réaliser

1226 Roger AMIEL, Jean-Louis ARMAND-LAROCHE, «Les établissements extra-hospitaliers» ; *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37956 A^{10}, 3-1970, pp.7-8
1227 Philippe MARIN, *Les activités extrahospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Université Bordeaux 1, 1989, p.188
1228 Loi n°57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement des travailleurs handicapés, Journal Officiel de la République Française du du 24 novembre 1957, p.10858
1229 *Ibid*., article 22
1230 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, p.8
1231 *Ibid*., p.8

cette mission médico-sociale dévolue à la psychiatrie. Les acteurs associatifs sont même ciblés par la circulaire (« […] foyers de postcure, ateliers protégés sont des réalisations qui tenteront surtout les organisations privées désintéressées.»[1232]). Cet appel aux ressources privées en matière médico-sociale ne semble pas étonnant car, malgré l'expérience acquise par les dispensaires d'hygiène mentale depuis leur création en 1937, la psychiatrie publique peinait à pouvoir répondre efficacement aux questions médico-sociales de ses patients[1233].

Un des mérites de la circulaire du 15 mars 1960 fut d'avoir replacé les ateliers protégés dans leur contexte institutionnel. A partir de cette circulaire, les ateliers protégés firent partie de l'arsenal institutionnel à la disposition des psychiatres. Ils pouvaient désormais être utilisés pour réduire la durée de séjour hospitalière et encourager le soin extrahospitalier tout en maintenant un niveau d'activité raisonnable. En effet, par l'intermédiaire des ateliers protégés et de leur insertion dans la vie économique locale, les patients pouvaient retrouver thérapeutiquement et progressivement une autonomie financière et sociale[1234].

La circulaire du 15 mars 1960 a donc eu une importance considérable sur le développement des structures de soins extrahospitalières. Elle tendait à encourager ses destinataires à accélérer le processus d'extériorisation des activités thérapeutiques[1235]. Elle souhaitait encourager la création de structures nouvelles tout en offrant la possibilité aux équipes de soins de choisir leur propre mode de fonctionnement thérapeutique[1236]. La circulaire du 15 mars 1960 fut donc incitative et cela permit aux équipes de soins de laisser libre cours à leur inventivité institutionnelle. Son orientation fut renforcée par la loi du 30 juin 1975[1237] qui réaffirma l'importance des structures d'accueil médico-sociales.

1232 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, p.8
1233 Nicolas HENCKES, «La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ?», *Esprit*, 2015/3 (Mars-avril), pp.37-38
1234 Roger AMIEL, Jean-Louis ARMAND-LAROCHE, «Les établissements extra-hospitaliers» ; *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37956 A^{10}, 3-1970, p.6
1235 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, p.8
1236 Philippe MARIN, *Les activités extrahospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Université Bordeaux 1, 1989, p.182
1237 Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales

Section 2: L'égalité de traitement des patients et la prise en charge de proximité

La Libération de la France du joug nazi et vichyste fut l'occasion pour de nombreux psychiatres de remettre en question le fonctionnement asilaire de la psychiatrie française. En effet, si les pénuries alimentaires et le désintérêt criminel du régime de Vichy pour les malades mentaux eurent une importance essentielle dans la mort lente de ces derniers, ces causes ne furent pas les seules à devoir être retenue pour expliquer cette hécatombe. Lucien BONNAFÉ dénonçait la responsabilité de l'organisation asilaire dans la mort massive des aliénés.

Toutefois, lors de l'après-guerre, tous les psychiatres ne manifestèrent pas la volonté de vouloir en finir avec les idées de l'aliénisme et les premières tentatives de psychiatrie sectorisée s'avérèrent très minoritaires[1238]. La directive du 15 mars 1960 avait vocation à uniformiser les pratiques hospitalières en matière de lutte contre les maladies mentales en demandant à chaque hôpital départemental de bien vouloir respecter ses instructions[1239]. Tous les médecins et directeurs auraient dû se soumettre à cette volonté ministérielle mais ce ne fut pas le cas et de nombreux hôpitaux et services conservèrent leurs anciennes méthodes.

Cette directive représenta un acte fondateur. Elle permit de consacrer officiellement le secteur psychiatrique et son principe fondamental: le refus de la ségrégation des malades mentaux (**Paragraphe 1**). Jusqu'au vote de la loi du 31 décembre 1985, la circulaire-cadre du 15 mars 1960 fut complétée par de nombreux textes réglementaires et administratifs (**Paragraphe 2**).

1238 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, janvier 2006, p.122
1239 Yves THOBIE, *Effets de la sectorisation sur l'institution hospitalière in Sectorisation et prévention en psychiatrie in* Pierre-François CHANOIT, Jean de VERBIZIER, Éditions Érès, Toulouse, 1987, pp.56-57

Paragraphe 1: Le refus radical de la ségrégation des malades mentaux

« L'esprit du secteur, c'est d'abord le refus de la ségrégation du malade mental, le refus de son exclusion. »[1240]

Hubert MIGNOT

«Le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales doit être de maintenir les malades au plus près de leur milieu ordinaire de vie.»[1241]

Marcel JAEGER

Les "renfermeries"[1242], les asiles psychiatriques qui leur succédèrent et enfin les hôpitaux psychiatriques (depuis 1938) contribuèrent à forger une image rejetante et désastreuse du malade mental. La considération pour les "fous" évolua d'une certaine tolérance populaire à l'époque médiévale (renforcée par les dogmes chrétiens de tolérance à l'égard des êtres vulnérables) à une méfiance suspicieuse voire à un rejet brutal et violent. La société ne protégeait plus ses éléments vulnérables. Elle se protégeait d'individus prétendument dangereux et potentiellement irrécupérables. Le caractère ségrégatif de l'asile semblait en être une banale constatation.

Les penseurs historiques du désaliénisme (Lucien BONNAFÉ, Francesc TOSQUELLES, Louis LE GUILLANT) voyaient dans la structure asilaire une source intarissable de rejetés, d'exclus. Lucien BONNAFÉ et Louis LE GUILLANT concevaient même une pathologie liée à l'enfermement asilaire en lui-même: *«la pourriture d'asile»*[1243].

En effet, il était illusoire de concevoir un système de traitement des maux des souffrants psychiques sans prévoir des structures adéquates visant à leur acceptation par le reste de la société comme des membres interagissant classiquement. Pour les concepteurs de la sectorisation psychiatrique, la disparition de la ségrégation liée à la maladie mentale était un des objectifs premiers des acteurs de la psychiatrie.

1240 Hubert MIGNOT, « Présentation de la psychiatrie de secteur », Colloque Psychiatrie, droit et libertés, Paris, 1972 *in Psychiatries,* 4, 1972, pp.50-54

1241 Marcel JAEGER, «Les inflexions de la politique de santé mentale en France» ; *Santé mentale au Québec*, Vol.20, n°1, 1995, pp.77-87

1242 Terme foucaldien désignant les hôpitaux enfermant les malades mentaux aux côtés des autres membres "dégénérés" de la société

1243 Lucien BONNAFÉ, Louis LE GUILLANT, «La condition du malade à l'hôpital psychiatrique» ; *Esprit* n°197, 1952, p.849

Cette ségrégation des malades psychiques était une conséquence de la systématisation du recours à l'internement pour répondre à la problématique du trouble mental semblant perturber l'ordre public. Lucien BONNAFÉ parlait d'un « internement, conduite primitive ».[1244]

La politique de sectorisation psychiatrique fit de cette lutte contre la ségrégation son principe fondamental et fondateur. Elle rejetait avec force les principes de l'aliénisme fondés notamment sur le recours systématique de l'hôpital/asile comme lieu de soin du patient tourmenté psychiquement. Dans sa volonté d'abandon des référents essentiels préexistants en matière de culture hospitalière, le secteur psychiatrique fit reposer son fonctionnement sur «une critique de l'asile en tant qu'héritier médicalisé des hôpitaux généraux contemporains du "grand renfermement" de l'époque classique»[1245].

De nombreux psychiatres désaliénistes furent influencés par le marxisme (Francesc TOSQUELLES parlera des deux jambes Freud et Marx[1246] pour caractériser les fondements théoriques du désaliénisme) et cette influence peut se ressentir sur la façon dont ils envisageaient la construction pratique de leur nouveau système curatif. Pour eux, l'ancien devait être détruit et sur ses ruines devait se construire le nouveau qui en serait exactement l'inverse. La dialectique marxiste semblait s'appliquer à leur vision globale des institutions de traitement des malades mentaux et leur permettait d'envisager la construction d'une organisation sanitaire holiste.

Donc, d'après cette logique marxiste, la ségrégation des malades psychiques devait s'effacer, se dissoudre dans son exact opposé: l'intégration. Selon les *principes de la politique de secteur*[1247], l'intégration (comme anti-ségrégation) est:

«- intégration de la maladie mentale dans le milieu où elle émerge

- subordination de l'hôpital psychiatrique à la totalité du "réseau" des institutions et équipements d'hygiène mentale […]

- implantation […] de l'équipe de secteur dans le milieu social réel où vivent les malades

1244 Lion MURARD, François FOURQUET, «Faut-il prévoir des lieux propres à la psychiatrie ?» *in Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.275
1245 *Ibid.,* p.275
1246 Michelle MOREAU-RICAUD, «Une "utopie" à la croisée de la psychiatrie et de la psychanalyse: la psychothérapie institutionnelle» ; *Topique* n° 88, L'Esprit du temps, 2004, p.101
1247 Lion MURARD, François FOURQUET, «Faut-il prévoir des lieux propres à la psychiatrie ?» *in Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.275

- la dimension de territoire […] est finalement seconde par rapport à celle de responsabilité pratique : c'est l'équipe médico-sociale qui est la mesure du territoire […] ; ce n'est pas la délimitation du secteur qui détermine le recrutement et la composition de l'équipe.»[1248]

C'est cette idée d'intégration comme substitut à la ségrégation qui permit la création de structures extrahospitalières au sein de la ville, au plus près des lieux de vie des patients. Ces structures prirent des formes diverses mais elles avaient toutes un but précis: réaliser le soin dans un environnement propice au mieux-être du malade. À ce titre, il est possible de citer l'expérience du secteur du 13ème arrondissement de Paris qui fut longtemps un «secteur drapeau[1249]» et où les médecins-psychiatres recevaient les patients uniquement en dehors de l'hôpital.

L'Association de Santé Mentale du 13ème arrondissement de Paris fut fondée le 27 mars 1958 par un jeune psychiatre, le Dr Philippe PAUMELLE[1250]. Philippe PAUMELLE, élève d'Henri DUCHÊNE (dont il fut l'adjoint à l'Office Public d'Hygiène Sociale[1251]) de Georges DAUMÉZON et de Georges HEUYER[1252], avait pour ambition de créer, dans cet arrondissement populaire de 172000 habitants[1253], un service de secteur extrahospitalier qu'il définissait lui-même comme «la communauté humaine dont le volume répond aux possibilités de prise en charge personnelle de chaque patient par une équipe thérapeutique insérée dans le milieu.[1254]». Afin de convaincre les pouvoirs publics de soutenir son entreprise, Philippe PAUMELLE donna comme mission à son association de lutter contre l'alcoolisme[1255].

Cette création fut rendue possible par deux éléments importants. D'une part,

1248 Lion MURARD, François FOURQUET, «Faut-il prévoir des lieux propres à la psychiatrie ?» *in Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.275
1249 Georges DAUMÉZON, «Essor du XIIIème. L'Etat se met de la partie» *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.212
1250 Serge GAUTHIER, «Philippe Paumelle, homme de pensée et d'action, et la fondation du Treizième» *in* Colette Chiland éd., *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie.* Éditions Érès, 2010, p.13
1251 Lucien BONNAFÉ, «Essor du XIIIème. L'Etat se met de la partie» *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.212
1252 Georges DAUMÉZON, «Essor du XIIIème. L'Etat se met de la partie» *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.212
1253 Vassilis KAPSAMBELIS, «Cinquante ans après : la crise du secteur. Quelques réflexions en guise de conclusion» *in* Colette CHILAND, *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie.* Éditions Érès, 2010, p.459
1254 Philippe PAUMELLE, «L'hôpital de secteur. Le XIIIe : une expérience» ; *L'Information psychiatrique*, juillet 1965, n°7, p.639
1255 Georges DAUMÉZON, «PHILIPPE PAUMELLE (1923-1974)» ; *L'Evolution Psychiatrique*, n°3, 1974, p.100

comme le révélait Lucien BONNAFÉ, Philippe PAUMELLE s'était inspiré de sa théorie de l'implantation préalable. Cette théorie avait été présentée en 1956 à un groupe de travail de la Commission des maladies mentales[1256]. Elle était la «reconnaissance de la cité comme premier espace de soin[1257]» ou «la découverte de la réalité […] du territoire par l'équipe soignante avant même toute mise en place d'un dispositif de soin»[1258]. Lucien BONNAFÉ mit donc cette théorie à disposition de ses confrères mais seul Philippe PAUMELLE s'en empara[1259].

D'autre part, Philippe PAUMELLE put compter sur le soutien de l'administration sanitaire qui n'hésita pas à confier à l'Association de Santé Mentale du 13ème arrondissement «toutes les tâches de santé mentale concernant la population à desservir[1260]». Toutefois, l'administration sanitaire n'était pas exclue de la direction et du fonctionnement de l'Association de Santé Mentale du 13ème arrondissement puisqu'elle était représentée, en tant que financeur, à son conseil d'administration. Elle occupait, dans l'esprit de Philippe PAUMELLE, la même place que les usagers ou les soignants qui siégeaient à l'organe collégial[1261].

Dans cette tache pionnière et première dans l'histoire de la psychiatrie française, Philippe PAUMELLE sut s'entourer d'éminents confrères qui l'aidèrent à construire cette structure novatrice. Il demanda à Serge LEBOVICI de bâtir un secteur de pédopsychiatrie au sein de l'Association. Ce dernier fut ensuite rejoint par René DIATKINE. Philippe PAUMELLE avait connu et travaillé avec les deux hommes dans le service de Georges HEUYER au début des années 1950[1262]. Ils furent vite rejoints par Paul-Claude RACAMIER[1263] qui se servit de son expérience au sein de l'Association de Santé Mentale du 13e arrondissement et de ses échanges avec ses collègues pour rédiger son ouvrage

1256 Lucien BONNAFÉ, «Psychiatre expérimenté cherche collectivité locale..., Faut-il prévoir des lieux propres à la psychiatrie ?» *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.283
1257 Guy BAILLON, «Poète militant» *in* Lucien BONNAFÉ, *La psychanalyse de la connaissance* ; Editions Érès, Toulouse, 2002, p.13
1258 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, 2006, p.91
1259 Lucien BONNAFÉ, «Psychiatre expérimenté cherche collectivité locale..., Faut-il prévoir des lieux propres à la psychiatrie ?» *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.283
1260 Philippe PAUMELLE, « Dans le XIIIe, l'administration s'est dessaisie de son pouvoir au profit des soignants, Faut-il prévoir des lieux propres à la psychiatrie ?» *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, pp.301-303
1261 *Ibid*., p.302
1262 Serge GAUTHIER, «Philippe Paumelle, homme de pensée et d'action, et la fondation du Treizième», Colette CHILAND, *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie.* Éditions Érès, 2010, p.14
1263 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, 2006, p.91

le plus fameux, *Le psychanalyste sans divan*[1264].

Ayant conscience de l'importance de la psychanalyse dans son approche thérapeutique, Philippe PAUMELLE voulut immédiatement offrir à l'Association de Santé Mentale du 13e arrondissement la possibilité de s'appuyer sur cette pratique pour accueillir et traiter ses patients. A cet effet, il demanda à un psychanalyste reconnu, membre de la Société Psychanalytique de Paris, Jean KESTEMBERG, de créer un centre de psychanalyse au sein des structures de l'Association de Santé Mentale du 13e arrondissement. Ce centre recevait les patients envoyés par le CMP adulte de l'association[1265].

Le modèle de gouvernance de l'association voulue par Philippe PAUMELLE (égalité entre tous les membres du conseil d'administration notamment) conjugué à son souhait de voir l'institution et ses soignants se mettre concrètement au service du patient et de la population pourrait inciter à penser que sa démarche relevait uniquement de la psychothérapie institutionnelle. Pourtant, il n'en fut rien. L'expérience menée par Philippe PAUMELLE s'inspirait parfois de concepts développés par Francesc TOSQUELLES ou Georges DAUMÉZON mais elle possédait ses caractéristiques propres qui ne pouvaient être rattachées à aucun mouvement théorique de la psychiatrie.

La démarche thérapeutique et fonctionnelle de l'Association de Santé Mentale du 13e arrondissement était unique et elle était régulièrement citée en modèle en France et à l'étranger[1266]. Elle représentait le secteur. Elle était, pour les psychiatres désaliénistes, l'incarnation de la certitude du succès de la politique de sectorisation. Le secteur n'était plus une vague abstraction de médecins idéalistes et utopistes.

1264 Paul-Claude RACAMIER, *Le psychanalyste sans divan : la psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques*, Payot, Paris, 1970
1265 Vassilis KAPSAMBELIS, «Le centre de psychanalyse de ASM 13», *Adolescence*, vol. t.35 1, no. 1, 2017, pp.22-23
1266 Georges DAUMÉZON, «Essor du XIIIème. L'Etat se met de la partie» *in* Lion MURARD, François FOURQUET*, Histoire de la psychiatrie de secteur ; Recherches* n°17*,* Mars 1975, p.212

Paragraphe 2: La progressive construction administrative du secteur psychiatrique (1960 à 1972)

« Qu'advient-il lorsque, comme c'est le cas depuis 1960,
une utopie médicale est reprise par le pouvoir politique
pour devenir une organisation administrative officielle ? »[1267]
Robert CASTEL

La sectorisation psychiatrique reposait donc, après 1960, sur deux fondements solides: le désaliénisme et la volonté ministérielle de réforme du système présent. Le premier était idéologique et seule la ténacité de certains psychiatres permit de ne pas le voir rester uniquement un courant marginal dans la pratique thérapeutique. Ces psychiatres ont bénéficié d'une audience ministérielle exceptionnelle (Marie-Rose MAMELET et Eugène AUJALEU notamment). La circulaire fondatrice du secteur psychiatrique est née de ce travail collaboratif entre l'Administration et les praticiens aux idées les plus novatrices.

Le deuxième fondement de la sectorisation psychiatrique fut l'œuvre créatrice de l'Administration se poursuivit jusqu'à la loi sur la sectorisation psychiatrique du 31 décembre 1985. Pour compléter la circulaire de 1960, l'Administration utilisa la même technique réglementaire. Entre 1960 et 1985, elle publia plusieurs dizaines de circulaires et d'arrêtés relatifs à la psychiatrie et à son organisation[1268]. Cette technique administrative avait cependant montré ses limites avec la circulaire de 1960 puisque de nombreux médecins-chefs et directeurs en avaient fait une interprétation assez large qui l'avait rendue parfois inopérante.

En l'absence de loi cadre sur le secteur psychiatrique, l'Administration n'avait pas d'autre choix. De plus, il fallait absolument faire évoluer l'institution psychiatrique de façon réactive et ces actes administratifs permettaient de signifier une volonté ministérielle aux administrations politiques et hospitalières locales. Cette action ministérielle d'organisation du secteur peut être divisée en deux périodes. La première période s'étendrait de la publication de la directive du 15 mars 1960 aux événements de mai 1968 (**A**). La

1267 Robert CASTEL, «Genèse et ambiguïtés de la notion de secteur en psychiatrie.» *In Sociologie du travail*, 17e année n°1, Janvier-mars 1975. pp. 57-77
1268 Emmanuel DIGONNET, Angelo POLI, « Psychiatrie publique: plaidoyer pour le secteur » *in* Hervé BOKOBZA (dir.) ; *La psychiatrie en péril* ; Éditions Érès «Hors collection», 2006, p.162

deuxième période commencerait en 1968 pour s'achever en 1972 avec la publication d'un arrêté et d'une circulaire ministérielle sur le traitement des maladies psychiques.[1269](**B**).

A/ Une difficile mise en place de la sectorisation psychiatrique (1960-1968)

" L'administration va donc se mobiliser afin de rendre tangible le secteur à la fin des années 60. " [1270]
Cyril HAZIF-THOMAS

Après la circulaire du 15 mars 1960, s'ouvrit une période difficile de discussions entre l'Administration ministérielle, les psychiatres et les représentants politiques locaux. Ces discussions portaient essentiellement sur les Programmes d'Organisation Départementale de lutte contre les maladies mentales (POD) prévus par la circulaire.[1271] Eugène AUJALEU, alors Directeur de la Santé, nota que la sectorisation ne faisait pas l'unanimité chez les psychiatres et observa la permanence de certains comportements au sein d'un même corps professionnel : «Dans un corps, c'est toujours pareil: certains vont en avant, et d'autres préfèrent la routine.[1272]»).

Les années suivant la publication de la circulaire du 15 mars 1960 furent propices à la conception et à l'édiction d'autres notes administratives la complétant. En effet, une circulaire seule ne pouvait pas organiser et régenter une structure sanitaire aussi importante que la psychiatrie française.

En 1963, fut publiée une circulaire très importante dans le processus de légalisation des idées désaliénistes par le truchement de la politique de sectorisation. En effet, la

1269 Arrêté du 14 mars 1972 fixant les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies
Circulaire n°431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies
1270 Cyril HAZIF-THOMAS, *La liberté de choix des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques*, thèse soutenue à l'Université de Rennes, 13 septembre 2016, publiée chez LEH Edition, Collection Thèse, 2016, p.130
1271 Marie-Rose MAMELET, «L'hostilité des psychiatres» *in Histoire de la psychiatrie de secteur, Recherches* n°17, Mars 1975, p.209
1272 Eugène AUJALEU, « L'hostilité des psychiatres » *in Histoire de la psychiatrie de secteur, Recherches* n°17, Mars 1975, p.214

circulaire du 17 juillet 1963 mentionna pour la première fois le terme de politique de secteur.[1273] Selon ses rédacteurs, cette circulaire complétait celle du 15 mars 1960 et la consacrait donc comme fondement référentiel en matière de secteur psychiatrique. Cette circulaire fut signée par Raymond MARCELLIN, le nouveau ministre de la Santé Publique.

Cette circulaire répétait l'importance de la division géo-démographique des départements dans le traitement des maladies psychiques: «Je vous rappelle que ce programme doit être basé sur le principe de la politique dite ''de secteur'', qui consiste à confier à une même équipe médico-sociale les taches de lutte contre les maladies mentales dans une zone géographique comportant une population qui compte tenu des normes de l'OMS[1274] doit être de l'ordre de 67000 habitants.»[1275].

La circulaire du 17 juillet 1963 demandait à ce que la politique de secteur connût une immédiate application («J'insiste vivement pour que cette politique soit effectivement appliquée dans un délai aussi réduit que possible.»[1276]). Le rédacteur ministériel nota également que la sectorisation représentait un gain économique pour les départements
(« Elle présente donc sur le plan des dépenses d'équipement un intérêt certain pour les collectivités. »[1277]). Toutefois, le ministère ne fit pas preuve de cécité concernant les difficultés de mise en pratique de cette politique novatrice («Je n'ignore pas les difficultés rencontrées pour sa mise en place.»[1278]).

La circulaire énuméra les freins à l'extension générale de la politique de secteur: «Il est évident qu'il n'est pas possible de parler de politique de secteur lorsque le service médical comporte 400 malades voire plus, et dessert une aire géographique de plus de 200000 habitants ; un nombre trop important de départements ne m'ont pas encore fait parvenir pour approbation leur programme d'organisation et d'équipement de lutte contre les maladies mentales, qui subordonne la mise en place effective des secteurs.»[1279]

1273 Circulaire du 17 juillet 1963 relative à la politique de secteur en matière de lutte contre les maladies mentales
1274 Organisation Mondiale de la Santé créée en 1948. Son siège se situe à Genève.
1275 Circulaire du 17 juillet 1963 relative à la politique de secteur en matière de lutte contre les maladies mentales
1276 *Ibid*.,
1277 *Ibid*.,
1278 *Ibid*.,
1279 *Ibid*.,

Finalement, la circulaire conclut sur un point essentiel : la ténacité ministérielle à voir une extension nationale de cette nouvelle politique d'organisation psychiatrique («[...] j'appelle à nouveau votre attention sur le souci que j'ai de voir mettre en pratique dans la généralité des départements une véritable sectorisation.»[1280]). De plus, le ministre rappelait la nécessité de voir appliquer cette politique rapidement car le nombre de malades augmentait dans les hôpitaux psychiatriques («[...] le nombre de malades admis dans les hôpitaux psychiatrique ne cesse de croitre»[1281]).

La dernière phrase de la circulaire synthétisait le rôle indispensable de la sectorisation pour la psychiatrie en France puisqu'elle seule représentait l'alliance idéale entre réduction des coûts financiers et efficacité des soins: «Seule, l'application des principes de la politique qui implique notamment un équipement intra et extra hospitalier suffisant en nombre et en qualité est à même de permettre une lutte efficace contre les maladies mentales.»[1282]).

Entre 1963 et 1968, aucune mesure administrative, aucun événement significatif n'était venu faire progresser la généralisation nationale de la sectorisation psychiatrique. Les seuls actes administratifs relatifs à la psychiatrie de cette période concernaient les règlements intérieurs des hôpitaux psychiatriques[1283], les arriérés profonds et les déments séniles[1284] et enfin, les établissements privés de cure et de prévention.[1285] De plus, la politique officielle ne convainquait pas les psychiatres libéraux et, en 1966, le dirigeant du principal syndicat de psychiatres libéraux, Charles BRISSET, était encore opposé à la démarche de sectorisation[1286].

Selon Georges DAUMÉZON, qui a pourtant créé en 1967 le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (CPOA rattaché à l'Hôpital Sainte-Anne) pour organiser et

1280 Circulaire du 17 juillet 1963 relative à la politique de secteur en matière de lutte contre les maladies mentales
1281 *Ibid.,*
1282 *Ibid*
1283 Arrêté du 14 août 1963 annexant au règlement intérieur modèle du service intérieur des hôpitaux psychiatriques un règlement modèle du placement familial surveillé
1284 Circulaire du 27 août 1963 relative aux mesures particulières à prendre dans le cadre de la lutte contre les maladies mentales, en ce qui concerne les arriérés profonds et les déments séniles
1285 Décret n°67-42 du 2 janvier 1967 complétant l'annexe XXIV au décret modifié n°56-284 du 9 mars 1956 qui a fixé les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux
1286 Charles BRISSET, *Livre blanc de la psychiatrie*, Tome 2, Privat, Toulouse, 1967, p.29

centraliser les urgences psychiatriques en région parisienne[1287], la période de 1960 à 1968 a été nulle pour la sectorisation psychiatrique dans le sens où aucun événement majeur ne s'était produit. Il jugea durement cette époque en affirmant que : « la circulaire de 60 restait une expérience eschatologique, sans aucune efficacité.[1288] ».

B/ Le choc de mai 1968 et ses conséquences positives sur le développement de la sectorisation psychiatrique

Les événements de Mai 1968 furent un choc idéologique dans les élites intellectuelles françaises. La psychiatrie, en tant que spécialité médicale non somatique, ne pouvait échapper à ce bouleversement au sein de l'intelligentsia française de l'époque.

Avant ces événements, le secteur psychiatrique était vu par de nombreux psychiatres comme une lubie avant-gardiste de certains de leurs confrères. Les événements de 1968 eurent une relative importance dans le choix du secteur par des psychiatres jusqu'ici attentistes. Georges DAUMÉZON confirmait cette idée par une analyse brève et efficace de l'évolution de certains de ses confrères face à la politique de secteur: «Vient 1968 […] la surenchère, la crainte de ne pas être assez à l'extrême pointe de l'avant-garde pour toute une partie de l'intelligentsia […] Ce sont les sources de beaucoup de conversions brusques au secteur.»[1289]

De plus, il semble important de noter que la manifestation des psychiatres des hôpitaux du 29 octobre 1969 devant le ministère de la Santé publique pourrait avoir eu une certaine influence sur le ministre Robert BOULIN. Ce dernier rétablit la Commission des maladies mentales supprimée sous le mandat de son prédécesseur Raymond MARCELLIN[1290].

La sectorisation dépendait de l'action conjointe de deux volontés : la volonté médicale et la volonté administrative. L'accord de ces deux volontés avait permis à la politique de secteur psychiatrique de progresser dans les consciences médicales et de

1287 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, pp.194-195
1288 Georges DAUMÉZON, « L'Etat se met de la partie » *in Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.275
1289 Georges DAUMÉZON, « Conjoncture de la naissance de la psychiatrie de secteur en France » ; *Annales Médico-Psychologiques*, 135, 2, n°1, 1977, p.82
1290 Madame LAURENCEAU, « L'Etat se met de la partie » *in Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.224

s'étendre géographiquement. En son absence, c'était l'inertie et la stagnation des pratiques psychiatriques nouvelles. L'action administrative reposait parfois sur la détermination d'une seule personne qui, de par son engagement ou son désintérêt pour la cause du secteur psychiatrique, pouvait modifier ou non la situation de l'application de la circulaire de 1960.

Cette personnalisation de la politique administrative en matière de secteur psychiatrique put s'observer avec l'arrivée à la tête du ministère de la Santé publique de Robert BOULIN (en 1969) et du directeur général de la santé le Docteur CHARBONNEAU. Pour Madame LAURENCEAU (chef du bureau MS1 des maladies mentales au ministère de la Santé publique dès 1968): «Il [le Docteur CHARBONNEAU] s'est beaucoup occupé de psychiatrie, et c'est en partie grâce à lui que la sectorisation a progressé.»[1291]

C'est pendant cette période que s'effectua un changement très important dans l'histoire de la psychiatrie hospitalière française : la bisexualisation des services intra-hospitaliers. Elle fut décidée, en 1969, par une circulaire ministérielle.[1292] Jusqu'à la publication de cette circulaire, les services intra-hospitaliers étaient très strictement séparés entre patientes et patients et entre infirmières et infirmiers. Cette séparation était critiquée depuis longtemps et nombreux étaient ceux qui demandaient sa fin. Toutefois, cette circulaire ne sera appliquée qu'avec beaucoup de méfiance dans de nombreux hôpitaux psychiatriques (par exemple, à l'hôpital psychiatrique de Saint-Gemmes sur Loire, les infirmiers craignaient de devoir faire des toilettes à des femmes et les infirmières appréhendaient la gestion de la violence des malades de sexe masculin[1293])

L'évolution vers la bisexualisation des hôpitaux psychiatriques fut un événement important de l'histoire de l'hôpital psychiatrique en France mais ne contribua en rien à l'évolution générale vers une pratique généralisée de la sectorisation de la psychiatrie dans les départements.

D'autres textes inclurent la notion de secteur de psychiatrique. Ce ne furent pas des

1291 Madame LAURENCEAU, «Le secteur redémarre...dans les textes (1968-1975)» *in Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.226
1292 Circulaire n°12 du 24 janvier 1969 relative à la bisexualisation des hôpitaux psychiatriques
1293 Vincent GUÉRIN, Les malades face à la sectorisation à l'hôpital de Saint-Gemmes-sur-Loire (1971 1977) *in* Laurence GUIGNARD, Hervé GUILLEMAIN, Stéphane. TISON (dir.), *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^{e}-XX^{e} siècles),* Rennes, PUR, 2013, p.285

lois mais ils témoignèrent de la reconnaissance ministérielle ainsi que sa persistance à considérer ce mode d'organisation comme seul efficace à appréhender la réalité psychiatrique française. En 1970, un décret sur le statut des psychiatres mentionna le terme de secteur dans son article 4.[1294]

En 1971, une circulaire ministérielle[1295] énonçait explicitement les méthodes à utiliser pour parvenir à réaliser le soin précoce des malades mentaux et leur désadaptation. Le secteur était la première de ces méthodes. Cette circulaire réaffirmait le principe majeur de la psychiatrie de secteur c'est à dire la continuité des soins: «la continuité des soins étant la condition essentielle du traitement efficace des maladies mentales[1296]».

Cette période fut ponctuée par deux textes importants pour la psychiatrie de secteur. En effet, la circulaire du 14 mars 1972[1297] et l'arrêté[1298] du même jour organisèrent concrètement, pour la première fois dans l'histoire récente de la psychiatrie désaliéniste, le secteur psychiatrique. Le 16 mars 1972, une autre circulaire[1299] traita de la sectorisation de la psychiatrie infantile (un secteur de psychiatrie infanto-juvénile équivaut à trois secteurs de psychiatrie générale). La dichotomie entre la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie était réalisée[1300].

La circulaire ministérielle du 14 mars 1972 fut très précise en matière de sectorisation. Elle confirma explicitement la confiance ministérielle en ce mode d'organisation de la politique sanitaire destinée à lutter contre les maladies mentales (« L'attachement des autorités sanitaires à cette politique a d'ailleurs été affirmé et

1294 Décret du 11 mars 1970 portant sur le statut des médecins plein temps des hôpitaux de deuxième catégorie
1295 Circulaire n°148 du 18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et à l'élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie
1296 Circulaire n°148 du 18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et à l'élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie 1.La sectorisation
1297 Circulaire n°431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies
1298 *Ibid*.,
1299 Circulaire n°443 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents
1300 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Collection Que sais-je ? Presses Universitaires de France ; Paris, 1994, p.42

réaffirmé depuis plus de dix ans...[1301]») La circulaire mit fin au caractère indicatif des précédentes recommandations. Le caractère impératif de cette note était manifeste.

Désormais, chaque département doit être découpé en secteurs. L'activité extrahospitalière du secteur psychiatrique était également prévue par cette circulaire («Le secteur est constitué de divers services destinés à permettre l'exercice des activités de prévention, de cure (**y compris les traitements ambulatoires**)[1302]»). Enfin, cette circulaire détaillait précisément la composition des équipes de psychiatrie de secteur («Il est confié à un médecin psychiatre chef de secteur qui a la responsabilité d'une équipe composée de médecins, d'assistantes sociales, psychologues, infirmières, etc.[1303]»).

C/ L'élaboration du secteur psychiatrique infanto-juvénile

Depuis les débuts officiels de la psychiatrie de secteur en 1960, la psychiatrie infanto-juvénile avait toujours été incluse dans les réformes structurelles mises en place par les différentes administrations. Pourtant, la circulaire du 15 mars 1960 ne « faisait aucune allusion à la nécessité d'une organisation spécifique à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.[1304] ».

L'indépendance du secteur infanto-juvénile par rapport au secteur de psychiatrie générale s'était réalisée graduellement. Une première étape réglementaire fut effectuée en ce sens par l'intermédiaire d'une circulaire du 13 septembre 1961[1305]. Cette circulaire s'appuyait sur la circulaire du 15 mars 1960 (« Suivant les indications contenues dans la circulaire du 15 mars 1960 concernant le programme d'organisation et d'équipement de lutte contre les maladies mentales[1306] ») interdisait l'hospitalisation d'enfants dans les services d'adultes et demandait de les orienter vers des structures adaptées (instituts

1301 Circulaire n°431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies I – La sectorisation
1302 *Ibid*.,
1303 Circulaire n°431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies I – La sectorisation
1304 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.167
1305 Circulaire 4.709 (61-38) du 13 septembre 1961 concernant l'hospitalisation des enfants de moins de seize ans à l'hôpital psychiatrique
1306 *Ibid*., p.1

médico-pédagogiques notamment) lorsqu'ils étaient « éducables ou semi-éducables[1307] ».

En 1963, le pédopsychiatre Roger MISÈS suggérait de créer des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile autonomes dirigés par des médecins des hôpitaux psychiatriques[1308]. Cette demande de Roger MISÈS[1309] s'appuyait essentiellement sur l'expérience menée par des psychiatres psychanalystes parisiens (René DIATKINE, Serge LEBOVICI[1310]) au sein d'une structure privée à but non lucratif : l'Association pour la Santé Mentale du 13ème arrondissement de Paris (ASM 13)[1311] créée en 1958 par Philippe PAUMELLE[1312]. En effet, la création de l'ASM 13 fut quasi-concomitante avec la circulaire du 15 mars 1960 instaurant la sectorisation psychiatrique et ses fondateurs ont inscrit leur structure dans une organisation géo-démographique visant à associer la psychiatrie de l'enfant à la psychiatrie générale[1313].

Au sein de la structure nouvellement créée, la pédopsychiatrie était prise en charge par Denise et René DIATKINE et Serge LEBOVICI. D'abord, ils ouvrirent une consultation ambulatoire. Puis le Centre Alfred Binet fut fondé en 1958[1314]. Le Centre Alfred Binet permit à ces psychiatres d'exercer leur fonction de psychanalyste en institution pour enfants. De cette pratique institutionnelle, René DIATKINE, très impliqué dans ces structures pédopsychiatriques, développa des «axes de traitement […] d'une grande importance»[1315]. L'ASM 13 lui permit ainsi qu'à Serge LEBOVICI de mettre en place précocement une organisation sectorisée (uniquement extrahospitalière) de la pédopsychiatrie. De ce fait, l'ASM 13 fut longtemps considérée, dans le paysage

1307 Circulaire 4.709 (61-38) du 13 septembre 1961 concernant l'hospitalisation des enfants de moins de seize ans à l'hôpital psychiatrique, p.1
1308 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.167
1309 Roger MISES, «Décembre 1963, n˚10 Vers la création de secteurs de neuropsychiatrie infantile dirigés par les médecins des hôpitaux psychiatriques», *L'information psychiatrique*, vol. volume 89, no. 2, 2013, pp. 196-200.
1310 Serge GAUTHIER, « Philippe Paumelle, homme de pensée et d'action, et la fondation du Treizième », *in* Colette CHILAND, *Le souci de l'humain : un défi pour la psychiatrie.* Éditions Érès, 2010, p.14
1311 Philippe PAUMELLE, L'hôpital de secteur. Le XIIIe : une expérience ; *L'Information psychiatrique*, juillet 1965, n°7, p.640
1312 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE ; Le secteur psychiatrique ; Collection Que sais-je ?, Presses Universitaires de France ; Paris, 1994, p.29
1313 Vassilis KAPSAMBELIS, «Le centre de psychanalyse de ASM 13», *Adolescence*, vol. t.35 1, no. 1, 2017, p.22
1314 Florence QUARTIER, «René Diatkine, éléments biographiques» *in* Florence QUARTIER, Alain CASANOVA, *L'héritage vivant de René Diatkine.* Presses Universitaires de France, 2015, p.172
1315 *Ibid*., p. 174

psychiatrique français, comme la figure de proue d'une sectorisation réussie[1316] car elle démontrait, entre autres succès, la pertinence d'une association entre psychiatrie adulte et psychiatrie infanto-juvénile au sein d'une structure de soins unifiée.

La nécessité d'une séparation structurelle entre les deux champs de la psychiatrie se concrétisa réglementairement en 1968 avec la reconnaissance par le ministère de la Santé de « l'autonomie des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile dans les plans d'équipement départementaux de lutte contre les maladies mentales.[1317] ». Cette reconnaissance administrative de la division entre psychiatrie adulte et psychiatrie infanto-juvénile fut concomitante de la création du Certificat d'Etudes Spéciales de psychiatrie[1318], création qui marqua la fin de la spécialité de neuropsychiatrie.

Pourtant cette première reconnaissance administrative ne fut pas suffisante pour inscrire nationalement la pédopsychiatrie dans la pratique sectorielle. Une seconde intervention réglementaire puis une troisième furent nécessaires pour que la sectorisation de la psychiatrie infanto-juvénile bénéficiât du même traitement que la psychiatrie générale c'est à dire que son extension fût réalisée avec des moyens humains et matériels définis.

La circulaire du 18 janvier 1971[1319] mentionnait le fait que « les services de psychiatrie infantile [devaient] faire l'objet d'une mention spéciale[1320] ». En effet, les services de psychiatrie infanto-juvénile se voyaient attribuer par la circulaire une double fonction : « […] d'une part, à l'observation et l'orientation des enfants psychotiques et névrotiques, et, d'autre part à assurer les soins.[1321] ».

Cette circulaire du 18 janvier 1971 eut une importance capitale dans le développement de la psychiatrie infanto-juvénile en France puisque c'est elle qui définit ses fondements organisationnels futurs. En effet, elle précisait que le secteur de psychiatrie générale serait également utilisé pour établir les limites géo-démographiques

1316 Georges DAUMÉZON ; «L'Etat se met de la partie, L'hostilité des psychiatres» *in* Lion MURARD, François FOURQUET*, Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.212
1317 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.167
1318 Arrêté du 30 décembre 1968 Certificats d'Etudes Spéciales de psychiatrie
1319 Circulaire n°148 du 18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et à l'élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie, non parue au Journal officiel
1320 *Ibid*., p.3
1321 *Ibid*., p.3

de l'aire de recrutement du futur ''intersecteur'' de pédopsychiatrie. La circulaire n'évoquait pas le terme de secteur infanto-juvénile mais faisait mention de « secteurs enfants[1322] ». Ces secteurs enfants devaient « correspondre à 3 secteurs de psychiatrie générale[1323] » c'est à dire à approximativement deux-cent-mille (200000) habitants.

En mars 1972, une circulaire n°443[1324] vint compléter le dispositif réglementaire en matière de sectorisation psychiatrique en offrant à la pédopsychiatrie des moyens et des objectifs similaires à ceux de la psychiatrie adulte mais adaptés aux besoins spécifiques demandés par l'accueil d'enfants et d'adolescents. Elle s'inscrivit dans un contexte de rejet majeur des institutions déjà existantes ainsi que des pratiques qui les caractérisaient.

En effet, lors de colloques menés sur la question de l'enfance inadaptée, les docteurs LAINÉ et BONNAFÉ exposaient ouvertement la réalité des enfants souffrant de maladies psychiques : « Une multiplication dramatique des besoins, l'incapacité foncière du Pouvoir à leur apporter une réponse, un ensemble d'institutions insuffisant et morcelé, une conception officielle rétrograde, ségrégative et rejetante, caractérisent actuellement le problème général de l'enfance inadaptée.[1325] ».

Les deux psychiatres se montraient très virulents contre l'organisation des soins proposés aux enfants malades psychiquement. Pour eux, « toute approche dynamique et efficace du problème de l'enfance inadaptée est interdite en raison de l'incapacité du pouvoir à concevoir une politique d'ensemble orientée vers la satisfaction des besoins infantiles et à résoudre en premier lieu le malaise général de la famille et de l'école.[1326] ».

La psychiatrie infanto-juvénile avait donc également besoin, à l'image de la psychiatrie générale et de la circulaire du 15 mars 1960, d'un texte normatif fondateur. Ce fut donc chose faite avec la circulaire du 16 mars 1972. Cette circulaire nécessaire et

1322 Circulaire n°148 du 18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et à l'élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie, non parue au Journal officiel, p.4
1323 *Ibid*., p.4
1324 Circulaire du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents, JORF du 21 avril 1972, p. 4209
1325 Lucien BONNAFÉ, Tony LAINÉ, L'enfant, la famille, l'école, la psychiatrie de secteur ; Colloques, Bordeaux, 1972, n°22, pp.7-22
1326 *Ibid*., pp.7-22

attendue eut une portée considérable (« Ce texte est très important.[1327] »).

Pourquoi cette circulaire fut-elle aussi importante pour la psychiatrie infanto-juvénile française ? Le psychiatre et dirigeant syndical Michel AUDISIO répondit en signalant que « son importance tient avant tout à ce qu'il dresse un constat d'une situation, d'une façon infiniment plus technique et précise que cela ne l'a jamais été fait jusqu'à présent pour la psychiatrie générale.[1328] ».

Cette circulaire avait cinq objectifs : énoncer les progrès réalisés en matière de psychiatrie infanto-juvénile, fixer des objectifs nouveaux, insister sur le bilan diagnostic, appréhender la question des lieux de soins et aborder le problème de la continuité de l'action[1329]. Ces objectifs énoncés par la circulaire visaient à la création et à la pérennisation d'une politique de sectorisation pertinente.

La doctrine juridique analysa la circulaire du 16 mars 1972 comme une finalité des politiques publiques en matière d'organisation des soins des enfants et adolescents souffrant de troubles psychiques. Cette organisation nécessitait des réformes profondes pour devenir plus performante et plus rationnelle (« La création de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile répondait […] à un besoin de cohérence et d'efficacité de l'organisation sanitaire et sociale de l'enfance inadaptée.[1330] »).

Comme le notait Patrick MORDELET en 1987 dans son ouvrage de référence sur l'organisation de la santé mentale: « La circulaire du 16 mars 1972 rappelle notamment l'évolution des conceptions concernant les troubles et les déficiences mentales et le caractère simpliste et préjudiciable pour les enfants de la nosographie traditionnelle qui distinguait […] déficiences mentales, maladies mentales et troubles du caractère.»[1331]

L'auteur poursuivait son analyse de l'évolution de la classification des troubles psychiques chez l'enfant et l'adolescent en affirmant que « La nouvelle conception insiste,

1327 Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur* ; Privat, Toulouse, 1980, p.128
1328 *Ibid*., p.128
1329 Circulaire du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents, JORF du 21 avril 1972, p.4210
1330 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé Paris, 1987, p.169
1331 *Ibid*., p.169

[…] sur l'importance du concept d'évolutivité des troubles chez l'enfant.[1332] ».

D'un point de vue organisationnel, la circulaire du 16 mars 1972 confirmait les directives énoncées par la circulaire du 18 janvier 1971 qui visaient à créer un maillage géo-démographique analogue à celui de la psychiatrie générale. Elle rappelait que le chiffre de deux-cent-mille (200000) ne correspondait pas à un calcul scientifique précis mais relevait plutôt d'une gestion « d'un état de pénurie et ne [permettait] de couvrir qu'un minimum de besoins.[1333] ». Cet état de pénurie matérielle et humaine était confirmé un mois plus tard par le Pr Serge LEBOVICI et le Dr Henri VERMOREL à l'occasion d'une réunion du groupe de travail secteur de la Commission des maladies mentales en présence du ministre de la Santé Robert BOULIN[1334].

La circulaire du 16 mars 1972 fut complétée en 1974 par une circulaire du 9 mai relative à la mise en place de la sectorisation infanto-juvénile[1335]. Cette circulaire avait pour objectif de permettre la levée des obstacles à la création des structures sectorielle de la psychiatrie infanto-juvénile. Elle mettait notamment en exergue l'importance d'une certaine souplesse dans l'âge de recrutement des patients, la priorité à donner au travail en réseau (Education nationale, PMI, services de pédiatrie, pédiatres libéraux...) et le rôle coordinateur du Conseil de santé mentale de secteur.

Paragraphe 3: La construction administrative et juridique de la profession d'infirmier de secteur

L'encadrement infirmier des malades psychiques connut une très lente évolution. Cette évolution fut parallèle à celle de l'institution asilaire. Elle se caractérisait, en effet, par la reconnaissance du travail méprisé et subalterne de femmes (depuis la circulaire du 16

1332 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.169
1333 Circulaire du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents, JORF du 21 avril *1972,* p.4210
1334 Compte-rendu de la réunion du groupe de travail secteur de la Commission des maladies mentales du 28 avril 1972, archives de la Direction Générale de la Santé, côte 19910084/28, Archives nationales
1335 Circulaire DGS 892 MS 1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile. *Bulletin Officiel de la Santé et de la Sécurité Sociale* n°30 du 21 juillet 1974

mai 1914, les femmes étaient autorisées à travailler dans les quartiers des hommes[1336]) et d'hommes pourtant indispensables au bon fonctionnement des asiles d'aliénés (jusqu'en 1937[1337]) et des hôpitaux psychiatriques (lorsque cette appellation devint officielle).

Les conditions de travail des infirmiers psychiatriques étaient détestables malgré une réglementation de la profession commencée dès le début du XX ème siècle. De plus, la condition infirmière dans les hôpitaux dépendait souvent du bon vouloir des médecins. En effet, les infirmiers psychiatriques se mobilisèrent peu pour faire valoir leurs droits et améliorer leur reconnaissance.

L'évolution de leur profession procédait de la réflexion et de l'action de psychiatres conscients que, sans ce personnel officiant au plus près des malades, aucune innovation pensée médicalement ne pouvait être appliquée. Le premier de ces psychiatres pragmatiques modernes fut Georges DAUMÉZON qui réalisa, en 1935, une thèse de doctorat très remarquée sur la situation du personnel infirmier des hôpitaux psychiatriques.

L'hécatombe des malades psychiques pendant l'Occupation renforça l'idée, déjà présente chez certains psychiatres avant la guerre, que la profession d'infirmier psychiatrique devait être repensée afin de mieux appliquer les idées novatrices. Après la Libération, c'est ce même Georges DAUMÉZON qui eut l'idée, avec Germaine LE GUILLANT, de proposer des stages de formation aux infirmiers des hôpitaux psychiatriques. Ces stages eurent lieu dès 1948 dans le cadre des Centres d'Entrainement aux Méthodes d'Education Active (CEMÉA)[1338].

En 1957, les infirmiers furent invités à rejoindre le Groupe de Sèvres pour travailler sur les grandes thématiques qui questionnaient, alors, la psychiatrie. Le dialogue entre psychiatres et infirmiers psychiatriques sembla alors s'établir sur des fondements stables et pérennes.[1339] Pour arriver à ce dialogue équilibré, la profession d'infirmier psychiatrique connut une longue progression pendant plus d'un siècle (**A**).

1336 Dominique LETOURNEAU, Didier DUPEUX, *Le secteur psychiatrique,* Paris, Éditions Lamarre, 1991, pp.18-19
1337 Circulaire du 13 Octobre 1937 relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental
1338 Gérard BLEANDONU, *Dictionnaire de psychiatrie sociale*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1976, p.143
1339 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Collection Que sais-je Presses Universitaires de France ; 1994, p.30

L'idée d'une sectorisation des soins d'hygiène mentale date de la circulaire du 13 octobre 1937 et de son principal concepteur, le médecin hygiéniste Robert-Henri HAZEMANN. Toutefois, ce n'est qu'après 1945 que des médecins psychiatres s'en emparèrent pour la faire devenir norme en matière d'organisation des soins apportés aux malades psychiques. Concomitamment, ces mêmes médecins psychiatres, favorables à la sectorisation de l'appareil psychiatrique français, apportaient leur soutien à une réforme de la profession d'infirmier psychiatrique pour des raisons pragmatiques et idéologiques. Ces deux idées nouvelles en psychiatrie connurent une évolution parallèle qui peut s'expliquer par la nécessité de voir fonctionner efficacement une nouvelle organisation sanitaire grâce au travail de ses principaux protagonistes (**B**).

A/ La lente évolution historique d'une profession déconsidérée

> «Vous n'êtes pas des gardiens, mais des infirmiers. Vous êtes les collaborateurs des médecins et des collaborateurs qui, tel Pussin, peuvent être très précieux.»[1340]
>
> Frantz Adam

La profession d'infirmier psychiatrique a connu une évolution mouvementée mais toujours progressive. Elle débuta très timidement au 17ème siècle, se stabilisa au 18ème et 19ème siècle avant d'achever sa construction juridique à la fin du 20ème par l'intermédiaire d'une transposition de normes européennes en droit national[1341].

Dans la deuxième partie du 17ème siècle, des religieuses commencèrent à officier auprès des aliénés à l'hospice des Petites Maisons[1342] situé à l'intérieur de Paris. La présence de personnels religieux dans les lieux d'internement et de soins réservés aux aliénés se poursuivra jusque dans la seconde partie du 20ème siècle. Elle se raréfiera (comme dans les autres lieux de soins) quand le métier d'infirmier psychiatrique se

1340 Frantz ADAM, *Devoirs de l'infirmier des hôpitaux psychiatriques*, Colmar, 1937
1341 Arrêté du 30 mars 1992 relatif à l'attribution du diplôme d'Etat d'infirmier aux personnes titulaires du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique
1342 André MEYLAN, «L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°1, 1975, p.65

professionnalisera et que les simples surveillances et gardes des malades ne seront plus suffisantes.

Les religieuses apportaient une certaine bienveillance dans la pratique d'un emploi presque exclusivement réservé à des sujets brutaux et peu enclins à la bientraitance. La violence des gardiens d'asile fut longtemps un problème récurrent pour les aliénistes. En effet, ces derniers essayaient de trouver des traitements et des pratiques pour améliorer la qualité de vie de leurs patients mais leurs efforts étaient régulièrement réduits à néant par un personnel infirmier cruel et maltraitant[1343].

Ces gardiens d'asile étaient parfois d'anciens patients mais ils étaient surtout recrutés parmi les classes les plus basses de la population française. L'étude de leur profil sociologique montre de façon évidente qu'ils ne pouvaient pas être en mesure d'appliquer les instructions médicales avec efficacité. Ils n'avaient pas ou peu fait d'études. Certains d'entre eux étaient probablement analphabètes.

Les psychiatres du 18ème et du 19ème siècle (Scipion PINEL, Hippolyte DE COLINS notamment) eurent des mots très durs pour décrire les comportements et la nature des gardiens d'asiles. Pourtant, aujourd'hui, le recul de l'histoire permet de nuancer leurs propos. En effet, le sort des gardiens d'asiles n'était guère enviable puisqu'ils travaillaient dans des conditions quasi-carcérales.

Leur situation professionnelle était terrifiante puisqu'ils devaient à l'asile qui les employait une présence constante, sans jour de repos. Leur rémunération était minime et leurs chances de promotion professionnelle nulles. Ils ne disposaient de presque aucune vie privée et le mariage leur était interdit sous peine de renvoi immédiat.

Ils partageaient très souvent les conditions de vie des aliénés. Ils devaient dormir (sur des paillasses sales) près d'eux pour mieux les surveiller. Leur nourriture était la même que celles des malades. L'alcoolisme était fort répandu au sein de cette profession et contribuait à renforcer la violence à l'égard des personnes hospitalisées.

1343 Marcel JAEGER, «Le gardiennage psychiatrique de la Révolution française au Front populaire» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.58, n°6, juin 1982, p.771

La situation désastreuse des gardiens d'asiles se prolongea jusqu'au début du 20ème siècle où des médecins aliénistes jugèrent indispensable de procéder à une réforme radicale de cette profession notamment par la mise en place de formations théoriques et pratiques. En 1901, le Congrès des aliénistes vit le Docteur BOURNEVILLE suggérer à ses confrères la création d'écoles d'infirmiers proposant des diplômes. La majorité d'entre eux refusa et se borna à acter un changement de nom de ces personnels (les gardiens deviennent des infirmiers)[1344].

Il fallut attendre le Congrès des aliénistes de 1905 pour voir les psychiatres accepter à l'unanimité la création d'écoles d'infirmiers. Avant cette approbation médicale, des écoles d'infirmiers avaient été ouvertes au sein de certains asiles (Bassens, Pau) en application de de la circulaire ministérielle du 28 octobre 1902[1345].

En 1907, eut lieu l'acte fondateur de la formation des infirmiers en psychiatrie : la création des Ecoles départementales d'infirmiers et d'infirmières des Asiles publics d'aliénés de la Seine[1346] par une circulaire du 4 avril[1347]. C'est à partir de cette circulaire que se développèrent des écoles d'infirmiers psychiatriques dans de nombreux hôpitaux de la région parisienne (Sainte-Anne, Perray-Vaucluse, Ville-Evrard notamment)[1348]. La formation des infirmiers psychiatriques fut désormais sanctuarisée et connut une évolution juridique progressive jusqu'à l'arrêté du 26 mai 1930[1349] précisant les conditions de formation pour obtenir le diplôme d'État d'infirmiers et d'infirmières des asiles publics d'aliénés (**a**)

Suite à la circulaire du 4 avril 1907 et à l'arrêté du 26 mai 1930, la situation de la formation des infirmiers psychiatriques ne connut pas de modification effective notable

1344 Claudie BEAUVUE-FOUGEYROLLAS, *Les infirmiers en psychiatrie et la folie*, Paris, Éditions Lamarre, 1991, p.77
1345 Circulaire n°7043 du 28 octobre 1902 relative à l'application de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite et la création d'écoles d'infirmières
1346 Claudie BEAUVUE-FOUGEYROLLAS, *Les infirmiers en psychiatrie et la folie*, Éditions Lamarre, Paris, 1991, p.78
1347 Circulaire du 4 avril 1907 relative au passage de l'état de gardien à celui du diplôme d'infirmier de secteur départemental en psychiatrie
1348 Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 4. La formation des infirmiers », *VST - Vie sociale et traitements* 2017/2 (N° 134), p.112
1349 Arrêté du 26 mai 1930 relatif à l'uniformisation de la situation du personnel infirmier des asiles au niveau national

puisque les programmes proposés étaient peu appliqués[1350]. Toutefois, les psychiatres continuaient à s'intéresser de près aux conditions d'exercice de cette profession si importante de par son rôle auxiliaire de la médecine. Georges DAUMÉZON fut de ces psychiatres qui jugèrent fondamental de se pencher avec sérieux sur la question de ces personnels des hôpitaux psychiatriques. Il consacra sa thèse de doctorat au personnel infirmier des asiles psychiatriques[1351] ; thèse qui demeure encore aujourd'hui une référence en matière d'analyse d'une profession médicale (**b**)

a) Du geôlier à l'infirmier d'asile d'aliénés

« Il existera toujours entre les gardiens de prison et nous, les infirmiers psychiatriques, un étrange cousinage...» [1352]
André ROUMIEUX

«L'histoire des gardiens de fous n'appartient pas à l'histoire de la médecine, mais se confond à l'origine avec celle du personnel ancillaire, celle des servantes et serviteurs. Elle est, à ce titre, la honte de l'histoire de la médecine»[1353]
Marcel JAEGER

L'histoire de la profession d'infirmier psychiatrique en France débuta dans un contexte de violence institutionnelle extrême. En 1656, par un édit[1354] , Louis XIV décida de la fondation à Paris, de l'Hôpital général qui devra accueillir les « pauvres de Paris […] valides ou invalides, malades ou convalescents, curables ou incurables[1355] ». La création de cet hôpital par décret royal résultait vraisemblablement plus d'une volonté de police intérieure que d'un élan d'humanité. En 1673 et en 1676, le pouvoir royal manifesta sa volonté de voir ce modèle s'étendre à toutes les villes du royaume. Des lettres patentes furent édictées en ce sens et un organe centralisateur ("une Direction centrale") fut

1350 Annick PERRIN-NIQUET, « La formation infirmière en psychiatrie, balbutiements, avatars et perspectives » ; *Soins Psychiatrie,* Vol 31, N° 267- mars-avril 2010, pp.7-8
1351 Georges DAUMÉZON, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés* ; Faculté de Médecine de Paris, 1935
1352 André ROUMIEUX, « La traversée du désert » *in* Histoire de la psychiatrie de secteur ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.141
1353 Marcel JAEGER, «Le gardiennage psychiatrique de la Révolution française au Front populaire» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.58, n°6, juin 1982, p.771
1354 Edit du 27 avril 1656
1355 Michel FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Éditions Gallimard, 1972, p.72

déclaré responsable de la concentration des pauvres au sein des hôpitaux généraux[1356].

Cet édit royal de 1656 n'évoquait pas les aliénés. Comme le précise Claude QUÉTEL : « Les insensés ne sont pas mentionnés et pourquoi le seraient-ils ? L' "Hôpital" ne s'entend alors pas comme lieu de soins. […] Or les insensés sont des malades.[1357] ». Les insensés semblaient donc exclus des préoccupations royales en matière de sureté publique puisque le seul texte législatif organisateur en matière hospitalière ne les mentionnait pas.

Toutefois, l'analyse de Nicolas SAINTE-FARE-GARNOT semble nuancer le propos de l'historien spécialiste de la folie en rappelant un arrêt du Parlement de Paris du 7 septembre 1660 (« […] qui concerne les pauvres insensés de l'Hôpital Général.[1358] »). Cet arrêt du Parlement de Paris précisait: « L'arrêt de notre Cour du 6 septembre 1659 touchant les femmes grosses atteintes du mal vénérien sera exécuté et il sera pourvu un lieu pour enfermer les fous et les folles qui sont à présent et seront ci-après audit Hôpital Général.[1359] ». A Paris, il semble que l'Hôpital général ait pu disposer de quartiers réservés aux insensés[1360].

D'après Michel FOUCAULT, « le seul Hôpital général de Paris groupait 6000 personnes, soit environ 1% de la population.[1361] ». Or il semble impossible de laisser ces personnes enfermées sans une quelconque surveillance (« Qui s'occupera de cette foule envahissante et comment ?[1362] »). Les ordres religieux eurent un rôle prépondérant dans le maintien de l'ordre parmi cette foule de « para-sociaux[1363] ».

Dans le contexte sanitaire et social de cette époque, le recours aux ordres religieux pour encadrer et surveiller la population des insensés s'avéra naturel pour les autorités. Les ordres religieux officièrent aux côtés de personnels laïcs ou seuls dans les

1356 Jean IMBERT, *Le droit hospitalier de l'Ancien Régime,* Paris, Presses Universitaires de France, 1993, p.36
1357 Claude QUÉTEL, *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours*, Paris, Éditions Tallandier, 2012, p.108
1358 Nicolas SAINTE-FARE-GARNOT, «L'Hôpital Général de Paris. Institution d'assistance, de police, ou de soins ?» *In Histoire, économie et société*, 1984, 3e année, n°4. Santé, médecine et politiques de santé. pp. 535-542
1359 *Code de l'Hôpital Général*..., Paris, 1786, p.406 (Usuel au Service de la Documentation et des Archives de l'Assistance Publique)
1360 Georges DAUMÉZON, «Le poids des structures» ; Revue *Esprit* n°197, décembre 1952, p.936
1361 Michel FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Éditions Gallimard, 1972, p.79
1362 Henny ZILLIOX, *On les appelait "gardiens de fous"*, Toulouse, Privat, 1976, p.43
1363 *Ibid.,* p.43

établissements. Ce furent surtout les religieuses («en 1665, les Sœurs de la Charité commencèrent à assister les aliénés aux "Petites Maisons"»[1364]) qui furent appelées à œuvrer aux côtés des aliénés[1365]. Les religieuses de la communauté des Filles de la Charité (fondée en 1633 par création d'un noviciat[1366]) furent les premières à recevoir des enseignements sur les obligations infirmières. Ces enseignements furent dispensés dès 1634 par Vincent de Paul et Mademoiselle Le Gras[1367].

Selon Marcel JAEGER, face à la brutalité des gardiens laïcs, les religieuses représentent un autre choix pour les médecins et les autorités[1368]. La présence des religieuses dans les institutions réservées aux aliénés coïncida avec l'affirmation des ambitions thérapeutiques des psychiatres. En effet, Marcel JAEGER considérait que « Sur trois points essentiels, leur démarche peut être mise en parallèle avec celle des laïcs qui ont fait naître la psychiatrie :

1. La reconnaissance du caractère non inéluctable de la folie […]
2. Le rejet des méthodes de contention qui niaient l'appartenance de l'aliéné à l'humanité […]
3. L'affirmation de la nécessité d'un accompagnement sans faille de tous les instants : les religieuses, une fois qu'elles se sont données à cette tâche, vivent comme les gardiens, 24 heures sur 24, avec les aliénés.[1369] »

Nous pouvons remarquer ici que la pratique de la surveillance religieuse des aliénés était totale et supposait une absence de limite entre vie privée et vie professionnelle. Elle influença grandement celle des gardiens laïcs sous la forme de ce que Georges DAUMÉZON nomma "l'intériorisation"[1370]. La présence de personnels religieux et laïcs au sein de mêmes établissements se prolongea jusqu'au 20ème siècle.

Face à la masse d'individus présente dans les lieux d'enfermement, il apparaît difficilement concevable d'envisager un comportement des gardiens laïcs autre que celui

1364 André MEYLAN, «L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°1, 1975, p.65
1365 Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 2. Personnel laïc et personnel religieux », VST - Vie sociale et traitements 2016/4 (N° 132), p.105
1366 Jean IMBERT, *Le droit hospitalier de l'Ancien Régime,* Paris, PUF, 1993, p.235
1367 André MEYLAN, «L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°1, 1975, p.65
1368 Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 2. Personnel laïc et personnel religieux », *VST - Vie sociale et traitements* 2016/4 (N° 132), p.105
1369 *Ibid*., p.106
1370 *Ibid*., p.107

qui a été observé à l'époque par les médecins : la brutalité de «véritables gardes-chiourmes» (qualificatif utilisé par Jacques TENON en 1788)[1371]. Les "gardiens de fous", sont souvent recrutés parmi les anciens malades demeurés à l'hospice et sujets aux rechutes[1372], se comportaient fréquemment comme « de véritables geôliers[1373] ».

Ces "geôliers" se voyaient confier la surveillance et la garde des aliénés et devaient, théoriquement, les enfermer uniquement pendant la nuit.[1374] Ils avaient également la charge de changer la paille des lits, d'apporter la nourriture et de traiter les aliénés avec une certaine bienveillance[1375]. Pour les femmes, il est possible que la situation fût, initialement, plus favorable puisque celles-ci étaient confiées aux soins de religieuses[1376].

A l'approche de la Révolution française, les asiles n'étaient pas des structures thérapeutiques et les gardiens n'avaient donc aucune fonction dispensatrice de soins. Cette situation faisait constater au médecin hygiéniste Jean COLOMBIER en 1785 que: «des milliers d'insensés sont enfermés dans des maisons de force sans qu'on songe à leur administrer le moindre remède.»[1377]. L'unique interaction que les gardiens avaient avec les aliénés était la violence et son usage, malgré la réprobation de certains médecins (dont Jean COLOMBIER[1378]), était systématique.

Scipion PINEL (fils de Philippe PINEL[1379] et lui-même médecin aliéniste) se montrait sévère et implacable avec les gardiens d'asile en les qualifiant de « valetaille ignoble » et de « cloaque de la société[1380] » mais il fut aussi le premier à évoquer l'impératif d'écoles pour le «personnel subalterne»[1381] . Cette suggestion fut ensuite prolongée par le Docteur

1371 Marcel JAEGER, «Le gardiennage psychiatrique de la Révolution française au Front populaire» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.58, n°6, juin 1982, p.771
1372 Henny ZILLIOX, *On les appelait "gardiens de fous"*, Toulouse, Privat, 1976, p.54
1373 Jean-Étienne-Dominique ESQUIROL, *Des établissements des aliénés en France, et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés* ; Mémoire présenté à Son Excellence le ministre de l'intérieur en septembre 1818, Paris, Imprimerie de Madame Huzard, mars 1819, p.4
1374 Claude QUÉTEL, *Histoire de la folie, de l'Antiquité à nos jours* ; Paris, Éditions Tallandier, 2012, p.121
1375 *Ibid.,* p.121
1376 Claude QUÉTEL, *Histoire de la folie, de l'Antiquité à nos jours* ; Paris, Éditions Tallandier, 2012, p.121
1377 Jean COLOMBIER, François DOUBLET, *Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés* ; Paris, Imprimerie Royale, 1785, p.4
1378 *Ibid.,* p.9
1379 Dora B. WEINER «La psychiatrie entre le roman et l'histoire : le cas Pinel», *L'information psychiatrique*, volume 82, no. 9, 2006, p.760
1380 Henny ZILLIOX, *On les appelait "gardiens de fous"*, Toulouse, Privat, 1976, p.55
1381 Scipion PINEL, *Traité complet du régime sanitaire des aliénés ou Manuel des établissements qui leur sont consacrés* ; Paris, Éditions Mauprivez, 1836, p.49

FALRET qui matérialisera ce besoin jusqu'ici théorique par une série de travaux reprise dans l'ouvrage *Discours d'un médecin d'aliénés à ses subordonnés*[1382].

Nous observons donc que cette profession était fort mal perçue par ceux-là même qui avaient la charge de son organisation et de son développement[1383]. *A posteriori,* si les constatations des médecins aliénistes et hygiénistes sur la nature et les comportements des gardiens d'asiles étaient justifiées, il semble aujourd'hui que leur analyse ne prenait absolument pas en considération les causes de ces attitudes fautives et condamnables.

Les aliénistes de la fin du 18ème siècle se réservaient le rôle curatif tout en abandonnant aux gardiens la lourde tâche de vivre au quotidien avec les aliénés. A cet égard, Marcel JAEGER notait les contradictions qu'une telle attitude médicale laissait entrevoir : «[…] s'il faut payer des misérables pour vivre avec la folie 24h sur 24, tout en réservant au médecin la tâche de s'essayer à sa guérison, c'est d'abord en acceptant comme mal nécessaire ce qui pourtant risque d'annuler les effets de la pratique médicale: l'alcoolisme, la dépravation, la violence.[1384]».

Le moment de la rupture avec cette violence inouïe et endémique aux asiles d'aliénés fut entouré d'une aura quasi-légendaire et intervint dans un hôpital parisien à l'approche de la Révolution française. Cette rupture fut opérée par un gardien d'asile devenu le «père symbolique de l'infirmier psychiatrique moderne»[1385]: Jean-Baptiste PUSSIN. Il fut le premier à oser libérer les aliénés de leurs chaines[1386].

La démarche novatrice de Jean-Baptiste PUSSIN ne mit pourtant pas fin immédiatement à la violence des gardiens d'asiles. Elle constitua la première étape d'une prise en considération par les médecins aliénistes de la nécessité d'un travail collaboratif avec les gardiens car Jean-Baptiste PUSSIN avait réussi à obtenir «la reconnaissance par le médecin (Pinel en l'occurrence) non seulement de ses mérites personnels, mais surtout

1382 Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 4. La formation des infirmiers », *VST - Vie sociale et traitements* 2017/2 (N° 134), p.109
1383 Marcel JAEGER, «Le gardiennage psychiatrique de la Révolution française au Front populaire» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.58, n°6, juin 1982, p.771
1384 *Ibid.*, p.771
1385 *Ibid.*, p.771
1386 Claude QUÉTEL, *Histoire de la folie, de l'Antiquité à nos jours* ; Paris, Éditions Tallandier, 2012, p.249

du pouvoir des auxiliaires médicaux et de leur fonction dynamisante[1387]».

Il semble aujourd'hui que le désenchaînement des aliénés par Jean-Baptiste PUSSIN constitua un acte fondateur de la profession d'infirmier psychiatrique puisque pour la première fois dans l'histoire de cette fonction, un personnel subalterne démontrait à un médecin ses aptitudes à l'inventivité thérapeutique. La postérité négligea longtemps l'œuvre du «chef de la police intérieure des loges à Bicêtre[1388]» pour l'attribuer à Philippe PINEL mais elle ne nia jamais que «Pussin, ce gardien de fous exceptionnel a joué un rôle important dans la naissance de la psychiatrie[1389]».

Toutefois, l'action thérapeutique de Jean-Baptiste PUSSIN ne parut pas lui avoir survécu. En effet, le révolutionnaire gardien d'asile est mort en 1811 et ses enseignements ne s'étaient pas répandus parmi les autres membres de ce corps de métier. Pire, les pratiques humiliantes et répressives s'étaient maintenues sous la forme d'un «sadisme du pauvre»[1390] décrit par le médecin Hippolyte DE COLINS : «Qu'on se figure donc ces malheureux sous la verge despotique d'êtres ignorants et barbares qui souvent donnent des punitions comme spectacle à leurs connaissances[1391]».

La violence n'ayant pas disparue parmi les praticiens de cette profession, les psychiatres de la fin du 19ème siècle et du début du 20ème siècle[1392] tentèrent de faire valoir auprès des pouvoirs publics des idées de réformes[1393]. En effet, de nombreux psychiatres ne pouvaient plus accepter de voir leurs efforts de traitement moral des aliénés ruinés par la violence des gardiens et le caractère carcéral des asiles (« […] corps médical […] qui ne peut accepter que du traitement moral ne reste que l'incarcération pure et simple[1394] »).

Les démarches de ces psychiatres aboutirent, quand elles étaient soutenues

1387 Marcel JAEGER, «Le gardiennage psychiatrique de la Révolution française au Front populaire» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.58, n°6, juin 1982, p.772
1388 *Ibid.*, p.772
1389 *Ibid.*, p.772
1390 *Ibid*., p.773
1391 Hippolyte DE COLLINS, *Notice sur l'établissement consacré au traitement de l'aliénation mentale établi à Charenton*, annexe au *Journal inédit de Sade*, Paris, Gallimard, collection Idées, 1970, p.151
1392 Henny ZILLIOX, *On les appelait "gardiens de fous"*, Toulouse, Privat, 1976, p.59
1393 Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 4. La formation des infirmiers », *VST - Vie sociale et traitements* 2017/2 (N° 134), p.109
1394 Marcel JAEGER, «Le gardiennage psychiatrique de la Révolution française au Front populaire» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.58, n°6, juin 1982, p.781

officiellement, «à un saut qualitatif»[1395] important en matière d'encadrement des aliénés puisqu'à ce moment de l'histoire de la psychiatrie les psychiatres étaient en haut d'une hiérarchie hospitalière et à ce titre toute évolution organisationnelle ou professionnelle au sein des asiles était conditionnée à leur acceptation tacite ou explicite.

Il est également à noter que les conditions d'exercice de la profession et la durée légale de travail des gardiens évoluèrent très peu dans cette période. La "loi des dix heures" (décret du gouvernement provisoire du 2 mars 1848) n'eut aucun effet sur le travail de gardiennage dans les asiles[1396]. De plus, malgré la mise en place d'un service de veille permanente la nuit par le règlement modèle de 1857, les gardiens étaient tenus de rester à leur poste dans les dortoirs[1397].

Malgré la soutenance, en 1900[1398], par Anna-Emilie HAMILTON d'une thèse de doctorat consacrée à la formation des infirmiers des hôpitaux[1399] , les psychiatres du début du 20ème siècle demeuraient très prudents, pour les personnels secondaires des asiles[1400], sur l'importance à donner au diplôme d'infirmier. Henny ZILLIOX rappelait que, lors du Congrès des aliénistes de 1901, les médecins psychiatres devaient « se prononcer sur la question de savoir s'il fallait remplacer les mots "gardiens" et "gardiennes" par infirmiers(ières)... »[1401].

Ce Congrès de 1901 également permit de mesurer l'opposition farouche de certains médecins psychiatres à la volonté du Docteur BOURNEVILLE de créer des écoles d'infirmiers et des modalités précises d'obtention d'un diplôme[1402]. Toutefois, le Docteur BOURNEVILLE n'était pas seul dans sa volonté d'améliorer la formation des personnels infirmiers et il reçut le soutien de nombreux collègues (Les Docteurs NAPIAS, NOIR,

1395. Marcel JAEGER, « Le gardiennage psychiatrique de la Révolution française au Front populaire » ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.58, n°6, juin 1982, p.786
1396 André MEYLAN, «L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°1, 1975, p.72
1397 *Ibid*., p.72
1398 Évelyne DIEBOLDT, «Anna Hamilton (1864-1935), l'excellence des soins infirmiers», *Recherche en soins infirmiers*, vol. 131, no. 4, 2017, pp. 85-100
1399 Anna-Emilie HAMILTON, *Considérations sur les infirmières des hôpitaux,* Université de médecine de Montpellier, 1900
1400 Henri VERMOREL, André MEYLAN, *Cent ans de psychiatrie* ; Éditions du Scarabée, 1969, p.22
1401 Henny ZILLIOX, *On les appelait "gardiens de fous"*, Privat, Toulouse, 1976, p.59
1402 Claudie BEAUVUE-FOUGEYROLLAS, *Les infirmiers en psychiatrie et la folie*, Éditions Lamarre, Paris, 1991, p.77

CORNET, ISCH-WALL[1403]).

En effet, à l'occasion de ce Congrès, de nombreux psychiatres manifestèrent publiquement leur refus de voir les personnels des asiles recevoir une formation qualifiante aboutissant au titre d'infirmier. Parmi eux le président du Congrès, Gilbert BALLET, déclarait : « Le congrès peut voter sans crainte cette mesure, dont la lenteur administrative bien connue, ne permettrait pas la réalisation immédiate.[1404] ». Cette déclaration d'un membre important des représentants de l'aliénisme français montre la défiance voire la méfiance vis-à-vis des infirmiers qui subsistait encore parmi le corps médical de l'époque.

Avant l'accord donné par les médecins sur la formation des infirmiers au Congrès des aliénistes de Rennes en 1905[1405], des écoles, à l'intérieur des asiles d'aliénés, s'ouvrent[1406] en application de la circulaire ministérielle du 28 octobre 1902[1407]. Ce fut le cas notamment dans les asiles de Bassens (en 1903)[1408] de Pau (en 1904)[1409]. Il est important de préciser que l'accord donné au Congrès de Rennes fut obtenu à l'unanimité des médecins présents[1410].

Les médecins aliénistes furent contraints par le développement de techniques thérapeutiques modernes à accepter la formation des infirmiers d'asiles. En effet, la fin du 19ème siècle et le début du 20ème virent apparaître l'usage de l'hydrothérapie et de l'électrothérapie au sein des asiles d'aliénés et, comme le notait Marcel JAEGER en citant un aliéniste, « il n'est pas matériellement possible au médecin de soigner tous les malades.[1411] ».

1403 André MEYLAN, «L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°1, 1975, p.73
1404 *Ibid*, pp.77-78
1405 Henny ZILLIOX, *On les appelait "gardiens de fous"*, Toulouse, Privat, 1976, p.59
1406 Claudie BEAUVUE-FOUGEYROLLAS, *Les infirmiers en psychiatrie et la folie*, Éditions Lamarre, Paris, 1991, p.78
1407 Circulaire n°7043 du 28 octobre 1902 relative à l'application de la loi du 15 juillet 1893 sur l'assistance médicale gratuite et la création d'écoles d'infirmières
1408 André MEYLAN, «L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°1, 1975, p.73
1409 Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 4. La formation des infirmiers », *VST - Vie sociale et traitements* 2017/2 (N° 134), p.110
1410 Henny ZILLIOX, *On les appelait "gardiens de fous"*, Privat, Toulouse, 1976, p.59
1411 Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 4. La formation des infirmiers », *VST - Vie sociale et traitements* 2017/2 (N° 134), p.110

La formation des infirmiers d'asile devenait donc, pour de nombreux psychiatres, une nécessité absolue puisque sans elle, les thérapies nouvelles ne pourraient être dispensées aux personnes internées. Cette formation apparut aux yeux des médecins comme indispensable mais elle devait, malheureusement, faire face à la lenteur administrative[1412] évoquée, avec ironie, par Gilbert BALLET[1413].

Malgré l'ouverture d'écoles dans les asiles français, la situation des personnels infirmiers demeurait tragique puisque ces derniers étaient en constant sous-effectif et que cela affectait irrémédiablement leur pratique et le traitement des internés. Henny ZILLIOX, citant le Docteur NOIR, notait que l'Angleterre comptait plus de cinq fois plus d'infirmiers d'asile que la France[1414] et que leurs conditions de travail y étaient bien meilleures (salaires, logements notamment)[1415].

Le contexte français était désastreux[1416] et certains médecins (dont le Docteur NOIR) se questionnèrent sur la relative faiblesse du nombre de suicides eut égard à l'insuffisance des moyens donnés aux infirmiers pour accomplir leur mission de soin. Néanmoins, il est important de noter que la situation française ne faisait pas exception en Europe et que cette médiocrité se retrouvait dans la majorité des pays du continent.

C'est cette situation catastrophique en Europe qui provoqua, en 1907, au premier Congrès international de neuropsychiatrie, psychologie et assistance aux aliénés d'Amsterdam, la virulente intervention du médecin néerlandais VAN DEVENTER. Il donnait une vision effrayante de la profession d'infirmier d'asile : « ...le personnel des gardiens, consistait […] en un ramassis de vagabonds et d'ivrognes […] qui […] acceptaient ces fonctions pour pouvoir hiverner dans l'établissement. C'est à ces gens exceptionnels et à leurs caprices sans frein que l'on confiait les aliénés. […] Les médecins de la Salpêtrière se plaignent de la brutalité, de l'ivrognerie et de la prostitution qui ne sont que les moindres tares d'une valetaille ignoble.[1417] ».

1412 Henny ZILLIOX, *On les appelait "gardiens de fous"*, Toulouse, Privat, 1976, p.59
1413 Claudie BEAUVUE-FOUGEYROLLAS, *Les infirmiers en psychiatrie et la folie*, Éditions Lamarre, Paris, 1991, pp.77-78
1414 Henny ZILLIOX, *On les appelait "gardiens de fous"*, Privat, Toulouse, 1976, p.59
1415 André MEYLAN, «L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°1, 1975, p.74
1416 *Ibid*., p.74
1417 Henri VERMOREL, André MEYLAN, *Cent ans de psychiatrie* ; Éditions du Scarabée, 1969, p.23

En France, l'année 1907 marqua un tournant dans la reconnaissance administrative et juridique de la profession d'infirmier en psychiatrie. En effet, la circulaire ministérielle du 4 avril 1907 permit la création des Ecoles départementales d'infirmiers et d'infirmières des Asiles publics d'aliénés de la Seine[1418]. Cette circulaire du 4 avril 1907 (modifiée par l'arrêté du 31 août 1908) fut reconnue comme « le point de départ de la formation professionnelle des infirmiers et infirmières en psychiatrie [1419]».

De plus, la circulaire du 4 avril 1907 mit fin officiellement à la dénomination de gardien d'asile et entérina définitivement l'appellation d'infirmier en psychiatrie. Ce changement de dénomination ne fut pas qu'une simple modification sémantique. Elle marqua indéniablement une étape importante dans la légitimation d'une profession indispensable à la mise en œuvre des thérapies modernes.

C'est par l'amélioration de la formation que la profession d'infirmier des asiles connut une évolution positive. Comme il a été observé précédemment, l'ancienne situation dans ce domaine était devenue incompatible avec les thérapies nouvelles demandant un savoir technique qui était inexistant chez les infirmiers en poste. Ce furent les hôpitaux de la Seine qui furent pionniers en la matière et qui firent office d'exemple pour les asiles répartis sur le reste du territoire français[1420].

L'arrêté du 4 avril 1907 fut soutenu et encouragé par le Docteur Henri COLIN, médecin-chef à l'hôpital de Villejuif et secrétaire général des écoles d'infirmiers et d'infirmières[1421]. Henri COLIN était un des continuateurs de l'œuvre du Docteur Désiré-Magloire BOURNEVILLE (qui réussit à implanter et structurer une école d'infirmiers à l'Hôpital Sainte-Anne[1422]) et son action avait « particulièrement contribué[1423] » à l'amélioration et au renforcement des structures de formation déjà existantes ainsi qu'à la

1418 Claudie BEAUVUE-FOUGEYROLLAS, *Les infirmiers en psychiatrie et la folie*, Éditions Lamarre, Paris, 1991, p.78
1419 *Ibid*., p.78
1420 André MEYLAN, «L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°1, 1975, p.74
1421 Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 4. La formation des infirmiers », *VST - Vie sociale et traitements* 2017/2 (N° 134), , p.112
1422 André MEYLAN, «L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°1, 1975, p.73
1423 Claudie BEAUVUE-FOUGEYROLLAS, *Les infirmiers en psychiatrie et la folie*, Éditions Lamarre, Paris, 1991, pp.78-79

création de nombreuses autres[1424].

Comme le notait Marcel JAEGER : « La formation n'est toujours pas obligatoire, mais chaque asile de la Seine a désormais une école : Sainte-Anne, Villejuif, Perray-Vaucluse, Ville-Evrard, Maison Blanche et Moisselles. [1425] ». Une étape fondamentale dans l'histoire de la profession d'infirmier d'asile était maintenant franchie grâce à la création et la pérennisation de programmes de formation des infirmiers.

Toutefois, de nombreux obstacles au développement serein de cette profession devenue indispensable demeurèrent. Parmi ceux-ci, le faible niveau d'instruction des infirmiers et les difficultés d'accès à l'emploi pour les femmes.

Le faible niveau d'instruction et donc de formation des infirmiers exerçant dans les asiles d'aliénés avait des conséquences tragiques sur la santé des internés et parfois même sur la santé de ces personnels eux-mêmes[1426]. Pour remédier à cette situation dangereuse et inacceptable, il fut décidé de procéder à un recrutement de meilleure qualité. Un décret de 1913 rend obligatoire le certificat d'études primaires pour les nouveaux infirmiers c'est à dire que ces derniers devaient au moins savoir lire, écrire et compter avant d'être embauchés[1427].

Pour les infirmiers déjà en poste des cours leur étaient imposés[1428]. Cette nouvelle règle légale imposée lors du recrutement des infirmiers d'asiles permit de mettre fin à l'état d'ignorance et d'incurie intellectuelle dans lesquelles étaient maintenus les personnels dits secondaires. A partir de ce décret, la profession d'infirmier psychiatrique se construira sur des critères de recrutement excluant toute possibilité de maltraitance liée à l'absence d'instruction élémentaire.

S'agissant des difficultés de recrutement de personnels féminins laïcs, l'évolution sociale et sociétale a eu lieu pendant et après la 1ère Guerre mondiale. « La guerre de

1424 Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 4. La formation des infirmiers », *VST - Vie sociale et traitements* 2017/2 (N° 134), p.112
1425 *Ibid.,* p.112
1426 *Ibid.,* p.112
1427 *Ibid.,* p.112
1428 *Ibid.,* p.112

1914-18 a permis aux femmes d'accéder à la profession d'infirmière.[1429] ». Pour Henri VERMOREL et André MEYLAN, « un autre des changements sociaux qui retentissent à longue échéance sur l'évolution future de l'asile est la modification progressive du statut du gardien en celui d'infirmier spécialisé. C'est un long chemin qui s'annonce […] avec la guerre de 1914-18 en favorisant l'accession des femmes […] à la profession d'infirmière.»[1430].

Une circulaire du 16 mai 1914 énonçait explicitement que « l'emploi des infirmières est aujourd'hui permis dans les quartiers d'asiles publics ou privés affectés au malades du sexe masculin » et ce en vertu d'un décret en Conseil d'État du 12 mars 1914 levant l'interdiction faite aux femmes de pénétrer dans les services d'hommes[1431]. Avant cette date, seules les religieuses étaient autorisées à entrer dans les services réservés aux hommes[1432].

Dans son étude sur la profession d'infirmier psychiatrique, Marcel JAEGER souligne que les asiles ont changé de ministère de tutelle en 1920. Jusqu'en 1920, les asiles français étaient placés sous l'autorité du ministère de l'Intérieur. A partir de 1920, ils vont dépendre du ministère, nouvellement créé, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales[1433].

Ce changement de ministère ne constitua pas un simple aléa de la vie administrative. Il conditionnait un bouleversement du paradigme de la prise en charge des aliénés. En effet, par cet acte fort, les autorités politiques de l'époque voulurent signifier que les internés des asiles n'étaient pas que des perturbateurs à l'ordre public devant être reclus comme des prisonniers mais bien des malades devant être soignés par un personnel compétent et formé.

Toutefois, la reconnaissance officielle du personnel des asiles comme personnel infirmier ne fut pas immédiate. Il fallut attendre le décret du 27 juin 1922[1434] pour voir

1429 Gérard BLEANDONU, *Dictionnaire de psychiatrie sociale*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1976, p.142
1430 Henri VERMOREL, André MEYLAN, *Cent ans de psychiatrie ;* Éditions du Scarabée, 1969, p.50
1431 *Ibid.,* p.50
1432 André MEYLAN, «L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°2, 1975, p.194
1433 Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 4. La formation des infirmiers », *VST - Vie sociale et traitements* 2017/2 (N° 134), p.115
1434 Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles

l'hygiène mentale reconnue comme spécialité infirmière[1435]. Dans son article premier, ce décret instaurait des « brevets de capacité professionnelle permettant de porter le titre d'infirmière diplômée de l'État français » attribués « aux infirmières hospitalières, aux visiteuses d'hygiène sociale et aux diverses infirmières à spécialité restreinte, puériculture, surveillance sanitaire des écoles, hygiène mentale, etc.[1436] ».

Le décret du 27 juin 1922 posait une question pratique épineuse puisqu'il subordonnait la mise en place des formations délivrant le titre d'infirmier aux infirmiers d'asile à un agrément des écoles qui doivent être régionales[1437]. Ces formations s'avéreront par la suite de niveau très inégal.

Outre la création des brevets de capacité professionnelle, le décret du 27 juin 1922 instaura un Conseil de perfectionnement des écoles d'infirmières. Ce conseil évoluera très vite et deviendra, en 1924, sous l'impulsion de Léonie CHAPTAL et du psychiatre Henri COLIN, l'Association Nationale des Infirmières Diplômées de l'Etat Français (ANIDEF)[1438]. Cette structure nouvelle permit de faire entendre aux autorités la voix de ceux qui désiraient voir naitre une formation qui diplômerait les infirmiers d'asile[1439].

Dès 1923, les écoles des asiles parisiens délivraient les diplômes d'infirmier à leur personnel dans le cadre d'équivalences prévues par les textes normatifs[1440]. Cette pratique était loin d'être uniforme sur l'ensemble du territoire et le décret du 1er octobre 1926[1441] complexifiera une situation instable en imposant aux futurs infirmiers de posséder une instruction équivalente au brevet élémentaire pour prétendre pouvoir acquérir le diplôme d'infirmier d'État[1442].

Or, cette condition rendit quasiment irréalisable l'attribution du titre d'infirmier d'État aux infirmiers des asiles puisque ces derniers étaient, dans leur grande majorité, très peu

1435 Dominique LETOURNEAU, Didier DUPEUX, *Le secteur psychiatrique* ; Paris, Éditions Lamarre, 1991, p.19
1436 Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmières professionnelles, article 1
1437 Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 4. La formation des infirmiers », *VST - Vie sociale et traitements* 2017/2 (N° 134), p.115
1438 *Ibid*., p.115
1439 *Ibid*., p.115
1440 Julien RAYNIER, Henri BEAUDOUIN, *L'aliéné et les asiles d'aliénés au point de vue administratif et juridique*, Paris, Le François, 1930, p. 148
1441 Décret du 1er octobre 1926 Personnels civils de l'Etat
1442 Claudie BEAUVUE-FOUGEYROLLAS, *Les infirmiers en psychiatrie et la folie*, Paris, Éditions Lamarre, 1991, p.80

instruits[1443]. Claudie BEAUVUE-FOUGEYROLLAS note que « dans les asiles, les soins à donner aux malades sont les plus rudimentaires et exigent plus de force physique que de savoirs thérapeutiques.[1444] ».

Le décret du 25 décembre 1927 autorisa les écoles d'asile (comme celle de la Salpêtrière par exemple) à préparer au diplôme d'État[1445] (créé par le décret du 27 juin 1922). Le cursus était de cinq ans (une année de cours théoriques et quatre années de stages pratiques). Ce décret s'appliquait aux asiles de la Seine. Il sera complété par un arrêté préfectoral du 27 février 1929. Toutefois, le décret du 27 juin 1922 pouvait, si les programmes étaient analogues à ceux des écoles de la Seine, ouvrir aux écoles de province la possibilité de dispenser des cours préparant au diplôme d'État[1446].

Néanmoins, ces volontés administratives restaient très théoriques et la pratique de la formation des infirmiers d'asile demeurait très incertaine, en partie, en raison du recrutement de ces personnels. En effet, ces infirmiers d'asile étaient recrutés à des niveaux d'instruction très bas et les formations locales étaient peu exigeantes (« La plupart des asiles de province se contentent d'une formation plus élémentaire et de diplômes n'ayant qu'une valeur locale »[1447]).

Marcel JAEGER indique deux causes principales au faible niveau d'exigence des asiles de province : « d'une part, pour éviter de financer des formations préparant des infirmiers compétents qui s'en iraient ensuite utiliser leurs connaissances dans un autre asile où il n'y a pas de cours organisés, car il s'agit de fait d'une formation de cadres infirmiers ; d'autre part, pour tenir compte de la réalité du niveau des personnels.[1448] »

Malgré l'échec de l'harmonisation des diplômes et de la formation au diplôme d'État des infirmiers d'asile, le ministère de la Santé publique créa un cursus particulier aux personnels d'asile[1449]. L'arrêté du 26 mai 1930 précisait les conditions de formation[1450]

1443 Henri VERMOREL, André MEYLAN, *Cent ans de psychiatrie* ; Éditions du Scarabée, 1969, p.53
1444 Claudie BEAUVUE-FOUGEYROLLAS, *Les infirmiers en psychiatrie et la folie*, Paris, Éditions Lamarre, 1991, p.80
1445 Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 4. La formation des infirmiers », *VST - Vie sociale et traitements* 2017/2 (N° 134), p.116
1446 *Ibid*., p.116
1447 *Ibid*., p.116
1448*Ibid*., p.116
1449 *Ibid*., p.116
1450 Dominique LETOURNEAU, Didier DUPEUX, *Le secteur psychiatrique,* Paris, Éditions Lamarre, 1991, p.19

pour obtenir le diplôme d'État d'infirmiers et d'infirmières des asiles publics d'aliénés[1451]. Ces efforts ministériels ne seront pas couronnés de succès et l'arrêté du 26 mai 1930, à l'instar du décret du 25 décembre 1927, ne conduira « qu'à la distribution de diplômes d'État par équivalence, source de confusions très souvent regrettables.[1452] ».

b) Georges DAUMÉZON et les *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés*

La thèse de Georges DAUMÉZON[1453] marqua une étape cruciale dans l'appréhension par les médecins psychiatres de l'importance du rôle des infirmiers dans les soins dispensés aux malades psychiques[1454]. En effet, le psychiatre cévenol fut le premier médecin psychiatre moderne à s'intéresser avec autant de précision et de rigueur à une profession essentielle dans le soin en psychiatrie mais qui, jusqu'à ses travaux, pâtissait auprès des médecins et du grand public d'une image désastreuse. La profession était assimilée par les médecins eux-mêmes à des sous-gardiens de prison voire à des garde-chiourmes : «[…] le personnel des gardiens, consistait essentiellement en un ramassis de vagabonds et d'ivrognes, de naufragés de la société […] une valetaille ignoble.[1455] ».

Georges DAUMÉZON est né à Narbonne en 1912 dans une famille d'origine cévenole[1456]. Son père était zoologue. Les Cévennes sont connues pour être une terre propice à la diffusion des idées de la Réforme et pour en avoir payé un tribut humain très lourd[1457]. Georges DAUMÉZON grandit donc dans une famille protestante et cette appartenance religieuse influera grandement sur sa pratique professionnelle comme en

1451 36 mois d'études à répartir sur cinq ans, permettant de porter le titre d'infirmier/infirmière des asiles d'aliénés diplômé de l'État français.
1452 Julien RAYNIER, Henri BEAUDOIN, *L'assistance psychiatrique française*, *tome 1*, Paris, Le François, 1949, p. 376
1453 Georges DAUMÉZON, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés* ; Thèse présentée à l'Université de médecine de Paris ; Editée à Cahors par l'imprimerie de Coueslant, 1935
1454 Henri VERMOREL, André MEYLAN , *Cent ans de psychiatrie* ; Éditions du Scarabée, 1969, p.51
1455 Marijke GIJSWIJT-HOFSTRA, Harry OOSTERHUIS, Joost VIJSELAAR, Hugh FREEMAN, Cecile AAN DE STEGGE, Psychiatric cultures compared : Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century ; Amsterdam University Press, Amsterdam, 2005, p.331
1456 Patrice KRZYZANIAK, «Il y a quarante ans disparaissait Georges Daumézon», *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 144, n°. 4, 2019, p.116
1457 Patrick CABANEL, *Histoire des Cévennes* ; Presses Universitaires de France, Collection Que sais-je, Paris, 2016, pp. 56-60

témoigne Pierre DELION dans un entretien accordé à Patrice KRZYZANIAK: « c'était un protestant avec un patrimoine génétique de rigueur et de droiture remarquable, il n'y avait pas d'entorse à cela [1458] ».

Le futur psychiatre débuta sa scolarité à Aix-en-Provence avant de la poursuivre à Narbonne[1459]. Il entama son parcours universitaire à Montpellier et le poursuivra à Paris où il fut licencié en droit en 1932 et docteur en médecine en 1935[1460]. Il est intéressant de noter qu'il fut un des rares psychiatres de son époque (avec Xavier ABÉLY) à avoir mené des études juridiques et des études médicales.

Il semble que ce double parcours ait été guidé par un intérêt manifeste pour le bien collectif sous toutes ses formes (« cette conjonction d'études qui associe le droit et la santé portait à la fois la marque de la préoccupation première qu'il avait à s'occuper d'autrui et celle de son attirance profonde pour ce qui était légitimé, structuré et institutionnalisé.[1461] ») et une grande curiosité intellectuelle.

Georges DAUMÉZON était un étudiant brillant. En témoigne sa seconde place au concours de l'internat des hôpitaux de la Seine en 1933[1462]. La thèse que le jeune interne devait présenter deux années plus tard ne pouvait que constituer une approche originale sur une question peu abordée par les aliénistes de son temps : la situation des infirmiers des asiles d'aliénés.

Une analyse précise et circonstanciée de ce document essentiel dans la compréhension de l'évolution de la profession d'infirmier psychiatrique s'impose avec acuité puisque l'étude rigoureuse et détaillée du médecin cévenol constituait une nouveauté dans le champ de la psychiatrie de son époque (« la qualité de sa thèse et sa dimension novatrice »[1463]). En effet, en 1935, peu de psychiatres s'étaient préoccupés de la situation des "petites mains" des asiles pour en livrer un état aussi objectif et détaillé.

1458 Patrice KRZYZANIAK, *Georges Daumézon (1912-1979) : un camisard psychiatre et pédagogue : une contribution singulière aux sciences de l'éducation* ; Thèse présentée à l'université Lille 3, août 2015, p.31
1459 Patrice KRZYZANIAK, « Il y a quarante ans disparaissait Georges Daumézon », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 144, n°. 4, 2019, p.117
1460 Patrice KRZYZANIAK, *Georges Daumézon (1912-1979) : un camisard psychiatre et pédagogue : une contribution singulière aux sciences de l'éducation* ; Thèse présentée à l'université Lille 3, août 2015, p.35
1461 *Ibid.,* p.35
1462 *Ibid.,* p.35
1463 *Ibid.,* p.35

Georges DAUMÉZON accorda très tôt[1464] un intérêt majeur à la question de la formation du personnel infirmier en psychiatrie (« C'est en 1935, lors de la réalisation de sa thèse de médecine, que G. Daumézon […] mettra en avant pour la première fois, l'importance qu'il convenait d'accorder à la formation dans le champ psychiatrique. [1465]»).

Dans sa thèse de doctorat, Georges DAUMÉZON faisait part de ses observations et de ses analyses sur le statut des infirmiers psychiatriques et sur une absence manifeste de formation préjudiciable aux soignés (« […] il [Georges DAUMÉZON] y abordait, dans un contexte général de l'étude de leur statut, la question de leur formation, ou plus précisément de l'absence de celle-ci.[1466] »). Cette étude réalisée par le jeune médecin était unique en son genre, pour l'époque.

En effet, nul ne semblait prêter attention aux conditions de travail des personnels infirmiers des asiles psychiatriques. En effet, ce n'est qu'en 1877 que l'école de la Salpêtrière accueillît ses premiers élèves après que le docteur Désiré-Magloire BOURNEVILLE (neurologue à la tête du service des aliénés de Bicêtre[1467]) eût fait part publiquement, après un séjour au Royaume-Uni, de la nécessité pour la France de se doter d'une formation spécifique aux personnels d'asile[1468]. Suite à l'action de ce médecin, les personnels des asiles d'aliénés purent suivre des formations en soins infirmiers souvent dispensés par les psychiatres eux-mêmes.

Les différents textes normatifs édictés entre 1907 et 1935 traduisaient la volonté du législateur d'intégrer le personnel des asiles d'aliénés au cursus classique des personnels infirmiers des hôpitaux. Cette volonté avait trait à la formation et cet effort semblait louable. Toutefois, il convient de s'interroger sur les conditions de travail des infirmiers d'asiles au moment au Georges DAUMÉZON rédigea sa thèse de doctorat.

Les conditions de travail des infirmiers d'asiles resteront, jusque dans les années

1464 Il a 23 ans lors de la rédaction de sa thèse de doctorat en médecine
1465 Patrice KRZYZANIAK, *Georges Daumézon (1912-1979) : un camisard psychiatre et pédagogue : une contribution singulière aux sciences de l'éducation* ; Thèse présentée à l'université Lille 3, août 2015, p.89
1466 *Ibid*., p.89
1467 Marcel JAEGER, «Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 2. Personnel laïc et personnel religieux », *VST - Vie sociale et traitements* 2016/4 (N° 132), p.114
1468 *Ibid*., p.110

1930, proches de celles des domestiques qui étaient nourris et logés par les familles qui les employaient[1469]. Marcel JAEGER envisage deux raisons principales à la persistance de ces archaïsmes :

1) « l'incapacité de l'Etat à appliquer partout la législation du travail qu'il a été amené à transformer. […] Tels les monastères, les asiles fonctionnent hors du temps. La durée du travail est pourtant réglementée dès 1848 »[1470]

2) « […] l'intériorisation du personnel subalterne, *l'obligation de l'internat*, qui complète la clôture de l'asile. […] Le célibat est la règle de fait et même de droit […] si les gardiens sont censés garder leurs distances vis-à-vis des aliénés, ils sont en même temps contraints de coller au plus près avec ces derniers »[1471].

Comme le rappelle Henny ZILLIOX dans son ouvrage sur la profession d'infirmier psychiatrique, devenaient infirmiers psychiatriques « ceux qui acceptent de travailler 24 heures sur 24[1472] ». En 1935, les infirmiers psychiatriques étaient encore soumis à des conditions de travail très pénibles même si le temps de travail légal avait connu de nombreuses évolutions favorables aux travailleurs adultes.

En effet, en 1919, la journée de huit heures fut instaurée par une loi du 23 avril c'est à dire quarante-huit heures de travail par semaine. Cette revendication était portée depuis de nombreuses années par la Confédération Générale du Travail (CGT). La loi du 23 avril 1919 fut votée par les deux chambres du Parlement à l'unanimité[1473] dans un contexte de revendications syndicales influencées par les récents événements révolutionnaires russes[1474] . Pourtant, les mobilisations syndicales et le contexte international seuls ne peuvent expliquer le vote de cette loi. La dimension de l'évolution législative française est également à prendre en considération.

En effet, dès 1900, plusieurs lois abaissèrent la durée journalière de travail. Parmi celles-ci, il convient de citer la loi du 30 mars 1900 et la loi du 29 juin 1905. En 1893, un

1469 Marcel JAEGER, «Le gardiennage psychiatrique de la Révolution française au Front populaire» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.58, n°6, juin 1982, p.777
1470 *Ibid*., p.777
1471 *Ibid*., pp.777-778
1472 Henny ZILLIOX, *On les appelait "gardiens de fous"* ; Toulouse, Privat, 1976, p.53
1473 Norbert OLSZAK, *Histoire du droit du travail*, Paris, Economica, 2011, p.58
1474 Michel COINTEPAS, « Il y a 80 ans, "la journée de huit heures" » ; *Cahiers du Comité d'histoire des administrations chargées du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (Chatefp)*, numéro 4 ter septembre 2000, pp.5-9

sénateur proposa un abaissement de la durée de travail à onze heures. Trois ans plus tard, en 1896, les députés socialistes Jules GUESDE et Édouard VAILLANT déposèrent, en vain, deux amendements pour réclamer la journée de travail de huit heures pour les travailleurs adultes[1475]. Les demandes de ces parlementaires ne furent pas satisfaites au motif que l'industrie française ne pourrait pas lutter également avec ses concurrentes européennes. Pourtant les partisans de l'abaissement de la durée du temps de travail ne désarmèrent pas et obtinrent satisfaction grâce à l'appui du ministre du Commerce Alexandre MILLERAND.

Le 30 mars 1900, fut adoptée une loi fixant la durée de travail à onze heures par jour. Le texte prévoyait également que cette durée serait revue à la baisse (dix heures et trente minutes par jour) en avril 1902 puis connaitrait une autre baisse (dix heures par jour) en avril 1904. Un an après cette dernière baisse, la loi du 29 juin fut adoptée et accorda, aux ouvriers travaillant au fond des mines, une journée de travail à huit heures[1476].

Après ces deux lois consacrant une réduction du temps de travail, le législateur français attendit l'immédiat après-guerre (1919) pour abaisser une nouvelle fois la durée journalière. Par volonté d'apaiser certains conflits sociaux et d'éviter que le modèle russe ne s'étendit[1477], le 23 avril 1919, les deux chambres du Parlement votèrent, à l'unanimité, un texte fixant la durée de la journée de travail à huit heures[1478].

La loi du 23 avril 1919, qualifiée ultérieurement de «loi des huit heures», fut précisée et complétée par plusieurs circulaires (1919, 1920, 1921)[1479] qui énonceront les spécificités d'application propres aux asiles d'aliénés. En effet, du fait de la nécessité de la présence permanente des infirmiers psychiatriques voulue par la pratique médicale et le règlement des asiles de 1857, la loi du 23 avril 1919 ne pouvait être transposée littéralement dans le champ des asiles psychiatriques. Une adaptation fut nécessaire.

1475 Patrick BARRAU, «D'une guerre à l'autre. De 1919 à 1944» *in* Patrick BARRAU, Francis HORDERN, *Histoire du droit du travail par les textes*, Tome II, *Cahiers de l'Institut Régional du Travail*, Aix-en-Provence, numéro 8, décembre 1999, p.33
1476 Gérard AUBIN, Jacques BOUVERESSE, *Introduction historique au droit du travail*, Paris, Presses Universitaires de France, 1995, p.227
1477 *Ibid*., p.263
1478 Norbert OLSZAK, *Histoire du droit du travail*, Paris, Economica, 2011, p.58
1479 André MEYLAN, «L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°2, 1975, p.194

D'après les auteurs Henri VERMOREL et André MEYLAN, « seuls six départements appliqueront la loi sans délai[1480] » ; ce qui est très faible pour une loi nationale d'une ampleur aussi importante. De plus, un autre événement va venir affaiblir la portée de ce texte concernant les asiles psychiatriques: « le conseil supérieur de l'Assistance déclarant en 1929 le caractère non obligatoire de la loi. [1481]» Dans ce contexte peu contraignant à l'égard des directions des asiles psychiatriques, il est peu étonnant de constater qu' « en 1933, la majorité des établissements psychiatriques n'applique pas la loi de 8 heures, pour les infirmiers.[1482] »

Les deux psychiatres, historiens et analystes de l'organisation psychiatrique, rappellent les résultats éloquents de l'enquête statistique menée par leurs prédécesseurs et confrères Jean LAUZIER et Maurice DESRUELLES sur 90 établissements psychiatriques français :

«- 25 appliquent la loi de 8 heures
- 36 la journée de 12 heures
- 2 un régime intermédiaire
- 27 le service dit permanent [1483]»

La profession d'infirmier psychiatrique jouit donc au début des années d'une triste exemption puisque les différentes lois sur le temps de travail ne lui sont pas applicables. Seuls les asiles de la Seine et quelques asiles provinciaux commencent à introduire la pratique des ''deux fois douze heures''.[1484] Comme l'énoncent Henri VERMOREL et André MEYLAN, « cette situation particulière montre que la profession d'infirmier [psychiatrique] n'est pas considérée comme une vraie profession, son travail étant déclaré intermittent dans la mesure où passant 24 heures à l'asile, l'infirmier dort la nuit, travaillant donc par intermittence ! [1485]»

L'acception de l'intermittence du travail des infirmiers psychiatriques par les pouvoirs publics semble relever de l'oxymore puisque Georges DAUMÉZON voyait dans

1480 Henri VERMOREL, André MEYLAN, *Cent ans de psychiatrie* ; Paris, CEMÉA/Éditions du Scarabée, 1969, p.51
1481 *Ibid*., p.51
1482 *Ibid*., p.51
1483 *Ibid*., p.51
1484 Henny ZILLIOX, *On les appelait "gardiens de fous"* ; Toulouse, Privat, 1976, p.60
1485 Henri VERMOREL, André MEYLAN, *Cent ans de psychiatrie ;* Paris, CEMÉA/Éditions du Scarabée, p.51

le travail des infirmiers psychiatriques «un régime dit de " permanent "[1486]». D'après les pouvoirs publics et sanitaires, la nuit passée par l'infirmier psychiatrique sur son lieu de travail ne pouvait pas être considérée comme du temps de travail. Pourtant, ce temps de travail aurait dû être assimilé à de la surveillance et à ce titre, la loi du 23 avril 1919 fixant la journée de travail à huit heures aurait également dû s'appliquer à cette profession.

De la même manière, la loi sur les accidents de travail du 9 avril 1898 sur les accidents de travail[1487], qui établissait les conditions d'indemnisation des victimes[1488], connaitra de nombreuses difficultés à s'étendre aux asiles d'aliénés. Pourtant, en 1927, la Chambre des députés se montra favorable à l'extension de la loi sur les accidents de travail aux asiles psychiatriques et un texte est même voté. Toutefois, le Sénat se montre, quant à lui, réticent et le texte fut refusé[1489]. La protection légale face aux risques professionnels étant refusée aux asiles, ceux-ci devaient établir leurs propres règlements concernant la question, par exemple, l'indemnisation des accidents du travail.[1490]

Ce refus de la chambre haute du Parlement est symbolique de la considération qu'éprouvait le pouvoir politique vis-à-vis des malades psychiques et de ceux qui s'occupaient de les maintenir loin de la vue de la société: « Le malade et le personnel soignant continuent d'être aliénés[1491] ». Néanmoins, cela n'empêcha pas les infirmiers psychiatriques de prendre conscience de leurs déplorables conditions de travail et de leurs droits car le monde du travail compte moins d'illettrés et les travailleurs ont désormais accès à une information plus ouverte[1492].

C'est dans ce contexte de mépris institutionnel et médical pour la profession d'infirmier psychiatrique que le jeune docteur Georges DAUMÉZON soutint sa thèse de doctorat en médecine en 1935 : Considérations *statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés.* Le choix de cette thématique n'était pas anodin pour le jeune psychiatre et l'opinion de Patrice KRZYZANIAK semble confirmer cet avis puisque ce

1486 Henny ZILLIOX, *On les appelait "gardiens de fous"* ; Toulouse, Privat, 1976, p.60
1487 Loi du 9 avril 1898 concernant les responsabilités dans les accidents du travail parue au Journal Officiel de la République française du 10 avril 1898
1488 Norbert OLSZAK, *Histoire du droit du travail*, Paris, Economica, 2011, p.63
1489 Henri VERMOREL, Madeleine VERMOREL, « De l'asile à la politique de secteur : l'évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens », *L'information psychiatrique,* 2012/9 (Volume 88), p.764
1490 André MEYLAN, «L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°2, 1975, p.196
1491 Henri VERMOREL, André MEYLAN, *Cent ans de psychiatrie* ; Paris, CEMÉA/Éditions du Scarabée, 1969, p.51
1492 Henny ZILLIOX, *On les appelait "gardiens de fous"* ; Toulouse, Privat, 1976, p.60

dernier énonce que : « Le choix de ce sujet par G.Daumézon ne relevait pas d'un intérêt d'opportunité, mais était bel et bien l'une des premières pierres fondatrices d'une conception soignante, où se trouveront constamment mobilisés autant l'éducation et la pédagogie, que le soin et le personnel infirmier.[1493] ».

Dès l'introduction de sa thèse, Georges DAUMÉZON exposa ses préoccupations pour la cause des personnels des asiles d'aliénés et plus particulièrement pour les infirmiers. Pour lui, la problématique du personnel est fondamentale dans l'analyse des conditions de vie au sein de l'institution asilaire. À ce titre, il affirmait que « La question du personnel infirmier, paraît, au milieu des problèmes administratifs de la vie asilaire, une de celle dont l'importance et le caractère humain domine tout le climat de l'asile[1494] *».*

Georges DAUMÉZON accorda pendant toute sa carrière un intérêt particulier à la formation des personnels médicaux en psychiatrie en général et des infirmiers en particulier. Patrice KRZYZANIAK note que, pour Georges DAUMÉZON, l'obligation de formation «ne devait pas concerner que le personnel médical, mais aussi et surtout les infirmiers qui étaient […] au plus près des malades dans leur quotidienneté[1495] ».

La thèse de Georges DAUMÉZON revêtait la forme d'une enquête afin d'offrir une étude la plus scientifique possible c'est à dire permettant de donner au lecteur une vision objective de la situation des personnels d'asiles[1496]. Cette étude rationalisée et dénuée d'éléments s'organisa, selon son auteur, autour du plan suivant: « Après un bref exposé de la technique de notre enquête […] on envisagera la composition générale, puis le recrutement du personnel infirmier […] Chapitre par chapitre, nous étudierons ensuite:
L'éducation professionnelle
Le statut
Des conditions particulières
[…] Les fonctions

1493 Patrice KRZYZANIAK, *Georges Daumézon (1912-1979) : un camisard psychiatre et pédagogue : une contribution singulière aux sciences de l'éducation* ; Thèse présentée à l'université Lille 3, août 2015, p.89
1494 Georges DAUMÉZON, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés* ; Thèse présentée à l'Université de médecine de Paris ; Editée à Cahors par l'imprimerie de Coueslant, 1935, p.11
1495 Patrice KRZYZANIAK, *Georges Daumézon (1912-1979) : un camisard psychiatre et pédagogue : une contribution singulière aux sciences de l'éducation* ; Thèse présentée à l'université Lille 3, août 2015, p.89
1496 Georges DAUMÉZON, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés* ; Thèse présentée à l'Université de médecine de Paris ; Editée à Cahors par l'imprimerie de Coueslant, 1935, p.12

[…] séparément, nous aborderons l'étude du personnel religieux[1497] »

Comme annoncé dans l'introduction, Georges DAUMÉZON débuta son travail de recherche par un état des lieux de la composition du personnel des asiles d'aliénés. Il éprouva la nécessité de donner des définitions de ces personnels avant de commencer son analyse.

Ces définitions sont concises mais elles permettent au lecteur de cerner avec plus de précision le domaine de recherche de l'auteur de l'étude. « Nous entendons, par personnel infirmier […] les agents masculins ou féminins des asiles qui, en contact permanent avec les malades, assurent à la fois la surveillance et les soins de ces derniers. Sont englobés dans cette étude les agents dirigeants et ceux dont les fonctions de surveillance et de soins ne sont peut-être pas bien établies, mais qui, employés dans les quartiers sous la direction d'infirmiers véritables, collaborent cependant à ces tâches. Ces précisions indiquent comme correspondants à notre étude: ceux que le langage courant désigne sous le nom d'infirmier, d'infirmière, de surveillant, de servant, de servante, de gardien.[1498] » Plus tard dans son étude, l'auteur précisera les fonctions de chacun de ces grades hiérarchiques[1499].

Une fois ces définitions posées, l'auteur de la thèse commença son analyse de la composition des personnels d'asiles par un rappel de la situation des personnels féminins dans les quartiers d'hommes. L'ordonnance du 18 décembre 1839, dans son article 34, énonçait que: « Les établissements privés ou publics consacrés aux aliénés du sexe masculin ne pourront employer que des hommes pour le service personnel des aliénés. Des femmes seules seront chargées du service personnel des aliénées dans les établissements destinés aux individus du sexe féminin. [1500]» Cette ordonnance interdisait donc l'emploi de femmes dans les services masculins.

Toutefois, la pénurie de personnel hospitalier provoquée, entre autres raisons, par

1497. Georges DAUMÉZON, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés* ; Thèse présentée à l'Université de médecine de Paris ; Editée à Cahors par l'imprimerie de Coueslant, 1935, p.13
1498 *Ibid*., p.21
1499 *Ibid*., pp.244-254
1500 Ordonnance du 18 décembre 1839 portant règlement des établissements publics et privés consacrés aux aliénés

la conscription pour la Première Guerre mondiale (1914-1918) incita les pouvoirs publics à assouplir cette règle (« La guerre de 1914-18 a permis aux femmes d'accéder à la profession d'infirmière ».[1501]). Le décret en Conseil d'État du 12 mars 1914 et la circulaire du 16 mai 1914[1502] permettaient donc l'emploi des femmes dans les services d'hommes :
« L'emploi des infirmières est aujourd'hui permis dans les quartiers d'asiles ou privés affectés aux malades de sexe masculin. [1503]»

Dans un paragraphe consacré au personnel religieux des asiles d'aliénés, Georges DAUMÉZON montra l'importance de ce dernier en 1935. Pour ce faire, l'auteur révéla le résultat de son enquête menée sur cinquante-et-un (51) asiles français:
« 8 asiles privés sur 8 possèdent un personnel religieux.
4 quartiers d'hospices sur 5 possèdent un personnel religieux.
24 asiles publics sur 37 possèdent un personnel religieux. [1504]»

Les résultats de cette enquête étaient éloquents sur la présence des personnels religieux dans les asiles d'aliénés mais ils n'étaient pas surprenants tant cette présence restait essentielle au bon fonctionnement des établissements hospitaliers en général. Suite à ces résultats sur la présence religieuse dans les asiles d'aliénés, Georges DAUMÉZON se livra à une analyse chiffrée plus fine pour établir quels rôles jouaient les personnels religieux dans le fonctionnement des structures de soins.

Georges DAUMÉZON révélait notamment que trois asiles ont des personnels entièrement religieux mais cette situation est marginale au regard des cinquante-et-un asiles analysés. En général, un équilibre entre personnel religieux et personnel laïque dans les asiles d'aliénés semblait se dessiner avec, il est vrai, parfois, des écarts importants (maximum 1 laïque pour 5 religieux et minimum 1 religieux pour 6 laïques)[1505].

Par la suite, Georges DAUMÉZON étudia les sources du recrutement des infirmiers c'est à dire leur origine géographique, leur mode de recrutement, leur niveau intellectuel,

1501 Gérard BLEANDONU, Dictionnaire de psychiatrie sociale ; Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1976, p.142
1502 Henri VERMOREL, André MEYLAN, *Cent ans de psychiatrie* ; Paris, CEMÉA/Éditions du Scarabée, 1969, p.50
1503 Dominique LETOURNEAU, Didier DUPEUX, *Le secteur psychiatrique,* Paris, Éditions Lamarre, 1991, p.19
1504 Georges DAUMÉZON, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés* ; Thèse présentée à l'Université de médecine de Paris ; Editée à Cahors par l'imprimerie de Coueslant, 1935, p.24
1505 *Ibid*., p.25

leur niveau professionnel et leur niveau social. A ce sujet, les auteurs Henri VERMOREL et André MEYLAN livrent leurs observations sur le travail de leur prédécesseur :
« Etudiant l'origine géographique des infirmiers, il [Georges DAUMÉZON] montre qu'ils [les infirmiers d'asiles] sont soit autochtones, soit émigrés d'un département voisin. Les moyens de recrutement […] montrent que le recrutement familial est important surtout dans les grands centres urbains. Parfois on embauche d'anciens malades […]. Les bureaux de placement, les annonces dans la presse sont utilisées, tandis que dans certaines congrégations religieuses, on recrute parmi les orphelines.[1506]» Concernant l'origine du recrutement des personnels, Georges DAUMÉZON précise que les asiles d'aliénés embauchaient peu fréquemment des veuves de guerre qui bénéficiaient d'emplois réservés[1507].

Le chapitre suivant de la thèse de Georges DAUMÉZON était consacré à l'éducation professionnelle des infirmiers des asiles d'aliénés. L'auteur affirmait préférer le terme d'éducation à celui d'instruction (« Aussi est-ce à dessein que nous avons employé le terme d'Education Professionnelle plutôt que d'Instruction.[1508] »). Patrice KRZYZANIAK ajoute que: « Certes il existait des programmes de formation du personnel infirmier d'asiles et celui issu de l'Arrêté du 26 mai 1930, par exemple, durait 36 mois, mais ils étaient appliqués de façon très hétérogène sur le territoire français et de façon bien souvent improvisée ou très scolaire selon les endroits.[1509] »

Quant à Henri VERMOREL et André MEYLAN, lorsqu'ils commentèrent ce chapitre du travail de leur illustre prédécesseur, ils furent contraints d'employer le terme d'instruction : « Le niveau d'instruction reste bas : les illettrés existent encore, surtout dans les asiles privés. Les titulaires du CEP [Certificat d'Etudes Primaires] sont fréquents dans les asiles urbains, rares ailleurs. On trouve même 32 titulaires du Brevet élémentaire dans les 51 asiles étudiés et même 2 bacheliers.[1510] » Ainsi, le niveau d'instruction des infirmiers psychiatriques était très bas et « Il convenait donc de qualifier ce personnel et de

1506 Henri VERMOREL, André MEYLAN, *Cent ans de psychiatrie* ; Paris, CEMÉA/Éditions du Scarabée, 1969, p.52
1507 Georges DAUMÉZON, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés* ; Thèse présentée à l'Université de médecine de Paris ; Editée à Cahors par l'imprimerie de Coueslant, 1935, p.31
1508 *Ibid.,* p.37
1509 Patrice KRZYZANIAK, *Georges Daumézon (1912-1979) : un camisard psychiatre et pédagogue : une contribution singulière aux sciences de l'éducation* ; Thèse présentée à l'université Lille 3, août 2015, p.91
1510 Henri VERMOREL, André MEYLAN, *Cent ans de psychiatrie* ; Paris, CEMÉA/Éditions du Scarabée, 1969, p.52

l'instruire, or dans l'immédiat il y avait au niveau de sa formation beaucoup à faire, G. Daumézon le constatait de façon édifiante.[1511] »

Cette situation d'absence d'éducation professionnelle expliquait également la formule de Georges DAUMÉZON sur l'attrait de la profession d'infirmier psychiatrique : « Il existe peu d'individus en France qui se fixent dans la vie d'être infirmier d'asile. La vocation d'infirmier d'asiles n'existe guère.[1512] »

Puis Georges DAUMÉZON entreprit d'examiner les conditions d'embauche et d'évolution de carrière des infirmiers psychiatriques au sein des établissements psychiatriques. Il énumérait les différentes conditions nécessaires à l'évaluation du postulant: les conditions physiques, les conditions juridiques, les conditions et les conditions intellectuelles[1513]. Pour ce qui est des possibilités de carrière, la situation semblait, selon Georges DAUMÉZON, assez simple : « infirmier, sous-chef de quartier, chef de quartier, sous-surveillant-chef, surveillant-chef.[1514] » La principale modalité d'avancement demeurait l'ancienneté[1515].

L'auteur tentait ensuite de caractériser les conditions sociales de la profession d'infirmier psychiatrique. Cette étude permit à Georges DAUMÉZON de déterminer précisément les modalités d'exercice du droit aux congés des infirmiers psychiatriques (congés hebdomadaires, congés annuels et jours fériés[1516]) et les conditions de mise en retraite. Il notait que les infirmiers psychiatriques bénéficiaient dans l'ensemble de la loi du 13 juillet 1906 sur le repos hebdomadaire[1517] mais que les congés annuels étaient accordés au bon vouloir des établissements (« La plupart de nos correspondants [Les asiles d'aliénés sollicités par l'étude] montrent sur ce chapitre une libéralité assez

1511 Patrice KRZYZANIAK, *Georges Daumézon (1912-1979) : un camisard psychiatre et pédagogue : une contribution singulière aux sciences de l'éducation* ; Thèse présentée à l'université Lille 3, août 2015, p.90
1512 Georges DAUMÉZON, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés* ; Thèse présentée à l'Université de médecine de Paris ; Editée à Cahors par l'imprimerie de Coueslant, 1935, p.36
1513 *Ibid*., pp.83-90
1514 *Ibid.,* p.95
1515 *Ibid.,* p.95
1516 *Ibid.,* pp.98-100
1517 Loi du 13 juillet 1906 établissant le repos hebdomadaire en faveur des employés et des ouvriers parue au Journal Officiel du 14 juillet 1906, p.4831

grande.[1518] »). Pour ce qui est de la mise en retraite, Georges DAUMÉZON notait que les infirmiers psychiatriques bénéficiaient d'un régime fondé sur trois types de texte :

« 1) Le règlement de 1857 et ses commentaires instituant la reposance

2) Les textes législatifs successifs établissant les retraites ouvrières et paysannes et les assurances sociales

3) Les textes locaux créant une caisse de retraite[1519] »

D'un point de vue social, les infirmiers psychiatriques ne semblaient donc pas, à la veille des bouleversements de 1936, désavantagés par rapport au reste des ouvriers (dont ils faisaient partie de fait).

Le chapitre suivant était relatif aux responsabilités juridiques des infirmiers d'asile. Ces responsabilités se manifestaient essentiellement en cas d'évasion (article 456 du Code pénal de 1810[1520]) et d'accidents (mauvais traitements, abus d'autorité[1521]). L'auteur rappelait que l'infirmier était soumis pénalement aux mêmes règles qu'à l'extérieur de l'asile s'il se montrait coupable de voies de fait sur un malade[1522].

Selon Georges DAUMÉZON, l'infirmier d'asile psychiatrique était également soumis aux règles de la responsabilité civile (articles 1382 et 1383 du Code civil). Toutefois, l'auteur notait que « Dans la règle, c'est l'Administration qui sera attaquée au titre de l'article 1384, "par le fait des personnes dont on doit répondre."[1523]»

Georges DAUMÉZON achevait le développement de sa thèse par un exposé précis de la situation du personnel religieux dans les asiles d'aliénés. Comme observé précédemment, la majorité des asiles d'aliénés employaient du personnel religieux.

Néanmoins, le sort de ces personnels variait beaucoup selon les régions et les établissements. L'auteur différenciait la situation selon la nature juridique des établissements: asiles privés (asiles propriétés de la communauté religieuse et asiles

1518 Georges DAUMÉZON, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés* ; Thèse présentée à l'Université de médecine de Paris ; Editée à Cahors par l'imprimerie de Coueslant, 1935, p.99
1519 *Ibid*., p.107
1520 *Ibid*., p.133
1521 *Ibid.,* pp.134-137
1522 *Ibid.,*p.135
1523 *Ibid.,*p.137

propriétés d'un particulier où la communauté religieuse exerce son activité de soins selon « une sorte de contrat de louage d'ouvrage collectif[1524] ») et asiles publics et quartiers d'hospices.

Dans les asiles privés appartenant à une communauté religieuse (d'après Georges DAUMÉZON, c'est la situation « dans 50% des cas environ[1525] »), le personnel religieux était soumis aux règles de l'ordre auquel il appartenait (par exemple: la Congrégation de Sainte-Marie de l'Assomption pour les Sœurs des Hôpitaux Sainte-Marie[1526]) et l'auteur de la thèse (protestant pratiquant) se refusait à émettre une analyse ou une opinion sur ces règles qu'il considérait comme librement choisies par ceux qui se les imposaient (« […] nous considérerions comme une indiscrétion de chercher à connaître les disciplines que les hommes s'imposent librement. Aussi, renonçons-nous à citer même les grandes lignes des règles de chaque congrégation.[1527] »).

Néanmoins, ces règles congréganistes devaient coexister avec des normes de droit commun[1528]. Les règlements intérieurs des asiles dirigés par les congrégations religieuses étaient souvent copiés sur le modèle du règlement de 1857 (« ce règlement n'est qu'une copie ou une paraphrase du règlement-modèle de 1857 avec quelques dispositions locales supplémentaires.[1529] »).

Il va de soi que ces règlements devaient être compatibles avec la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés et notamment avec son article 7 qui spécifiait que : « Les règlements intérieurs des établissements publics consacrés, en tout ou en partie, au service des aliénés, seront, dans les dispositions relatives à ce service, soumis à l'approbation du ministre de l'intérieur.[1530] »

Concernant les asiles publics et les quartiers d'hospices, la situation différait

1524 Georges DAUMÉZON, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés* ; Thèse présentée à l'Université de médecine de Paris ; Editée à Cahors par l'imprimerie de Coueslant, 1935, p.270
1525 *Ibid*., p.268
1526 « Il était une fois... L'Association Hospitalière Sainte-Marie » ; *Le Journal de L'Association Hospitalière Sainte Marie*, numéro 9, mars 2019, p.7
1527 Georges DAUMÉZON, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés* ; Thèse présentée à l'Université de médecine de Paris ; Editée à Cahors par l'imprimerie de Coueslant, 1935, p.268
1528 *Ibid.,*p.269
1529 *Ibid.,*p.269
1530 Loi nº 7443 sur les aliénés du 30 juin 1838 - Recueil Duvergier, p.490

quelque peu puisque seules les normes réglementaires s'appliquent aux personnels y compris les personnels religieux. En l'espèce, un règlement modèle datant de 1857 (article 95[1531]) régit les contrats passés par les asiles pour aménager le travail de ces personnels. Ces contrats doivent être avalisés par l'autorité préfectorale.

De plus, il convient de préciser que l'autorité dans les asiles publics est partagée entre le directeur de l'asile et la mère supérieure. Georges DAUMÉZON note qu'en pratique, pour les sœurs infirmières, c'est souvent l'autorité de la mère supérieure qui prévaut sur celle du directeur (« Arrivée à l'asile, la religieuse est sous la *double autorité* de la Supérieure et du Directeur. Des deux personnages, il n'est pas douteux que la Supérieure détient le plus grand pouvoir.[1532] »).

Les chapitres suivants celui dédié au personnel religieux sont les plus succincts du travail universitaire de Georges DAUMÉZON. Ils concernent l'état sanitaire et la stabilité des personnels des asiles. Ils laissent place à une conclusion qui se veut lucide et réaliste sur la situation des personnels des asiles d'aliénés. La conclusion débute par une série de constatations sur les situations morale, intellectuelle et sociale des personnels des asiles d'aliénés.

L'auteur semblait plutôt optimiste concernant la situation des personnels hospitaliers qui tendait à s'améliorer par rapport à ce qu'elle avait pu être avant les réformes de la formation des infirmiers (« […] La situation matérielle et morale de l'infirmier s'est considérablement améliorée depuis le début du siècle. […] Le niveau intellectuel et social des infirmiers s'est lui aussi légèrement élevé.[1533] ») mais il était beaucoup plus critique lorsqu'il en venait à observer l'obsolescence du règlement de 1857. Il achève sa conclusion et sa thèse par quelques propositions. Ces propositions concernaient essentiellement la nécessité d'une harmonisation juridique des situations trop disparates des asiles d'aliénés français.

Georges DAUMÉZON, par le truchement de cette thèse sur la situation des personnels infirmiers dans les asiles d'aliénés, a permis, pour la première fois à ce degré

1531 Georges DAUMÉZON, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés* ; Thèse présentée à l'Université de médecine de Paris ; Editée à Cahors par l'imprimerie de Coueslant, 1935, p.270
1532 *Ibid*., p.276
1533 *Ibid*., p.293

d'exhaustivité, de mesurer précisément la réalité du travail de ces personnels jugés jusqu'ici peu dignes de confiance et de reconnaissance. Pour Patrice KRZYZANIAK, le psychiatre cévenol a décrit, de façon simplifiée, « un personnel qui se composait globalement de «gardes fous» sans formation spécifique, logé à l'intérieur de l'asile et ne pouvant en sortir sans autorisation, de préférence célibataire et devant le rester, sauf à s'inscrire dans la dynastie d'un recrutement familial, fort répandu chez les infirmiers.[1534] »

Il semble difficile de mesurer l'influence immédiate de la thèse (qualifiée de «magistrale»[1535] par le Dr André MEYLAN) de Georges DAUMÉZON sur le monde psychiatrique de l'époque. Malgré l'expression par le jeune psychiatre de points de vue conformes à l'aliénisme contemporain (notamment l'acceptation mesurée du principe de l'intériorisation, l'asile comme «modèle de communauté salvatrice[1536]»), il nous semble évident qu'un tel travail d'analyse n'ait pu rester sans conséquence sur le monde médical de l'époque. Cette thèse de doctorat a, en effet, dépassé l'audience habituelle des thèses de doctorat en psychiatrie puisqu'elle a obtenu un an après sa présentation, le prestigieux prix Baillarger de l'Académie Nationale de Médecine[1537].

B/ Une construction parallèle à celle de la sectorisation psychiatrique

> «Les transformations subies par les hôpitaux psychiatriques pendant la dernière guerre mondiale ont fait de l'infirmier un agent important de la ''révolution psychiatrique''.»[1538]
> Gérard BLEANDONU

Dès la fin de la Seconde Guerre mondiale, les psychiatres désaliénistes œuvrèrent pour une profonde réforme de leur discipline. La faillite de l'organisation asilaire acheva de les convaincre de la nécessité d'opérer un changement total de paradigme institutionnel ainsi qu'une reconsidération globale des rapports entre les médecins et les infirmiers

1534 Patrice KRZYZANIAK, *Georges Daumézon (1912-1979) : un camisard psychiatre et pédagogue : une contribution singulière aux sciences de l'éducation* ; Thèse présentée à l'université Lille 3, août 2015, p.90
1535 André MEYLAN, «L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°2, 1975, p.194
1536 Marcel JAEGER, «Le gardiennage psychiatrique de la Révolution française au Front populaire» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.58, n°6, juin 1982, p.778
1537 Patrice KRZYZANIAK, *Georges Daumézon (1912-1979) : un camisard psychiatre et pédagogue : une contribution singulière aux sciences de l'éducation* ; Thèse présentée à l'université Lille 3, août 2015, p.89
1538 Gérard BLEANDONU, *Dictionnaire de psychiatrie sociale*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1976, p.143

psychiatriques, toujours considérés, dans bien des cas, comme de simples auxiliaires.

Bien qu'il ne fut pas seul à envisager un renouveau de la profession d'infirmier psychiatrique (le psychiatre Paul BERNARD proposa un programme de formation), ce fut Georges DAUMÉZON qui accorda le plus d'intérêt à cette question. Sa thèse en médecine sur le thème de la condition des infirmiers des asiles d'aliénés faisait de lui un spécialiste de ce sujet. Il sera donc à l'origine de la première formation française pour infirmiers psychiatriques : les stages des Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Éducation Active (CEMÉA). Ces centres furent créés en 1949 avec l'aide de Germaine LE GUILLANT et constituèrent un creuset d'infirmiers psychiatriques formés aux idées réformatrices du désaliénisme. (**a**)

Après les fructueuses et constructives années de l'après-guerre, la profession d'infirmier psychiatrique poursuivit son développement de façon progressive. Ce développement se réalisa tant sur le plan pratique que sur le plan législatif et réglementaire. En effet, de nombreux textes normatifs permirent aux infirmiers psychiatriques de voir leur métier enfin reconnu à sa juste valeur. Entre 1955 et 1979, les textes réglementaires bâtirent à la fois un cadre strict et rigoureux à la profession ainsi qu'un cursus de formation précis et adapté. (**b**)

a) La situation des infirmiers psychiatriques dans l'immédiat après-guerre et l'action décisive de Georges DAUMÉZON

La profession d'infirmier psychiatrique n'avait pas été négligée par les fondateurs de la sectorisation psychiatrique. En effet, Lucien BONNAFÉ[1539] et surtout Georges DAUMÉZON publièrent de nombreux textes concernant l'importance de la participation des infirmiers au dialogue institutionnel et à la conception du secteur psychiatrique. Comme évoqué précédemment, Georges DAUMÉZON soutint sa thèse de médecine sur la question infirmière dans les asiles psychiatriques.[1540] Il maintint ses positions sur la question infirmière pendant l'Occupation alors qu'il dirigeait l'hôpital de Fleury-Les-Aubrais (département du Loiret).

1539 Lucien BONNAFÉ, «Compte-rendu sur les réunions du personnel à l'hôpital psychiatrique» ; *L'information Psychiatrique*, n°8, 1949, p.275-279

1540 Georges DAUMÉZON, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés* ; Thèse présentée à l'Université de médecine de Paris ; Editée à Cahors par l'imprimerie de Coueslant, 1935

En effet, « dès 1939, G.DAUMÉZON étudiera les modalités possibles de cette sélection [des candidats à ce métier], qu'il présentera à la Société Médico-Psychologique dans sa séance du 27 avril 1942. Elles consistaient principalement à faire passer aux candidats une série de tests, qu'il avait expérimentés auprès des employés «soignants», tous n'étaient pas infirmiers, avec lesquels il travaillait.[1541] ».

Georges DAUMÉZON avait déjà pensé, pendant cette période très difficile pour les hôpitaux psychiatriques et leurs patients, aux moyens à employer pour rendre la profession attractive (conditions de travail, salaire etc.) afin que la pratique infirmière devienne réellement thérapeutique. Pour lui, «il fallait avant tout proclamer la nécessité de s'attacher à prendre en compte la sélection des candidats à ce métier, après avoir modifié les conditions générales de son exercice (salaire, horaires, couverture sociale...) afin de les attirer.[1542] »

Après la fin de la Seconde Guerre mondiale, la profession d'infirmier psychiatrique connut une rapide mutation réglementaire et structurelle. Cette évolution avait déjà commencé en 1936 avec l'extension de la loi instituant la semaine de quarante heures[1543] aux asiles d'aliénés et ce même si le décret du 22 mars 1937[1544] mettra en cause cette évolution législative en affirmant que « afin de tenir compte du caractère intermittent du travail, il est admis qu'une durée de présence de 45 heures par semaine correspond à la durée maxima de travail effectif prévu par l'article 6 du livre II du Code du travail. […] La surveillance ne comportant pas l'équivalence d'un travail.[1545]».

L'Occupation et les théories eugénistes du gouvernement de Vichy arrêteront temporairement cette évolution progressiste du statut des infirmiers d'asiles devenus infirmiers psychiatriques depuis la circulaire ministérielle du 13 octobre 1937. Le décret du 9 novembre 1946[1546] et la circulaire n°173 du 1er juillet 1947 rétablissent le droit en vigueur antérieurement au régime de Vichy. En son article 20 de son titre III, le statut type

1541 Patrice KRZYZANIAK, *Georges Daumézon (1912-1979) : un camisard psychiatre et pédagogue : une contribution singulière aux sciences de l'éducation* ; Thèse présentée à l'université Lille 3, août 2015, p.91
1542 *Ibid*., p.91
1543 Loi du 21 juin 1936 instituant la semaine de 40 heures dans les établissements industriels et commerciaux et fixant la durée du travail dans les mines souterraines
1544 Décret du 22 mars 1937 semaine de quarante heures dans les hôpitaux, hospices, cliniques, dispensaires, maisons de santé , asiles d'aliénés et tous établissements hospitaliers.
1545 Décret du 22 mars 1937 semaine de quarante heures dans les hôpitaux, hospices, cliniques, dispensaires, maisons de santé , asiles d'aliénés et tous établissements hospitaliers cité par Henri VERMOREL et André MEYLAN, *Cent ans de psychiatrie,* Paris, CEMÉA/Éditions du Scarabée, 1969, pp.55-56
1546 Décret n°46-2513 du 9 novembre 1946 portant abrogation du D. du 28 janvier 1940

du 16 octobre 1951 reproduit la lettre du statut de 1936 et rétablit la semaine de 40 heures[1547].

Dès 1946, une loi du 8 avril[1548] imposait aux directeurs d'établissements psychiatriques, dans un délai de deux ans, de régulariser la situation des personnels exerçant la profession d'infirmier et de n'employer, au terme de ce délai, que des infirmiers diplômés d'État sous peine de se voir accusés d'exercice illégal de la médecine[1549]. En vertu de ce texte, les personnels concernés avaient trois mois pour déposer une demande d'autorisation à « subir un examen de récupération »[1550]. Dans ce cas également, le texte légal vint abroger une loi de l'Etat français (loi du 15 juillet 1943) afin de rétablir dans son usage les décrets du 27 juin 1922 et du 18 février 1938[1551].

Toutefois, un arrêté du 3 février 1949 validait les diplômes locaux sous conditions. Malgré la volonté des autorités administratives de réguler la profession d'infirmier psychiatrique, « les procédures d'autorisation trainent encore quelque peu : de nouveaux délais sont accordés par la loi du 13 mai 1948, l'arrêté du 23 octobre 1948, puis par la loi du 24 mai 1951, qui accorde trois mois pour le dépôt des dernières demandes.[1552] ».

Il convient également d'ajouter que la circulaire du 30 novembre 1949[1553] rendait obligatoire le programme de formation proposé par le psychiatre Paul BERNARD[1554] dans tous les établissements psychiatriques français et insistait sur « l'urgence de promouvoir un enseignement local, méthodique et conforme aux progrès des techniques médicales et psychothérapeutiques.[1555] ». C'est ce même Paul BERNARD qui publiera, en 1972, un manuel de référence à l'attention des élèves infirmiers en psychiatrie[1556].

1547 André MEYLAN, «L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°3, 1975, p.324
1548 Loi n°46-330 du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers
1549 Julien RAYNIER, Henri BEAUDOIN, *L'assistance psychiatrique française*, *tome 1* , Paris, Le François, 1949, p. 376
1550 Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 4. La formation des infirmiers », VST - Vie sociale et traitements 2017/2 (N° 134), p.119
1551 André MEYLAN, «L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°3, 1975, p.324
1552 Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 4. La formation des infirmiers », VST - Vie sociale et traitements 2017/2 (N° 134), p.119
1553 Circulaire 175 du 30 novembre 1949
1554 Paul BERNARD, *Manuel de l'infirmier en psychiatrie*, Paris, Masson, 1972
1555 Henri VERMOREL, André MEYLAN, *Cent ans de psychiatrie,* Paris, CEMÉA/Éditions du Scarabée, 1969, p.71
1556 Paul BERNARD, *Manuel de l'infirmier en psychiatrie* ; Masson, Paris, 1972

C'est en 1949[1557], c'est à dire pendant cette période charnière de la construction législative et réglementaire de la profession d'infirmier psychiatrique que Georges DAUMÉZON créa, non sans difficultés, avec Germaine LE GUILLANT[1558] (épouse du psychiatre Louis LE GUILLANT), pour répondre à un besoin urgent de formation des infirmiers, les premiers stages de formation destinés aux infirmiers psychiatriques.[1559]

Le psychiatre Jean OURY confirma explicitement la mise en place de ces stages, quatre ans après la Libération c'est à dire en 1949, par Germaine LE GUILLANT et Georges DAUMÉZON : « […] dès 1949, il y a eu une mise en place par Germaine Le Guillant et Daumézon des stages de CEMÉA : Bonnafé, Le Guillant [Louis LE GUILLANT, psychiatre désaliéniste et mari de Germaine LE GUILLANT]...moi-même, y venions. »[1560]. Le témoignage de ce psychiatre corrobore la thèse de l'implication sincère et active des psychiatres désaliénistes dans la formation des infirmiers et ce afin de rompre définitivement avec la période du gardiennage hospitalier.

Ces stages de formation s'effectuent dans une structure déjà existante au sein de laquelle Germaine LE GUILLANT était une employée permanente[1561] : les Centres d'Entrainement aux Méthodes d'Education Active (CEMÉA)[1562]. Originellement, les CEMÉA n'avaient pas pour mission d'accueillir des étudiants souhaitant se former aux soins en santé mentale (« […] en 1949, il y a eu la formation des stages d'infirmiers, mal acceptés par les CEMÉA, car c'était pas leur vocation initiale. »[1563]).

En 1954, les deux principaux animateurs des CEMÉA décidèrent que la structure devait se doter d'un « outil de communication »[1564]. Ce sera la revue : Vie Sociale et Traitement (VST) dont le premier numéro ronéotypé était initialement conçu comme « un

1557 Jean OURY, «Petite digression sur l'histoire des infirmiers, La traversée du désert» *in Histoire de la psychiatrie de secteur, Recherches* n°17, Mars 1975, p.140
1558 Michelle MOREAU RICAUD, « Un vie consacrée à la formation : Germaine Le Guillant » ; *Vie sociale et traitements - VST*, vol 43, n°52, mars avril 1997, pp.11-12
1559 Jean AYME, «Lucien Bonnafé, le militant» ; *L'Information Psychiatrique*, vol.79, n°7, septembre 2003
1560 Jean OURY, Petite digression sur l'histoire des infirmiers, La traversée du désert *in Histoire de la psychiatrie de secteur, Recherches* n°17, Mars 1975, pp.140-141
1561 Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 4. La formation des infirmiers », *VST - Vie sociale et traitements*, 2017/2 (N° 134), p.122
1562 Dominique LETOURNEAU, Didier DUPEUX, *Le secteur psychiatrique,* Éditions Lamarre, Paris, 1991, p.28
1563 Jean OURY, «Petite digression sur l'histoire des infirmiers, La traversée du désert» *in Histoire de la psychiatrie de secteur, Recherches* n°17, Mars 1975, p.140
1564 Dominique LETOURNEAU, Didier DUPEUX, *Le secteur psychiatrique,* Éditions Lamarre, Paris, 1991, p.28

bulletin d'information et de documentation[1565] ».

Les CEMÉA, sous l'impulsion de ses deux dirigeants, accomplirent un remarquable travail de contribution à la formation des infirmiers en psychiatrie, souvent sous la forme de stages dans les services de soins[1566]. Comme le précisait, Marcel JAEGER dans une série d'articles consacrés à la profession d'infirmier psychiatrique : « Ces stages de perfectionnement auront un enjeu essentiel : la double transformation de la relation infirmier-malade et, plus complexe encore, vu le poids de l'histoire en la matière, de la relation infirmier-médecin.[1567] ».

Georges DAUMÉZON resta conséquent concernant ses convictions relatives à la formation des infirmiers (« Tout autant attaché au sort des malades qu'à celui des infirmiers[1568] ») et, en 1957, il invita solennellement, par voie de courrier, de nombreux médecins psychiatres à participer à une rencontre placée sous l'égide des CEMÉA (« Le 26 mars 1957, un certain nombre de psychiatres du cadre qui avaient témoigné de leur intérêt et participé aux stages destinés aux infirmiers dans le cadre des Ceméa, recevait une lettre »[1569]).

Ce courrier rappelait l'engagement pris par Germaine LE GUILLANT et lui-même lors de la création des stages de perfectionnement des infirmiers psychiatriques (« Voici sept ans qu'avec Mme Le Guillant nous organisons des stages de perfectionnement destinés aux infirmiers des hôpitaux psychiatriques. »[1570]) et le contexte dans lequel est née cette volonté d'accompagner les infirmiers psychiatriques dans leur démarche de formation (« Cette forme d'enseignement et d'action a pris naissance en 1949 alors que quelques établissements tentaient […] de rompre la fatalité de certaines structures aliénantes.»[1571]).

Cette rencontre eut lieu au Centre International Pédagogique de Sèvres car

1565 Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 4. La formation des infirmiers », *VST Vie sociale et traitements* 2017/2 (N° 134), p.122
1566 Henri VERMOREL et André MEYLAN, *Cent ans de psychiatrie* ; Paris, CEMÉA/Éditions du Scarabée, 1969, p.73
1567 Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 4. La formation des infirmiers », VST - Vie sociale et traitements 2017/2 (N° 134), p.122
1568 Dimitri KARAVOKYROS, « Le rôle du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques dans la mise en place du secteur » ; Sud/Nord 2010/1 (n°25), p.99
1569 Jean AYME, « Le groupe de Sèvres », *VST - Vie sociale et traitements* 2001/3 (no 71), p. 49
1570 *Ibid*., p. 49
1571 *Ibid*., p. 49

Georges DAUMÉZON préférait un lieu où la présence asilaire ne se ferait pas sentir (« un lieu plus dégagé du poids asilaire »[1572]). C'est donc cette ville, lieu de réunion des psychiatres hospitaliers, des psychiatres et psychanalystes de ville et des moniteurs des CEMÉA, qui donnera son nom à ce groupe (« Nous avons eu un certain nombre de réunions d'un groupe qui s'est appelé le groupe de Sèvres, parce qu'il s'est tenu à l'école de Sèvres.»[1573]) qui restera célèbre dans l'histoire de la psychiatrie française comme un symbole d'unité entre les différents courants idéologiques de la médecine de l'âme.

Le groupe de Sèvres naquit de ces journées de rencontres initiées par Georges DAUMÉZON au nom des CEMÉA (« il [Georges DAUMÉZON] […] sera à l'origine des rencontres de Sèvres[1574] »). Selon Jean AYME, le Groupe de Sèvres se situait dans la filiation directe des journées psychiatriques nationales de 1945 et de 1947 organisées à l'hôpital Sainte-Anne (« c'est dans le droit fil du mouvement déclenché par les Journées psychiatriques nationales de 1945 et 1947, […] qu'il s'inscrit. »[1575]).

Pour d'autres auteurs, le groupe de Sèvres constitua un enrichissement des travaux entamés dans le cadre des CEMÉA (« Au départ, des psychiatres et infirmiers se réunissaient à Sèvres pour approfondir les stages sur ''la participation des infirmiers à la psychothérapie'' organisés par les Centres d'entraînement aux méthodes d'éducation active avec Germaine Le Guillant, DAUMÉZON et Bonnafé »[1576]).

Ce groupe de réflexion et de discussion se rassembla autour de figures marquantes de la psychiatrie de l'époque mais il n'était pas homogène du point de vue générationnel (« Il y avait deux générations : il y avait la génération disons de Sivadon, Daumézon, Bonnafé, et la génération au dessous, qui était Koechlin, Bailly-Salin »[1577]). Il était hétérogène idéologiquement et permit le dialogue entre des théories très divergentes :
« l'approche phénoménologique (E.Minkowski, Daumézon, Lantéri-Laura), la référence marxiste (Bonnafé, Le Guillant) et l'organo-dynamisme de Ey, l'orientation psychanalytique

1572 Jean AYME, « Le groupe de Sèvres », *VST - Vie sociale et traitements* 2001/3 (no 71), p.49
1573 Georges DAUMÉZON, Les retrouvailles : Sèvres (1957-1958), La traversée du désert *in Histoire de la psychiatrie de secteur, Recherches* n°17, Mars 1975, p.173
1574 Dimitri KARAVOKYROS, « Le rôle du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques dans la mise en place du secteur » ; Sud/Nord 2010/1 (n°25), p.99
1575 Jean AYME, « Le groupe de Sèvres », *VST - Vie sociale et traitements* 2001/3 (no 71), p.49
1576 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE ; Le secteur psychiatrique ; Collection Que sais-je ?, Presses Universitaires de France ; Paris 1994, p.31
1577 Horace TORRUBIA, «Les retrouvailles : Sèvres (1957-1958), La traversée du désert» *in Histoire de la psychiatrie de secteur, Recherches* n°17, Mars 1975, p.174

est elle-même divisée. »[1578]

Toutefois, la réelle nouveauté proposée par le groupe de Sèvres était l'inclusion d'infirmiers à la réflexion collective sur l'état et le devenir de la psychiatrie en France. Jusqu'alors, les infirmiers avaient toujours été exclus des discussions menées sur les différents thèmes relatifs à l'organisation de la santé mentale. Seuls les psychiatres et les pouvoirs publics se réunissaient pour décider des mesures à adopter pour régir une discipline médicale à peine sortie de sa période asilaire.

La psychiatrie française n'était toujours pas unie sur le thème du rôle à donner aux infirmiers dans la future organisation des soins post-asilaire. Parmi les plus avant-gardistes sur cette question, nous pouvons citer le docteur Georges DAUMÉZON qui définissait le groupe de Sèvres comme étant « un groupe de réflexion avec à peu près tous les gens intéressés.[1579]».

Il semble évident que cette définition du groupe était extensive et incluait donc les infirmiers. Le médecin cévenol confirma cette interprétation puisqu'il livra par la suite un aperçu de la composition des premiers groupes de travail : « Au départ, ça été ceux qui avaient travaillé aux premiers stages des CEMÉA, si bien qu'on s'est réuni autour du thème "participation des infirmiers à la psychothérapie".[1580] »

Le psychiatre catalan Horace TORRUBIA partageait l'opinion de Georges DAUMÉZON sur l'importance du rôle des infirmiers dans la réorganisation de la psychiatrie (« à l'asile, rien à faire sans les infirmiers »[1581]). Son compatriote catalan Francesc TOSQUELLES était également de cet avis (« Nous avons participé au groupe de Sèvres […] en insistant sur le rôle des infirmiers »[1582]).

Les infirmiers furent donc inclus dans les discussions dès le début des réunions du

1578 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, Le secteur psychiatrique ; Collection Que sais-je ?, Presses Universitaires de France ; Paris 1994, p.30
1579 Georges DAUMÉZON, Les retrouvailles : Sèvres (1957-1958), La traversée du désert *in Histoire de la psychiatrie de secteur, Recherches* n°17, Mars 1975, p.173
1580 *Ibid*., p.173
1581 Horace TORRUBIA, Les retrouvailles : Sèvres (1957-1958), La traversée du désert *in Histoire de la psychiatrie de secteur, Recherches* n°17, Mars 1975, p.175
1582 Francesc TOSQUELLES, Les retrouvailles : Sèvres (1957-1958), La traversée du désert *in Histoire de la psychiatrie de secteur, Recherches* n°17, Mars 1975, p.176

groupe de Sèvres (26 mai 1957[1583]) et restèrent présents jusqu'à la dernière (26 avril 1959[1584]). Leur présence aux côtés des psychiatres permit au groupe, qui se réunissait le dimanche « tous les trois ou quatre mois »[1585], d'entériner une démarche résolument orientée vers l'appréhension du futur de la psychiatrie française (« Parti de l'articulation nécessaire entre les médecins et les infirmiers mobilisés par les stages des Ceméa […] très rapidement le groupe a dépassé ses objectifs de début et a adopté une attitude délibérément prospective. »[1586]).

De par son action rassembleuse, créative et constructive, le groupe de Sèvres permit l'émergence dans la psychiatrie française de deux propositions essentielles : l'inclusion des infirmiers dans la construction de la psychothérapie et la politique de sectorisation psychiatrique (« Les deux grands thèmes de Sèvres, c'était la participation des infirmiers à la psychothérapie et la psychiatrie de secteur »[1587]). Ces deux propositions furent indissociables l'une de l'autre pour des raisons évidentes[1588].

Lors d'un rapport présenté à la dernière réunion du Groupe de Sèvres le 26 avril 1959, le Dr Jean AYME aborda la délicate question de la participation des infirmiers à la psychothérapie. Dans ce rapport, il posa très vite le problème en affirmant que «la difficulté vient de l'introduction d'une technique de luxe dans un cadre administrativo-économique archaïque conçu pour le gardiennage.[1589]»

Ce rapport, publié dans son entièreté dans *L'Information Psychiatrique,* proposait un moyen pour faciliter l'implantation de la psychothérapie à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique : «la formation théorique des infirmiers et le maniement thérapeutique du milieu, mais dans un même mouvement.[1590]». Pour Jean AYME, la formation des infirmiers devait être «réglementairement obtenue par des cours comportant au programme six matières, des stages, des exercices pratiques et discussions.[1591]». L'utilisation

1583 Jean AYME, « Le groupe de Sèvres », *VST - Vie sociale et traitements* 2001/3 (no 71), p.49
1584 *Ibid.,* p.49
1585 Jean OURY, Les retrouvailles : Sèvres (1957-1958), La traversée du désert *in Histoire de la psychiatrie de secteur, Recherches* n°17, Mars 1975, p.177
1586 Jean AYME, « Le groupe de Sèvres », *VST - Vie sociale et traitements* 2001/3 (no 71), p.49
1587 Lucien BONNAFÉ, La traversée du désert *in Histoire de la psychiatrie de secteur, Recherches n°17,* Mars 1975, p.178
1588 Jean AYME, « Le groupe de Sèvres », *VST - Vie sociale et traitements* 2001/3 (no 71), p.50
1589 Jean AYME, «La participation des infirmiers à la psychothérapie», L'*Information Psychiatrique***,** n° 8, 1959, pp.475-485
1590 *Ibid*., p.479
1591 *Ibid*., p.479

thérapeutique du milieu par les soignants fut quant à elle définie comme «la création des conditions qui réalisent un lieu privilégié de rencontres, d'échanges, de recentrement temporo-spatial, d'investissement, d'information.[1592]».

Depuis la fin programmée de l'aliénisme et l'organisation asilaire de la psychiatrie française, le rôle des infirmiers des hôpitaux psychiatriques ne pouvait plus faire l'objet du même mépris de la part des psychiatres et des pouvoirs publics. L'expérience, réussie, menée par l'Hôpital de Saint-Alban[1593] pendant l'Occupation avait montré combien l'action d'un personnel infirmier œuvrant de concert avec les psychiatres et dans le respect mutuel pouvait s'avérer efficace d'un point de vue thérapeutique.

L'alliance entre les médecins psychiatres et les infirmiers des hôpitaux psychiatriques fut un des fondements majeurs de la sectorisation psychiatrique. La prise de conscience administrative de la nécessité d'être doté, dans les hôpitaux psychiatriques, d'un personnel paramédical efficacement formé conduisit les pouvoirs publics à édicter un nombre important de normes relatives à l'enseignement infirmier.

En 1960, cohérent avec lui-même, Georges DAUMÉZON continuait d'affirmer « qu'un médecin ne pouvait s'occuper de toutes les personnes qu'il y avait à soigner et devant une tâche aussi immense, il fallait qu'il soit aidé par un personnel infirmier, qui ne soit pas composé que d'agents de gardiennage et d'exécution.[1594]».

b) La poursuite de la construction légale de la profession d'infirmier psychiatrique

En 1955, se mit en place un processus d'individualisation de la fonction d'infirmier psychiatrique par le biais, dans un premier temps, d'une uniformisation des certificats d'exercice de la profession délivrés par certains hôpitaux psychiatriques français (Hôpital psychiatrique de Maison Blanche, Maison nationale de Saint-Maurice notamment[1595]). En

1592 Jean AYME, «La participation des infirmiers à la psychothérapie», L'*Information Psychiatrique***,** n° 8, 1959, p.480
1593 Jean AYME, « Le groupe de Sèvres », *VST - Vie sociale et traitements* 2001/3 (no 71), p.50
1594 Patrice KRZYZANIAK, *Georges Daumézon (1912-1979) : un camisard psychiatre et pédagogue : une contribution singulière aux sciences de l'éducation* ; Thèse présentée à l'université Lille 3, août 2015, p.90
1595 Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 4. La formation des infirmiers », *VST - Vie sociale et traitements*, 2017/2 (N° 134), p.122

effet, « sous la pression de psychiatres comme Paul Bernard, Roger [Hubert] Mignot, Lucien Bonnafé[1596] », le 13 août 1955, un arrêté est publié au Journal Officiel de la République Française.[1597]

Cet arrêté consacrait la création du premier diplôme national d'infirmier des hôpitaux psychiatriques (« il [le certificat délivré par les écoles d'hôpitaux psychiatriques] permet d'exercer dans tous les hôpitaux psychiatriques.[1598] »). Il fut complété par un second arrêté publié le 18 octobre 1958 au Journal officiel[1599]. La publication de ces deux arrêtés en matière de formation des infirmiers psychiatriques montrait combien était importante l'influence des psychiatres sur l'édiction des normes réglementaires.

La circulaire du 15 mars 1960 créa officiellement le secteur psychiatrique et fit de la rupture avec la logique asilaire un de ses principaux objectifs. Elle incitait à la création d'équipes de soins extrahospitalières et conduisit à l'apparition de nouvelles professions dans les équipes (psychologues notamment). Les infirmiers psychiatriques furent donc encouragés à travailler avec ces nouveaux professionnels dans des équipes complètement repensées pour ce nouveau mode d'organisation sanitaire.

Toutefois, malgré leur rôle prépondérant dans la construction de la sectorisation psychiatrique, les infirmiers restaient assujettis à une simple fonction d'exécutant des ordres du psychiatre. C'est ce que déplorait tout en appelant à un changement radical, André MEYLAN, dans sa thèse de médecine consacrée à la profession d'infirmier psychiatrique[1600] : « […] Mais il devient clair, aujourd'hui, qu'il faut à la psychiatrie des infirmiers thérapeutes. Il faut en finir avec la conception périmée de l'infirmier simple exécuteur de la prescription médicale ; technicien des soins hygiéniques, somatiques, biologiques, il lui faut être un technicien de la relation ; plus encore il faut à l'infirmier psychiatrique un autre mode d'être en psychiatrie, un autre mode d'être au monde, avec

1596 Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 4. La formation des infirmiers », *VST - Vie sociale et traitements*, 2017/2 (N° 134), p.123
1597 Arrêté du 28 juillet 1955 Réorganisation de la formation professionnelle du personnel soignant des hôpitaux psychiatriques: infirmiers et infirmières, paru au Journal Officiel de la République Française du 13 août 1955
1598 Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 4. La formation des infirmiers », *VST - Vie sociale et traitements*, 2017/2 (N° 134), p.123
1599 Arrêté du 4 octobre 1958 Organisation de la formation professionnelle du personnel soignant des hôpitaux psychiatriques publié au Journal officiel de la République française du 18 octobre 1958
1600 André MEYLAN, *L'infirmier des Hôpitaux Psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession*. Lyon, 1966, n°25 ; 97 p.

autrui. »[1601]

En 1969, la dénomination des infirmiers de la psychiatrie changea et ils devinrent, par arrêté[1602], des infirmiers de secteur psychiatrique. Ce changement de dénomination par voie administrative s'accompagna d'une une évolution de leur rôle au sein du dispositif curatif[1603].

En 1970, un arrêté[1604] fixa les conditions dans lesquelles se réalisera l'accès aux fonctions d'infirmier de secteur psychiatrique. Cet arrêté établit que les postulants devront soutenir une épreuve écrite et une épreuve orale. C'est également en 1970 que fut créé, par arrêté[1605] , un certificat de moniteur de formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique.

La création de ce certificat permit d'extraire de la masse des infirmiers un corps d'enseignants capables de discuter du contenu de la formation qui était, jusqu'ici, pensée et dispensée par des médecins, des pharmaciens et des chefs de services administratifs.[1606]

C'est en 1973 qu'un arrêté ministériel établit un programme d'études préparatoires au diplôme d'infirmier et d'infirmière de secteur psychiatrique[1607]. La durée de la formation nécessaire pour obtenir le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique est de deux ans et quatre mois.[1608] L'arrêté créa des centres de formation dirigés par des directeurs techniques nommés par les conseils techniques de l'enseignement («[…] Le conseil technique désigne le directeur technique de l'enseignement.»[1609]).

1601 André MEYLAN, *L'infirmier des Hôpitaux Psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession*. Lyon, 1966, n°25, p. 97
1602 Arrêté du 12 mai 1969
1603 Dominique LETOURNEAU, Didier DUPEUX, *Le secteur psychiatrique,* Paris, Éditions Lamarre, 1991, p.21
1604 Arrêté du 10 avril 1970 fixant les modalités de l'examen probatoire pour l'accès aux fonctions d'infirmier et élève infirmière, dans les hôpitaux psychiatriques départementaux et interdépartementaux, ainsi que dans les quartiers psychiatriques des hôpitaux et hospices publics
1605 Arrêté du 6 mai 1970 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique
1606 Arrêté du 6 mai 1970 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique, Article 3 nouveau
1607 Programme d'études préparatoires au diplôme d'infirmier et d'infirmière de secteur psychiatrique, Arrêté du 16 février 1973 modifié
1608 Arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique
1609 Arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique, article 4, alinéa 2

L'arrêté du 16 février 1973 prévoyait donc un conseil technique de l'enseignement composé du directeur de l'établissement psychiatrique dans lequel le centre de formation est installé, du médecin inspecteur départemental de la santé (ou de son représentant), de deux médecins, d'un enseignant du centre de formation, de deux moniteurs élus, d'un infirmier surveillant, d'un infirmier de secteur psychiatrique en exercice et d'un directeur d'école préparant au diplôme d'Etat d'infirmier.[1610] Ce conseil technique devait soutenir et assister le directeur technique des cours afin qu'il ne soit pas «un homme seul face à l'énorme poids des structures et de la tradition asilaire et en particulier face à la bonne ou à la mauvaise volonté du directeur de l'hôpital.»[1611].

Malgré son utilité indéniable et son rôle tempérant face au pouvoir décisionnaire unilatéral du directeur d'établissement, ce conseil technique de l'enseignement présentait des imperfections notables et notamment celles de ne pas donner de représentation et de voix aux étudiants infirmiers (« […] *la lacune grave de celui-ci* [le conseil technique]*, c'est l'absence de délégués des enseignés élus par eux* ainsi que de représentants des enseignants vacataires désignés par leurs pairs.»[1612]).

L'arrêté mettait en place un cursus de formation divisé en deux : une partie théorique composée de cours magistraux et une partie pratique élaborée sur le fondement de stages extrahospitaliers, de discussions et d'exercices pratiques. Cette structuration académique était novatrice. Elle fut louée par certains psychiatres dont Claude NACHIN qui exprimait sa satisfaction en 1975 : « […] on peut tout aussi […] se féliciter de l'introduction de stages extrahospitaliers, de discussions et d'exercices pratiques, comme d'éléments indispensables de la formation.»[1613].

L'article 4 de l'arrêté du 16 février 1974 concernait les enseignants, leur contrôle et leur désignation. Il énumérait les professions susceptibles de dispenser un enseignement dans les centres de formation. La liste (médecins, pharmaciens, personnels de direction des hôpitaux et des centres de formation, moniteurs de secteur psychiatrique) semblait exhaustive. Cette exhaustivité paraissait excessive car d'autres professions médicales et

1610. Arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique, article 3
1611 Claude NACHIN, «La formation des infirmiers de secteur psychiatrique. Des intentions, des textes et des faits» ; *L'Information Psychiatrique*, n°3, 1975, p.335
1612 *Ibid.,* p.336
1613 *Ibid.,* p.335

paramédicales auraient pu être incluses dans cette liste (psychologues, assistants sociaux, psychiatres en formation, internes des hôpitaux généraux, surveillants d'unités de soins)[1614].

Pour des raisons similaires, l'article 5 relatif aux personnes susceptibles de suivre les enseignements du centre de formation fut critiqué. En effet, seuls les élèves infirmiers et les infirmiers étaient autorisés à suivre les enseignements. Cette limitation paraissait «regrettable, car dans les villes nous avons des demandes de lycéens en fin d'études, d'enseignants et d'étudiants de diverses orientations qui souhaiteraient pouvoir suivre des cours de psychiatrie»[1615].

Le chapitre 2 de l'arrêté se proposait de traiter de l'organisation de l'enseignement dispensé par les centres de formation. Cette organisation précisait le nombre d'heures nécessaires à l'obtention du diplôme (1580 heures[1616]), les dates de début et de fin des enseignements (mi-septembre jusqu'au 30 juin pour la première année et du 1er octobre jusqu'au 31 décembre pour la seconde[1617]), les conditions de l'assiduité, les formes de notation des élèves (participation à l'activité de ''travail personnel, discussions et exercices''[1618]) et l'évaluation des stages[1619].

Les modalités de l'examen de passage de première en deuxième année étaient fixées par le chapitre 3 de l'arrêté. Ce chapitre détaillait la composition du jury (incluant des moniteurs d'un autre établissement ; ce qui est «une exigence pour tous»[1620]) et le contenu de l'examen (1) épreuve de psychiatrie, 2) épreuve de soins généraux, 3) épreuve pratique, 4) examen du livret scolaire et une discussion sur une expérience pratique[1621]).

1614 Claude NACHIN, « La formation des infirmiers de secteur psychiatrique. Des intentions, des textes et des faits » ; *L'Information Psychiatrique*, n°3, 1975, p.336

1615 *Ibid*., p.336

1616 Arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique, chapitre 2, article 8

1617 Arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique , chapitre 2, article 9

1618 *Ibid*., chapitre 2, article 10

1619 *Ibid.*, chapitre 2, article 13

1620 Claude NACHIN, «La formation des infirmiers de secteur psychiatrique. Des intentions, des textes et des faits» ; *L'Information Psychiatrique*, n°3, 1975, p.337

1621 Arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique, chapitre 3

En ce qui concernait l'examen final, ses modalités furent déterminées par le chapitre 4 de l'arrêté du 16 février 1973. Pour des raisons évidentes, ce chapitre était plus long que le précédent (quatorze articles) et circonstanciait les conditions d'obtention du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique. Comme pour le chapitre consacré à l'examen de passage, le chapitre 4 détaillait la composition du jury[1622], le contenu de l'examen (épreuves écrites et orales: 1) épreuve écrite en soins de santé mentale et de psychiatrie, 2) épreuve de soins aux malades, 3) épreuve écrite diverse[1623] , 4) épreuve orale sur les soins aux malades mentaux, 5) épreuve orale sur les soins aux malades en général[1624], 6) épreuve pratique de soins infirmiers[1625]), le processus de passage des examens[1626] et les conditions de validation du diplôme[1627].

En dépit de certains aspects positifs pour la formation des infirmiers de secteur psychiatrique («Les critiques que peut susciter légitimement le nouveau programme des études d'infirmier de secteur psychiatrique ne doivent pas masquer son caractère positif»[1628]), cet arrêté fût durement critiqué par de nombreux psychiatres.

Parmi les psychiatres réprobateurs, nous pouvons citer Michel AUDISIO (secrétaire général du syndicat des psychiatres des hôpitaux[1629] et donc héraut d'une opinion répandue chez ses collègues) qui, dans un article de *L'Information psychiatrique* de 1974 dénonçait véhémentement l'absence de mémoire du législateur sur la question de l'empirisme en matière de formation sanitaire : « […] les rédacteurs n'ont rien retenu des leçons de la pratique de la formation et des soins ; on continue de croire que pour savoir soigner un malade, il suffit de retenir des données théoriques reçues sur des bancs d'école et ensuite illustrées par la présentation de malades. […] dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale, vouloir maintenir une telle dichotomie entre une partie théorique du savoir et une partie pratique du savoir-faire, devient une absurdité

1622 Arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique chapitre 4, article 16
1623 *Ibid.*, chapitre 4, article 18
1624 *Ibid.*, chapitre 4, article 22
1625 *Ibid.*, chapitre 4, article 24
1626 *Ibid.*, chapitre 4, article 23
1627 *Ibid.*, chapitre 4, article 26
1628 Claude NACHIN, «La formation des infirmiers de secteur psychiatrique. Des intentions, des textes et des faits» ; *L'Information Psychiatrique*, n°3, 1975, p.339
1629 Jean AYME, *Chroniques de la psychiatrie publique. À travers l'histoire d'un syndicat.* ERES, 1995, p.461

scandaleuse.»[1630]

Claude NACHIN tempéra la véhémence et la colère de certains de ses pairs en faisant remarquer qu'«il [l'arrêté du 16 février 1973] est l'enfant […] d'une minorité de médecins et de cadres infirmiers s'intéressant de façon persévérante à la formation des infirmiers psychiatriques.»[1631]. De plus, Michel AUDISIO, en admettant leur validité, reconnaissait que «les objectifs de l'enseignement définis dans l'annexe de l'arrêté sont conformes aux intentions à la base des projets»[1632].

En 1980, dans un ouvrage consacré à la psychiatrie de secteur[1633], Michel AUDISIO confirmait le point de vue, énoncé sept années auparavant : « Nous avons personnellement été très sévères vis-à-vis notamment de l'arrêté du 16 février 1973 relatif à la formation du personnel soignant de secteur psychiatrique […] Il ne s'agit en aucune façon de défendre un *statu quo* antérieur, au nom d'un passéisme en effet indéfendable mais seulement de refuser l'obligation d'en passer par des moules normatifs rigides où la psychiatrie ne peut trouver son compte. […] Le moule médical commun n'est pas plus applicable à l'infirmier psychiatrique qu'au médecin qui a choisi d'exercer la psychiatrie.»[1634]

En 1979, en accord avec la législation européenne en vigueur[1635], un arrêté ministériel[1636] réforma la formation professionnelle des personnels soignants de secteur psychiatrique. Il établit une nouvelle organisation et un nouveau programme et ce avec une ambition assénée : «Les programmes antérieurs ont formé des infirmiers d'asile puis des infirmiers d'hôpital psychiatrique ; le programme actuel veut former des infirmiers de

1630 Michel AUDISIO, « La formation des infirmiers de secteur psychiatrique ; l'imposture de l'arrêté du 16 février 1973 » ; *L'information psychiatrique,* 50, 10, 1974, pp.1035-1040
1631 Claude NACHIN, «La formation des infirmiers de secteur psychiatrique. Des intentions, des textes et des faits» ; *L'Information Psychiatrique*, n°3, 1975, p.333
1632 Claude NACHIN, «La formation des infirmiers de secteur psychiatrique. Des intentions, des textes et des faits» ; *L'Information Psychiatrique,* n°3, 1975, p.335
1633 Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Privat, Toulouse, 1980
1634 Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur. Une psychiatrie militante pour la santé mentale*, Privat, Toulouse, 1980*,* p.275
1635 Directive 77/453/CEE du Conseil, du 27 juin 1977, visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités de l'infirmier responsable des soins généraux
1636 Arrêté du 26 avril 1979 modifiant un précédent arrêté relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique

secteur. Faisons en sorte qu'il y réussisse.[1637]».

Toutefois, la principale révision opérée par cet arrêté fut la modification de la durée des études nécessaires à l'obtention du titre d'infirmier psychiatrique. Dorénavant, trente-trois mois devaient être accomplis par les étudiants infirmiers («Ce sont les échéances européennes qui ont paru imposer l'allongement des études à 33 mois»[1638]).

Déjà, en 1979, les pouvoirs publics manifestaient explicitement leur inquiétude quant à l'absence de reconnaissance de ce diplôme spécifiquement français («Le risque est […] que le diplôme français d'infirmier de secteur psychiatrique, seul en son genre au plan international, soit ignoré par les instances européennes concernées par les infirmiers diplômés d'État»[1639]).

Un autre arrêté ministériel concernant les infirmiers de secteur psychiatrique[1640] fut publié en 1979 au Journal Officiel. Il énumérait les différents lieux d'exercice de cette profession. Cet arrêté consacrait la pérennisation de la pratique extrahospitalière en psychiatrie puisqu'il confirmait que les infirmiers de secteur psychiatrique pouvaient exercer leur profession dans les dispensaires d'hygiène mentale[1641].

Jusqu'à la création du Diplôme d'État Polyvalent en 1992, aucune réforme administrative majeure de la profession d'infirmier de secteur psychiatrique ne fut décidée par les autorités de tutelle. En mars 1992, conformément aux directives européennes en la matière[1642], un arrêté ministériel[1643] réforma totalement le statut de la profession d'infirmier et créa un diplôme unique valable pour toutes les spécialités. Un second arrêté de mars

1637 Directive 77/453/CEE du Conseil, du 27 juin 1977, visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités de l'infirmier responsable des soins généraux
1637 Arrêté du 26 avril 1979 modifiant un précédent arrêté relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique
1638 Annexe à l'arrêté du 26 avril 1979 (non parue au Journal officiel). Document publié dans *L'Information Psychiatrique*, Vol.55, n°10, décembre 1979
1639 Annexe à l'arrêté du 26 avril 1979 (non parue au Journal officiel). Document publié dans *L'Information Psychiatrique*, Vol.55, n°10, décembre 1979
1640 Arrêté du 3 juillet 1979 modifiant l'arrêté du 16 février 1973 relatif a la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique
1641 Arrêté du 3 juillet 1979 modifiant l'arrêté du 16 février 1973 relatif a la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique
1642 Florence ROMEDER, « Autour de la formation aux diagnostics infirmiers, quelle dynamique d'accompagnement ? », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 99, no. 4, 2009, pp. 97-116.
1643 Arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'État d'infirmier

1992[1644] autorisait, sous conditions, les infirmiers de secteur psychiatrique à recevoir le diplôme d'État d'infirmier nouvellement créé.

1644 Arrêté du 30 mars 1992 relatif à l'attribution du diplôme d'État d'infirmier aux personnes titulaires du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique

Deuxième partie: La pérennisation de la sectorisation psychiatrique

> « […] la majorité des psychiatres publics considèrent la politique de secteur comme un incontestable et indispensable progrès technique. »[1645]
>
> Gérard BLEANDONU

Entre 1937 et 1960, l'apparence de l'organisation psychiatrique française avait radicalement changé. Cette transformation avait débuté par la promulgation de la circulaire du 13 octobre 1937 qui, si elle n'avait pas connu une application immédiate, avait posé les jalons d'une psychiatrie extrahospitalière. La période de l'Occupation confirma les observations des jeunes psychiatres modernistes puisqu'elle vit l'horreur asilaire se muer en horreur mortifère avec la mort de dizaines de milliers de malades psychiques.

A la Libération, de jeunes psychiatres (Lucien BONNAFÉ, Georges DAUMÉZON, Louis LE GUILLANT) aguerris par une pratique de la psychothérapie en période de pénurie (de personnels, de nourriture, de chauffage) revendiquèrent véhémentement le droit de pouvoir exercer leur spécialité hors de l'univers asilaire. Ils se réunissent à Paris en 1945 pour poser les fondements de ce qui deviendra par la circulaire du 15 mars 1960 la sectorisation psychiatrique.

Toutefois, les réticences et les freins à l'application de cette nouvelle politique organisationnelle en santé mentale furent nombreux et les psychiatres et administratifs enthousiastes se heurtèrent très souvent à des oppositions frontales ou déguisées. Suite à la circulaire du 15 mars 1960, les différents ministères de la Santé publique œuvrèrent pour la mise en place de cette politique par voie réglementaire. En effet, le cadre législatif demeurait la vieille loi du 21 juin 1838 et aucun gouvernement ne prit le risque de remettre en cause une loi, certes obsolète, mais encore très utile dans sa fonction répressive de

1645 Gérard BLEANDONU, *Dictionnaire de psychologie sociale* ; petite bibliothèque payot, Paris, 1976, p.229

maintien de l'ordre public. La psychiatrie de secteur devait donc se réaliser en l'absence d'une loi venant permettre les changements dont l'organisation des soins avait besoin. Cette absence de légalisation fut préjudiciable à la psychiatrie de secteur[1646] qui dut se développer pendant des dizaines d'années sur des fondements juridiques instables (directives, circulaires, conventions entre administrations publiques). (**Chapitre 1**)

La psychiatrie de secteur avait indéniablement besoin d'une loi cadre pour asseoir sa légitimité et maintenir les acquis obtenus pendant près de quarante ans. Cette loi intervint en décembre 1985 dans un contexte budgétaire de réduction drastique des capacités hospitalières. Elle fut présentée par le Secrétaire d'État chargé de la Santé Edmond HERVÉ et son adoption se fit le 20 décembre 1985 à la majorité absolue par la Chambre des députés. Ce texte législatif, tant attendu, ne fit pas l'unanimité parmi le corps médical et infirmier car certains y virent un manque d'ambition de la part du Gouvernement et une simple cristallisation de la situation déjà existante (**Chapitre 2**).

Chapitre 1: Une absence de loi-cadre préjudiciable à la psychiatrie française (de la circulaire du 14 mars 1972 à la loi du 25 juillet 1985)

Malgré une politique administrative visant à produire des normes en matière d'organisation des soins en santé mentale, la sectorisation psychiatrique demeurait juridiquement très fragile. En effet, le système français de traitement des malades psychiques reposait sur des circulaires, des directives et des arrêtés et ces normes réglementaires pouvaient très facilement être défaites et remplacées si un ministre de la Santé en décidait ainsi.

Entre 1972 et 1985, cette situation de fragilité juridique se poursuivait puisque les ministres de la Santé successifs ne désirèrent pas réaliser la seule réforme opportune et souhaitable : l'abrogation de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés et le vote d'une loi nouvelle intégrant le changement de cadre institutionnel d'exercice de la psychiatrie en France. Ces ministres continuèrent à promulguer des règlements venant préciser les modalités de mise en œuvre de la sectorisation psychiatrique ainsi que les conditions de

1646 Audrey VOLPE, Marc DUPONT, « Que reste-t-il de la sectorisation psychiatrique ? » ; *Revue de Droit Sanitaire et Social*, septembre-octobre 2017, n°5, p.893

formation des infirmiers psychiatriques.

Toutefois, l'absence de socle juridique solide n'empêcha ni les praticiens de poursuivre leur action désaliénante ni les administrations locales de nouer des liens conventionnels pour permettre une meilleure coordination de l'action sanitaire et sociale en faveur des malades psychiques. L'organisation des soins en santé mentale continuait de s'effectuer dans le cadre de la loi du 30 juin 1838 mais l'esprit de cette loi, depuis longtemps obsolète et anachronique, était remis en question dans la pratique de la psychiatrie de secteur.

Les liens conventionnels entre collectivités territoriales (souvent les Directions des Affaires Sanitaires et Sociales) et hôpitaux psychiatriques publics ou privés furent rendus possibles par un arrêté ministériel promulgué le 14 mars 1972 par le ministre de le Santé Robert BOULIN. Cet arrêté s'appuyait sur la loi du 31 juillet 1968[1647]. Il prévoyait dans son article 5 que « pour chacun des secteurs, une convention est passée entre l'Etat et l'hôpital appelé à apporter son concours à la mise en place et au fonctionnement de la sectorisation»[1648]. Ces conventions de secteur furent le fondement de toute l'organisation de la psychiatrie française[1649]. (**Section 1**)

La sectorisation psychiatrique disposait de ses textes juridiques fondateurs. Ces textes réglementaires lui étaient propres et leur domaine d'action relevait uniquement de la psychiatrie. A partir de 1972, le groupe de travail secteur de la Commission des maladies mentales est venu apporter son concours à l'élaboration des textes réglementaires dans le domaine de l'extension de la politique de sectorisation psychiatrique. C'est ce qu'affirmait Hubert MIGNOT à la réunion du 21 janvier 1972: «Le but de ce groupe de travail est de répondre aux demandes de l'administration concernant la politique de secteur en élaborant des textes, des rapports, des avis techniques qui essaieront de préciser ce domaine de la psychiatrie.[1650]».

1647 Loi n°68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier ; JORF du 1er août 1968
1648 Arrêté du 14 mars 1972 fixant les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies ; JORF du 21 avril 1972
1649 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.118
1650 Compte-rendu de la réunion du groupe de travail secteur du 21 janvier 1972, archives de la Direction Générale de la Santé, côte 19910084/28, Archives nationales

Entre 1968 et 1985, la sectorisation bénéficia directement et indirectement de l'appui fourni par d'autres dispositions législatives ne traitant pas directement de la psychiatrie. Parmi ces textes de loi qui influencèrent et aidèrent le développement de la psychiatrie de secteur, les plus décisifs s'avérèrent être les lois hospitalières du 31 juillet 1968 et du 31 décembre 1970 ainsi que la loi du 30 juin 1975 sur l'aide aux handicapés[1651]. (**Section 2**)

Section 1: La politique conventionnelle

A partir de 1972, les conventions entre collectivités territoriales (y compris les DDASS et les DRASS[1652]) et les hôpitaux psychiatriques publics ou privés constitueront le fondement de la politique de sectorisation psychiatrique. Ces conventions furent suggérées par un arrêté ministériel du 14 mars 1972 reposant sur une loi du 31 juillet 1968[1653]. Elles se répandirent sur l'ensemble du territoire car elles représentèrent une sécurité juridique pour l'ensemble des acteurs institutionnels de la psychiatrie française. Ce mouvement conventionnel était envisagé par le ministère de façon extensive puisque chaque secteur devait avoir signé une convention.

Ces conventions de secteur pouvaient revêtir des formes différentes. Selon Henriette SUBRA[1654], c'était le degré d'engagement de l'hôpital qui déterminait la nature de la convention[1655]. Cette question de la nature juridique des conventions a intéressé la doctrine puisqu'alors l'exercice de la pratique de secteur psychiatrique se réalisait en dehors d'un cadre juridique précis. L'apparition d'un cadre juridique, même conventionnel, relevait donc de la nouveauté (**Paragraphe 1**)

La signature de ces conventions de secteur ne se réalisa pas sans difficulté même si la circulaire du 14 mars 1972 demandait d'éviter toute rigidité organisationnelle et de

1651 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.85
1652 *Ibid.,* p.118
1653 Philippe MARIN, *Les activités extrahospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Université Bordeaux 1, 1989, p.241
1654 Directrice départementale de l'action sanitaire et sociale
1655 Henriette SUBRA, «Le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques» ; *Revue de Droit Sanitaire et Social* ; juillet/septembre 1974, n°39, p.473

prendre en considération les caractéristiques locales[1656]. En effet, il fallait déterminer localement la répartition des moyens et des effectifs au sein d'un système organisé de façon duale (hôpital psychiatrique pour les soins intra-hospitaliers et collectivités locales pour les activités prophylactiques[1657]). Pour illustrer la mise en place des conventions, l'exemple de l'Hôpital Sainte-Marie de Nice a été choisi car il a semblé symbolique de ce qu'a constitué une politique conventionnelle réussie (**Paragraphe 2**)

Paragraphe 1: Le cadre juridique des conventions de secteur

Les conventions de secteur passées entre les administrations sanitaires locales et les hôpitaux psychiatriques permirent de créer une plus grande cohérence organisationnelle et pratique de l'action thérapeutique en faveur des malades psychiques. Puis, elles permirent également une meilleure coordination des activités de soins déjà présentes sur le territoire du secteur concerné. Enfin, elles favorisèrent l'intégration des Centres Hospitaliers Spécialisés (créés par la loi du 31 décembre 1970) dans le système hospitalier général[1658].

Ces conventions de secteur devinrent donc des objets de droit et à ce titre elles devaient être scrupuleusement étudiées par la doctrine pour déterminer leur nature (**A**). Une fois l'analyse de la nature des conventions de secteur effectuée, il a paru indispensable d'appréhender les effets juridiques que ces dernières produisaient (**B**)

A/ La nature des conventions de secteur

Les conventions de secteur constituèrent donc le cadre juridique de la politique de sectorisation psychiatrique en France[1659]. Pour Philippe MARIN, les clauses exorbitantes

1656 Philippe MARIN, *Les activités extrahospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Université Bordeaux 1, 1989, p.243
1657 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.117
1658 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Éditions LEH, Bordeaux, 2019, p.145
1659 Pauline RHENTER, *De l'institutionnel au contractuel: psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003) ;* Université Lyon 2, 2004, p.142

du droit commun insérées dans ces conventions en révélaient le caractère de droit public[1660]. La nécessité et l'utilité des conventions de secteur furent indéniables.

Antérieurement à ce texte, l'exercice de la psychiatrie publique sectorisée était rendu difficile par l'absence de répartition précise des moyens humains et financiers mis au service de la lutte contre les maladies mentales. La possibilité offerte par les deux textes réglementaires (arrêté et circulaire du 14 mars 1972) clarifiait des situations parfois confuses puisque désormais un contrat prévoira que les deux organismes signataires devront garantir de concert le fonctionnement médical, humain et budgétaire du secteur concerné par ledit contrat.[1661](**a**)

Selon Philippe MARIN, la nature des conventions de secteur n'intéressa guère les juristes. Pourtant, les conséquences directes de la qualification juridique d'un contrat étaient importantes. En effet, la détermination du caractère public de la convention de secteur permettait d'établir la compétence du juge administratif[1662]. (**b**)

a) Les aspects positifs de la répartition de moyens

Dès ses origines, la sectorisation psychiatrique avait inclus, dans ses missions, la prophylaxie en santé mentale c'est-à-dire la prévention en matière psychiatrique. Pour Henriette SUBRA, cette mission a un coût et donc « […] les dépenses qu'elle entraine sont réparties entre l'Etat et le département intéressé. L'hôpital psychiatrique ou le Centre hospitalier […] sont donc de simples prestataires de services et ils ne sauraient dès lors, supporter des charges qui ne leur incombent pas.[1663]»

Les conventions de secteur étaient des partenariats départementaux souvent bipartites signés entre le département (représenté par le préfet) et la structure hospitalière

1660 Philippe MARIN, *Les activités extrahospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Université Bordeaux 1, 1989, p.246
1661 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.118
1662 Philippe MARIN, *Les activités extrahospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Université Bordeaux 1, 1989, p.247
1663 Henriette SUBRA, «Le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques» ; *Revue de Droit Sanitaire et Social* ; juillet/septembre 1974, n°39, p.473

dans laquelle se trouve le secteur psychiatrique[1664]. Ces accords signés entre les principaux acteurs locaux du soin en santé mentale furent été rendus possibles par l'arrêté du 14 mars 1972[1665] («reposant sur une loi du 31 juillet 1968[1666]») qui inclut dans le corps de son texte un modèle de convention de secteur («Un projet de conventions de secteur est annexé à l'arrêté du 14 mars 1972[1667]»).

Cet arrêté avait été longuement discuté par le groupe de travail sur le secteur de la Commission des maladies mentales (18 février 1972). Lors de cette discussion Madame C.LAURENCEAU, chef du Bureau de la psychiatrie au Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale, énonçait déjà la volonté ministérielle de publier des normes réglementaires pour encadrer les futures conventions de secteur c'est à dire mettre à la disposition des acteurs concernés un modèle de convention[1668].

Si le législateur imposa aux acteurs locaux de la psychiatrie un accord conventionnel par le truchement de l'arrêté du 14 mars 1972, il n'en restait pas moins pragmatique sur la réalité locale puisqu'une circulaire ministérielle datée du même jour que l'arrêté indiquait que «la mise en œuvre de la sectorisation ne doit pas aboutir à des organisations rigides et trop strictes, et qu'il convient de respecter les particularités locales.[1669]». Le législateur restait très prudent quant à la réalisation du secteur et notait dans la circulaire qu' «il semble en effet que le bon fonctionnement d'un organisme aussi complexe que le secteur nécessite un large consensus des participants.[1670]»

Ces conventions de secteur étaient la résultante du mode de gestion dual (hôpital/Etat-département) du secteur psychiatrique en France. Patrick MORDELET relève un risque majeur lié à ce mode de gestion : «la création de deux blocs fermés et antagonistes[1671]». Pour pallier à ce risque éventuel, l'auteur note que le mode de gestion

1664 Raoul SAUVAIRE, *Le malade mental et les pouvoirs publics* ; Éditions du Scarabée, 1978, p.75
1665 Arrêté du 14 mars 1972 relatif aux modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies ; JORF du 21 avril 1972
1666 Philippe MARIN, *Les activités extrahospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Université Bordeaux 1, 1989, p.241
1667 *Ibid.,* p.243
1668 Archives de la Direction Générale de la Santé. Commission des maladies mentales. Archives Nationales, site de Pierrefitte-sur-Seine
1669 Philippe MARIN, *Les activités extrahospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Université Bordeaux 1, 1989, p.243
1670 Circulaire du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies 2. Création du secteur
1671 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.118

adopté impose «l'intervention de multiples conventions pour permettre une coordination des activités et une cohérence du fonctionnement de l'ensemble.[1672]»

Deux types de conventions étaient possibles. La première fut rendue obligatoire par les textes réglementaires: c'est la convention bipartite signée entre le département (représenté par le préfet) et le centre hospitalier dans lequel se trouve le secteur. La seconde était éventuelle et pouvait venir compléter la précédente: c'était une convention pouvant être ratifiée par les institutions privées, les établissements sanitaires ou sociaux, l'hôpital public et l'Etat.[1673]

Henriette SUBRA proposait une classification des conventions de secteur légèrement différente de celle précédemment évoquée. Pour elle, la classification de ces contrats tenait compte essentiellement du degré d'engagement matériel et humain de l'institution hospitalière signataire. À ce titre, elle distinguait deux formules de conventions de secteur: «La formule la plus étendue consistera dans la prise en charge, par l'hôpital de la totalité du service du secteur.
La formule la plus modeste se ramènera à la mise à disposition du département,
des psychiatres chefs de service.[1674]»

Les conventions de secteur furent donc entérinées en vertu de l'application de l'arrêté du 14 mars 1972.[1675] Cet arrêté envisage que chaque secteur soit doté d'une convention puisque le législateur considère que chaque hôpital psychiatrique a le devoir d'«apporter son concours à la mise en place et au fonctionnement de la sectorisation.[1676]»

Le modèle de convention[1677] présenté par l'arrêté du 14 mars 1972 était indicatif quant à la forme de la convention devant être conclue. Toutefois, il suggérait fortement que fussent déterminés dans la convention finale les éléments suivants:

1672 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.118
1673 *Ibid*., p.118
1674 Henriette SUBRA, «Le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques» ; *Revue de Droit Sanitaire et Social* ; juillet/septembre 1974, n°39, p.473
1675 Jean-Simon CAYLA ; «Lutte contre les maladies mentales» ; *Revue de Droit Sanitaire et Social*, juillet/septembre 1972, n°31, p.294
1676 Arrêté du 14 mars 1972 relatif aux modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies ; JORF du 21 avril 1972
1677 Jean-Simon CAYLA ; «Lutte contre les maladies mentales» ; *Revue de Droit Sanitaire et Social*, Juillet/septembre 1972, n°31, p.294

- la définition du secteur concerné
- les moyens respectifs mis à disposition du médecin-chef de secteur
- la responsabilité du médecin-chef de secteur pour les activités hospitalières et extrahospitalières (« L'ensemble des dispositions introduites par la réglementation de 1972, prévoit l'attribution de la responsabilité technique de médecin chef de secteur au médecin chef de l'hôpital psychiatrique.»[1678])
- le recensement des effectifs des équipes pluridisciplinaires les dépenses que les deux parties signataires s'engagent à réaliser[1679]

Jean-Simon CAYLA notait que, selon l'arrêté du 14 mars 1972 contenant le modèle de convention de secteur, cette dernière, lorsqu'elle était signée «entre le département et l'hôpital dans lequel se trouve le service psychiatrique du secteur, met à la charge de l'hôpital le traitement (et ses accessoires) du médecin psychiatre, chef de secteur.[1680]»

Cet auteur complétait son argumentation relative aux conventions de secteur issues de l'arrêté du 14 mars 1972 en observant que l'apparente souplesse du texte réglementaire permettait que «les deux cosignataires pourront signer à leur tour des conventions avec d'autres établissements hospitaliers ou institutions privées situées dans le secteur.[1681]»

Il précisait néanmoins que ces signatures de conventions annexes à la convention originelle entre le département et l'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie n'auraient de sens que si elles étaient «utilisées pour faire entrer dans un service ordonné et cohérent les organismes privés à but non lucratif qui peuvent concourir à la lutte contre les maladies mentales ainsi que des médecins d'exercice libéral, des psychologues et des rééducateurs rémunérés à la vacation.[1682]»

1678 Philippe MARIN, *Les activités extra-hospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Université Bordeaux 1, 1989, p.243
1679 Jean-Simon CAYLA, «Lutte contre les maladies mentales» ; *Revue de Droit Sanitaire et Social* Juillet/septembre 1972, n°31, p.294
1680 Jean-Simon CAYLA, «Chroniques de droit sanitaire Santé publique Législation et administration» ; *Revue Trimestrielle de Droit Sanitaire et Social*, n°31, juillet/septembre 1972, p.295
1681 *Ibid*., p.295
1682 *Ibid.*, p.295

b) La nature juridique des contrats hospitaliers

La signature d'un contrat de répartition de fonctions dans le cadre d'une mission de service public (la lutte contre les maladies mentales) entre deux entités relevant du droit administratif pouvait ouvrir des questionnements légitimes sur la nature juridique du-dit contrat. En l'espèce, ces questionnements concernaient la nature juridique des conventions de secteur.

Philippe MARIN a examiné ce point de droit avec précision et conclut à l'appartenance des conventions de secteur au droit public. Il énonce sans équivoque que : « […] il est possible de mettre en évidence dans les conventions de secteur type, des clauses exorbitantes du droit commun, fondant ainsi le caractère du droit public de ces documents.[1683]»

Dans son analyse de la nature juridique des conventions de secteur, Philippe MARIN distingue trois éléments caractéristiques permettant de classer ces actes juridiques dans la branche du droit public. Ces trois éléments sont :

« - affirmation de la responsabilité médicale et technique du médecin chef de secteur, qui est un médecin ayant un statut réglementaire d'agent public

- définition du rôle prééminent du département dans la politique de sectorisation qui assure seul le financement de ces activités

- […] les deux signataires de ce document sont le Préfet représentant le département, et le Directeur de l'établissement psychiatrique, représentant légal de cet établissement public.[1684]»

Dans une jurisprudence constante depuis 1912 et l'arrêt Société des Granits Porphyroïdes des Vosges[1685], le juge administratif utilisait la présence de clauses exorbitantes du droit commun dans le contrat pour le qualifier d'administratif. Ce critère est devenu pour le juge administratif «le premier critère du contrat administratif»[1686]. A l'aune

1683 Philippe MARIN, *Les activités extra-hospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Université Bordeaux 1, 1989, p.246
1684 *Ibid*., p.246
1685 Arrêt du Conseil d'État du 31 juillet 1912 Société des Granits Porphyroïdes des Vosges (Recueil Lebon , 1912, p.909, Concl. Blum)
1686 Philippe MARIN, *Les activités extra-hospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Université Bordeaux 1, 1989, p.246

de cette définition jurisprudentielle, le caractère public des conventions de secteur peut être admis puisque celles-ci, signées entre deux personnes publiques, contiennent des clauses exorbitantes du droit commun[1687].

B/ Le relatif échec de la politique conventionnelle

A l'image de la carte sanitaire (loi du 31 décembre 1970) et des règlements départementaux, les conventions de secteur demeurèrent des «actes techniques portés au plan administratif: définition des besoins, répartition des équipements, distribution des responsabilités.[1688]» Michel AUDISIO relativisait l'importance accordée par les conventions de secteur aux aspects financiers voulus équitables entre les différentes parties à la convention. Pour cet auteur, «les articles financiers des conventions de secteur prévoient simplement les remboursements mutuels entre les divers intervenants ; mais chacun repart ensuite de son côté pour tenter de trouver des formules de prise en charge des frais qu'il engage.[1689]»

Le Docteur AUDISIO relevait également que l'inexistence de normes plus générales avait provoqué, quelques années après la promulgation du texte, «des disparités *c*onsidérables d'un département à l'autre.[1690]» L'analyse de cet auteur sur les inégalités départementales créées par les conventions de secteur aide à appréhender un invariant de la construction de la sectorisation psychiatrique en France: «la bonne volonté fatalement divergente d'interlocuteurs [...] différents[1691]». Ces interlocuteurs étaient souvent le conseil général, la Direction Départementale des Affaires Sociales, les Caisses Primaires d'Assurance Maladie et les directions des hôpitaux.

Cette opinion avait déjà été exprimée par Georges DAUMÉZON en 1975 lorsqu'il écrivait dans un ouvrage collectif consacré à l'histoire de la psychiatrie de secteur : «qu'est-ce qui se passe quand on fait des circulaires de ce genre [circulaire du 18 janvier

1687 Philippe MARIN, *Les activités extra-hospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Université Bordeaux 1, 1989, p.246
1688 Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur* ; Privat, Toulouse, 1980, p.108
1689 *Ibid*., p.108
1690 *Ibid.,* p.108
1691 *Ibid.,* p.108

1971, circulaire du 14 mars 1972 notamment] ? Il y a quelques départements qui essaient de les appliquer, et c'est pas si mal, mais l'écrasante majorité ne les applique pas.[1692]»

Peu de temps après sa promulgation, la circulaire du 14 mars 1972 fut critiquée, sur le plan juridique, par le groupe de travail secteur de la Commission des maladies mentales. Il était reproché à la circulaire de définir le secteur seulement sous son aspect géographique alors qu'il était censé disposer des moyens humains et matériels des cosignataires de la convention. Les membres du groupe de travail reprochaient l'absence d'une structure juridique conséquente pour répartir les moyens des cosignataires. Pour eux, cette circulaire bien intentionnée risquait de connaître un sort similaire à celui de celle du 15 mars 1960 c'est à dire de demeurer sans effet faute d'une définition précise des moyens nécessaires à sa réalisation[1693].

En 1989, dans sa thèse de doctorat, Philippe MARIN approuvait l'idée, communément répandue dans la doctrine médicale, que la mise en place de la politique conventionnelle en matière psychiatrique donnait des résultats inégaux selon les départements. Pour lui, la lenteur de l'application de toutes les dispositions de l'arrêté du 14 mars 1972 pouvait être vue comme une des raisons du relatif échec de la politique conventionnelle («La mise en œuvre de la politique conventionnelle dans le domaine de la sectorisation psychiatrique va mettre plusieurs années à se développer et on constatera d'importantes disparités entre départements[1694]»)

Madame LAURENCEAU[1695] confirmait l'inégale répartition de l'application de l'arrêté du 14 mars 1972. En effet, elle exposait comment son bureau et elle voulurent mesurer la portée de l'arrêté contenant le modèle de convention de secteur. « En juillet 1973, nous avons fait une enquête pour savoir où en était la sectorisation. […] la sectorisation a du mal à se mettre en route. Parfois, il n'y a pas encore d'arrêté départemental exigé par l'arrêté de 1972, ou bien cet arrêté n'est pas assorti des conventions indispensables réglant les échanges de services entre l'hôpital et le

1692 Georges DAUMÉZON ; L'Etat se met de la partie *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur ; Recherches* n°17, Mars 1975, p.239
1693 Compte-rendu de la réunion du groupe de travail secteur de la Commission des maladies mentales du 26 mai 1972, archives de la Direction Générale de la Santé, côte 19910084/28, Archives nationales
1694 Philippe MARIN ; *Les activités extra-hospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Bordeaux 1, 1989, p.248
1695 Chef de bureau MS1 des maladies mentales au ministère de la Santé

département.[1696] »

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 1977-1978 mit en exergue l'hétérogénéité et les complications nées de l'application de l'arrêté du 14 mars 1972 relatif essentiellement à la mise en œuvre de la politique de sectorisation. Ce rapport fut très important dans l'analyse du développement et de l'évolution des conventions de secteur. En effet, il intervint cinq ans après l'arrêté instituant ces contrats entre personnes publiques et son acuité et sa pertinence semblaient donc relever de son opportunité.

Il semble nécessaire de citer quelques lignes de ce rapport pour illustrer notre propos. « Selon une conception ne répondant qu'à un souci de logique, la démographie et la morbidité de chaque département auraient dû être prise en considération pour fixer le nombre des équipes de secteur nécessaires au quadrillage du territoire, et les moyens à leur attribuer. Faute de tenir compte des structures anciennes, cette vue ne pouvait s'imposer. Aussi les plans d'organisation ont-ils été compromis, et d'autant plus difficiles à réaliser qu'ils annonçaient une diminution de l'importance des hôpitaux […] avec une réduction du nombre des emplois offerts dans les communes dans lesquels ils étaient de longue date, en position de principal employeur […] on regrette que des secteurs soient restés démunis parce qu'aucun psychiatre chef ou faisant-fonction n'en a été chargé, ou parce que ceux qui en ont reçu la charge ne s'y sont pas tenus durablement [1697] ».

Malgré le relatif et explicable échec de la politique conventionnelle en matière de sectorisation psychiatrique («Un bilan élaboré au début des années 80 par le Bureau des Etudes et du Plan de la Direction Générale de la Santé et des Hôpitaux, faisait ressortir que sur un total théorique de 1200 secteurs ou inter-secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile, 911 étaient effectivement créés[1698]»), Philippe MARIN considérait qu'elle présentait de nombreux avantages sur le long terme.

En effet, il affirmait que : « Cette politique conventionnelle va constituer pendant près d'une vingtaine d'années, la base de l'organisation de la sectorisation en assurant

1696 Madame LAURENCEAU ; L'Etat se met de la partie *in* Histoire de la psychiatrie de secteur ; *Revue Recherches* n°17, Mars 1975, p.229
1697 Inspection Générale des Affaires Sociales ; Rapport annuel 1977-1978 Les Établissements sanitaires et sociaux, p.258
1698 Philippe MARIN ; Les activités extra-hospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion ; Université Bordeaux 1, 1989, p.250

une répartition des compétences et des responsabilités entre les différents intervenants. La force du dispositif retenu réside dans la souplesse qui est reconnue dans des modalités d'organisation, et dans l'utilisation des structures déjà existantes.[1699]»

De plus, Philippe MARIN, dont le travail de doctorat portait sur les activités extrahospitalières en psychiatrie, relevait le rôle essentiel joué par les conventions de secteur sur la pérennisation de ces activités. Pour cet auteur: «Le cadre juridique des activités extrahospitalières en psychiatrie est donc fixé par la mise en place de conventions de secteur.[1700]»

Les conventions de secteur issues de l'arrêté du 14 mars 1972 donc eurent un effet facilitateur sur le développement (à moyen et à long terme) des activités extrahospitalières en psychiatrie. En effet, avant la mise à disposition par le législateur de l'outil conventionnel, ces activités thérapeutiques ne reposaient sur aucun fondement juridique tangible. Désormais, «les textes relatifs au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales […] vont venir préciser les modes d'organisation possibles des activités extrahospitalières en psychiatrie, et définir sur le plan juridique, les relations conventionnelles entre les différents intervenants.[1701]»

Malgré un consensus quasi-général sur le bien-fondé de la circulaire et l'arrêté du 14 mars 1972 et la mise en place d'une politique conventionnelle pour renforcer et élargir la politique de sectorisation psychiatrique, certains membres du groupe de travail secteur de la Commission des maladies mentales notèrent une certaine ambivalence dans les directives ministérielles. En effet, ils remarquaient qu'il était paradoxal qu'un dispositif d'assistance visant à remettre en question l'hospitalo-centrisme traditionnel soit géré par l'hôpital[1702].

Afin de mettre fin à l'hospitalo-centrisme, les membres du groupe de travail secteur (Philippe PAUMELLE et Jean AYME notamment) proposèrent des solutions en fonction de la situation des services de soins psychiatriques.

1699 Philippe MARIN ; Les activités extra-hospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion ; Université Bordeaux 1, 1989, p.245
1700 *Ibid.,* p.245
1701 *Ibid*., p.241
1702 Compte-rendu de la réunion du groupe de travail secteur de la Commission des maladies mentales du 26 mai 1972, archives de la Direction Générale de la Santé, côte 19910084/28, Archives nationales, p.2

Dans le cas particulier de la création d'un secteur psychiatrique sans service hospitalier préexistant, la formule de l'Association de Santé Mentale du 13ème arrondissement de Paris (ASM 13) devrait être recommandée par la DDASS. En effet, le modèle associatif de l'ASM 13 était jugé plus fonctionnel et plus souple pour gérer et coordonner toutes les institutions d'un même secteur sans être lié à une institution. Toutefois, les membres du groupe de travail secteur notaient que ce modèle parisien était difficilement reproductible[1703].

Dans le cas général (hôpital psychiatrique et DDASS chargée de la prévention psychiatrique par les textes normatifs), il était envisagé de faire appel à la créativité institutionnelle et administrative en créant :

- un Comité de Coordination de Secteur par secteur de psychiatrie général et un autre par intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile
- une véritable unité de gestion administrative de secteur qui pourrait être:
- soit un établissement public dont les statuts prévoiraient une gestion commune par l'hôpital public, la DDASS, la Sécurité sociale, les structures privées du secteur et les usagers
- soit une nouvelle structure intermédiaire (Groupement d'Intérêt Social selon les services du Ministère de la Santé publique) entre l'établissement public et l'association à but non lucratif[1704]

L'unité de gestion administrative du secteur devait être conçue sur le modèle du fonctionnement technique souhaité par tous les théoriciens de la psychiatrie de secteur. Ce fonctionnement technique devait être souple pour répondre aux besoins variables de la population et être orienté sur la mise en commun de moyens existants. Il devait surtout permettre la création de moyens nouveaux et la disparition des moyens obsolètes[1705].

1703 . Compte-rendu de la réunion du groupe de travail secteur de la Commission des maladies mentales du 26 mai 1972, archives de la Direction Générale de la Santé, côte 19910084/28, Archives nationales, pp.3-4 ; Compte-rendu de la réunion du groupe de travail secteur de la Commission des maladies mentales du 2 juin 1972, Archives de la Direction Générale de la Santé, côte 19910084/28, Archives nationales, pp.2-3

1704 *Ibid*., pp.5-6

1705 Compte-rendu de la réunion du groupe de travail secteur de la Commission des maladies mentales du 26 mai 1972, archives de la Direction Générale de la Santé, côte 19910084/28, Archives nationales, pp.6-7

Paragraphe 2: L'exemple de l'Hôpital Sainte-Marie à Nice

La mise en place administrative du secteur psychiatrique devait, selon les arrêté et circulaire du 14 mars 1972, être assez souple pour pouvoir s'adapter aux réalités locales. Le cadre juridique choisi par le ministre était idoine puisque les modèles de convention de secteur laissaient la possibilité aux cocontractants de décider pour eux-mêmes ce qui allait les lier médicalement, financièrement et humainement. L'application de ces conventions a démontré la justesse du choix ministériel.

Afin d'illustrer concrètement l'efficacité des conventions de secteur, nous avons décidé d'exposer et d'analyser le cas de l'hôpital psychiatrique départemental des Alpes-Maritimes : l'Hôpital Sainte-Marie de Nice. Cet hôpital, fondé en 1862 par la Congrégation Sainte-Marie de l'Assomption, nous a semblé symbolique, de par son histoire institutionnelle, de l'évolution de la psychiatrie française jusqu'en 1972.

Le département des Alpes-Maritimes fut un des derniers départements créés puisque Nice et sa région ne devinrent françaises qu'après un référendum réalisé en 1860. De ce fait la région niçoise ne se trouvait pas être française au moment de la promulgation de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés et la ville ne possédait pas de lieu de soins pour les aliénés hérité de son administration précédente[1706].

Dans les années 1860, les autorités locales rencontrèrent les dirigeants de la congrégation des sœurs de Sainte-Marie de l'Assomption qui administrait déjà des asiles d'aliénés dans le centre de la France et ils décidèrent de bâtir un asile d'aliénés sur le territoire de la ville de Nice. Le département des Alpes-Maritimes et la congrégation religieuse signèrent des traités pour réglementer leurs rapports (matériels et financiers notamment). Le traité de 1877 réglementa ces rapports jusqu'en 1965. Le département devait contribuer au budget de l'asile sur le fondement du prix de journée.

A l'exception d'un contexte local particulier au moment de sa fondation, l'histoire de l'Hôpital Sainte-Marie entre 1860 et 1945 fut analogue à celle des autres asiles psychiatriques français. L'asile (puis l'hôpital psychiatrique à partir de 1937) du

1706 Jacques MAGHERINI, *Contribution à l'histoire de la psychiatrie dans la région niçoise* ; Faculté de médecine de Nice, 1980, pp.69-70

département des Alpes-Maritimes connut les mêmes problématiques que les autres établissements départementaux recevant des malades psychiques. (**A**)

Après la Seconde Guerre mondiale, l'Hôpital Sainte-Marie de Nice, comme tous les hôpitaux psychiatriques français, fut obligé de retrouver un fonctionnement pacifié c'est à dire ne plus vivre sous la menace d'une pénurie (de nourriture ou de combustible). La politique extrahospitalière de l'Hôpital avait commencé en 1941 avec l'ouverture d'un dispensaire d'hygiène mentale dans la ville de Nice (l'hôpital est très excentré) et s'est poursuivie jusqu'en 1974 avec la signature d'une convention bipartite (en vertu de l'application de l'arrêté et de la circulaire du 14 mars 1972) entre le département des Alpes-Maritimes (représenté par le préfet) et la Société Civile Sainte-Marie de l'Assomption[1707]. (**B**)

A/ Un asile français ordinaire (de 1860 à 1945)

Avant de porter son nom actuel de Centre Hospitalier Sainte-Marie, le grand hôpital psychiatrique des Alpes-Maritimes était connu des Niçois sous le nom de Saint-Pons[1708]. L'évolution de ce lieu protecteur des fous, des aliénés ou des insensés de la grande ville de la Côte d'Azur ne peut se résumer à ses nombreux changements de nom et son histoire fait apparaître un parallélisme évident avec l'évolution de l'organisation de la psychiatrie en France.

La loi du 30 juin 1838 sur les aliénés[1709], dès son titre premier alinéa un, imposait à chaque département français d'avoir sur son territoire un établissement dédié au traitement des aliénés ou de traiter avec l'asile d'un autre département («Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de

1707 Jacques MAGHERINI, *Contribution à l'histoire de la psychiatrie dans la région niçoise* ; Faculté de médecine de Nice, 1980, pp.186-191
1708 Antoine GANCIA ; « De Saint-Pons à Sainte-Marie » ; *Lou Sourgentin*, n°225, février 2017, pp.24-25
1709 Loi nº 7443 sur les aliénés du 30 juin 1838

ce département, soit d'un autre département.»[1710]).

Toutefois, la ville de Nice n'était pas française en 1838. Elle était une division administrative du Royaume de Sardaigne (*circondario de Nissa*[1711]). Elle ne deviendra française qu'en 1860 au moment de l'unité italienne[1712]. Au moment de son annexion à la France, Nice ne possédait aucun établissement permettant de recevoir des aliénés puisque sous la royauté sarde les aliénés de la région étaient internés dans les *manicomi* de Gênes[1713] ou de Turin[1714]. Ceux du département voisin du Var étaient relégués à Marseille ou dans le Vaucluse[1715]. Cette organisation était très insatisfaisante pour les nouvelles autorités françaises.

En 1860, année du rattachement de la ville de Nice à la France, le Père Jean-Marie BAL[1716], alors dirigeant des institutions Sainte-Marie (Privas, Clermont-Ferrand, La Cellette, Le Puy-En-Velay) rencontra Monseigneur SOLA[1717], évêque de Nice pour envisager l'ouverture d'un asile à Nice[1718].

Néanmoins, il fallait trouver une solution à la problématique posée par le traitement des aliénés des Alpes-Maritimes. Cette problématique fut provisoirement résolue par le Conseil général en 1861. En effet, ce dernier décida que: « [...] un traité a été passé, sur les indications de M. Le Ministre de l'intérieur lui-même, avec le directeur de l'asile départemental d'Avignon (Vaucluse).
Au terme de ce traité, les aliénés des Alpes-Maritimes seront reçus à Avignon, au nombre de 20 hommes et de 80 femmes, moyennant un prix de journée de 1 franc et 10 centimes pour chaque aliéné. Les frais de transport seront à la charge du département. [...] »[1719]

1710 Loi nº 7443 sur les aliénés du 30 juin 1838*.,* Titre 1er, article 1er
1711 Antoine GANCIA, « De Saint-Pons à Sainte-Marie » ; *Lou Sourgentin*, n°225, février 2017, p.24
1712 Gilles PECOUT, «Cavour, Napoléon III et le rattachement de Nice à la France» *in* Histoire et archéologie méditerranéennes sous Napoléon III. Actes du 21e colloque de la Villa Kérylos à Beaulieu-sur Mer les 8 et 9 octobre 2010. Paris, *Académie des Inscriptions et Belles-Lettres*, 2011, pp.14-21
1713 Jacques MAGHERINI, *Contribution à l'histoire de la psychiatrie dans la région niçoise* ; Faculté de médecine de Nice, 1980, p.69
1714 Antoine GANCIA, « De Saint-Pons à Sainte-Marie » ; *Lou Sourgentin*, n°225, février 2017, p.24
1715 Jacques MAGHERINI, *Contribution à l'histoire de la psychiatrie dans la région niçoise* ; Faculté de médecine de Nice, 1980, p.70
1716 Abbé Zéphirin GANDON, *Le Révérend Père Bal, Supérieur Général de la Congrégation Sainte-Marie de L'Assomption. Sa Vie. Ses œuvres. 1805-1889* ; Imprimerie du Patronage Saint Pierre, 1921
1717 Mgr Jean-Pierre SOLA sera évêque de Nice de 1857 à 1877
1718 Site internet de l'Association Hospitalière Sainte-Marie: http://www.ahsm.eu/etablissements_ahsm/06
1719 Compte-rendu des réunions du conseil général des Alpes-Maritimes de 1861

Ce n'est qu'en 1862 qu'une issue favorable fut trouvée pour pallier à l'absence d'asile d'aliénés dans les Alpes-Maritimes. La Congrégation Sainte-Marie de l'Assomption acheta un terrain privé (au lieu-dit la Bauma) pour y implanter le futur asile[1720]. Lors de cette même année 1862, les trois premières religieuses arrivèrent sur le terrain acheté par la Congrégation et nommèrent le lieu «asile Saint-Michel-la Beaume»[1721].

Très vite, les Niçois baptisèrent ce lieu « asile de Saint-Pons» en raison de sa proximité avec l'abbaye de Saint-Pons[1722]. Pendant longtemps, l'asile conservera cette appellation dans l'esprit des Niçois alors que son nom officiel sera celui de la congrégation religieuse qui le dirige c'est à dire Sainte-Marie de l'Assomption.

Le premier bâtiment de l'hôpital fut achevé en 1867[1723]. Puis, en 1875, l'hôpital subit un très grave incendie (peu de morts mais de lourds dégâts matériels) qui contraignit les dirigeants de l'hôpital à transférer certains patients vers d'autres établissements[1724]. Le bâtiment principal fut reconstruit en 1876[1725].

Dans les années 1880[1726], face au refus des dirigeants de l'hôpital Sainte-Marie d'effectuer les réformes de modernisation nécessaires, le Conseil Général des Alpes-Maritimes envisagea sérieusement la création d'un asile public départemental («Faute d'obtempérer à ces demandes [de réformes], le conseil général se verrait dans la nécessité de devancer l'heure où il se donnera un établissement départemental qui soit à la hauteur des besoins.»[1727]). Malgré de nombreuses tentatives (en 1882, 1899, 1900 et 1903), le département des Alpes-Maritimes ne posséda jamais son asile psychiatrique public[1728].

En 1931, l'asile Sainte-Marie de l'Assomption de Nice devançait, en nombre de

1720 Antoine GANCIA, «De Saint-Pons à Sainte-Marie» ; *Lou Sourgentin*, n°225, février 2017, p.24
1721 Site internet de l'Association Hospitalière Sainte-Marie: http://www.ahsm.eu/etablissements_ahsm/06
1722 Eglise abbatiale de Saint-Pons fondée au VIIIème siècle
1723 Antoine GANCIA, «De Saint-Pons à Sainte-Marie» ; *Lou Sourgentin*, n°225, février 2017, p.24
1724 *Ibid.,* p.24
1725 *Ibid*., p.24
1726 Jacques MAGHERINI, *Contribution à l'histoire de la psychiatrie dans la région niçoise* ; Faculté de médecine de Nice, 1980, pp.133-134
1727 *Ibid.,* p.133
1728 *Ibid*., pp.133-135

patients l'asile Saint-Jean de Dieu à Lyon[1729]. En juillet 1939, l'hôpital psychiatrique Sainte-Marie[1730] accueillait 1128 patients[1731]. A la veille de la Seconde Guerre mondiale, l'hôpital Sainte-Marie était un lieu de soins psychiques important et peu différent des autres lieux de soins psychiques existant sur le territoire français.

A l'instar des autres hôpitaux psychiatriques français, l'hôpital Sainte-Marie de Nice vit nombre de ses malades souffrir et mourir à cause des dures restrictions alimentaires imposées par l'Occupant.[1732] Toutefois, le nombre de patients décédés pendant la période de l'Occupation allemande fut, en proportion, moindre que dans la majorité des hôpitaux psychiatriques français durement affectés par les privations de nourriture («Malgré l'état sanitaire désastreux auquel elle est confrontée […], la Congrégation s'organise pour "amortir" les conséquences dramatiques des privations »[1733]) . Apparemment, les malades de l'hôpital semblaient dans un état de santé correct compte-tenu des difficiles conditions imposées par la période d'Occupation[1734].

D'après les rapports annuels de l'hôpital, la mortalité était, entre 1929 et 1939, en moyenne de 8,6%[1735] avec un pic de 10,4% (118 morts) en 1930/31[1736]. Ce fut à partir de l'année 1940 que la mortalité au sein de l'hôpital niçois connut une hausse importante (entre juillet 1939 et 1945, la moyenne est de 15,7%[1737]). Bien que le Docteur CARRERE (médecin-chef du service hommes) observait en 1942 que : «notre chiffre de décès a été moins élevé que dans la majorité des Hôpitaux Psychiatriques.»[1738], le nombre de décès

1729 Olivier BONNET, «Un réseau en action: les hôpitaux psychiatriques privés de la congrégation Sainte Marie de l'Assomption» *in* Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, *Morts d'inanition Famines et exclusions en France sous l'Occupation*, Presses Universitaires de Rennes, 2005, p.109-123
1730 Changement de dénomination par la voie de la circulaire du 13 octobre 1937 dite circulaire Rucart
1731 Olivier BONNET, «Un réseau en action: les hôpitaux psychiatriques privés de la congrégation Sainte Marie de l'Assomption» *in* Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, *Morts d'inanition Famines et exclusions en France sous l'Occupation*, Presses Universitaires de Rennes, 2005, p.109-123
1732*. Ibid*., p.109-123
1733 « Il était une fois... L'Association Hospitalière Sainte-Marie » ; *Le Journal de L'Association Hospitalière Sainte Marie*, numéro 9, mars 2019, p.7
1734 Olivier BONNET*,* «Un réseau en action: les hôpitaux psychiatriques privés de la congrégation Sainte Marie de l'Assomption» *in* Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, *Morts d'inanition. Famines et exclusions en France sous l'Occupation,* Presses Universitaires de Rennes, 2005, p.109-123
1735 *Ibid.,* p.109-123
1736 Rapport annuel de l'Hôpital Sainte-Marie de Nice de 1930/1931
1737 Olivier BONNET, « Un réseau en action: les hôpitaux psychiatriques privés de la congrégation Sainte Marie de l'Assomption » *in Morts d'inanition. Famines et exclusions en France sous l'Occupation* ; sous la direction d'Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN ; Presses Universitaires de Rennes, 2005, p.109-123
1738 Rapport annuel de l'Hôpital Sainte-Marie de Nice de 1942

par malnutrition restait très important (271 morts, 22,3% des patients[1739]).

Son confrère le Docteur BERTHON (médecin-chef du service femmes) notait, quant à lui que: « [...] les rations en pain sont encore particulièrement insuffisantes, il serait souhaitable qu'un effort soit tenté dans ce sens.»[1740] En effet, la région de Nice souffrait cruellement des rationnements alimentaires imposés par l'occupant. À ce titre, il semble important de noter que les personnels religieux des hôpitaux Sainte-Marie firent preuve d'une remarquable organisation pour venir en aide à l'hôpital niçois (« Il existait une très grande solidarité entre les cinq hôpitaux [...] En fonction de leurs informations, elles décidaient, organisaient avec leurs sœurs et passaient à l'action. [...] c'était efficace pour expédier des vivres à l'hôpital de Nice »[1741]).

A l'image des autres hôpitaux psychiatriques français et malgré les efforts des Sœurs de la Congrégation de Sainte-Marie de l'Assomption[1742], la faim, froid et les maladies affectèrent les effectifs de l'hôpital Sainte-Marie de Nice. En 1943, le Docteur CARRERE précisait dans son rapport intégré au rapport annuel général de l'hôpital que:
«le chiffre élevé de décès par cachexie carentielle [40] et tuberculose pulmonaire [12], révélateur de la carence alimentaire et surtout de la carence en corps gras.»[1743] En 1945, le Docteur BERTHON évoquait dans son rapport médical annuel les causes des décès des patients de l'hôpital et pointe deux causes essentielles: la sous-alimentation et le froid

« I°- Sous-alimentation :

[...]Les restrictions alimentaires furent particulièrement sévères à NICE, dans une région n'ayant aucune production agricole propre et entièrement tributaire d'un trafic ferroviaire réduit et souvent perturbé ; on assista à la suppression presque complète des apports azotés, viande, lait, œufs.

[…]

2°- Le froid :

Bien que bénéficiant d'un climat réputé ''doux'', il convient de ne pas oublier que le

1739 Olivier BONNET, « Un réseau en action: les hôpitaux psychiatriques privés de la congrégation Sainte Marie de l'Assomption »*in* sous la direction d'Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN ; *Morts d'inanition. Famines et exclusions en France sous l'Occupation* **;** Presses Universitaires de Rennes, 2005, p.109-123
1740 Rapport annuel de l'Hôpital Sainte-Marie de Nice de 1942
1741 Sœur Marie Danielle, Sœur Renée Marie, « L'exemple de la guerre 1939-1945 » ; *Le Journal de L'Association Hospitalière Sainte Marie*, numéro 9, mars 2019, p.22
1742 « Il était une fois... L'Association Hospitalière Sainte-Marie » ; *Le Journal de L'Association Hospitalière Sainte Marie*, numéro 9, mars 2019, p.7
1743 Rapport annuel de l'Hôpital Sainte-Marie de Nice de 1943

thermomètre descend souvent au-dessous de 0, au cours de l'hiver.

Les quantités de charbon allouées ont, au cours de ces dernières années, toujours été insuffisantes; des quartiers entiers n'ont pu être chauffés, le combustible étant surtout réservé pour les infirmeries et les besoins de la cuisine.[1744]»

B/ La mise en place de la sectorisation psychiatrique et de la convention de secteur

Depuis la circulaire du 13 octobre 1937 (dite Rucart)1745, les hôpitaux psychiatriques français, en concertation avec les Conseils généraux, étaient invités à se doter d'un dispensaire d'hygiène mentale chargés de prodiguer des soins aux aliénés à l'extérieur de l'institution hospitalière. L'application de ce texte réglementaire fût ralentie par la guerre et l'Occupation allemande mais certains départements réussirent à organiser ce service de prophylaxie en psychiatrie. Ce fut le cas des Alpes-Maritimes avec l'Hôpital Sainte-Marie de Nice.

En effet, en 1941, pendant l'Occupation, l'hôpital mit en place, à Nice, une consultation hebdomadaire d'hygiène mentale. Cette consultation a pu être créée grâce au soutien de la Croix-Rouge qui mit à la disposition de l'hôpital un local *intra-muros1746.* Dans son rapport médical, le Docteur BERTHON se réjouit de la mise en place de ce service offert à la population : « C'est une œuvre utile […] susceptible de rendre de très grands services tant en Médecine préventive de la Spécialité, que par la façon dont elle permet de suivre et de recevoir périodiquement les anciens malades. »*[1747]*

La politique extrahospitalière de l'Hôpital Sainte-Marie débuta donc précocement en comparaison de nombre d'hôpitaux psychiatriques français. L'apparition des neuroleptiques permit de favoriser le développement de l'extrahospitalier psychiatrique de l'Hôpital Sainte-Marie (« Grâce aux thérapeutiques neuroleptiques modernes, un assez grand nombre de malades considérés comme chroniques […] peuvent, non pas guérir

1744 Rapport annuel de l'Hôpital Sainte-Marie de Nice de 1945
1745 Circulaire du 13 Octobre 1937 relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental
1746 Rapport annuel de l'hôpital Sainte-Marie de Nice de 1941/42
1747 *Ibid.,*

définitivement, mais du moins être suffisamment améliorés, pour mener une vie à peu près normale à l'extérieur, à condition de continuer leur traitement.»[1748]).

La politique de développement des dispensaires d'hygiène mentale se poursuivit pour mener à bien l'objectif de suivi des patients vivant à l'extérieur de l'hôpital («Il leur faut donc une surveillance médicale suivie qu'avec l'aide […] de dispensaires de consultations gratuites»[1749])

En 1961, le rapport annuel faisait apparaître pour la première fois la notion de sectorisation psychiatrique en évoquant les difficultés causées par sa mise en place : « La Sectorisation prévue pourra effectivement être envisagée d'une façon plus concrète et son organisation partiellement réalisée. Certes les difficultés de réalisation n'en seront pas pour autant résolues : […] »[1750] Les rapports annuels suivants (1962, 1963,1964) montrent la poursuite du développement du secteur extrahospitalier par l'intermédiaire de la sectorisation psychiatrique. Toutefois, le rapport annuel de 1964 la qualifiait «d'incomplète»[1751]

Ce fut en 1965 qu'intervint un changement majeur dans la volonté d'application de la sectorisation psychiatrique à l'Hôpital Sainte-Marie de Nice. En effet, le rapport annuel de cette année mentionnait l'entrée en vigueur de la sectorisation psychiatrique («Ainsi, par suite de la sectorisation entrée en vigueur au 1er octobre 1965 […] [1752]»).

C'est encore en 1965 que le prix de journée très bas versé par le conseil général ajouté à un nombre croissant de malades conduisit les dirigeants de l'Hôpital Sainte-Marie à dénoncer l'accord de 1877 qui régissait ses relations avec le département.[1753] Cette dénonciation plaçait le département des Alpes-Maritimes dans l'illégalité vis-à-vis de la loi du 30 juin 1838[1754].

De plus, l'examen des rapports des années 1966-1972 montre la poursuite continue

1748 Rapport annuel de l'hôpital Sainte-Marie de Nice de 1957
1749 Rapport annuel de l'hôpital Sainte-Marie de Nice de 1957
1750 Rapport annuel de l'Hôpital Sainte-Marie de Nice de 1961
1751 Rapport annuel de l'Hôpital Sainte-Marie de Nice de 1964, pp.61-62
1752 Rapport annuel de l'Hôpital Sainte-Marie de Nice de 1965, p.61
1753 Jacques MAGHERINI, *Contribution à l'histoire de la psychiatrie dans la région niçoise* ; Faculté de médecine de Nice, 1980, p.141
1754 *Ibid*., p.141

de la politique de sectorisation psychiatrique par les dirigeants administratifs et les médecins-chefs de l'hôpital. Cette dernière était désormais mentionnée à chaque rapport annuel et fait l'objet d'une analyse circonstanciée par chaque médecins-chef. En 1971, le rapport médical commun fait état de « sectorisation actuelle» et de «sectorisation future»[1755].

L'année 1972 marqua, en France, un tournant majeur de la politique de sectorisation psychiatrique puisque la circulaire du 14 mars 19721756 impose aux hôpitaux son «démarrage effectif»1757. L'arrêté du 14 mars 1972 proposait, dans son article 5, la passation de conventions entre l'Etat et l'hôpital psychiatrique chargé de l'application de la politique sectorielle («pour chacun des secteurs, une convention est passée entre l'Etat et l'hôpital appelé à apporter son concours à la mise en place et au fonctionnement de la sectorisation.1758»). L'Hôpital Sainte-Marie de Nice fut évidemment concerné par ce nouvel acte normatif de portée nationale.

Toutefois, il fallut attendre 1974, soit neuf ans après la dénonciation de l'accord de 1877 pour que l'Hôpital Sainte-Marie de Nice réintégrât le cadre de la politique sectorielle publique des Alpes-Maritimes[1759]. Cette réintégration se fit donc dans le cadre d'une convention de secteur prévue par l'arrêté du 14 mars 1972. La dénonciation de l'accord ne signifiait pas que l'hôpital avait arrêté l'évolution de l'organisation sectorielle dans son territoire de soins. L'examen des rapports annuels de cette période montre que les dirigeants et les médecins-chefs de l'hôpital continuaient à développer la sectorisation psychiatrique dans la zone territoriale de celui-ci[1760].

La convention de secteur entre l'Etat (représenté par le préfet Pierre LAMBERTIN) et l'Hôpital Sainte-Marie de l'Assomption de Nice fut signée le 15 novembre 1974 à Nice. La signature de cette convention bipartite était demandée depuis de nombreuses années par le corps médical de l'hôpital (« La nécessité de la reprise du dialogue entre l'hôpital psychiatrique et le département nous paraît évidente. […] Ce vide contractuel nous paraît

1755 Rapport annuel de l'Hôpital Sainte-Marie de Nice de 1971, pp.132-133
1756 Circulaire n°431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales
1757 Patrick MORDELET, *La santé mentale organisation et gestion* ; Manuels B.-L Santé Berger-Levrault, Paris, 1987, p.117
1758 Arrêté du 14 mars 1972 Modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies
1759 *Ibid*.,
1760 Rapports annuels de l'Hôpital Sainte-Marie de Nice de 1967,1969, 1970, 1971, 1972 et 1973

particulièrement grave […] »[1761]).

Cette convention de secteur comportait treize articles[1762] alors que le modèle ministériel (simplement indicatif) n'en comportait que neuf[1763]. Il est à préciser que cet accord bipartite entre le département des Alpes-Maritimes et l'Hôpital Sainte-Marie de l'Assomption de Nice intervint précisément une semaine après la parution d'un arrêté préfectoral relatif aux maladies mentales[1764].

Un arrêté préfectoral est une décision administrative unilatérale (générale et réglementaire ou individuelle) prise par le préfet de département ou de région. Une fois publié, il est exécutoire[1765]. Celui du préfet des Alpes-Maritimes du 8 novembre 1974[1766] prit donc effet à cette date. A l'intérieur de cet arrêté, la sectorisation psychiatrique était mentionnée dans huit articles sur treize. L'article 4 de l'arrêté était explicite quant à la volonté administrative d'imposer l'organisation sectorielle sur le territoire du département des Alpes-Maritimes :

« Il est prévu pour le département des Alpes-Maritimes:
- d'une part, un plan de sectorisation de psychiatrie générale,
- d'autre part un plan de sectorisation psychiatrique infanto-juvénile.[1767] »

Les autres articles de l'arrêté traitant de la sectorisation psychiatrique précisaient l'organisation géo-démographique de cette politique sur le territoire des Alpes-Maritimes (articles 5 pour la psychiatrie générale et 6 et 8 pour la psychiatrie infanto-juvénile) et médicale (article 7 relatif aux médecins responsables des secteurs)[1768].

Il semble important de noter que l'arrêté mentionnait dans son article 5 que la

1761 Rapport annuel de l'Hôpital Sainte-Marie de Nice de 1967, p.34
1762 Convention de secteur du 15 novembre 1974 entre l'Etat et l'Hôpital Sainte-Marie de l'Assomption de Nice *in* Jacques MAGHERINI, *Contribution à l'histoire de la psychiatrie dans la région niçoise* ; Faculté de médecine de Nice, 1980, annexe X, pp.186-191
1763 Arrêté ministériel du 14 mars 1972 Modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies
1764 Arrêté du 8 novembre 1974 portant règlement de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies signé par M. Pierre LAMBERTIN, préfet des Alpes-Maritimes
1765 Catherine PUIGELIER, *Dictionnaire juridique* ; Larcier, Collection Paradigme, Paris, août 2015, p.88
1766 Arrêté du 8 novembre 1974 portant règlement de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies signé par M. Pierre LAMBERTIN, préfet des Alpes-Maritimes
1767 *Ibid.,*
1768 *Ibid.,* pp.2-3

division du département des Alpes-Maritimes s'effectuait « suivant le plan d'organisation départementale déterminant le nombre de secteurs, approuvé par le Conseil Général, le 10 janvier 1973, après avis favorable de la Commission Ministérielle compétente dans sa séance du 22 novembre 1971 […] [1769] ».

L'arrêté prévoyait également, dans son article 9, en vertu de l'arrêté du 14 mars 1972[1770,] la passation de conventions de secteur «entre le département et l'hôpital responsable de la mise en place et du fonctionnement du ou des secteurs dont il aura la charge.[1771]»

La convention de secteur entre le département des Alpes-Maritimes et l'Hôpital Sainte-Marie de l'Assomption de Nice était la suite logique de l'arrêté précédemment évoqué. Son premier article définissait les rôles de chacun des signataires en établissant leurs prérogatives et missions respectives :

«Le département des Alpes-Maritimes est chargé de la lutte contre les Maladies Mentales, l'Alcoolisme et les Toxicomanies, pour l'ensemble des secteurs de psychiatrie générale.

L'Hôpital Sainte-Marie de l'Assomption s'engage à participer à l'exécution du service public, dans le domaine de la lutte et de la prévention contre ces maladies.
[…] »[1772].

Dans un second article, cette convention bipartite précise clairement le rôle joué par la sectorisation psychiatrique dans la politique de lutte contre les fléaux sociaux mentionnés à l'article premier:

« Une convention particulière, conclue dans le cadre du Règlement Départemental de lutte contre les Maladies Mentales, l'Alcoolisme et les Toxicomanies, déterminera les

1769 Arrêté du 8 novembre 1974 portant règlement de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies signé par M. Pierre LAMBERTIN, préfet des Alpes-Maritimes, p.2
1770 Arrêté ministériel du 14 mars 1972 Modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies
1771 Arrêté du 8 novembre 1974 portant règlement de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies signé par M. Pierre LAMBERTIN, préfet des Alpes-Maritimes, p.4
1772 Convention de secteur du 15 novembre 1974 entre l'Etat et l'Hôpital Sainte-Marie de l'Assomption de Nice *in* Jacques MAGHERINI, *Contribution à l'histoire de la psychiatrie dans la région niçoise* ; Faculté de médecine de Nice, 1980, annexe X, p.187

secteurs de psychiatrie générale (adultes) devant être pris en charge par l'Hôpital Sainte-Marie de l'Assomption qui constitueront la zone géographique et démographique de l'établissement. »

L'analyse de cet article 2 de la convention de secteur passée entre le département des Alpes-Maritimes et l'Hôpital Sainte-Marie de Nice est essentiel quant à la compréhension de ce que fut pratiquement l'extension de la sectorisation psychiatrique à l'ensemble des départements français concernés par la loi du 30 juin 1838. L'exemple de l'Hôpital Sainte-Marie de Nice et des Alpes-Maritimes semble révélateur à plus d'un titre.

D'abord, il illustre les difficultés initiales rencontrées par la mise en place de la sectorisation psychiatrique depuis la promulgation de la circulaire du 15 mars 1960 (réticences médicales, blocages administratifs, incompréhension entre les autorités déconcentrées et décentralisées et les services de soins psychiatriques notamment).

Puis il démontre le besoin impérieux qu'ont les départements (autorités décentralisées chargées de la lutte contre les maladies mentales) de travailler harmonieusement avec les structures hospitalières de soins psychiatriques. Néanmoins, il convient de préciser que ces structures sont également mues par la nécessité d'une entente loyale avec les autorités administratives détentrices du pouvoir de tutelle en matière de soins psychiques.

Enfin, cet exemple local montre combien il est important de formaliser juridiquement les relations bilatérales concernant la lutte contre les maladies psychiques. Les différents acteurs de la sectorisation psychiatrique, moteur de la lutte contre les maladies sont rassemblés conventionnellement avec un objectif commun. Les deux premiers articles de la convention département des Alpes-Maritimes-Hôpital Sainte-Marie de Nice confirment cette obligation de travail en commun.

Sans cette formalisation conventionnelle, la politique de sectorisation aurait continué à végéter et à ne rester ce que Georges DAUMÉZON qualifiait d' «espérance eschatologique, sans aucune efficacité».[1773] c'est à dire une volonté sans conséquence

1773 Georges DAUMÉZON, «L'Etat se met de la partie» *in Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.239

pratique.

Section 2: L'importance des textes législatifs sanitaires non spécifiques à la psychiatrie

«Les lois du 31 juillet 1968 et du 31 décembre 1970 qui intègrent l'hôpital psychiatrique dans le droit commun de l'hospitalisation.[1774]»
Jean-Marie CLÉMENT

Depuis son origine en 1937 et les deux circulaires promulguées par Marc RUCART, la psychiatrie de secteur s'était construite juridiquement autour de normes réglementaires qui lui étaient propres. La norme fondatrice de la sectorisation psychiatrique française était une circulaire datée du 15 mars 1960. Suite à cette circulaire, les administrations ministérielles successives édictèrent une série de normes réglementaires dont les plus notables en matière d'organisation psychiatrique restaient celles concernant la lutte contre les maladies mentales (la circulaire du 18 janvier 1971[1775], les circulaire et arrêté du 14 mars 1972 et la circulaire du 9 mai 1974). Jusqu'en 1985 et aux deux lois concernant la sectorisation psychiatrique, l'organisation juridique de la psychiatrie française reposa sur une seule loi, celle du 30 juin 1838.

Toutefois, l'absence de promulgation de texte législatif propre à la psychiatrie n'empêcha pas le législateur français d'intervenir directement ou indirectement dans son organisation. Cette intervention dans le domaine de la psychiatrie se fit soit par l'intermédiaire d'un cavalier législatif soit par l'implicite. Le cas du cavalier législatif se produisit en 1968 avec la loi du 31 juillet puisque ce texte portant Diverses Dispositions d'Ordre Economique et Financier contenait seulement un article concernant la psychiatrie, l'article 25 (**Paragraphe 1**). Puis une loi hospitalière votée en décembre 1970 vint confirmer l'incorporation de la psychiatrie dans le droit commun hospitalier français[1776] (**Paragraphe 2**). Enfin, une troisième loi vint influer sur la mise en place de la

1774 Jean-Marie CLÉMENT, *Mémento de droit hospitalier* ; Berger Levrault, 13ème édition, Paris, 2008
1775 Circulaire n°148 du 18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et à l'élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie
1776 Patrick MORDELET, *La santé mentale organisation et gestion* ; Manuels B.-L Santé Berger-Levrault, Paris, 1987, p.86

sectorisation psychiatrique en France. Ce fut la loi d'orientation du 30 juin 1975 sur l'aide aux handicapés. Ce texte apparemment novateur et progressiste suscita une forte animosité chez un grand nombre de psychiatres qui considéraient que le texte méconnaissait gravement les apports de la psychiatrie dans des pathologies ayant nécessairement des répercussions psychologiques[1777]. (Paragraphe **3**)

Paragraphe 1: La loi « fourre-tout » du 31 juillet 1968

La loi du 31 juillet 1968[1778] portant diverses dispositions d'ordre économique et financier constituait ce que certains membres de la doctrine dont Jean IMBERT nomment « une loi fourre-tout [1779]». Cette loi comportait six titres regroupant trente et un articles. Les thèmes abordés par la loi étaient très divers : d'ordre économique, social, fiscal, douanier. La loi traitait également de dispositions relatives aux départements et territoires d'outre-mer et aux personnels de l'Etat.

Cette loi n'était pas propre à la psychiatrie. C'était une loi DDOEF (portant Diverses Dispositions d'Ordre Economique et Financier) qui comportait un seul article relatif à la psychiatrie. Toutefois, cet article (article 25) fut fondamental pour l'organisation de la psychiatrie française et pour les professions médicales en rapport avec l'exercice de la psychiatrie puisqu'il «a défini les grandes lignes du nouveau statut des Etablissements psychiatriques publics.[1780]». Cet article a pu être inséré dans cette loi sous « la pression exercée par les psychiatres sur le pouvoir politique[1781]», «sous la pression du mouvement désaliéniste[1782]».

1777 Jean DEMAY *in* Syndicat des psychiatres des hôpitaux. Résolution du 10 novembre 1978 sur l'application de la loi du 30 juin 1975 sur les handicapés ; *L'Information Psychiatrique*, Vol. 55, n°5, mai 1979, pp.625-634
1778 Loi n°68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier ; JORF du 1er août 1968
1779 Jean IMBERT, *L'hôpital français* ; Presses Universitaires de France, 1ère édition, Paris, 1972, p.25
1780 Raoul SAUVAIRE, *Le malade mental et les pouvoirs publics* ; Éditions du Scarabée, 1978, p.64
1781 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.165
1782 Une psychiatrie différente dites-vous ; Collectif communiste de travail et de publication en psychiatrie. Études ; Nouvelle critique n°63, Éditions de la Nouvelle critique, 1973, p.20

L'influence du mouvement désaliéniste restait importante au sein de la sphère politique. Georges DAUMÉZON (premier secrétaire du syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques)[1783] et Lucien BONNAFÉ faisaient partie de commissions administratives relatives aux maladies mentales dès la Libération. C'est dans ces institutions que la parole et la praxis désaliénistes purent s'exprimer et marquer les hauts fonctionnaires et les hommes politiques. Le désaliénisme marqua durablement la sphère politico-administrative et affirmer que «cette loi a été votée sous la pression […] désaliéniste[1784]» ne semble pas relever de l'interprétation voire de l'exagération.

L'analyse du changement de statut des hôpitaux psychiatriques opéré par la loi du 31 juillet 1968 impose obligatoirement un retour sur le mode de fonctionnement antérieur à la promulgation de cette loi. Dans une publication datée de 1974, Henriette SUBRA livrait un aperçu précis de ce qu'était la situation avant la loi du 31 juillet 1968 :
«Antérieurement à l'intervention de […] la loi du 31 juillet 1968, les hôpitaux publics fonctionnaient soit comme services non personnalisés d'un département soit comme hôpitaux psychiatriques autonomes. […]
Bien que ne bénéficiant pas de la personnalité morale, ces établissements jouissaient de l'autonomie financière.
Leur fonctionnement se caractérisait par les dispositions suivantes:
- la loi du 30 juin 1838 prévoyait qu'ils étaient placés "sous la direction de l'autorité publique "
- ils étaient administrés par une Commission de surveillance dans les Hôpitaux psychiatriques départementaux et par une Commission administrative dans le cas des établissements autonomes, l'établissement national étant, lui, doté d'une commission consultative. Les pouvoirs de ces diverses commissions étaient relativement peu étendus
- l'arrêté préfectoral portant fixation des prix de journée des établissements départementaux, en application de l'article L.353-1 du Code de la santé publique ne "pouvait entrer en application qu'après avoir été approuvé par le ministre de la Santé publique.[1785]»

Ces dispositions organisationnelles furent modifiées. Dans un premier temps,

1783 Lucien BONNAFÉ, «Médecine sociale et psychiatrie» *in Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.239
1784 Marcel JAEGER ; *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.165
1785 Henriette SUBRA, «Le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques» ; *Revue de Droit Sanitaire et Social* ; juillet/septembre 1974, n°39, p.450

comme le notait Jean-Louis DESCHAMPS, par la loi du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier («La loi du 31 juillet 1968 a fait évoluer les choses.[1786]») puis, dans un second temps, par la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.[1787]

A l'intérieur de cette loi comportant 31 articles, seul un article (l'article 25) concernait la psychiatrie. Cela semble peu au vu du rôle important joué par la profession psychiatrique lors des événements de mai 1968. Toutefois, les psychiatres obtinrent satisfaction puisque cet article institua «les hôpitaux psychiatriques en établissements autonomes de leur collectivité territoriale de rattachement (le département).[1788]»

L'article 25 de la loi n°68-690 du 31 juillet 1968 est rarement évoqué dans l'histoire de la construction de la sectorisation psychiatrique en France. Pourtant, son rôle n'est pas négligeable à au moins quatre titres:

1) Il met fin au statut particulier des hôpitaux psychiatriques qui sont désormais administrés comme les autres établissements hospitaliers («La loi du 31 juillet 1968 en son article 25, intègre les hôpitaux psychiatriques dans le système hospitalier général.») . L'article 25 fait référence au Code de la Santé publique pour établir une assimilation des hôpitaux psychiatriques aux autres hôpitaux («Les hôpitaux psychiatriques, les sanatoriums et préventoriums publics constituent des établissements publics départementaux auxquels sont applicables les dispositions des articles L.679 à L.685.[1789]») L'article met dont fin à un régime d'exception des hôpitaux psychiatriques. Ce régime d'exception datait de 1839 et d'une ordonnance du 18 décembre[1790]. Patrick MORDELET rappelle que grâce à ce texte de loi les hôpitaux psychiatriques obtiennent «la personnalité morale et l'autonomie financière.[1791]». Ils accèdent «au statut

1786 Jean-Louis DESCHAMPS, *1838-1990: immobilisme ou mutation du droit. Origines et fond premier de la législation française en matière de psychiatrie publique* ; Grenoble 1, 1991, p.80
1787 Henriette SUBRA, «Le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques» ; *Revue de Droit Sanitaire et Socia*l juillet/septembre 1974, n°39, p.450
1788 Jean-Marie CLÉMENT, *Histoire des réformes hospitalières sous la Vème République* ; Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2010, p.177
1789 Loi n°68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier, article 25 ; JORF du 1er août 1968
1790 Ordonnance du 18 décembre 1839 portant règlement sur les établissements publics et privés consacrés aux aliénés
1791 Patrick MORDELET, *La santé mentale Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.85

d'établissement public[1792]». Georges DAUMÉZON pensait, quant à lui, que cette loi marquerait la suppression des hôpitaux psychiatriques[1793]. Pour Marcel JAEGER, le promoteur de la psychothérapie institutionnelle était peut-être un peu trop optimiste mais il remarque que l'étape de la fin du régime exceptionnel des hôpitaux psychiatriques «marque déjà un pas vers leur médicalisation effective.[1794]»

2) Il confirme les psychiatres praticiens du secteur dans leurs activités antérieures en affirmant que ces derniers doivent poursuivre leurs actions «dans les dispensaires d'hygiène mentale des services départementaux d'hygiène sociale, le dépistage et la prophylaxie des maladies mentales et des déficiences mentales et de l'alcoolisme ainsi que de la postcure.[1795]» A peu de choses près, ce sont les mots de la circulaire fondatrice du 15 mars 1960.

3) Il renforce également le statut des personnels médicaux des hôpitaux psychiatriques puisque ces derniers voient le droit administratif commun s'appliquer à leurs professions. Le psychiatre des hôpitaux devient, après la promulgation du décret du 3 avril 1970[1796] pris en application de la loi du 31 juillet 1968, «un médecin à temps plein des hôpitaux publics, au même titre que ses confrères des hôpitaux généraux.[1797]». En 1970, un autre décret va préciser «le statut des praticiens, anciennement médecins des hôpitaux psychiatriques, qui deviennent psychiatres des hôpitaux et doivent répondre aux critères de la qualification en psychiatrie.[1798]». Le Docteur Georges DAUMÉZON était extrêmement critique et virulent concernant le rôle de cette mesure d'uniformisation des statuts des médecins hospitaliers. Pour lui, en 1968 c'est à dire avec l'article 25 de la loi du 31 juillet, « on nous a donné un os à ronger.[1799]»

1792 Prévention et soins des maladies mentales. Bilan et perspectives ; Rapport présenté au nom du Conseil Economique et social par M. Pierre JOLY, rapporteur ; Séance des 1er et 2 juillet 1997, p.40

1793 Georges DAUMÉZON, «Conjoncture de la naissance de la psychiatrie de secteur en France» *Annales médico-psychologiques*, 135, 2, numéro 1, p. 80-87, 1977

1794 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.164

1795 Loi n°68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier, article 25; JORF du 1er août 1968

1796 Décret n°70-313 du 3 avril 1970 relatif aux conditions dans lesquelles certains personnels en fonction dans les établissements hospitaliers visés à l'art.25 de la loi du 31 juillet 1 qui avaient le1er août 1968 la qualité de fonctionnaire de l'Etat ou de la ville de Paris pourront opter soit pour leur intégration dans les cadres régis par le livre IX du Code de la Santé publique, soit pour le maintien de leur situation juridique antérieure

1797 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.86

1798 Thierry ALBERNHE, Yves TYRODE, *Législation en santé mentale*, Tome II ; Éditions Duphar-Upjohn, 1993

1799 Georges DAUMÉZON, «L'Etat se met de la partie» *in Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.241

Il surenchérit en expliquant pourquoi cette mesure apparemment égalitaire masquait des objectifs plus inavouables: « Il y avait avant 1968 une demande syndicale ancienne, qui était l'équivalence de rémunération des psychiatres avec celle des médecins des hôpitaux de deuxième catégorie. Comme à cette époque-là, il y avait aussi la revendication du secteur, c'est-à-dire deux demandes très diverses, on a lié les deux en disant : vous aurez le traitement des médecins des hôpitaux de deuxième catégorie à condition que vous fassiez le secteur...[1800] »

4) Cet article de loi établit « la primauté de la prévention des maladies mentales sur les autres actions de santé mentale, en précisant que les établissements psychiatriques sont chargés d'assurer la coordination des actions de prévention : de traitement et de post-cure.[1801] »

Par l'intermédiaire d'un seul article (dans une loi qui en comportait trente et un), le législateur français permit une évolution majeure dans l'organisation et la nature juridiques des hôpitaux psychiatriques. En effet, la loi du 31 juillet 1968 confirma «la véritable dimension hospitalière de ces établissements départementaux[1802]». Cette loi convertit les hôpitaux psychiatriques en «établissements publics autonomes[1803]».

Suite à la modification du statut des hôpitaux psychiatriques opérée par l'article 25 de la loi du 31 juillet 1968, le ministre d'État chargé des Affaires sociales (M. Maurice SCHUMANN) décida que cette modification devait être évaluée et précisée. Cette mise au point ministérielle fut faite par le biais de la circulaire n°8 du 16 janvier 1969 relative au traitement des malades mentaux[1804].

Par l'intermédiaire de cette circulaire, l'objectif principal du ministère restait le développement de la pratique sectorielle et son absence localement semblait navrer le ministre qui regrettait «la quasi-inexistence, dans certains départements, de structures de prévention, de post-cure et de traitement sans hospitalisation.[1805]»

1800 Georges DAUMÉZON, «L'Etat se met de la partie» *in Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.241

1801 Jean-Louis DESCHAMPS, *1838-1990: immobilisme ou mutation du droit. Origines et fond premier de la législation française en matière de psychiatrie publique* ; Grenoble 1, 1991, p.99

1802 *Ibid*., p.99

1803 Marie-Pierre CHAMPENOIS-MARMIER, Jean SANSOT, *Droit, folie, liberté* ; Presses Universitaires de France, 1983

1804 Jean-Simon CAYLA ; «Organisation des soins pour les malades mentaux» ; *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 1969, p.41

1805 Circulaire n°8 du 16 janvier 1969 relative au traitement des malades mentaux

Le but des autorités politiques étant désormais de favoriser la sectorisation psychiatrique, celles-ci mirent tout en œuvre pour supprimer les entraves à son développement. C'est dans cette idée que fut édictée le 24 janvier 1969[1806], une circulaire mettant fin à la bisexualisation des hôpitaux psychiatriques.

En effet, la circulaire, analysée par Jean-Simon CAYLA, est, pour cet auteur de la doctrine juridique de cette époque, sans équivoque sur cette question: « […] la sectorisation a été entravée par l'absence d'hôpitaux ou de services recevant les malades mentaux hommes aussi bien que les femmes ; il est dans ces conditions impossible de faire suivre par le même médecin psychiatre et par la même équipe sociale tous les malades habitants dans un secteur.[1807]»

Dans sa thèse de doctorat présentée en 1989, Philippe MARIN se livrait à une brillante analyse des conséquences administratives et patrimoniales de cette "conversion" des hôpitaux psychiatriques en établissements publics. Il nous semble fondamental de la rappeler ici. Dans un premier temps, l'auteur exposait comment l'Etat central, par l'intermédiaire de cette loi, reprend le contrôle sur des institutions jusqu'ici très liées aux Conseils généraux : « Ainsi, l'érection en établissement public apparaît comme un procédé systématiquement utilisé pour soustraire un service à la compétence directe d'une collectivité locale et renforcer par là même les possibilités de contrôle et d'intervention de l'administration centrale.
Cette évolution a été constatée dans le secteur hospitalier. L'octroi de la personnalité juridique aux établissements hospitaliers dans le cadre du statut d'établissement public à caractère administratif a constitué une excellente transition vers la maitrise directe de ces établissements par l'Etat central. […]
Ce phénomène fort connu en droit administratif français, a trouvé sa dernière application dans la réforme du statut des établissements psychiatriques.[1808]»

Dans un second temps, Philippe MARIN examinait le processus par lequel les biens des hôpitaux psychiatriques furent «transférés de plein droit aux nouveaux établissements

1806 Circulaire n°12 du 24 janvier 1969 relative à la bisexualisation des hôpitaux psychiatriques
1807 Jean-Simon CAYLA ; «Organisation des soins pour les malades mentaux» ; *Revue de Droit Sanitaire et Social*, 1969, p.41
1808 Philippe MARIN, *Les activités extra-hospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Université Bordeaux 1, 1989, p.235

publics ou aux établissements de rattachement.[1809]». Pour lui, la conséquence majeure de ce transfert de biens résidait dans la perte de pouvoir du département.

En effet, «Le Département perdait à ce titre le droit de regard privilégié sur l'établissement dont il avait bénéficié. Cette réforme va plus loin, puisqu'elle lui retire également les biens qui faisaient partie, jusqu'alors de son domaine public.
La réduction du rôle du département dans ce domaine a donc été amorcée par la loi de 1968, même si ses effets ne se produiront que quelques années plus tard.[1810]»

Au terme d'une analyse sémantique de l'article 25 de la loi du 31 juillet 1968, il apparaît intéressant d'observer que les termes secteur ou sectorisation psychiatrique n'apparaissent pas dans cet article essentiel. Madame LAURENCEAU expliquait qu'elle avait «tenté d'introduire le mot de "secteur" dans le texte de loi, mais il n'a pas été retenu parce que les gens des Finances s'en méfiaient.[1811]»

Pour les auteurs de l'ouvrage *Aspects législatifs et administratifs de la psychiatrie*[1812], l'absence du terme secteur dans l'énoncé du texte de loi ne préfigurait pas d'un manque de volonté du législateur d'encourager la mise en place de la sectorisation psychiatrique (« Bien que le mot secteur n'y figure pas, elle servira de point d'appui à sa réalisation.[1813] »).

En guise de conclusion sur ce texte législatif fort important dans l'histoire de la construction juridique de la sectorisation psychiatrique, il s'avère nécessaire de préciser que Patrick MORDELET tempérait, dans son ouvrage *La santé mentale*, un certain enthousiasme né des espoirs suscités par ce texte législatif en rappelant que la loi du 31 juillet 1968 ne serait qu'«une mise en conformité juridique […] qui ne remet pas en cause

1809 Loi n°68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier, article 25 alinéa 2 ; JORF du 1er août 1968
1810 Philippe MARIN, *Les activités extra-hospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Université Bordeaux 1, 1989, p.236
1811 Madame LAURENCEAU, «L'Etat se met de la partie» *in Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.227
1812 Bernard CORDIER, Gérard MASSÉ, François PETITJEAN, Jean-Paul TACHON sont des psychiatres ayant exercé ou exerçant en région parisienne
1813 Bernard CORDIER, Gérard MASSÉ, François PETITJEAN et Jean-Paul TACHON, *Aspects législatifs et administratifs de la psychiatrie, Tome 2, Structures de soins* ; Maloine éditeur, Paris, 1987, 2ème édition, pp.11-12

les fondements et le principe de la loi du 30 juin 1838, loi d'organisation hospitalière.[1814]»

Paragraphe 2: La loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

La loi du 31 juillet 1968 en son article 25 avait inclus les hôpitaux psychiatriques dans le droit commun hospitalier français. Cette inclusion est actuellement considérée par la doctrine du droit de la santé comme une réforme majeure de l'organisation psychiatrique française. En effet, l'article 25 de la loi consacrait la dimension hospitalière des hôpitaux psychiatriques départementaux.

Ce nouveau statut juridique de l'hôpital psychiatrique fut confirmé deux ans plus tard par une loi fondatrice du droit de la santé français : la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Cette loi organisatrice visait à structurer le service public hospitalier en proposant une classification des établissements hospitaliers en fonction de de la nature des soins qu'ils dispensaient et leur positionnement géographique[1815].

Cet ambitieux objectif de classification des établissements fut donc placé au cœur de la loi par le législateur. Il s'accompagnait d'une innovation tout aussi ambitieuse : la carte sanitaire (**A**). Le texte du 31 décembre 1970 ne resta pas sans conséquence sur l'organisation de la psychiatrie de secteur qui n'était toutefois pas mentionnée dans le corps de la loi (**B**).

1814 Patrick MORDELET, *La santé mentale Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.86
1815 *Ibid*., p.86

A/ L'instauration de la carte sanitaire et de la classification des établissements publics de santé

La loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière représenta un moment crucial de l'organisation juridique hospitalière en France. Elle s'inscrivait dans une lignée de textes législatifs fondateurs du droit positif actuel en matière d'organisation en santé publique (entre l'ordonnance du 11 décembre 1958[1816] et la loi du 31 juillet 1991[1817]). Ce texte était éminemment important puisque selon Antoine LECA, Alexandre LUNEL et Samuel SANCHEZ, « il officialise la création du "service public hospitalier"[1818] ».

Toujours selon ces trois auteurs, «celui-ci[Le service public hospitalier] englobe pour la première fois les établissements d'hospitalisation publics et les établissements privés à but lucratif et non lucratif qui consentiront à participer au service public hospitalier, en acceptant d'en respecter les règles.[1819]»

La loi du 31 décembre 1970 créa et structura formellement le service public hospitalier français[1820]. Elle classait «les établissements de soins publics selon un critère géographique et selon la nature des soins.[1821]» A cet effet, «la loi a également institué la carte sanitaire.[1822]» (la première carte sanitaire fut édictée en 1974 et les régions sanitaires correspondaient approximativement aux régions administratives de l'époque).

La classification des établissements de soins publics était une des innovations majeures de la loi du 31 décembre 1970. Pour la première fois dans l'histoire hospitalière française, les lieux de soins furent classés, notamment, en fonction de la durée de séjour des patients («La classification en fonction de la nature des soins distingue des établissements ou services de court, moyen et long séjour.[1823]»).

1816 Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière
1817 Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
1818 Antoine LECA, Alexandre LUNEL, Samuel SANCHEZ, *Histoire du droit de la santé* ; Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2014, p.263
1819 Antoine LECA, Alexandre LUNEL, Samuel SANCHEZ, *Histoire du droit de la santé* ; Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2014, p.263
1820 Raoul SAUVAIRE, *Le malade mental et les pouvoirs publics* ; Éditions du Scarabée, 1978, p.65
1821 Patrick MORDELET, *La santé mentale Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.86
1822 Antoine LECA, Alexandre LUNEL, Samuel SANCHEZ, *Histoire du droit de la santé* ; Les Etudes Hospitalières, Bordeaux, 2014, p.263
1823 Patrick MORDELET, *La santé mentale Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.86

Pour Jean-Marie CLÉMENT, les classifications mises en place par la loi du 31 décembre 1970 «ne s'excluent pas, mais au contraire, visent à se superposer[1824]». Cet auteur observait également que l'innovation législative réalisée «correspondait de plus en plus aux besoins. La technicité des soins renchérit leur coût, et la distinction entre malades aigus, convalescents et chroniques, permet de rationaliser, c'est-à-dire d'optimiser l'utilisation des équipements.[1825]».

Le grand mérite de la loi du 31 décembre 1970 fut d'avoir défini précisément la répartition géographique des soins sur le territoire français. La répartition antérieure n'était nullement anarchique puisqu'elle avait déjà bénéficié de plusieurs textes législatifs visant à la rendre plus cohérente (notamment l'ordonnance du 11 décembre 1958). L'appareil législatif en matière de répartition hospitalière manquait d'une loi unificatrice.

C'est cette idée que semblait confirmer Patrick MORDELET lorsqu'il précisait que: « Sur le plan de la desserte géographique, il est établi une pyramide hospitalière comprenant l'hôpital local, le centre hospitalier de secteur et le centre hospitalier général et, au niveau régional, le centre hospitalier régional. Cette classification comprend également les centres hospitaliers spécialisés […] dont la particularité est d'assurer les missions du service public hospitalier pour une affection unique» […] et «intéresse principalement la psychiatrie[1826]»

La loi du 31 décembre 1970 fut donc une loi de rupture et d'innovation. En harmonisant l'organisation hospitalière française («La loi du 31 décembre 1970 unifie le système hospitalier français[1827]».), elle semblait marquer la fin d'une époque. Pour les auteurs Bernard CORDIER, Gérard MASSÉ, François PETITJEAN et Jean-Paul TACHON, «elle [La loi du 31 décembre 1970] clôt véritablement la "période charitable" de l'hôpital, qu'elle veut transformer en institution exclusivement soignante.[1828]

1824 Jean-Marie CLÉMENT, *L'hôpital, environnement, organisation, gestion* ; Berger-Levrault, 1983, p.59
1825 *Ibid.,* p.59
1826 Patrick MORDELET, *La santé mentale Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.87
1827 Bernard CORDIER, Gérard MASSÉ, François PETITJEAN et Jean-Paul TACHON, *Aspects législatifs et administratifs de la psychiatrie, Tome 2, Structures de soins* ; Maloine éditeur, Paris, 1987, 2ème édition, p.12
1828 *Ibid*., p.12

B/ L'apport majeur de la loi du 31 décembre 1970 à l'organisation de la psychiatrie en France

La loi du 31 décembre fut un texte majeur pour l'organisation hospitalière française. Bien que les hôpitaux psychiatriques eussent toujours disposé d'une place originale dans le paysage hospitalier français, la loi du 31 décembre 1970 eut des répercussions notables sur leur organisation et donc sur la sectorisation psychiatrique.

La loi du 31 décembre 1970 imposait l'établissement d'une carte sanitaire. La mise en place de la sectorisation psychiatrique par la circulaire du 15 mars 1960 dénotait déjà une volonté administrative de planification sanitaire. Existait-il un risque de voir le développement de la sectorisation psychiatrique ralenti par un texte sanitaire de portée générale ? (**a**)

L'importance de la loi du 31 décembre 1970 sur la psychiatrie ne se borna pas à une réévaluation de l'organisation sectorielle française. Ce texte de loi offrit également la possibilité aux autorités de classer les centres de soins et les hôpitaux psychiatriques devinrent des centres de cure[1829].

En 1968, la loi avait transformé les hôpitaux psychiatriques publics en établissements publics administratifs. En 1970, ils devinrent des Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) et la loi du 31 décembre contraignait chaque département à n'avoir qu'un seul CHS sur son territoire. À ce titre, Patrick MORDELET établissait, dans son ouvrage de référence sur la santé mentale et son organisation, une analogie entre la loi du 30 juin 1838 et celle du 31 décembre 1970[1830]. Pour cet auteur, la volonté planificatrice et directive des deux textes législatifs est similaire.

Conscient de l'importance grandissante du secteur privé dans le domaine de la santé, la loi n'oubliait pas de classifier les établissements de santé privés et de les intégrer à la nouvelle nomenclature des établissements de santé. Ce fut le cas pour la psychiatrie

1829 Henriette SUBRA, «Le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques» ; *Revue de Droit Sanitaire et Social* ; juillet/septembre 1974, n°39, p.451
1830 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, pp.86-87

qui avait vu le nombre de structures de soins privées fortement augmenter depuis 1945. La loi du 31 décembre décida donc d'encadrer ces structures privées en légiférant sur leurs créations, leurs extensions et leurs obligations en matière d'équipements médicaux[1831]. (**b**)

a) Sur la sectorisation psychiatrique

Comme il a été observé précédemment, la principale innovation apportée par la loi du 31 décembre 1970 fut celle de la carte sanitaire. Toutefois, se posait la question de la sectorisation psychiatrique qui était déjà une forme de carte sanitaire et qui préexistait à celle-ci. La réponse de la doctrine à l'égard de cette question fut claire.

Pour Jean-Marie CLÉMENT, « la sectorisation psychiatrique doit s'adapter à la sectorisation générale prévue par la loi du 31 décembre 1970. Cependant, la spécificité des maladies mentales et la distinction entre adultes et enfants a entrainé la mise en œuvre de deux types de secteurs dont les moyens sont apparentés.[1832]» Puis, l'auteur ajoute que: «Les secteurs sont organisés selon les conditions exposées dans la loi du 31 décembre 1970 modifiée.[1833]»

Il convient d'ajouter un élément à cette observation doctrinale. Si les secteurs étaient organisés par la loi du 31 décembre 1970, ils ne l'étaient qu'implicitement et par déduction aux articles suivants:
- les articles 5 et 44 sont relatifs à la carte sanitaire
- l'article 31 a pour objet les établissements privés soumis à autorisation
- l'article 47 est consacré à la planification et à la programmation
- l'article 48 se rapporte à l'approbation du programme des travaux

Il est incontestable que la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière eût indéniablement été une avancée pour la psychiatrie institutionnelle française dans le sens

1831 Henriette SUBRA, «Le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques» ; *Revue de Droit Sanitaire et Social* juillet/septembre 1974, n°39, pp.466-467
1832 Jean-Marie CLÉMENT, *Cours de droit hospitalier, Tome 1* ; Bordeaux, Éditions LEH, 2004, p.126
1833 Jean-Marie CLÉMENT, *Mémento de droit hospitalier* ; Berger-Levrault, Paris, 9ème édition, 2000, p.215

où elle proposa, pour la première fois dans l'histoire sanitaire de la France, une carte sanitaire précise. Malgré l'absence de mention de la sectorisation psychiatrique dans le corps du texte, elle parait subodorer une reconnaissance implicite de l'effort planificateur des administrations chargées de la lutte contre les maladies mentales.

Toutefois, la carte sanitaire envisagée par la loi présentait un défaut majeur et dommageable. Ce défaut fut relevé notamment par Philippe MARIN dans sa thèse de doctorat: « […] l'article 44 de la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, a instauré une carte sanitaire générale qui se trouve en contradiction avec la carte sanitaire élaborée dans le domaine psychiatrique.[1834]»

Cette absence de prise en compte explicite et de mention de la sectorisation psychiatrique par la loi du 31 décembre 1970 fut également relevée par d'autres auteurs dont Bernard CORDIER, Gérard MASSÉ, François PETITJEAN, Jean-Paul TACHON qui notent dans leur ouvrage consacré aux aspects législatifs et administratifs de la psychiatrie que« Les centres hospitaliers spécialisés figurent dans la nouvelle hospitalisation mais la carte sanitaire instituée par cette loi, qui prend en compte tout élément constitutif de l'appareil de soin et non les seuls hôpitaux, ne comprend pourtant pas la sectorisation psychiatrique.[1835] »

b) Sur les établissements de soins publics et privés

De par son œuvre unificatrice, la loi du 31 décembre 1970 avait vocation à concerner tous les établissements de soins recevant des patients souffrant de troubles psychiques. Les hôpitaux psychiatriques, devenus établissements publics depuis la loi du 31 juillet 1968, changèrent d'appellation pour devenir des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie. Quant aux établissements privés la loi précisait qu'ils pouvaient participer au service public hospitalier et que leur ouverture ou leur extension dépendent désormais du ministère[1836].

1834 Philippe MARIN, *Les activités extra-hospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Université Bordeaux 1, 1989, p.218
1835 Bernard CORDIER, Gérard MASSÉ, François PETITJEAN et Jean-Paul TACHON, *Aspects législatifs et administratifs de la psychiatrie, Tome 2, Structures de soins* ; Maloine éditeur, Paris, 1987, 2ème édition, p.12
1836 Henriette SUBRA, «Le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques» ; *Revue de Droit Sanitaire et Social* ; juillet/septembre 1974, n°39, p.465

La création de la terminologie de centre hospitalier spécialisé remplaça celle d'hôpital psychiatrique adoptée en 1937[1837]. À chaque changement de nom (asile d'aliénés, hôpital psychiatrique) des lieux de soins accueillants les malades psychiques se pose une question: le changement de nom du lieu induit-il un véritable changement structurel de sa nature ou ne constitue-t-il qu'une simple modification sémantique destinée à masquer l'absence d'une volonté de transformation réelle et durable de l'institution psychiatrique ? En 1937, le changement sémantique n'avait abouti à aucune évolution réelle de la nature des asiles. Qu'en fut-il en 1970 avec ce nouveau changement de nom opéré par voie législative ?

Pour le juriste Patrick MORDELET, la réponse est cinglante: « Les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ne sont […] que les hôpitaux psychiatriques départementaux issus de la loi du 30 juin 1838 devenus établissements publics administratifs en 1968 et centres hospitaliers […] en 1970. Dans chaque département qui disposait précédemment d'un ou plusieurs hôpitaux psychiatriques départementaux subsistent aujourd'hui deux établissements spécialisés […] ayant le statut de centre hospitalier spécialisé.[1838] »

Pour cet auteur, la loi du 31 décembre 1970 faisait des centres hospitaliers spécialisés les successeurs des asiles puisque, à l'instar de la loi du 30 juin 1838, elle imposait à chaque département de n'avoir qu'un seul établissement public traitant les malades psychiques.

En dépit du triste constat proposé par cet auteur, il convient de revenir sur la classification opérée par la loi du 31 décembre 1970. Selon Henriette SUBRA: « La loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière classe les hôpitaux psychiatriques publics dans la catégorie des "Centres de cure".
Ils ont […] pour mission, […] l'hébergement des personnes qui requièrent des soins continus ou des traitements comportant des périodes d'hospitalisation prolongée ".
Il résulte de cette disposition que tous les hôpitaux psychiatriques publics sont actuellement des établissements publics départementaux ou interdépartementaux et que

1837 Circulaire du 13 Octobre 1937 relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental
1838 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, pp.86-87

l'ensemble de la loi leur est applicable.[1839]»

Le nouveau mode de classification des établissements hospitaliers publics énoncé par la loi du 31 décembre 1970 les rendit sujets de droit à part entière puisque « l'ensemble de la loi leur est applicable ». À ce titre, les institutions psychiatriques publiques ou participant au service public pouvaient désormais nouer des liens organisationnels avec d'autres établissements de soins.

Dans un article publié en 1974, Henriette SUBRA rappelait que: « Les établissements psychiatriques, assurant le service public hospitalier, feront partie des groupements interhospitaliers de secteur et du groupement interhospitalier régional. […] Le rôle de ces organismes est d'exercer pour tous les établissements qui en font partie, ou pour certains d'entre eux, sur leur demande, toute activité intéressant le fonctionnement et le développement du service public hospitalier.[1840]»

Les établissements psychiatriques privés ne furent pas oubliés par la loi du 31 décembre 1970. Par établissement privé, il fallait entendre les établissements ne participant pas déjà au service public hospitalier c'est à dire ne constituant pas les hôpitaux psychiatriques départementaux de référence au titre de la loi du 30 juin 1838 (Hôpitaux Sainte-Marie de l'Assomption à Clermont-Ferrand, Nice, Rodez, Privas et au Puy-en-Velay notamment). Le texte législatif sembla concerner essentiellement les cliniques psychiatriques privées. Henriette SUBRA indiqua que: « La loi du 31 décembre 1970 dans son chapitre III fait mention des conditions d'ouverture et de fermeture des établissements privés. Ces dispositions sont maintenant applicables aux hôpitaux psychiatriques privés.

[…]

Sont soumises à autorisation du ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale:

- la création et l'extension,
- l'installation dans tout établissement, antérieurement à leur mise en place, des équipements matériels lourds.

Le refus doit être motivé.[1841]»

1839 Henriette SUBRA, «Le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques» ; *Revue de Droit Sanitaire et Social* ; juillet/septembre 1974, n°39, p.451
1840 *Ibid*., p.465
1841 *Ibid*., pp.466-467

Paragraphe 3: La loi du 30 juin 1975 relative au handicap

> «La loi d'orientation du 30 juin 1975 est l'expression d'une prise de conscience de la société face au problème posé par les personnes handicapées.»[1842]
>
> Patrick MORDELET

Cette loi représenta l'aboutissement d'une réflexion menée depuis de nombreuses années sur les questions de l'enfance inadaptée et des adultes handicapés. En 1967, le haut fonctionnaire François BLOCH-LAINÉ[1843] rédigeait et présentait un rapport à la demande du Gouvernement de Georges POMPIDOU[1844].

Dans ce rapport, François BLOCH-LAINÉ proposait une définition du handicap chez les adultes et les enfants. Seraient handicapés toutes les personnes qui: «lorsqu'ils subissent, par suite de leur état physique, mental, caractériel ou de leur situation sociale, des troubles qui constituent pour eux des faiblesses, des servitudes particulières par rapport à la normale, celles-ci étant définies comme la moyenne des capacités et des chances de la plupart des individus vivant dans la même société.[1845]»

Selon une évaluation établie par l'intergroupe handicapé (« le sixième Plan comportait 25 commissions, 38 comités et 4 intergroupes[1846] ») du sixième Plan[1847], le nombre d'handicapés mentaux en France pouvait être estimé à environ 120 000 personnes sur un total de 1 350 000 personnes relevant de tous les autres types de handicaps (moteurs, sensoriels notamment)[1848].

1842 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.100

1843 Michel MARGAIRAZ, Jean-Michel BLOCH-LAINÉ, « François Bloch-Lainé, fonctionnaire, financier, citoyen », *actes de la journée d'études "Regards d'historien(ne)s sur la vie et la carrière de François Bloch Lainé"*, tenue à Bercy le 25 février 2003 ; Paris, Comité pour l'histoire économique et financière de la France, 2005

1844 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé Paris, 1987, p.91

1845 François BLOCH-LAINÉ, *Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées* / Rapport présenté au Premier ministre ; Paris, La Documentation française, 1969

1846 http://www.strategie.gouv.fr/actualites/sixieme-plan-de-developpement-economique-social

1847 Le sixième Plan (1971-1975) est voté par la loi n°71-567 du 15 juillet 1971 portant approbation du sixième Plan de développement économique et social, publiée dans le Journal officiel du 16 juillet 1971.

1848 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.92

D'un point de vue chronologique, Marcel JAEGER rappelait que la loi d'orientation du 30 juin 1975 était « préparée dès 1973 par Marie-Madeleine DIENESCH, alors secrétaire d'État auprès du ministre de la Santé publique[1849] » Divers articles parus dans la presse généraliste de l'époque présentaient le projet de loi comme étant doté «d'intentions généreuses»[1850].

Selon le psychiatre Jean AYME (1924-2011)[1851], « elle[la loi du 30 juin 1975] a pour but de regrouper tous les textes législatifs et réglementaires parus depuis 1905 concernant les infirmes civils et militaires, leur orientation, leur indemnisation et la rééducation professionnelle, ainsi que les législations propres à l'Education nationale concernant les enfants débiles ou en difficulté scolaire.[1852]»

La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées fut promulguée le 30 juin 1975[1853]. Avant son vote définitif par l'Assemblée Nationale, le projet de loi n°951 connut une navette parlementaire assez longue puisqu'il a été examiné trois fois par le Sénat et trois fois par l'Assemblée Nationale[1854]. La loi du 30 juin 1975 comportait six chapitres et soixante-deux articles. Un chapitre était consacré exclusivement à l'assistance aux mineurs handicapés et les autres chapitres traitaient des conditions de vie et de travail des adultes handicapés et de l'assistance à leur fournir.

S'agissant de l'assistance aux mineurs handicapés, il est à noter qu'avant la promulgation de la loi du 30 juin 1975, une fragile entente entre les travailleurs de l'enfance inadaptée et ceux de la psychiatrie de l'enfant s'était construite[1855]. Cette entente a été longue à se mettre en place puisque les trois administrations ne parlaient pas le même langage. En effet, pour les représentants du ministère de la justice les enfants sont des mineurs, pour ceux de l'Education nationale des élèves et pour les psychiatres des malades[1856]. Cet équilibre fragile dans le domaine de l'aide à l'enfance en difficulté avait

1849 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.215
1850 Jean BENOIT, « Des intentions généreuses, des modalités d'application imprécises » ; *Le Monde*, 6 avril 1974
1851 Elisabeth ROUDINESCO, « Jean Ayme » ; *Le Monde*, 15 avril 2011
1852 Jean AYME ; «La loi de 1975 et les réactions syndicales» *in* Jean-Paul ARVEILLER, *Pour une psychiatrie sociale*, Éditions Érès, «Hors collection», 2002, pp.181-186
1853 Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, Journal Officiel de la République Française, 1er juillet 1975, p.6596
1854 *Ibid.,* p.6596
1855 Jean AYME, « La loi de 1975 et les réactions syndicales » *in* Jean-Paul ARVEILLER *; Pour une psychiatrie sociale,* Éditions Érès *, «Hors collection», 2002* , p.182
1856 *Ibid*., p.182

été rendu possible par des efforts et des compromis réciproques.

Par l'intermédiaire de cette loi, l'Etat attribue des mesures d'assistance pour les mineurs handicapés. Les mesures prévues par l'Etat sont de deux ordres: sanitaire et socio-éducatif .

1) Les mesures d'ordre sanitaire

Cet aspect de la loi de 1975 a créé une polémique persistante entre les syndicats de psychiatres et les ministères de tutelle. En effet, les psychiatres publics s'estimaient lésés par cette loi. Toutefois, il est possible d'observer que le texte législatif offre aux services psychiatriques, dès son article 2 (introduction de la loi[1857]), la possibilité de participer au: « dépistage le plus précoce […] grâce à des actions communes de tous les organismes privés et publics.[1858]»

Concernant cette question de l'implication de la psychiatrie dans le domaine de l'enfance handicapée, le juriste Patrick MORDELET notait dans son ouvrage sur l'organisation de la santé mentale que: « dans le cadre de la sectorisation psychiatrique, les services de psychiatrie infanto-juvénile jouent un rôle extrêmement important de diagnostic, d'orientation, de cure ambulatoire dans les dispensaires et les centres de santé mentale mais également de prévention et de dépistage.[1859]»

La loi prévoyait également la création d'une structure privée pour favoriser et développer la politique de prévention et de dépistage. Cette structure privée de prévention et de dépistage créée par la loi du 30 juin 1975 et par son décret d'application du 15 avril 1976[1860] était le Centre d'Action Médicale Précoce[1861].

Les CMPP existaient depuis 1946 et l'ouverture du Centre Claude-Bernard[1862]. Ils

1857 Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, article 2
1858 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.92
1859 *Ibid.,* p.92
1860 Décret n°76-389 du 15 avril 1976, Journal Officiel de la République Française du 4 mai 1976
1861 Ils étaient prévus par l'article 3 de la loi de 1975
1862 Gérard BLEANDONU, *Dictionnaire de psychiatrie sociale* ; petite bibliothèque payot, Paris, 1976, p.59

étaient définis par un décret du 18 février 1963[1863] de la façon suivante : «Les centres médico-psycho-pédagogiques pratiquent le diagnostic et le traitement des enfants inadaptés mentaux dont l'inadaptation est liée à des troubles neuro-psychiques ou à des troubles du comportement susceptibles d'une thérapeutique médicale, d'une rééducation médico-psychologique ou d'une rééducation psychothérapeutique ou psycho-pédagogique sous autorité médicale.

Le diagnostic et le traitement sont effectués en consultations ambulatoires sans hospitalisation du malade. […]

Les soins s'étendent à la postcure.[1864]»

Toutefois, malgré cette définition réglementaire, la nature, le rôle et la fonction des CMPP restaient flous pour beaucoup. Dans son *Dictionnaire de psychiatrie sociale*, le Docteur Gérard BLEANDONU citait deux de ses confrères qui, dans une étude en 1971, concluaient que: « […] il nous a été impossible de dégager des conclusions unanimes, encore moins une doctrine commune quant à ce que sont, où ce que devraient être les CMPP.[1865] »

Concernant les Centres d'Action Médicale Précoce, la situation semblait différente puisque le législateur avait immédiatement donné une définition de ce que devrait être la structure nouvellement créée. L'article 3 de la loi du 30 juin 1975 énonçait clairement la future fonction de ces centres : « […] Les enfants chez qui un handicap aura été décelé ou signalé […] pourront être accueillis dans des structures d'action médico-sociale précoce en vue de prévenir ou de réduire l'aggravation de ce handicap. La prise en charge s'effectuera sous forme de cure ambulatoire comportant l'intervention de médecins et de techniciens para-médicaux et sociaux et, si nécessaire, une action de conseil et de soutien de la famille. [1866]»

Ces centres avaient un objectif précis qui était de « compléter le réseau des institutions existantes là où il est insuffisant, et de l'aménager dans le sens d'une plus

1863 Décret n° 63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 qui a fixé les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux

1864 Décret n° 63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 qui a fixé les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux, Annexe XXXII

1865 Gérard BLEANDONU, *Dictionnaire de psychiatrie sociale* ; petite bibliothèque payot, Paris, 1976, p.59

1866 Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, article 3

grande souplesse.[1867]

2) Les mesures d'ordre socio-éducatif

La première phrase de l'article 4 de la loi du 30 juin 1975 était explicite et affirmait comme principe général que: «Les enfants et adolescents handicapés sont soumis à l'obligation éducative.[1868]» Le reste de l'article 4 énonce formellement sous quelles formes cette éducation (spéciale) pourra se réaliser et notamment dans quel laps de temps (« Elle […] peut être entreprise avant et poursuivie après l'âge de la scolarité obligatoire.[1869] »).

L'article de loi précisait également les options offertes aux enfants et adolescents handicapés quant à leurs lieux d'études: « soit dans des établissements ordinaires soit dans des établissements ou par des services spécialisés.[1870]»

La mise en place de cette obligation éducative n'aurait pas été possible sans l'existence préalable de structures adaptées à la réception d'enfants et d'adolescents souffrant de handicaps. Ces structures se sont développées avant la promulgation de la loi du 30 juin 1975. D'après Patrick MORDELET, « […] un réseau d'institutions spécialisées […] s'est développé, avant 1975, au cours des VIème et VIIème plans.[1871] »

Ces "institutions spécialisées" pour l'accueil des enfants et adolescents handicapés ne présentaient pas une uniformité de statut juridique[1872]. Certaines (Instituts Médico-Educatifs, Instituts Médico-Pédagogiques, Instituts Médico-Professionnels) étaient dirigées par des personnes morales de droit public ou de droit privé ayant une mission de service public. D'autres (Instituts de rééducation, Instituts pour déficients visuels, Instituts pour déficients auditifs ou instituts d'éducation sensorielle pour sourds et aveugles) pouvaient être administrées par des structures associatives (relevant de la loi de 1901). Les

1867 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.93
1868 Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, article 4
1869 *Ibid.,*
1870 Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées
1871 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.93
1872 *Ibid.,* p.93

structures privées pouvaient signer des conventions avec les départements[1873].

Toutes ces structures présentaient la particularité de relever du financement de l'assurance maladie et donc d'être soumises à certaines règles de contrôle strictes. En effet, du respect des normes établies par l'assurance maladie peuvent dépendre certaines subventions locales. Il convient, en outre, de noter que les structures où la dimension curative est prédominante sont sous tutelle du Ministère de la santé[1874].

Pour assurer cette mission d'éducation spécialisée, les structures susmentionnées devaient disposer de locaux suffisamment adaptés à la prise en charge du handicap concerné. Patrick MORDELET précisait que les locaux alloués aux personnels chargés de ce rôle « sont diversifiés en fonction […] de la gravité du handicap.»[1875]

Ces prestations éducatives étaient gratuites pour les familles. Elles étaient prises en charge conjointement par l'Etat, l'Assurance Maladie et l'aide sociale. Les différentes structures se répartissaient les dépenses (enseignement pour l'Etat, soins et hébergement pour l'Assurance Maladie). De plus, il convient d'indiquer que la loi du 30 juin 1975 créa une nouvelle aide pour les familles d'enfants handicapés: l'allocation d'éducation spéciale. Cette allocation remplaçait les quatre autres allocations préexistantes à la loi[1876].

Afin de permettre une meilleure application et diffusion de la loi, le législateur de 1975 décida, dans un article 6, de créer des structures départementales dotées d'un véritable pouvoir de décision: les Commissions Départementales d'Education Spéciale (CDES). Ces commissions sont composées de douze membres:
- six représentants des administrations de l'éducation et de la santé
- trois représentants des caisses d'allocations familiales et de sécurité sociale
- trois représentants des institutions privées et des familles d'enfants handicapés

Il était à noter l'absence notoire des médecins psychiatres qui ne devaient être entendus qu'à titre d'expertise. Ce fait fut immédiatement dénoncé par les syndicats de

1873 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion ;* Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.93
1874 *Ibid.*, p.94
1875 *Ibid.,* p.93
1876 *Ibid*., p.94

psychiatres[1877].

Les attributions des CDES furent fixées par la loi du 30 juin 1975 ainsi que par le décret du 15 décembre 1975[1878] et les circulaires du 22 avril 1976 et du 3 février 1977. En effet, ces commissions se voyaient octroyer des pouvoirs importants en matière de placement des enfants handicapés[1879] et en matière financière[1880]

Les décisions des CDES s'imposaient aux établissements concernés mais les familles des enfants handicapés disposaient d'un choix entre plusieurs établissements. Les familles se voyaient attribuer un rôle non négligeable par la loi puisqu'elles pouvaient être l'origine de la saisine de la CDES. Elles étaient également protégées par des règles strictes de fonctionnement en matière de procédure de placement et d'attribution de l'allocation d'éducation spéciale. En effet, les parents de l'enfant susceptible d'être placé dans une structure d'éducation pouvaient être entendus par la CDES dont les décisions devaient toutes être motivées[1881].

De plus, il convient de préciser que les décisions des CDES pouvaient faire l'objet de deux types de recours: un recours gracieux [1882] et un recours devant la juridiction du contentieux technique de la Sécurité sociale[1883]. Ce dernier pouvait être effectué en application de l'article 6 V de la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées[1884]

Du point de vue de l'éducation, la loi du 30 juin 1975 représentait un progrès considérable car elle modifie radicalement la perception par la loi et la société du mineur

1877 Jean AYME, «La loi de 1975 et les réactions syndicales» *in* Jean-Paul ARVEILLER *; Pour une psychiatrie sociale,* Éditions Érès*, «Hors collection», 2002,* pp.181-186
1878 Décret n°75-1166 du 15 décembre 1975 Commissions Départementales d'Education Spéciale
1879 Dans un établissement scolaire ou dans une institution spécialisée
1880 Décision d'attribution de l'allocation d'éducation spéciale
1881 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.95
1882 «[…] qui peut être formé dans le mois qui suit sa notification est examiné dans les meilleurs délais par la commission » (Décret n°75-1166 du 15 décembre 1975 Commissions Départementales d'Education Spéciale, article 5)
1883 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé Paris, 1987, p.95
1884 Loi n°75-535 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, article 6 V : « Les décisions de la commission peuvent faire l'objet de recours devant la juridiction du contentieux technique de la sécurité sociale, sous réserve d'adaptations fixées par voie réglementaire ; ce recours, ouvert à toute personne et à tout organisme intéressé, est dépourvu d'effet suspensif, sauf lorsqu'il est intenté par la personne handicapée ou son représentant légal pour ce qui concerne les décisions prises en application des dispositions du I ci-dessus. »

souffrant de handicap. Marcel JAEGER soulignait qu'ainsi « les enfants et adolescents handicapés soumis à l' ''obligation éducative'' devront le moins possible être pénalisés par ce qui n'apparaitra plus que comme une particularité, une spécificité et non une monstruosité.[1885]»

En ce qui concernait l'assistance aux adultes handicapés, la loi du 30 juin 1975 modifiait les textes législatifs et réglementaires relatifs aux adultes handicapés existants. Elle rénovait les droits des adultes handicapés et le droit positif des personnes handicapées en France. A l'image des dispositions prises pour les enfants et les adolescents, cette loi marquait un progrès considérable dans la nature des mesures d'assistance mises en place par les pouvoirs publics pour les adultes handicapés. Ces mesures étaient de quatre ordres[1886].

1/ L'aide à l'emploi

La loi du 30 juin 1975 s'était fixée comme objectif ambitieux de favoriser le reclassement professionnel des adultes handicapés grâce à une politique de rééducation fonctionnelle visant à l'inclusion dans le monde du travail ordinaire et cela est impossible dans des établissements où l'emploi est protégé.

En ce sens, la loi du 30 juin 1975 était novatrice puisqu'elle encourageait une politique volontariste d'inclusion professionnelle des personnes handicapées. Toutefois, elle n'était pas première en France dans l’appréhension du handicap par le milieu professionnel. En effet, dès 1957, une loi relative au reclassement professionnel définissait la catégorie de travailleur handicapé, le travail protégé, instaurait des priorités d'embauche[1887] et créait le conseil supérieur pour le reclassement professionnel et social des travailleurs handicapés[1888].

La loi apporta des modifications substantielles au Code du travail en vigueur. Ces modifications avaient pour but essentiel d'aménager les conditions de travail et de formation des personnes handicapées. L'article 11 de la loi insérait un nouvel article dans

1885 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.216
1886 L'aide à l'emploi, l'aide médico-sociale, l'aide financière et la création d'organismes de décisions
1887 Quota théorique de 10%
1888 Loi n° 57-1223 du 23 novembre 1957 sur le reclassement professionnel des travailleurs handicapés

le Code du travail (article L.119-5[1889]).

L'article 12 de la loi, quant à lui, abrogea l'article L.323-9 du Code du travail pour le remplacer par un autre article qui proclamait avec force que : « L'emploi et le reclassement des personnes handicapées constituent un élément de la politique de l'emploi et sont l'objet de concertation notamment avec les organisations représentatives des employeurs et des travailleurs, les organismes ou associations de handicapés et les organismes ou associations spécialisés.[1890] » Cet article de la loi du 30 juin 1975 était essentiel car il représente, encore actuellement, le fondement de la politique étatique en matière de travail pour les personnes handicapées.

Le législateur de 1975 manifestait également sa volonté d'impliquer les organismes étatiques et paraétatiques dans la mise en œuvre de sa politique d'emploi, de formation et de rééducation des personnes handicapées. En effet, l'article 22 de la loi du 30 juin 1975 indiquait que « l'Agence nationale pour l'emploi apporte son concours à l'orientation et au placement des travailleurs handicapés ». Cette participation de l'Agence nationale pour l'emploi démontrait le souhait des autorités publiques de voir les personnes handicapées s'insérer dans le milieu professionnel ordinaire[1891].

De plus, la loi imposait aux entreprises (privées[1892] comme publiques) de recruter un pourcentage de personnes reconnues travailleurs handicapés. Il est donc important de noter ici que l'Etat ne s'exonère pas de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés[1893]. En effet, l'article 26 de la loi énonçait clairement que : «l'obligation d'emploi des handicapés s'applique aux administrations de l'Etat et des collectivités locales ainsi qu'à leurs établissements publics, […] aux entreprises nationales, aux sociétés d'économie mixte et aux entreprises privées chargées d'un service public.[1894] ».

1889 Article L.119-5 du Code du travail de 1977: Par dérogation aux dispositions des articles L. 115-2, L.117-3 et L. 117-7 [*formation pédagogique et pratique de l'apprenti - âge - Durée de l'apprentissage*] du présent code, des aménagements sont apportés, en ce qui concerne les personnes handicapées, aux règles relatives à l'âge maximum d'admission à l'apprentissage, à la durée et aux modalités de la formation. Ces aménagements font l'objet d'un décret en Conseil d'État qui détermine, en outre, les conditions et les modalités d'octroi aux chefs d'entreprise formant des apprentis handicapés de primes destinées à compenser les dépenses supplémentaires ou le manque à gagner pouvant en résulter.
1890 Loi n°75-535 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, article 12
1891 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.96
1892 *Ibid.,* p.96
1893 Loi n°75-535 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, articles 26, 27, 28 et 29
1894 *Ibid*.,, article 26

Les entreprises privées ne satisfaisant pas à ce quota de travailleurs handicapés pouvaient se voir exonérer légalement de cette obligation par la passation de contrats avec les ateliers protégés ou les centres d'aide par le travail (CAT). L'exonération ne pouvait être totale[1895] et devait répondre des conditions précises. En effet, l'article 17 de la loi indiquait que : « Cette exonération, qui ne peut être que partielle, est proportionnelle au volume de travail fourni aux ateliers protégés ou aux centres d'aide par le travail.[1896] »

Concernant l'adaptation de l'outillage et des conditions de travail aux besoins de la personne handicapée, les entreprises privées pouvaient se voir accorder des aides publiques. Cette aide financière aux entreprises employant des travailleurs handicapés était prévue par l'article 12 de la loi du 30 juin 1975[1897] et inscrite à l'article L.323-9 du Code du travail.

Dans les fonctions publiques, les fonds nécessaires à l'adaptation des outils et des conditions de travail des personnes handicapées étaient prévus par le législateur[1898]. De plus, l'Etat se réservait la possibilité d'aider les collectivités locales qui auraient été dans l'incapacité financière de réaliser cet objectif (article 29).

Dans le cas où l'emploi de la personne handicapée en milieu ordinaire s'avérait impossible, la COTOREP pouvait décider de son placement dans un atelier protégé, dans un centre de distribution de travail à domicile[1899] ou dans un centre d'aide par le travail. Ce placement revêtait alors un caractère de décision administrative et devait être motivé par la commission[1900].

Dans ces ateliers ou centres d'aide par le travail, les travailleurs handicapés recevaient une rémunération qui dépendait de la qualification du salarié et qui ne pouvait être inférieure à un minimum légal (un tiers du Salaire Minimum de Croissance)[1901]

1895 Loi n°75-535 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, article 17
1896 *Ibid.,* article 17
1897 Article 12 de la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées: « L'Etat peut consentir une aide financière aux établissements, organismes et employeurs […] afin de faciliter la mise ou la remise au travail en milieu ordinaire de production des travailleurs handicapés.»
1898 Loi n°75-535 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, article 28
1899 Le centre de distribution de travail à domicile est assimilé par la loi à un atelier protégé
1900 Loi n°75-535 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, article 19
1901 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.97

2/ L'aide médico-sociale

La loi du 30 juin 1975 prévoyait la prise en charge des personnes handicapées qui ne pouvaient pas avoir d'activité professionnelle et dont l'autonomie était très largement diminuée. Des dispositions furent donc prises par le législateur en faveur des personnes les plus lourdement handicapées.

Ces personnes étaient orientées vers des structures sanitaires ou sociales qui étaient plus spécifiquement conçues pour recevoir de tels patients c'est à dire leur dispenser une rééducation et une réadaptation efficaces.

Dans les hôpitaux, ces structures portaient le nom de services de rééducation fonctionnelle. Elles étaient des réels services de soins qui s'assuraient de la délicate mission de tenter une réadaptation de personnes souffrant de troubles physiques ou psychiques majeurs. Dans cette mission, les hôpitaux furent assistés par les centres de rééducation professionnelle qui préparaient les personnes handicapées à la reprise de leurs anciens métiers ou à l'exercice d'un nouveau[1902].

Dans son article 46, la loi du 30 juin 1975 prévoyait également des structures pour les personnes très lourdement handicapées[1903]. Toutefois, il faudra attendre 1978 pour voir se concrétiser la volonté du législateur de 1975 avec la création des Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS)[1904].

3/ L'aide financière

Dans la loi du 30 juin 1975, pas moins de huit articles étaient consacrés aux dispositions relatives à l'aide financière accordée aux adultes handicapés (de l'article 35 à l'article 42). Ces articles définissaient et explicitaient les deux formes que prendra cette aide financière: l'Allocation aux Adultes Handicapés et une allocation compensatrice.

1902 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.97

1903 Loi n°75-535 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, article 46: «Il est créé des établissements ou services d'accueil et de soins destinés à recevoir les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants.»

1904 Décret n°78-1211 du 26 décembre 1978 portant application des dispositions de l'article 46 de la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Circulaire n°62 AS du 28 décembre 1978

L'article 35 de la loi du 30 juin 1975 établit ce qui sera désormais la principale disposition financière en faveur des adultes handicapés en France: l'AAH. L'attribution de l'AAH était soumise à des conditions de forme précisées par la loi elle-même ainsi que par ses décrets d'application. Ces conditions sont précisées aux articles 35, 36, 37 et 38 de la loi:

- être de nationalité française et habiter sur le territoire français (métropole et outre-mer)
- avoir dépassé l'âge de perception de l'allocation d'éducation spéciale
- être atteint d'un handicap représentant au 80% du taux d'incapacité ou rendant impossible tout emploi rémunéré
- ne pas percevoir une pension de vieillesse ou d'invalidité dont le montant est supérieur à celui de l'allocation (si le montant de ladite pension est inférieur à l'AAH, la personne handicapée percevra une allocation différentielle)
- ne pas dépasser un plafond de ressources [1905]

L'AAH était accordée pour une durée déterminée par la COTOREP. Elle était conçue par le législateur de 1975 comme une prestation familiale[1906] et son versement est effectué par la Caisse d'allocations familiales. Elle est incessible et insaisissable sauf pour les frais engendrés par l'entretien de la personne handicapée.

L'AAH pouvait être complétée par la seconde disposition financière prévue par la loi du 30 juin 1975 pour les personnes handicapées: l'allocation compensatrice (article 39 et suivants). Cette allocation remplace deux aides financières mises en place par des textes antérieurs : la majoration pour tierce personne et l'allocation de compensation aux grands infirmes travailleurs. A l'image de l'AAH, l'allocation compensatrice est accordée après satisfaction de certaines conditions:

- avoir un taux d'incapacité supérieur à 80%
- être dans l'obligation d'être aidé par une tierce personne pour les actes essentiels de l'existence
- avoir des dépenses supplémentaires pour l'exercice d'une activité professionnelle
- ne pas dépasser un plafond de ressources

De plus, les personnes handicapées pouvaient bénéficier de certaines exonérations

1905 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.97

1906 Loi n°75-535 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, article 37

fiscales[1907] . Elles bénéficient également d'une demi-part supplémentaire dans le calcul de leur revenu fiscal de base.

4/ La création de structures de décision

Les articles 13 et 14 de la loi étaient relatifs à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé et la structure *ad hoc* chargée de cette reconnaissance: la Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel (COTOREP). L'article 14 de la loi définissait la composition de cette commission départementale et énumérait et précisait ses diverses attributions. La COTOREP remplaçait la commission d'orientation des infirmes créée par un décret du 29 novembre 1953[1908]. Cette dernière n'avait qu'un rôle consultatif.

Les décrets n°76-478 et n°76-479 du 2 juin 1976 ainsi que la circulaire n°34-76 DE du 5 novembre 1976 fixaient la composition départementale de chaque COTOREP[1909]:
- un conseiller général au titre de l'aide sociale, élu par ses pairs
- huit représentants des différentes administrations compétentes (travail) et Agence Nationale Pour l'Emploi (ANPE), santé, anciens combattants et agriculture). Un médecin doit être présent
- cinq représentants des caisses de Sécurité sociale dont un médecin conseil
- deux représentants des établissements de rééducation professionnelle, ateliers protégés et CAT
- deux représentants des associations de travailleurs handicapés
- un représentant des organisations syndicales des personnels salariés

Le président de la COTOREP était nommé soit « par le préfet parmi les membres de la commission, soit, à la demande du préfet par le président du tribunal de grande instance dans le ressort duquel la commission a son siège, parmi les magistrats de ce tribunal.»[1910]

La saisine de cette commission pouvait être faite par la personne handicapée elle-

1907 Exonération de la taxe d'habitation sous condition de ressources
1908 Décret n°53-1186 du 29 novembre 1953 Pupilles de l'Etat, article 35 et suivants
1909 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.98
1910 Loi n°75-535 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, article 14

même, par ses parents, par ses représentants légaux, les directions des affaires sanitaires et sociales, certains organismes concernés[1911] , l'ANPE ou les directions départementales du travail. Peu importe la structure saisissant la COTOREP, la personne handicapée ou son représentant légal était informé de la saisine[1912].

Dans son article 14, la loi du 30 juin 1975 attribuait quatre grandes compétences à la COTOREP:

- reconnaître la qualité de travailleur handicapé aux personnes répondant aux critères fixés par le Code du travail
- se prononcer sur l'orientation de la personne handicapée et les mesures propres à assurer son reclassement
- désigner les établissements participant à la rééducation, au reclassement et à l'accueil des adultes handicapés, les ateliers protégés et les centres d'aide par le travail correspondant à leurs besoins
- déterminer si l'état de la personne handicapée justifie l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et/ou de l'allocation compensatrice

Les COTOREP se voyaient donc attribuer des pouvoirs de décisions importants par la loi du 30 juin 1975. Leurs décisions de prise en charge financière s'imposaient de plein droit aux organismes payeurs mais il convient de rappeler qu'elles étaient compétentes pour évaluer les conditions d'attribution des allocations uniquement sur un plan technique c'est à dire que, par exemple, les Caisses d'Allocations Familiales demeuraient compétentes pour contrôler le respect des autres dispositions nécessaires à l'attribution de l'AAH[1913].

L'avant-dernier article de la loi du 30 juin 1975 établissait que le financement des deux structures de décision nouvellement créées serait assuré par l'Etat :« Les dépenses de fonctionnement des commissions départementales d'éducation spéciale et des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel sont prises en charge par l'Etat.[1914] »

1911 La Caisse d'Allocations Familiales par exemple
1912 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, pp.97-98
1913 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.99
1914 Loi n°75-535 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées, article 57

Les Commissions d'Education Spéciale (CDES) furent créées en même temps que la COTOREP par la loi du 30 juin 1975. Si elles avaient toutes deux un rayonnement départemental, leurs missions étaient très distinctes et le législateur de 1975 ne laissait aucune ambiguïté quant à leurs prérogatives respectives. Les CDES avaient un rôle d'arbitrage éducatif et leur activité concernait donc les enfants et les adolescents. Les COTOREP, quant à elles, avaient une fonction primordiale dans le reclassement professionnel des adultes handicapés.

La compréhension de l'influence de ce texte normatif sur la politique de sectorisation psychiatrique implique que nous étudions dans un premier temps comment la loi du 30 juin 1975 établit des liens solides entre le concept de handicap et la sectorisation psychiatrique (**A**) avant d'aborder et d'analyser, dans un second temps, les oppositions et les craintes suscitées par cette loi fondatrice (**B**).

A/ Handicap et sectorisation psychiatrique

> « Dans le moment où l'on met en place le service public sectoriel de Santé mentale[…] on applique la loi d'orientation de 1975 sur les handicapés dans des conditions telles qu'on se demande si cette loi du 30 juin 1975 n'est pas censée remplacer la loi d'internement du 30 juin 1838[1915]»
> Michel AUDISIO , Jean DEMAY

La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées intervint dans un contexte de mise en place de la politique de sectorisation psychiatrique en France[1916] et ce fait est loin d'être neutre pour expliquer la polémique qu'elle a suscité parmi les médecins psychiatres. Il convient également de préciser que la psychiatrie infanto-juvénile se développait rapidement au milieu des années 1970[1917].

Il semble utile de rappeler ici que l'exercice de la psychiatrie de secteur (générale et

1915 Michel AUDISIO, Jean DEMAY, «Politique de secteur, conditions d'exercice des psychiatres de secteur et situation du service public de santé mentale» ; Communication à la société médico psychologique, mai 1977, *in Annales médico-psychologiques,* 135, 2, 1, 1977, pp.117-120
1916 *Ibid*, pp.181-186
1917 *Ibid*., pp.181-186

infanto-juvénile notamment) reposait sur un dispositif réglementaire et non législatif (circulaires, arrêtés). Cette construction juridique de l'organisation juridique de la psychiatrie française était une source d'insatisfaction pour de nombreux psychiatres d'exercice public qui y voyaient un manque de reconnaissance de la part des autorités étatiques.

La promulgation d'une loi dédiée aux handicapés créa probablement un sentiment d'injustice et de frustration pour ces psychiatres exerçant leur activité dans le cadre de la politique sectorielle qui restait, en 1975, un ensemble juridico-administratif précaire. De plus, ces psychiatres observaient et dénonçaient « une incompatibilité avec les actions thérapeutiques menées dans les secteurs et les intersecteurs.[1918]»

Dans un contexte de développement difficile, lent et délicat de la psychiatrie de secteur, cette loi d'orientation en faveur des personnes handicapées posait de nombreuses questions aux psychiatres favorables à une accélération de la mise en place réelle d'une réforme structurelle datant déjà d'au moins quinze ans (circulaire du 15 mars 1960). Le lien entre la politique de sectorisation psychiatrique et la loi du 30 juin 1975 fut pertinemment fait par le psychiatre Michel AUDISIO, dans son ouvrage de référence sur la psychiatrie de secteur, lorsqu'il écrit que: « La politique de secteur pour autant qu'elle refuse l'habituelle distinction entre malades aigus et chroniques […] ne peut pas se satisfaire d'une loi d'assistance dont l'application débutante […] commence déjà à ruiner ses efforts.[1919] »

A l'inverse, le rapport du Conseil Economique et Social de juillet 1997 considérait que: « la loi de 1975 sur les handicapés aura une influence décisive sur le développement de la sectorisation en permettant une autonomie financière des malades facilitant la sortie hors des murs.[1920]

1918 , Michel AUDISIO, Jean DEMAY, «Politique de secteur, conditions d'exercice des psychiatres de secteur et situation du service public de santé mentale» ; Communication à la société médico psychologique, mai 1977, *in Annales médico-psychologiques,* 135, 2, 1, 1977, pp.181-186
1919 Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur* ; Privat, Toulouse, 1980, p.261
1920 Prévention et soins des maladies mentales. Bilan et perspectives ; Rapport présenté au nom du Conseil Economique et social par M. Pierre JOLY, rapporteur ; Séance des 1er et 2 juillet 1997, p.63

B/ Une loi contestée par les psychiatres

«En somme, vous avez fait de tous vos malades des travailleurs handicapés.»[1921]

Jean AYME

«La loi du 30 juin 1975: aggravation de la ségrégation et de la situation déjà défavorisée du service public de psychiatrie de l'enfant.[1922]»

Marie DEMAY, Jean DEMAY

La loi d'orientation en faveur des personnes handicapées suscita très vite l'opposition, notamment des principales organisations syndicales de médecins psychiatres. Cette opposition fut analysée par différents auteurs dont les psychiatres Jean AYME et Georges DAUMÉZON. La doctrine juridique (Patrick MORDELET) tenta également d'appréhender les causes de l'opposition des médecins psychiatres à un texte législatif pourtant louable en apparence.

Pour Patrick MORDELET, l'opposition des psychiatres au texte pouvait s'examiner «sous deux aspects principaux» :« Le premier concerne les modalités d'application de la protection accordée aux handicapés. Le syndicat des psychiatres des hôpitaux critique notamment le pouvoir de décision considérable accordé aux commissions départementales (CDES et COTOREP) et la procédure de reconnaissance du handicap qui est […] très lourde et "technocratique", en ce sens que la déficience et le handicap sont définis par un organe dont la composition est à majorité "administrative". […]
Mais derrière ces critiques se cache le fond du problème: la réserve la plus importante concerne la méconnaissance, par cette loi, de l'apport de la psychiatrie dans la protection du handicapé. […]

Le second aspect des réserves présentées par les médecins psychiatres porte sur

1921 Jean AYME, «La loi de 1975 et les réactions syndicales» *in* Jean-Paul ARVEILLER ; *Pour une psychiatrie sociale*, Éditions Érès, «Hors collection», 2002, p. 186
1922 Marie DEMAY, Jean DEMAY, *Une voie française pour une psychiatrie différente* ; Rapport établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé, Juillet 1982, p.32

le fond.»[1923]

Le point de vue de Jean AYME était représentatif des opinions négatives et réprobatrices d'une partie très importante des psychiatres français («cette condamnation générale par le milieu psychiatrique[1924]»). Ce rejet était fondé notamment sur la crainte de voir les structures nées de cette loi entrer en rivalité avec celles de l'organisation sectorielle («C'est là où le bât blesse, car il sous-tend la création de structures concurrentielles au dispositif sectoriel.[1925]»).

Le psychiatre poursuivait sa critique virulente du texte de 1975 en affirmant que:
« Le fait d'enfermer dans ce nouveau concept de handicap des situations aussi disparates entraine des critiques chez les psychiatres de tous modes d'exercice, en particulier chez les psychiatres d'enfants.[1926]».

La psychiatrie publique française s'émouvait d'être ainsi exclue et rejetée par le texte de loi. Le psychiatre Jean AYME notait que: « Les décisions d'orientation dépendent en effet de commissions, où n'est même pas prévue une présence psychiatrique et qui méconnaissent le nouveau dispositif de soins.[1927]» Son collègue Jean DEMAY renchérissait en 1976 dans *l'Information psychiatrique*: « […] nous devons dire notre surprise et notre désapprobation quand nous voyons se développer, dès le début des textes d'application, une méconnaissance inquiétante de ce que peut apporter la psychiatrie […] dans des troubles qui présentent, nécessairement et toujours, des retentissements d'ordre psychologique qui peuvent entrainer de graves perturbations.[1928] »

En ce sens, les deux psychiatres contredisaient le propos de Patrick MORDELET qui, lui, nuançait cette absence des psychiatres en soulignant que: « si les psychiatres ne sont pas représentés ès qualité dans ces commissions, ils sont entendus et délivrent, en

1923 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, pp.101-102
1924 Jean AYME, «La loi de 1975 et les réactions syndicales» *in* Jean-Paul ARVEILLER, *Pour une psychiatrie sociale*, *Éditions Érès*, «Hors collection», 2002, p.183
1925 *Ibid*., p.183
1926 *Ibid*., pp.181-186
1927 Jean AYME, «La loi de 1975 et les réactions syndicales» *in* Jean-Paul ARVEILLER, *Pour une psychiatrie sociale*, *Éditions Érès*, «Hors collection», 2002., pp.181-186
1928 Jean DEMAY, «Notes pour une réflexion sur la loi du 30 juin 1975 et ses textes d'application» ; *L'Information psychiatrique,* 52, 5, 1976, pp.625-634

leur qualité d'expert, des rapports sur les handicapés.[1929]»

Dans son article de 2002, l'ancien chef de service du Centre Henri Rouselle livrait des précisions importantes quant à la compréhension de la lutte menée par les psychiatres contre ce texte de loi. En effet, il précisait que l'opposition des spécialistes de la santé mentale ne s'arrêta pas à la dénonciation du texte législatif stricto sensu. Elle se poursuivit avec la conception et la parution des textes réglementaires d'application de la loi du 30 juin 1975.

Jean AYME rappelait donc que: « Avec la parution du premier texte d'application de la loi, le décret du 15 décembre 1975[1930], trois syndicats de psychiatres adressèrent un recours gracieux au ministre de la Santé, qui sera suivi d'un recours en Conseil d'État, s'appuyant sur le fait que la Commission départementale d'éducation spéciale avait reçu un véritable pouvoir de décision en ce qui concerne le mode de soins.[1931]»

Il observait que la ténacité des psychiatres aurait une conséquence bénéfique pour l'évolution positive de leur cause puisque: « Cette action contentieuse va déclencher un début de concertation. Elle permettra d'obtenir, dans une circulaire à venir sur le fonctionnement des CDES, que le psychiatre de l'intersecteur fasse partie de l'équipe technique et que les structures de soins échappent à l'autorité des CDES.[1932]»

Jean AYME était un membre actif du syndicat des psychiatres des hôpitaux au moment de la promulgation de la loi du 30 juin 1975 et il semblait donc idéalement placé pour faire part de la réaction indignée de son syndicat lors de la préparation d'un des décrets d'application de la loi: « […] Il est question de créer des établissements spéciaux pour l'accueil des handicapés adultes, et dans lesquels seront notamment reçus les déficients mentaux profonds […]
Ce projet est une véritable hérésie sur le plan thérapeutique et réadaptatif, qui consiste à

1929 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.92
1930 Décret n°75-1166 du 15 décembre 1975 pris pour l'application de l'article 6 de la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées et relatif à la composition et au fonctionnement de la commission spéciale et des commissions de circonscription
1931 Jean AYME, «La loi de 1975 et les réactions syndicales» *in* Jean-Paul ARVEILLER ; *Pour une psychiatrie sociale*, Éditions Érès, «Hors collection», 2002, p.182
1932 *Ibid.,* p.182

reconstituer les asiles d'antan, ruinant tous les efforts menés depuis des années pour résorber l'équipement asilaire de ce pays et pour promouvoir une authentique politique de soins, dont la sectorisation en psychiatrie est d'ailleurs l'un des éléments stratégiques.»[1933]

L'ancien directeur de l'hôpital de Moisselles conclut de façon cinglante: «Une initiative aussi absurde, dans sa démarche antithérapeutique et allant donc aussi évidemment contre les intérêts des handicapés qu'elle prétend servir doit être combattue avec la dernière énergie. […]»[1934]

Georges DAUMÉZON, autre figure importante du syndicalisme psychiatrique français, s'opposa également de façon virulente à cette loi qui, selon lui, avait pour but « d'arracher le handicapé au médecin[1935] ». La réaction de Georges DAUMÉZON fut, elle aussi, symbolique de ce que ce que cette loi soulève comme mécontentement au sein de la communauté médicale psychiatrique de l'époque. Son opinion sur la question du traitement législatif du handicap est donc très appréciable.

Dans cette opposition au texte de 1975, et par souci de préservation de l'esprit de la sectorisation psychiatrique, le syndicat des psychiatres des hôpitaux et ses membres les plus éminents et reconnus n'étaient pas seuls puisqu'ils pouvaient compter sur l'appui de Marie-Rose MAMELET qui voulait également que le dispositif sectoriel resta au centre de l'organisation des soins y compris pour les centres de postcure nés de cette loi («Elle [Marie-Rose MAMELET] souhaite, comme nous, préserver le rôle coordonnateur de l'équipe de secteur pour le fonctionnement de ces établissements de postcure.[1936]»).

De plus, il semble important de noter que nombre de psychiatres et d'observateurs de la sphère médico-sociale s'émurent de l'absence de définition précise de la notion de handicap et donc de la possibilité de futures confusions entre catégories d'handicapés. Marcel JAEGER, dans son ouvrage *Le Désordre psychiatrique*, constate que:« Elle [la loi du 30 juin 1975] concerne […] tous les "handicapés", mineurs ou adultes, atteints sur le plan aussi bien physique que sensoriel ou mental. Ainsi, les malades mentaux […] se

1933 Jean AYME, «La loi de 1975 et les réactions syndicales» *in* Jean-Paul ARVEILLER ; *Pour une psychiatrie sociale*, Éditions Érès, «Hors collection», 2002 p.183
1934 *Ibid.,* p.183
1935 Georges DAUMÉZON, «Conjoncture de la naissance de la psychiatrie de secteur en France» ; *Annales Médico-psychologiques*, 1977, tome 2, n°1, p.85
1936 Jean AYME, «La loi de 1975 et les réactions syndicales» *in* Jean-Paul ARVEILLER, *Pour une psychiatrie sociale*, Éditions Érès, «Hors collection», 2002, p.183

trouvent régis par les mêmes dispositions que celles élaborées pour les handicapés physiques. Or, rien, dans le texte de la loi n'explique cet amalgame ni ne définit la notion de handicap.[1937] »

C'est également Marcel JAEGER qui livra, dans ce même ouvrage, une analyse corrosive d'une loi apparemment progressiste pour les personnes handicapées. En effet, pour lui, «la défense des droits et des intérêts des handicapés au nom de la loi n'en a pas moins, de toute façon, un enjeu qui dépasse les seules préoccupations philanthropiques: les handicapés doivent faire et être "comme les autres" […] La pacification de la société reste l'objectif central, étant entendu que la nature de "la" société en question reste occultée avec soin.[1938]»

De plus, Marcel JAEGER pointait deux contradictions du législateur de juin 1975. La première était d'ordre financier. Selon cet auteur: « alors que la loi est supposée assurer aux handicapés physiques et mentaux l'autonomie financière, elle aboutit dans certains cas à une diminution de leurs ressources.[1939] ». La seconde était d'ordre moral et l'auteur observait que: «lorsque l'Etat prétend impulser une "nouvelle philosophie sociale", il laisse les handicapés à la merci d'entreprises privées, intéressées parfois plus par les subventions et une main-d'œuvre à bon marché que par des considérations humanitaires.[1940]»

Toutefois, la critique la plus violente du texte de 1975 relatif aux personnes handicapées fut émise par le président de l'Association nationale des médecins de santé mentale infantile d'exercice privé salarié, le Docteur Romain LIBERMAN.

Dans un article du Monde du 16 juillet 1976, ce dernier faisait part de sa crainte de voir cette loi devenir une reproduction de la loi asilaire de 1838:« Une réédition de la loi de 1838 vient de voir le jour par l'intermédiaire de la loi du 30 juin 1975 sur les personnes handicapées et plus particulièrement par son expression la plus coercitive : le décret d'application du 15 décembre 1975 portant création des Commissions départementales de l'éducation spéciale […]. Tout enfant déviant par rapport à une norme scolaire […] est

1937 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.221
1938 *Ibid.,* p.218
1939 Yves LACROIX, «100 francs par mois à vingt-quatre ans» ; *Le Monde*, 30 décembre 1977
1940 Marcel JAEGER, «L'idéologie du travail salutaire et son envers» ; *Les Temps Modernes* n°347, Gallimard, juin 1975, p.1677 sq.

susceptible de tomber dès lors sous l'autorité arbitraire de commissions administratives […] Ces commissions auront à trancher arbitrairement de l'avenir psychologique d'un enfant.[1941]»

En outre, Jean AYME rappelait que les psychiatres de secteur n'étaient pas les seuls à s'être opposés à la loi du 30 juin 1975 et à ses textes d'application. En effet, il notait que les médecins des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI) avaient contesté la mise en place d'un projet controversé (GAMIN: Gestion Automatisée de Médecine Infantile) en invoquant notamment un risque de « concentration des données»[1942].

Ce risque de fichage fut une des principales raisons arguées par les contempteurs de ce texte de loi. Une autre raison justifiant le désaccord avec la loi était l'immixtion de la CDES dans le choix des personnes devant entrer en Centre Médico-Psycho-Pédagogique (CMPP[1943]). La CDES était un organe principalement administratif et son pouvoir dans le choix de jeunes patients devant intégrer des centres de soins était inacceptable aux yeux des médecins psychiatres qui voyaient un subreptice retour à l'ordre asilaire dans la volonté des autorités de s'ingérer ainsi dans leurs prérogatives.[1944]

L'auteur de l'article sur la loi de 1975 et les réactions syndicales rappelait qu'un Collectif contre la loi d'orientation avait été créé pour fédérer les oppositions. Ce collectif avait pour but de rassembler les syndicats médicaux, paramédicaux, enseignants et certaines associations de familles. Il était essentiellement animé par les syndicats de psychiatres[1945].

Devant la polémique soulevée par la loi, Simone VEIL, ministre de la Santé décida de calmer les inquiétudes en proposant un débat constructif entre les différents protagonistes concernés[1946]. C'est dans ce sens que le psychiatre Bernard JOLIVET[1947] organisa spontanément un groupe de travail relatif aux adultes handicapés concernés par

1941 Romain LIBERMAN, «Le sort de l'enfance inadaptée» ; *Le Monde*, 16 juillet 1976
1942 Jean AYME, «La loi de 1975 et les réactions syndicales» *in* Jean-Paul ARVEILLER, *Pour une psychiatrie sociale*, Éditions Érès, «Hors collection», 2002, p.182
1943 Gérard BLEANDONU ; Dictionnaire de psychiatrie sociale ; petite bibliothèque payot, Paris, 1976, pp.59-61
1944 Jean AYME, «La loi de 1975 et les réactions syndicales» *in* Jean-Paul ARVEILLER, *Pour une psychiatrie sociale*, Éditions Érès, «Hors collection», 2002, pp.183-184
1945 *Ibid.,* p.184
1946 *Ibid.,* p.184
1947 http://www.santementale.fr/actualites/deces-du-dr-brenard-jolivet.html

la loi.[1948] Ce groupe de travail rassemble toutes les disciplines intéressées c'est à dire les psychiatres, les infirmiers, les assistantes sociales et les psychologues[1949].

Les efforts des syndicats de psychiatres (Journées sur le thème Handicap et maladie mentale organisées à l'Hôpital de la Salpêtrière) et des autres professions concernées par cette loi s'avérèrent vains puisque celle-ci fut maintenue malgré l'espoir d'une éventuelle abrogation soulevé par l'arrivée, en 1981, au ministère de la santé de Jack RALITE[1950].

La loi du 30 juin 1975 déclencha donc, comme nous l'avons expliqué précédemment, l'ire d'un grand nombre de psychiatres. Néanmoins, comme le rappelle Pauline RHENTER : « L'opposition frontale des psychiatres au terme de handicap ne doit pas occulter leur volonté de participer au dispositif social que la loi de 1975 enjoint à inventer.[1951]»

L'auteur de la thèse rappelait également les nombreuses craintes des psychiatres relatives aux conséquences de l'application de la loi du 30 juin 1975 («[…] la crainte est vive d'une multiplication des structures d'assistance sans réelle dimension soignante.[1952]»). Puis l'auteur poursuivait son argumentation en évoquant une solution prévue par les psychiatres de service public: « Les psychiatres de service public envisagent comme remède à une possible démédicalisation des institutions à créer dans le cadre de la loi de 1975 par la participation du personnel de secteur au fonctionnement des nouvelles structures. Cette issue doit éviter une séparation entre malades aigus et chroniques tant combattue par les pionniers du secteur.[1953]»

La loi du 30 juin 1975 fut maintenue et les psychiatres sont contraints de s'y adapter *volens nolens.* Jean AYME expliqua comment la loi était devenue «incontournable[1954]» et

1948 Jean AYME, «La loi de 1975 et les réactions syndicales» *in* Jean-Paul ARVEILLER, *Pour une psychiatrie sociale*, Éditions Érès, «Hors collection», 2002, p.184
1949 *Ibid.*, p.184
1950 *Ibid*., p.184
1951 Pauline RHENTER, De l'institutionnel au contractuel: psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003) ; Lyon 2, 2004, p.221
1952 Pauline RHENTER, De l'institutionnel au contractuel: psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003) ; Lyon 2, 2004, p.221
1953 *Ibid.,* p.221
1954 Jean AYME, «La loi de 1975 et les réactions syndicales» *in* Jean-Paul ARVEILLER, *Pour une psychiatrie sociale*, Éditions Érès, «Hors collection», 2002, p.185

comment son application se généralisa à l'ensemble des professions du champ de la maladie mentale.

Il distinguait trois raisons majeures pour tenter d'expliquer ce qui a été considéré pour certains comme une reddition des psychiatres publics[1955] : « D'une part, les équipes de secteur ont leur place au sein des CDES et des COTOREP, ce qui permet de privilégier la logique soignante. D'autre part, les MAS [Maison d'Accueil Spécialisée] trouveront leur légitimation auprès d'un nombre croissant de collègues désireux d'alléger leurs services d'une pathologie lourde sédimentée depuis de longues années.
Enfin, […] la loi permet d'accorder aux malades une autonomie économique par l'allocation aux adultes handicapés. L'AAH va devenir un moyen de réinsertion sociale en ces temps de chômage en extension. C'est cet aspect financier qui fera le succès de la loi de 1975. […] [1956] »

La loi relative au handicap du 30 juin 1975 fut combattue avec ténacité par les syndicats de psychiatres et dans les années 1980, le débat sur cette loi continuait d'être actuel. Pour preuve, cette joute verbale, en 1984 lors d'une séance plénière de la Commission des maladies mentales, entre le Dr Romain LIBERMAN et le Pr Roger MISÈS. Le Dr LIBERMAN restait ferme sur ses convictions et considérait que la loi de 1975 contenait trop d'éléments ségrégatifs tandis que le Pr MISÈS estimait que la loi de 1975 comportait des éléments positifs qu'il fallait utiliser[1957].

Devant leur échec à empêcher la loi ou à la faire abroger, les psychiatres tentèrent d'utiliser le texte législatif à leur avantage. Ils ont réussi à en faire un «outil privilégié des équipes de secteurs[1958]». Jusqu'à la loi du 25 juillet 1985 premier texte législatif sur la sectorisation psychiatrique[1959], cette loi restera le seul texte sur lequel les psychiatres pourront s'appuyer. Ces derniers feront preuve d'un pragmatisme manifeste en intégrant la loi à leur quotidien de travail.

1955 Jean AYME, «La loi de 1975 et les réactions syndicales» *in* Jean-Paul ARVEILLER, *Pour une psychiatrie sociale*, Éditions Érès, «Hors collection», 2002, p.185
1956 .*Ibid.* p.185
1957 Compte-rendu de la réunion de la seconde séance plénière de la Commission des maladies mentales du 13 mars 1984, archives de la Direction Générale de la Santé, Archives nationales
1958 Jean AYME, «La loi de 1975 et les réactions syndicales» *in* Jean-Paul ARVEILLER, *Pour une psychiatrie sociale*, Éditions Érès, «Hors collection», 2002, p.186
1959 Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, chapitre II article 8

Il semble également important de préciser que face cette apparente unité de la psychiatrie, seule la position de l'Union de Familles de Malades Mentaux et de leurs Associations (UNAFAM) était discordante parmi les acteurs du soin aux malades psychiques opposés à la loi. Jean AYME notait que l'UNAFAM demandait, après son congrès de Reims en septembre 1976, «une application rapide de la loi, en particulier des articles 46 et 47.[1960]»

Chapitre 2: La consécration législative d'une réalité médicale et structurelle

La sectorisation psychiatrique existait règlementairement depuis 1960[1961] et dans la pratique des psychiatres désaliénistes depuis le début des années 1950. Par surcroit, elle était reconnue par l'essentiel des acteurs de la santé mentale comme l'unique politique d'organisation des soins psychiatriques en France. Si elle ne faisait pas l'unanimité dans le corps des psychiatres, une grande majorité d'entre eux la reconnaissait comme la meilleure solution de diffusion de soins psychiatriques publics de qualité. C'était également la position officielle de l'administration sanitaire et des ministres de la santé successifs qui s'engagèrent par voie règlementaire à la voir se développer sur l'ensemble du territoire national.

Toutefois, le système mis en place depuis la circulaire du 15 mars 1960 recelait de multiples imperfections qu'il convenait de corriger. Ces imperfections étaient notamment d'ordre budgétaire puisque l'organisation sectorielle maintenait une dichotomie contestable en matière de financement. En effet, avant la loi du 31 décembre 1985, les activités psychiatriques extrahospitalières dépendaient depuis la loi du 22 juillet 1983[1962] de financements étatiques (depuis 1955[1963] les départements avaient à charge les dépenses d'aide sociale et l'Etat les remboursait à hauteur d'environ 80%[1964]) alors que les dépenses d'hospitalisation (à temps plein ou à temps partiel) étaient assumées par

1960 Jean AYME, «La loi de 1975 et les réactions syndicales» *in* Jean-Paul ARVEILLER, *Pour une psychiatrie sociale*, Éditions Érès, «Hors collection», 2002, p.182
1961 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Collection Que sais-je ?, Presses Universitaires de France ; Paris, 1994, p.35
1962 Loi n°83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat
1963 Décret n°55-571 du 20 mai 1955 sur la prophylaxie des maladies mentales pris dans le cadre des pouvoirs spéciaux accordés au Gouvernement par la loi 55349 du 02-04-1955
1964 Jean AYME, «La loi de réforme hospitalière et le budget global» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.60, numéro spécial, novembre 1984, p.1135

l'Assurance maladie[1965]. La séparation stricte des deux sources de financement empêchait tout transfert budgétaire de l'hôpital vers les structures de soins externes et cette impossibilité freinait considérablement le développement des alternatives à l'hospitalisation à temps plein voulu par l'esprit même de la sectorisation psychiatrique.

A partir de 1981, un contexte politique nouveau s'ouvrit pour la reconnaissance de la sectorisation psychiatrique. Le discours du ministre de la Santé Jack RALITE à Rouen en octobre 1981 donna matière à de grandes attentes qui furent assez vite déçues par un pragmatisme économique. Toutefois, ce pragmatisme économique n'empêcha pas certaines évolutions législatives préparatoires à une légalisation du secteur psychiatrique. En effet, la loi n°83-663 du 22 juillet 1983 opérait un transfert de compétences vers l'Etat de la lutte contre les maladies mentales ; ce qui constituait un changement de paradigme majeur dans le financement de l'organisation des soins psychiatriques. Ce texte de loi représentait un prélude à l'unification totale des activités intra-hospitalières et extrahospitalières.

En 1985, à la demande des psychiatres des hôpitaux (notamment par la voix du Syndicat des Psychiatres Hospitaliers), la voie législative est choisie par les pouvoirs publics pour sanctuariser la politique de sectorisation psychiatrique dans l'ordre juridique français[1966]. La loi du 25 juillet 1985, dans son article 8, légitima légalement le secteur psychiatrique. La loi du 31 décembre 1985, consacrée exclusivement à la sectorisation, définira avec précision la volonté gouvernementale en matière d'organisation de la psychiatrie (**Section 2**).

Cette légalisation de la sectorisation psychiatrique sera précédée, en 1982, d'un rapport fondamental dans l'histoire de la psychiatrie française : le rapport Demay. Ce rapport fut réalisé par une commission convoquée par le psychiatre Jean DEMAY. Cette commission était composée, pour l'essentiel, de psychiatres désaliénistes connus (notamment Lucien BONNAFÉ, Hubert MIGNOT, Pierre BAILLY-SALIN, Tony LAINÉ...). La commission Demay livra un court et riche rapport où seront analysées les grandes questions de la psychiatrie. Des propositions originales et novatrices seront faites. Peu

1965 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.82
1966 Jean-Paul TACHON, «Secteurs et destins des secteurs»; *L'Information Psychiatrique,* Vol.62, n°7, Septembre 1986, p.874

seront reprises mais l'influence de ce rapport, écarté par la suite, sur la psychiatrie française fut prépondérante. (**Section 1**)

Section 1: Les prémices d'une sectorisation psychiatrique sous l'angle législatif: le rapport Demay

A la fin des années 1970, la politique de sectorisation psychiatrique n'était plus contestée que par une minorité de psychiatres. Toutefois, son égale diffusion sur l'ensemble du territoire français demeurait un objectif à atteindre pour les pouvoirs publics. Ces mêmes pouvoirs publics décidaient dès 1979 de rationaliser l'outil sanitaire français en mettant en place une politique volontaire de réduction des dépenses de santé (2% par an)[1967].

Cet effort d'économies et de rationalisation prit des formes concrètes dès 1980 et l'annonce faite par le ministre de la Santé Jacques BARROT de supprimer 40000 lits dans les services de psychiatrie[1968]. Cette suppression pourrait être interprétée comme un message fort du Gouvernement en faveur de la deshospitalisation des services de psychiatrie. Pourtant, lors de cette annonce faite à l'occasion des entretiens de Bichat, le ministre de la Santé ne donna aucune précision sur ce qui viendrait compenser la suppression de ces dizaines de milliers de lits[1969].

Il serait exagéré de dire que le contexte général de la fin des années 1970 et du début des années 1980 fut défavorable à la politique de sectorisation psychiatrique. Néanmoins, la rigueur budgétaire, en partie due à la crise pétrolière, commençait à se faire sentir dans le monde médical et la suppression de 40000 lits en psychiatrie sans contrepartie annoncée ajoutée à la baisse programmée des dépenses de santé s'avéraient constituer des facteurs de préoccupation légitime pour les acteurs de la santé mentale.

1967 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, 2006, p.142
1968 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Collection Que sais-je ?, Presses Universitaires de France ; Paris, 1994, p.44
1969 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, 2006, p.142

A cette baisse de budget et cette suppression de lits d'hospitalisation, il convient de préciser que si les médecins-chefs de secteur étaient nommés, les secteurs eux n'étaient pas tous découpés. De plus, les créations de structures (hors dispensaires) dans les services extrahospitaliers étaient peu nombreuses et l'hospitalo-centrisme demeurait omniprésent[1970].

Avant l'élection présidentielle de 1981, la situation de la psychiatrie française était donc mitigée et l'issue de cette élection n'était pas neutre sur l'évolution future de l'organisation de cette discipline médicale si particulière. En mai 1981, les électeurs français portèrent au plus haut poste de l'Etat le candidat du Parti socialiste : François MITERRAND. Les élections législatives suivantes donnèrent au président nouvellement élu une confortable majorité parlementaire. Le Président de la République nomma, le 22 juin 1981, Pierre MAUROY au poste de Premier Ministre. Ce dernier réunit un cabinet composé de 47 membres (26 ministres et 21 secrétaires d'État) dont quatre communistes parmi lesquels Jack RALITE, ministre de la Santé.

Jack RALITE aborda ses fonctions de ministre de la Santé avec pragmatisme mais aussi avec une réelle volonté de poursuivre la mutation de la psychiatrie française entamée dès 1945. Il fut, au début de ses fonctions, apprécié par les médecins psychiatres les plus novateurs[1971]. Son passage au ministère de la Santé généra beaucoup d'espoirs au sein de la communauté des soignants en psychiatrie. Par manque de temps ou par réalisme économique, ces espoirs placés dans le discours de Sotteville-lès-Rouen du 12 octobre 1981 ne se concrétisèrent pas. Toutefois, lors de son passage au ministère de la Santé, Jack RALITE eut le temps de convoquer une commission autour de Jean DEMAY[1972]. Cette commission rédigea un rapport contenant des analyses de la situation de la santé mentale en France et des propositions novatrices destinées à accélérer le processus de sectorisation (**Paragraphe 1**).

Au sein de la liste des nombreux rapports qui jalonnèrent l'histoire sanitaire de la seconde partie du 20ème siècle, ce rapport a incontestablement une place à part pour

1970 Guy BAILLON, intervention aux Journées de mars de l'Association de Formation et de Recherche des Personnels de Santé des Hautes Alpes (AFREPSHA), Laragne, 23 mars 2006 ; http://ancien.serpsy.org/histoire/baillon_demay.html
1971 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, 2006, p.144
1972 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Collection Que sais-je ?, Presses Universitaires de France ; Paris, 1994, p.45

plusieurs raisons. D'abord, le rapport Demay[1973] fut le premier rapport à proposer des mesures en rapport direct avec l'esprit des fondateurs de la psychiatrie de secteur[1974] (la présence de Lucien BONNAFÉ et d'Hubert MIGNOT au sein de la commission rédactrice du rapport ne fut pas sans influence sur son contenu). Parmi ces mesures inspirées de " l'esprit du secteur ", il convient de citer l'innovation la plus marquante : l'établissement public de secteur. Cet établissement public de secteur devait être au centre d'un nouveau cadre juridique qui aurait dépouillé les centres hospitaliers spécialisés d'une partie de leurs prérogatives ; proposition radicale qui fut peut-être à l'origine de la confidentialité imposée au rapport Demay[1975].

Puis, l'originalité du rapport provint aussi de sa nature même. Contrairement aux autres rapports ministériels sur la situation de la psychiatrie en France (et notamment celui qui le précède, le rapport Gallois-Taïb de 1980) le rapport Demay étudiait strictement le champ de la santé mentale et n'évoquait que très brièvement le thème de la fonction de la psychiatrie dans l'organisation sanitaire[1976] (**Paragraphe 2**).

Enfin, le rapport Demay se distingua des autres rapports sur la psychiatrie par le sort qui lui fut réservé par ses commanditaires. En effet, le rapport Demay, remis au ministre en juillet 1982[1977], ne fut publié qu'un an après de façon très discrète dans une revue professionnelle (*Vie Sociale et Traitements* du mois de juillet 1983)[1978]. Après la diffusion officieuse du rapport, le nouveau secrétaire d'État à la santé, Edmond HERVÉ décida de faire publier le texte officiellement mais il n'en fit nullement mention dans son discours d'ouverture de la Commission des maladies mentales en décembre 1983.[1979] (**Paragraphe 3**)

1973 Une voie française pour une psychiatrie différente, Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982
1974 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, 2006, p.144
1975 Guy BAILLON, « Les réformes ratées de la psychiatrie depuis la commission Demay » ; *VST- Vie Sociale et Traitements*, 2016/4, n°132, p.117
1976 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé Paris, 1987, p.280
1977 Guy BAILLON, « Les réformes ratées de la psychiatrie depuis la commission Demay » ; *VST- Vie Sociale et Traitements*, 2016/4, n°132, p.117
1978 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Collection Que sais-je ?, Presses Universitaires de France ; Paris, 1994, p.46
1979 Marcel JAEGER, *La psychiatrie en France* ; Syros/Alternatives, Paris, 1989, p.22

Paragraphe 1: Un contexte favorable ?

> « L'homme et le sort qui lui est fait, qu'il s'agisse du du soigné ou du soignant, doivent demeurer, en tout cela, la préoccupation et la référence essentielles.[1980] »
>
> Rapport Demay

> « Le problème de l'hôpital psychiatrique est un point central de notre travail, car la crise de la psychiatrie y culmine et c'est dans ce lieu qui est toujours le théâtre essentiel de la folie que le pourrissement, parfois programmé, nous pose le plus de problème.[1981] »
>
> Rapport Demay

L'arrivée des partis de gauche au pouvoir en 1981 (victoire lors de l'élection présidentielle et lors des élections législatives qui suivirent) suscitèrent un espoir important au sein des équipes de soins psychiatriques. Toutefois, il s'avérera que ces espoirs seront rapidement déçus puisque le pragmatisme économique et politique prendra vite le pas sur les évolutions attendues par le corps soignant et envisagées par les programmes politiques[1982].

En 1980, parut le programme de gouvernement du Parti socialiste pour les élections présidentielles et législatives[1983]. Ce programme mentionnait l'ensemble des réformes que compte entreprendre ce parti politique une fois élu. Parmi ces réformes, le cas de la psychiatrie est évoqué. Le programme socialiste projetait l'abrogation de la loi de 1838 et le développement de la psychiatrie de secteur[1984].

A la suite du second tour des élections législatives de 1981 (21 juin), le Parti socialiste obtint la majorité des sièges à l'Assemblée nationale et un nouveau gouvernement fut nommé. Ce sera le gouvernement Mauroy 2 (du nom du Premier

1980 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.23
1981 *Ibid*., p.23
1982 Marcel JAEGER, *La psychiatrie en France* ; Syros/Alternatives, Paris, 1989, p.21
1983 Parti socialiste, *Projet socialiste pour la France des années 80* ; Club socialiste du livre, Paris, 1980
1984 *Ibid*., p.334

ministre socialiste Pierre MAUROY). Au sein de ce gouvernement, furent nommés quatre ministres communistes dont le ministre de la Santé, Jack RALITE[1985] (23 juin 1981). Jack RALITE restera un peu plus d'an à ce poste ministériel (29 juin 1982).

Son arrivée au Ministère de la Santé marqua un retour de la primauté de l'alliance entre administration centrale et praticiens de la psychiatrie. Le psychiatre Guy BAILLON note que « des contacts sont pris entre les différents acteurs de la psychiatrie, en particulier avec Lucien Bonnafé, Hubert Mignot, et Jean Demay, membres actifs du Syndicat des psychiatres des hôpitaux en effervescence, et l'administration centrale du ministère, avec Marie-Rose Mamelet, sous-directrice de l'organisation des soins.[1986]»

Peu de temps après sa nomination au poste de ministre de la Santé, Jack RALITE chargeait Jean DEMAY (psychiatre au Centre hospitalier spécialisé Charles-Perrens de Bordeaux, membre de la direction du Syndicat des psychiatres des hôpitaux[1987]) de constituer une commission de travail sur la situation de la psychiatrie en France (« C'est lui [Jack RALITE] qui signe la lettre de mission à Jean Demay[1988] ») et ce afin de produire un rapport devant servir à une éventuelle réforme d'ampleur de la santé mentale en France . Cette commission se devait d'être très différente de toutes les structures de réflexion précédentes. Elle s'est constituée dans « un monde de la psychiatrie encore majoritairement stagnant dans les logiques asilaires et les suffisances académiques[1989] ».

A cet effet, dès août 1981, de nombreux psychiatres furent informés par Jean DEMAY et Marie-Rose MAMELET de la tenue d'une réunion d'un groupe de travail de la Commission des maladies mentales le 2 octobre 1981 au Ministère de la Santé[1990]. Cette réunion du 2 octobre 1981 au Ministère de la Santé peut être considérée comme préparatoire à ce qui devait devenir la Commission Demay.

Dix jours après cette réunion au Ministère de la Santé, à Sotteville-lès-Rouen (ville

1985 Charles ALEZRAH « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'Information psychiatrique*, vol. Volume 85, no. 6, 2009, p.511
1986 Guy BAILLON, «Les réformes ratées de la psychiatrie depuis la commission Demay» ; VST-*Vie Sociale et Traitements*, 2016/4 (n°132), p.116
1987 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, 2006, p.144
1988 Charles ALEZRAH « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'Information psychiatrique*, vol. Volume 85, no. 6, 2009, p.511
1989 Bernard DORAY, *Psychopathologie du travail* ; Éditions Érès, Toulouse, 2011, p.24
1990 Guy BAILLON, «Les réformes ratées de la psychiatrie depuis la commission Demay» ; *Vie Sociale et Traitements*, 2016/4 (n°132), p.116

où Lucien BONNAFÉ dirigea l'hôpital psychiatrique de la Seine-Maritime[1991]), Jack RALITE prononça un discours sur la psychiatrie (« Largement rédigé par [Tony] Lainé[1992] ») qui restera célèbre. C'est un « discours militant […] pour une psychiatrie hors des murs de l'asile, s'appuyant sur les citoyens, dans le respect de la dignité de l'homme. Ce texte se diffuse aussitôt […] : la psychiatrie à l'honneur ![1993]». Le discours de Sotteville-lès-Rouen s'achevait par une citation éminemment symbolique d'Antonin ARTAUD[1994] : « un aliéné est aussi un homme que la société n'a pas voulu entendre et qu'elle a voulu empêcher d'émettre d'insupportables vérités[1995] ».

Dans ce discours, le ministre de la Santé reprit avec sincérité et enthousiasme les demandes constantes de la majorité des psychiatres français : l'abrogation de la loi du 30 juin 1838 et le développement de la sectorisation psychiatrique[1996]. Son discours, éminemment politique, eut également le mérite, pour de nombreux psychiatres, d'émettre une critique sérieuse de la loi contestée du 30 juin 1975[1997]. Il convient de rappeler que cette loi avait fait, au sein de la communauté des psychiatres, la quasi-unanimité contre elle. C'est pour cette raison que certains psychiatres pensèrent légitimement que ce discours serait la première étape vers son abrogation (« Confortés par le discours de Jack Ralite à Sotteville-lès-Rouen, tout nous paraît possible pour la psychiatrie, y compris l'abrogation de la loi de 1975.[1998] »).

C'est donc dans un contexte politique favorable à la psychiatrie de secteur que les travaux de la "Commission Demay" commencèrent en septembre 1981[1999]. Ce contexte favorable dura pendant toute la période de réunion des membres de la commission et de rédaction du rapport final, achevé et présenté en juillet 1982. En effet, près de deux mois

1991 Lucien BONNAFÉ, «*La traversée du désert. Le psychiatre pèlerin: Sotteville (1947-1956) » in* Lion MURARD, François FOURQUET*, Histoire de la psychiatrie de secteur* ; *Recherches* n°17, Mars 1975, pp.157-163

1992 Danielle PAPIAU, *Psychiatrie, psychanalyse et communisme. Essai de sociobiographie des psychiatres communistes (1924 – 1985)* ; Université Paris 10 Nanterre, 2017, p.377

1993 Guy BAILLON, «Les réformes ratées de la psychiatrie depuis la commission Demay» ; *Vie Sociale et Traitements*, 2016/4 (n°132), p.116

1994 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, 2006, p.144

1995 Antonin ARTAUD, *Van Gogh le suicidé de la société* ; Œuvres complètes, Collection Blanche, Gallimard, tome XIII, Paris, 1974, p.17

1996 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE ; *Le secteur psychiatrique* ; Collection Que sais-je ?, Presses Universitaires de France ; Paris, 1994, p.45

1997 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, 2006, p.144

1998 Jean AYME, «La loi de 1975 et les réactions syndicales» *in* Jean-Paul ARVEILLER *; Pour une psychiatrie sociale,* Éditions érès, «Hors collection», 2002*,* p.184

1999 Guy BAILLON, intervention aux Journées de mars de l'Association de Formation et de Recherche des Personnels de Santé des Hautes Alpes (AFREPSHA), Laragne, 23 mars 2006 ; http://ancien.serpsy.org/histoire/baillon_demay.html

avant la publication du rapport Demay, le 12 mai 1982, le gouvernement adopta, en Conseil des ministres, sur proposition du ministre de la Santé, la charte de la santé[2000] qui définit, pour la psychiatrie, des orientations relevant de la promotion de la sectorisation psychiatrique et du désaliénisme.

La commission "Demay", constituée de trente personnes («trente amis»[2001]), était essentiellement composée de psychiatres (Marie et Jean DEMAY, Hubert MIGNOT, Tony LAINÉ, Lucien BONNAFÉ, Guy BAILLON, Pierre BAILLY-SALIN, André BOURGUIGON, Gérard BLÈS, Bernard CHOURAQUI, Bernard DORAY, Claude FORZY, Sébastien GIUDICELLI, André GREEN, Claude JEANGIRARD, Dimitri KARAVOKYROS[2002], Roger MISÈS, Jean-Jacques MOITIÉ, Pierre NOËL, Hubert FLAVIGNY, Serge LECLAIRE)[2003] mais aussi d'une haute fonctionnaire (Marie-Rose MAMELET), d'un juriste (Roland WEYL, avocat), d'un cinéaste (Daniel KARLIN), d'un universitaire (Guy BRAIBANT, professeur à l'Institut d'Etudes Politiques de Paris[2004]) de personnalités proches du monde du soin (M.LEMERO, P.LILLY, Jacky MOURGES, S.JULIAN).

La commission Demay eut quinze séances de travail entre septembre 1981 et juin 1982. A la différence des précédentes commissions ayant produit des rapports dans le domaine de la santé publique[2005], la commission Demay se préoccupa exclusivement du domaine de la santé mentale en évoquant très brièvement la place de la psychiatrie dans l'organisation générale des soins[2006]. Les travaux de la commission furent coordonnés par les époux DEMAY[2007], tous deux exerçant leur profession à l'hôpital psychiatrique du département de la Gironde[2008].

2000 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.280
2001 Guy BAILLON, intervention aux Journées de mars de l'Association de Formation et de Recherche des Personnels de Santé des Hautes Alpes (AFREPSHA), Laragne, 23 mars 2006 ; http://ancien.serpsy.org/histoire/baillon_demay.html
2002 Dimitri KARAVOKYROS, « Le rôle du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques dans la mise en place du secteur » ; *Sud/Nord*, vol. 25, no. 1, 2010, p.102
2003 Lucien BONNAFÉ, *Psychanalyse de la connaissance* ; Éditions Érès, Toulouse, 2002, p.78
2004 Danielle PAPIAU, *Psychiatrie, psychanalyse et communisme. Essai de sociobiographie des psychiatres communistes (1924 – 1985)* ; Université Paris 10 Nanterre, 2017, p.378
2005 Pierre GALLOIS, Alain TAÏB, *De l'organisation du système de soins: Rapport au ministre de la Santé* ; Paris: La Documentation Française, 1981, 256 pages
2006 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.280
2007 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.1
2008 «Marie Demay », *L'information psychiatrique*, vol. Volume 92, no. 3, 2016, pp. 253-254

Les travaux au sein de la commission furent un peu désordonnés au début (« au départ nos débats allaient-ils dans tous les sens[2009] ») mais très rapidement les grands axes de travail allaient être déterminés. La commission se divisa en sous-groupes qui durent présenter le fruit de leurs travaux en commission plénière[2010].

Pendant sa période de travail, la commission fut, involontairement, déstabilisée par ce que Guy BAILLON nomme « la pression ambiante[2011] ». En effet, en décembre 1981, le ministère de la Santé lui demanda, pour le ministère des Finances, des propositions pour le budget de 1983 puis en avril une autre demande fut reçue par la commission. Cette dernière concernait le ministère de la Justice qui souhaitait réformer le Code pénal[2012]. Ces demandes furent déstabilisatrices pour la "commission Demay" puisqu'elles devaient être traitées dans l'urgence et la détournaient donc de son objectif originel.

Malgré ces perturbations sporadiques et qui ne furent qu'anecdotiques dans son histoire, "la commission Demay" réussit à rendre son rapport en juillet 1982[2013]. Elle put résister à ces interférences en bénéficiant, selon Guy BAILLON, d'un contexte très favorable suscité par le discours de Sotteville-lès-Rouen de Jack RALITE. Le psychiatre parisien s'enthousiasma en déclarant que : « Le souffle de ce discours va soutenir les travaux de la commission pendant que […] la "base" des soignants des hôpitaux et des secteurs […] va se mobiliser.[2014] ». De plus, il convient de préciser que pendant la durée des travaux de la commission, «Les CEMÉA [Centre d'Entrainement aux Méthodes d'Education Active] vont organiser des Assises nationales décentralisées dont […] les textes […] nourriront les travaux de la commission.[2015]».

2009 Guy BAILLON, intervention aux Journées de mars de l'Association de Formation et de Recherche des Personnels de Santé des Hautes Alpes (AFREPSHA), Laragne, 23 mars 2006 ; http://ancien.serpsy.org/histoire/baillon_demay.html
2010 *Ibid*.,
2011 *Ibid*.,
2012 *Ibid*.,
2013 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.280
2014 Guy BAILLON, «Les réformes ratées de la psychiatrie depuis la commission Demay» ; *Vie Sociale et Traitements*, 2016/4 (n°132), p.116
2015 *Ibid.,* p.116

Paragraphe 2 : Un rapport court et novateur

Comparé aux textes précédents de même nature, le texte du rapport de la "commission Demay" présenté au ministre de la Santé était court (quarante-cinq pages) et se divisait en un préambule, une introduction et sept chapitres. Ce rapport symbolisait la quintessence des idées novatrices de la psychiatrie sectorisée et synthétisait « la quasi-totalité des aspirations progressistes de la profession[2016] ».

Dès son préambule, le rapport annonçait son orientation éminemment humaniste (« La psychiatrie […] sera d'une fécondité novatrice où chaque soignant ou soigné peut disposer et jouir de sa responsabilité de sujet dans la démocratie et la liberté dans et par le rapport à l'autre : une rupture complète avec l'avant…[2017] ») puisqu'elle définissait le champ d'action de la psychiatrie comme étant celui de l'apaisement de la souffrance psychique («La psychiatrie a un domaine propre la souffrance psychique[2018] »).

Pourquoi progressiste ? Au début des années 1980, nombreux étaient encore les psychiatres et les responsables ministériels à voir la psychiatrie uniquement comme un gardien et un garant de l'ordre public qui maintiendrait les malades psychiques dans des institutions contenantes. La loi du 30 juin 1838 sur les aliénés était encore la référence pour les acteurs du champ psychiatrique.

A la suite du préambule, l'introduction du rapport Demay énonçait les raisons pour lesquelles la psychiatrie française devait s'orienter dans une voie nouvelle. Ce changement était dû au patient, à l'homme malade mental qui, jusqu'à l'écriture du rapport, avait été, selon ses rédacteurs, « trop souvent méconnu, négligé, rejeté et malmené[2019] ».

Dès l'introduction, les rédacteurs du rapport Demay abordèrent un thème cher aux psychiatres désaliénistes : l'abrogation de la loi du 30 juin 1838[2020] et conséquemment

2016 Danielle PAPIAU, *Psychiatrie, psychanalyse et communisme. Essai de sociobiographie des psychiatres communistes (1924 – 1985)* ; Université Paris 10 Nanterre, 2017, p.378
2017 Guy BAILLON, intervention aux Journées de mars de l'Association de Formation et de Recherche des Personnels de Santé des Hautes Alpes (AFREPSHA), Laragne, 23 mars 2006 ; http://ancien.serpsy.org/histoire/baillon_demay.html
2018 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.1
2019 *Ibid*., pp.2-3
2020 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, 2006, p.145

l'abolition de toute la logique asilaire et déshumanisante qu'elle portait en elle (« cette exigence de renouveau pourra et devra, définitivement, abolir […] la loi de 1838 et son asile qui avaient mis en forme et en actes cette pratique de l'exclusion méthodique et systématique.[2021] »). À ce titre, il semble important de noter que Lucien BONNAFÉ était un des psychiatres les plus farouchement opposés à la survivance de la loi de 1838 et s'émouvait que les tentatives de réforme du texte eussent eu si peu de considération les principaux intéressés. A ce sujet, il avait repris depuis longtemps et avec conviction une réflexion de son grand-père l'aliéniste iconoclaste Maxime DUBUISSON («J'en ai assez d'entendre parler d'une réforme de la législation SUR les aliénés, et j'attends que l'on veuille bien parler d'une législation POUR les aliénés»)[2022].

Le rapport était explicite sur sa vision de l'organisation idéale de la psychiatrie en France. Il ne fait aucun doute que la psychiatrie de secteur était le seul choix possible pour sortir de dizaines d'années de pratiques archaïques et conservatrices (« Cette voie nouvelle constitue et légitime la pratique psychiatrique de secteur[2023] »). Pour le rapport, la symbiose est parfaite: la voie nouvelle de la psychiatrie était assimilable à l'organisation sectorielle et à sa pratique.

Puis l'introduction abordait la question de la formation des médecins psychiatres. En effet, celle-ci serait également à repenser puisque les dernières évolutions pratiques et théoriques avaient bouleversé la compréhension de la pathologie mentale.

À ce titre, le rapport suggérait que « l'étude du fonctionnement mental dans son milieu naturel, […] le contact avec les équipes[2024] » deviennent des nouveaux apports au savoir des futurs praticiens de la psychiatrie. Cette idée de réajustement du parcours de formation des psychiatres était en phase avec l'évolution des thérapies qu'a connu la psychiatrie au cours des dernières années.

Les rédacteurs du rapport, s'ils suggèrent des améliorations à l'organisation déjà en place, voulaient faire œuvre de révolution humaniste dans leur spécialité. En effet, ils

2021 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.3
2022 Lucien BONNAFÉ, *Livre blanc de la psychiatrie*, Tome 2 ; Privat, Toulouse, 1967, p.127
2023 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.3
2024 *Ibid*., p.3

considéraient que « Que tout est à inventer, en France, pour instaurer une rupture dans la façon de considérer la folie, la maladie mentale, les diverses formes et expressions de la souffrance psychique. ».[2025] ''Tout est à inventer''. C'est dans cette formule que résidait une partie de l'esprit de ce rapport novateur et rénovateur de la psychiatrie française.

La psychiatrie française était, selon les auteurs du rapport, malade de son lien ombilical avec la structure asilaire. Même si ce lien tendait s'affaiblir au moment de la rédaction du rapport, la psychiatrie française restait trop attachée à son successeur:
« l'habit d'emprunt anatomoclinique et hospitalocentrique du modèle médical.[2026] ».

C'est cette partie centrale du rapport qui fut confiée à Dimitri KARAVOKYROS, membre du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques (« […] lui-même [Jean DEMAY], Hubert Mignot et Lucien Bonnafé me chargèrent de travailler et de rédiger la partie concernant l'évolution de l'hôpital psychiatrique. Cette partie était intitulée ''Abolir l'asile''[2027]. »). Le choix de ce psychiatre n'était pas anodin puisque le Dr KARAVOKYROS était un jeune psychiatre éminemment connu pour son militantisme syndical et désaliéniste.

Il est intéressant d'observer que les rédacteurs du rapport, dont un grand nombre furent des psychiatres, insistaient avec force sur l'appartenance de la psychiatrie à la médecine (« La psychiatrie demeure une discipline médicale[2028] »). Ce rappel n'était pas anodin puisque la psychiatrie a souvent fait l'objet de railleries de la part des autres disciplines médicales quant à sa réelle appartenance à la science médicale.

Puis l'introduction du rapport évoquait le domaine d'action de la psychiatrie ainsi que celui du psychiatre. Le psychiatre a un rôle et une place précise dans l'organisation sanitaire. S'il ne doit pas outrepasser ses compétences et ses fonctions, *a contrario,* il ne doit pas être écarté de certaines situations ou rencontres. Pour les rédacteurs du rapport, l'absence d'intervention du psychiatre est plus dangereuse qu'une intervention intempestive de ce dernier (« A l'enseigne d'une *psychiatrisation abusive*, on a parfois

2025 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.3
2026 *Ibid*., p.4
2027 Dimitri KARAVOKYROS « Le rôle du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques dans la mise en place du secteur », *Sud/Nord*, vol. 25, no. 1, 2010, p.102
2028 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.4

contesté la place du psychiatre dans telle ou telle rencontre. Le danger est bien moins grand de cet abus que celui d'erreurs commises faute d'un avis psychiatrique.[2029] »).

Dans la suite de l'introduction du rapport, les rédacteurs jugèrent utile de rappeler que la maladie mentale n'était pas la seule victime du « phénomène d'intolérance, de malmenage et de rejet[2030] » puisque la vieillesse et le handicap subissaient un sort analogue. Ils relevaient également que l'amélioration de la situation de la prise en charge efficiente de ces trois vulnérabilités sociales requerrait l'accomplissement immédiat d' « un effort considérable[2031] ».

Comme évoqué précédemment, l'introduction permit aux membres de la "commission Demay" d'établir un panorama succinct de la situation de la santé mentale en France. Ils énumèrent donc les différentes questions relatives à cette problématique de santé publique. Les questions abordées dans la suite de l'introduction furent les suivantes: le coût de l'asile, la recherche en psychiatrie, la relance de la Commission des maladies mentales, la nature des pratiques des psychiatres (privée ou publique).

Le coût de la santé a toujours été un élément déterminant dans les choix opérés par le législateur sanitaire. Depuis la création de la Sécurité sociale en 1945, le coût de la santé est à la charge de la collectivité par l'intermédiaire des cotisations sociales. Le législateur est donc sensible à l'argument financier, y compris en psychiatrie où les transformations structurelles sont défendues par les psychiatres d'un point de vue économique et non d'un point de vue clinique[2032].

Les membres de la "commission Demay" connaissaient fort bien ce tropisme du législateur en santé publique puisque nombre d'entre eux avaient œuvré au ministère de la Santé (Lucien BONNAFÉ, Georges DAUMÉZON, Hubert MIGNOT notamment). Il n'est donc pas anodin de voir le rapport mentionner la gabegie financière que représentait, à ses yeux, le maintien d'une politique asilaire (« Le phénomène asilaire dépense

2029 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.4
2030 *Ibid*., p.5
2031 *Ibid*., p.5
2032 Marcel JAEGER*, Le désordre psychiatrique ;* Payot*,* Paris, 1981*,* p.124

énormément et dépense fort mal[2033] ») et ainsi pouvoir souhaiter sa fin (« C'est là un des intérêts de sa disparition[2034] »).

La gabegie générée par le maintien de la politique asilaire en France ne serait pas seulement coûteuse sur le plan financière (« à côté de ce gâchis financier scandaleux, se développe aussi un gâchis humain dramatique[2035] ») ; elle le serait aussi sur le plan humain puisque les patients se débattraient au sein d'une institution non seulement symbole d'une conception obsolète de la psychiatrie mais aussi créatrice de chronicité irrémissible (« le phénomène asilaire […] sécrète la plaie ruineuse et inhumaine de la chronicité maintenue[2036] »).

La référence à une future (et très hypothétique) disparition de la politique asilaire était un réel marqueur idéologique au sein des acteurs du soin en santé mentale (psychiatres, infirmiers, fonctionnaires du ministère de la Santé). En effet, malgré l'arrêté du 14 mars 1972[2037] et l'obligation pour chaque département d'établir des conventions de secteur, nombreux sont les freins (localement) au développement de la politique extrahospitalière en matière de soins psychiatriques. L'hospitalo-centrisme et la référence à l'institution comme solution face aux troubles psychiques demeuraient pour de nombreux psychiatres, les personnels administratifs et les politiciens la seule et unique vision du soin en matière de traitement de la maladie mentale. L'asile avait disparu dans les textes depuis 1937 mais sa logique demeurait.

Le rapport évoquait ensuite le retard pris par la psychiatrie en matière de recherche. Ce retard était analysé comme étant consubstantiel à la discipline (« des raisons qui tiennent à sa nature[2038] ») mais aussi comme résultant d'une histoire particulière. Ce retard serait à l'origine d'un préjudice important pour la profession. Le rapport suggérait ici de rattraper ce retard (« Réparer, cela devient de la plus grande urgence [2039]») mais ne proposait pas, encore, de moyens pour y parvenir.

2033 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.7
2034 *Ibid*., p.7
2035 *Ibid*., p.7
2036 *Ibid*., p.7
2037 Arrêté du 14 mars 1972 fixant les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies
2038 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.7
2039 *Ibid*., p.7

Le rapport revint ensuite sur la Commission des maladies mentales (dont nombre des membres de la Commission avaient fait partie) afin de proposer une refonte de sa composition (« élargie surtout aux diverses catégories professionnelles travaillant dans ce domaine[2040] ») et ce pour lui permettre de retrouver un fonctionnement plus efficace (« elle pourrait redevenir le lieu d'élaborations remarquables qu'elle a été par le passé.[2041] »).

Pour achever sa réflexion introductive, le rapport de la "commission Demay" rappelait la diversité de la psychiatrie française. Cette diversité est liée à l'histoire de la psychiatrie française en elle-même mais également à la nature des principes juridiques généraux voulus par le législateur fondateur de l'Assurance-Maladie. En effet, un des principes fondateurs du système de santé français est le libre choix, par l'assuré social, de son praticien[2042]. Ce principe avait permis un développement régulier et juste de la médecine libérale aux côtés de la médecine de service publique. La psychiatrie n'échappa pas à cette règle.

Le développement serein d'une pratique libérale en psychiatrie n'avait pas pour autant amputé les hôpitaux psychiatriques de tous leurs meilleurs praticiens. En effet, nombre de médecins psychiatres (et les jeunes particulièrement) avaient choisi les «temps partagés entre une pratique de cabinet et un travail d'équipe dans les structures publiques, parapubliques[2043] »).

Dans son chapitre 1, le rapport se proposait de construire une éthique pour la psychiatrie. La construction de cette éthique reposait inévitablement la mise en place et l'explicitation de principes qui permettront aux lecteurs de mieux appréhender les développements ultérieurs du rapport.

Le premier chapitre débutait par un rappel du vocabulaire utilisé par les politiques lorsqu'ils s'expriment en matière de psychiatrie. Ces mots étaient consensuels mais il était important de les citer car ils permettaient de mesurer le chemin idéologique et sémantique parcouru par la classe politique en quelques dizaines d'années : « Liberté et solidarité,

2040 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.7
2041 *Ibid*., p.7
2042 Jean-Marc PANFILI, « Le libre choix du médecin en psychiatrie. Condition indispensable du consentement aux soins », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 116, no. 4, 2012, pp. 103-106.
2043 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.7

libre choix et libre accès pour tous aux meilleurs soins, disparition des ségrégations, dépérissement des asiles psychiatriques.[2044] ».

Ces termes n'avaient évidemment pas été choisis par hasard. Ils étaient le point de départ de propositions que le rapport résumera en trois axes de travail. Ces propositions devaient permettre de rendre plus humain, plus efficace et plus ouvert sur la communauté le soin dispensé aux « personnes souffrant de troubles psychiques et affectifs et présentant des conduites pathologiques.[2045] ».

C'est dans ce chapitre que la référence fondamentale du rapport était évoquée. En effet, nombre des membres de la commission Demay furent des ardents défenseurs de la circulaire du 15 mars 1960. Cette circulaire, résultat de l'alliance objective entre des psychiatres refusant les dérives de la prise en charge asilaire et des fonctionnaires du ministère de la Santé, a pu exister grâce à la victoire de l'idéologie désaliéniste. Dans ce rapport, nous pouvons observer que le désaliénisme restait le moteur inébranlable de la démarche progressiste en matière d'organisation psychiatrique (« La démarche constante devra être celle de la désaliénation[2046] »).

La description de l'éthique guidant les recherches et les propositions est intéressante à analyser car d'un point de vue philosophique et juridique la référence à une éthique n'est jamais neutre. L'éthique serait un ensemble de règles et de normes régissant l'action d'un groupe humain. Cette très brève définition d'une science philosophique nous permet toutefois d'appréhender les objectifs des rédacteurs de ce rapport qui voulaient donner à leur démarche de travail non seulement un aspect concret (réformes, règles nouvelles, abrogation de textes juridiques) mais aussi un aspect plus moral (notamment par une remise en cause de la vision sociale classique de l'homme malade mental).

Seule la référence à une l'éthique de la psychiatrie pouvait offrir la possibilité aux membres de la commission de rappeler comment celle-ci s'était « trouvée chargée de traiter spécialement les manifestations les plus apparentes de l'intolérable du rapport à

2044 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.8
2045 *Ibid*., p.8
2046 *Ibid*., p.9

l'autre.[2047] ». Sans ce rappel essentiel à la mission que la médecine, les pouvoirs publics et la société dans son ensemble avaient donné à la psychiatrie, il était difficile de pouvoir présenter un écrit cohérent proposant, au-delà de réformes ponctuelles, un véritable changement de paradigme.

Ce changement de paradigme ne pouvait pas venir de la psychiatrie seule car la psychiatrie n'avait jamais existé en dehors du monde qui l'entoure. Si elle fût répressive, normalisante voire brutale c'est parce que la mission qui lui avait été assignée exigeait d'elle de recouvrir ces formes. La ségrégation et la stigmatisation des malades mentaux ne faisaient pas partie de la nature même des objectifs originels de cette discipline médicale.

Le rapport pointait les effets extrêmement négatifs pour les malades psychiques et leurs proches des actions passées et présentes visant à les « rejeter, isoler, invalider[2048] ». Il plaçait donc ici son action sous l'égide de la lutte systématique et implacable contre toute forme de décisions visant à rendre l'existence du souffrant psychique encore plus douloureuse et pénible. Cette souffrance personnelle (« Chacun est d'évidence particulier, il vit, il souffre d'une façon particulière échappant à toute équivalence.[2049] ») est suffisamment invalidante d'un point de vue médical pour qu'elle ne soit pas décuplée par des « mesures, tant juridiques qu'économiques, délibérément inégalitaires[2050] ».

Après avoir exposé précisément ce que la psychiatrie moderne devait combattre avec acharnement (« toute mesure ségrégative […] doit être perpétuellement dénoncée et combattue[2051] »), le rapport s'attachait à présenter le but ultime du soignant en psychiatrie : offrir aux patients la possibilité de parvenir à une liberté maximale (« L'objectif fondamental […] de l'équipe soignante en psychiatrie, est de faire tout […] pour donner aux personnes atteintes de troubles psychiques les moyens d'accéder au maximum d'autonomie de pensée, de choix et d'action[2052] ».).

2047 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.9
2048 *Ibid*., p.9
2049 *Ibid*., p.9
2050 *Ibid*., p.9
2051 Charles ALEZRAH, « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'Information psychiatrique*, vol. Volume 85, no. 6, 2009, pp. 509-517
2052 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.9

Suite à ces constats (le rôle historique de la psychiatrie, ses combats et les buts de ses praticiens), le rapport énumérait sept points qui paraissaient essentiels. Il ne nous semble pas utile de détailler ici le contenu de ces sept points de façon exhaustive. Toutefois, nous les aborderons synthétiquement en essayant d'en livrer la quintessence.

D'abord, le rapport revint sur le besoin indispensable de « désaliénation individuelle et sociale[2053] » qui devait être absolument réalisé à la fois pour des raisons tenant à l'autonomisation du patient mais aussi par souci de respecter l'évolutivité des recherches en matière de maladie psychique. Contrairement à l'image erronée que la société avait de la maladie psychique, les diagnostiques possédèrent toujours un caractère évolutif (« la chronicité n'est pas irréversible[2054] ») et cette évolution ne pouvait plus accepter un cadre obsolète et rigide.

Ensuite, le rapport évoquait l'importance du travail collectif des équipes soignantes pour permettre aux malades un accès progressif à l'autonomie et grâce à un accompagnement adapté et personnalisé. L'écueil du rapport paternaliste et tutélaire du soignant envers le patient était cité car la tendance à l'immixtion abusive dans la vie et les choix du patient pouvait sembler tentante pour les différentes équipes. Il était donc dorénavant essentiel de s'affranchir de cette dérive intrusive voire totalitaire (« tout pouvoir porte en germe le conservatisme[2055] .»).

Enfin, les rédacteurs du rapport étaient formels: les soignants devaient absolument éviter de concourir à l'usage de la psychiatrie pour des buts autres que thérapeutiques (« Il prend fermement position contre la dénaturation de la psychiatrie que représente son utilisation à des fins politiques.[2056] »). La référence à l'usage répressif de la psychiatrie[2057]

2053 Guy BAILLON, intervention aux Journées de mars de l'Association de Formation et de Recherche des Personnels de Santé des Hautes Alpes (AFREPSHA), Laragne, 23 mars 2006 ; http://ancien.serpsy.org/histoire/baillon_demay.html
2054 Charles ALEZRAH, « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'Information psychiatrique*, vol. Volume 85, no. 6, 2009, pp. 509-517
2055 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.10
2056 Charles ALEZRAH, « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'Information psychiatrique*, vol. Volume 85, no. 6, 2009, p.512
2057 Lucien BONNAFÉ, *Dans cette nuit peuplée* ; Éditions Sociales, Paris, 1977, p.236

(que ce soit en URSS, Roumanie, Argentine, Chili ou Afrique du Sud[2058]) fut explicite et il y a fort à penser qu'elle soit due à l'intervention de Lucien BONNAFÉ qui, malgré son engagement au sein du Parti Communiste Français, ne demeurait pas moins un constant contempteur de l'usage dévoyé d'une discipline synonyme, pour lui, de libération et non d'oppression[2059].

Dans son chapitre deux, le rapport Demay se proposait d'étudier les principes légaux devant guider la nouvelle conception de la psychiatrie française. Cette étude semblait nécessaire puisque les soignants en psychiatrie (psychiatres et infirmiers notamment) se voyaient régulièrement confronter au respect des droits fondamentaux des malades psychiques, notamment lorsque ceux-ci étaient hospitalisés.

Le rapport insistait aussi sur l'idée que la psychiatrie avait l'obligation de porter la défense et la revendication de l'égalité totale entre les citoyens c'est à dire que ceux qui devaient faire face à la souffrance ne devaient pas être diminués socialement et surtout ne doivent pas se voir privés du recours aux droits fondamentaux généraux (« Elle [la psychiatrie] est fondée aussi à revendiquer, pour tous les citoyens en état de détresse et de souffrance dont elle a à connaître, le recours aux mêmes droits fondamentaux que les autres citoyens[2060] »). De ce fait, le rapport Demay posait ouvertement le principe selon lequel « la psychiatrie s'oppose à toute loi ségrégative ou d'exception.[2061] ».

Afin de défendre son propos concernant la sauvegarde et la conquête de nouveaux droits humains, les rédacteurs du rapport proposaient d'adopter « une conception offensive des droits de l'homme[2062] » fondée sur un document publié par le quotidien *L'Humanité* en juin 1975[2063]. La référence à ce document rédigé par le Parti Communiste Français ancrait explicitement la "commission Demay" à la gauche du spectre politique français de l'époque.

2058 Robert VAN VOREN, Political Abuse of Psychiatry—An Historical Overview; Schizophr Bull. 2010 Jan; 36(1): 33–35.
2059 Danielle PAPIAU, Psychiatrie, psychanalyse et communisme. Essai de sociobiographie des psychiatres communistes (1924–1985) ; Université Paris X- Nanterre, 2017, pp.338-341
2060 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.10
2061 Charles ALEZRAH, « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'Information psychiatrique*, vol. Volume 85, no. 6, 2009, p.512
2062 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.10
2063 Vivre libres ! : Projet de déclaration des libertés soumis à la discussion des Français ; Éditions de l'Humanité, 1975, 60 pages

Puis le rapport s'attachait à porter la critique de trois textes législatifs qui faisaient déjà l'objet de vives discussions depuis de nombreuses années: l'article 64 du Code pénal relatif à l'irresponsabilité pénale en cas de démence, la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés et la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Selon le rapport, ces textes législatifs devaient subir des modifications substantielles (« La modification fondamentale de ces trois textes constitue un minimum indispensable et un ensemble indissociable[2064] »).

En 1982 (année de la rédaction du rapport Demay), l'article 64 du Code pénal énonçait que : « 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 pu résister [*force majeure*][2065]». Cette formulation et cette conception de la folie criminelle émanaient d'une loi datant de 1810[2066] et visait à repousser la question des aliénés en dehors des limites de la loi pénale en s'alignant sur le régime civil des incapacités.[2067]

L'article 64 du Code pénal de 1810 fut le fruit d'un long héritage juridique et doctrinal qui commença dès l'époque romaine où le législateur distinguait deux catégories d'incapables eu égard à leur désorganisation mentale : les "furieux" (*furiosi*) et les "prodigues" (*prodigi*)[2068]. Au Moyen-Age et sous l'Ancien Régime l'idée d'une irresponsabilité pénale des fous se maintint mais elle fut escamotée et peu employée (sauf par la justice royale). Le Code pénal de 1791 ne mentionnait pas ce principe qui demeurait pourtant une évidence doctrinale. A partir de 1795 et l'affaire Suzanne Firmin, le législateur entama un long travail de réflexion qui aboutit, quinze ans plus tard, à la rédaction de l'article 64[2069].

Les rédacteurs du rapport s'opposèrent à l'usage fait par la justice de l'article 64 du

2064 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.11
2065 Code pénal. Dalloz. Edition de 1982-83
2066 Loi 1810-02-13 promulguée le 23 février 1810
2067 Laurence GUIGNARD, «La genèse de l'article 64 du code pénal», in *Criminocorpus*, *Folie et justice de l'Antiquité à l'époque contemporaine* (article mis en ligne le 22 avril 2016) http://journals.openedition.org/criminocorpus/3215
2068 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; LEH Editions, Bordeaux, 2019, p.20
2069 Laurence GUIGNARD, «La genèse de l'article 64 du code pénal», in *Criminocorpus*, *Folie et justice de l'Antiquité à l'époque contemporaine* (article mis en ligne le 22 avril 2016) http://journals.openedition.org/criminocorpus/3215

Code pénal et émirent des propositions pour remédier à une « mort psychique[2070] ». Ils proposaient « d'inverser les facteurs jusqu'alors envisagés » afin que, en cas d'infraction, la procédure ne fût que suspendue, si l'état de l'intéressé l'exigeait[2071]. La procédure serait poursuivie par défaut pour l'implication des tiers et reprendrait lorsqu'une commission *ad hoc* estimerait que le sujet serait en capacité d'y participer[2072].

« L'abolition[2073] » de la loi du 30 juin 1838 était un ''serpent de mer'' tant législatif que médical. En effet, cette loi, très vite décriée par ses contemporains eux-mêmes avait toujours constitué une cible pour les psychiatres modernistes et réformateurs. Son aspect répressif était devenu intolérable pour les psychiatres désaliénistes notamment. Il était donc évident que la ''commission Demay'' ne laisserait pas de côté la possibilité qui lui était offerte de réclamer l'abrogation d'un texte devenu manifestement obsolète et nuisible au bon développement d'une psychiatrie humaniste.

L'abrogation de la loi du 30 juin 1838 ne pouvait s'accompagner, dans l'esprit du rapport Demay, que d'un repositionnement total des rapports entre les structures de soins déjà existantes. Ce repositionnement devait permettre « le renforcement et la démocratisation de l'action psychiatrique publique extrahospitalière[2074] » c'est à dire d'un strict respect de l'esprit et de la lettre de la circulaire du 15 mars 1960 instituant la sectorisation psychiatrique en France.

L'existence de la loi du 30 juin 1838 et son obsolescence manifeste constituait un frein avéré au développement de la psychiatrie de secteur. Le cadre strict de cette loi empêchait toute réforme d'ampleur de la psychiatrie française et la demande, par la ''commission Demay'', de son abrogation ne fut qu'une manifestation supplémentaire pour nombre de ses membres (Lucien BONNAFÉ, Pierre BAILLY-SALIN notamment) de leur volonté inébranlable et constante de voir un texte, qu'ils estimaient inadapté à la situation des malades psychiques en France, disparaître.

2070 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.11
2071 Charles ALEZRAH, « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'Information psychiatrique*, vol. Volume 85, no. 6, 2009, p.512
2072 Charles ALEZRAH, « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'Information psychiatrique*, vol. Volume 85, no. 6, 2009, p.512
2073 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.11
2074 *Ibid.,* p.11

Cette demande d'abrogation de la loi du 30 juin 1838 induisit conséquemment une autre demande: celle du vote d'un nouveau texte législatif fondamental pour la psychiatrie française. Les rédacteurs du rapport étaient conscients de l'exigence de définition du cadre juridique (« C'est donc le cadre juridique d'ensemble […] de la Psychiatrie moderne qu'il s'agit […] de définir.[2075] »).

Néanmoins, ils percevaient également l'insuffisance de cette définition et demandaient clairement à ce qu'un nouveau texte de loi relatif à la psychiatrie soit discuté, voté et promulgué (« […] l'urgence d'une loi nouvelle ne se limitant au seul malade mental […] apparaît de plus en plus évidente.2076 »).

Pour le rapport Demay, une abrogation de la loi du 30 juin 1838 devait automatiquement s'assortir d'une autre abrogation: celle des dispositions de la loi du 30 juin 1975 relatives aux malades mentaux (« Il ne saurait être question que la loi de 1838 soit abrogée sans que les dispositions concernant les handicapés mentaux soient abrogées dans la loi de 1975.2077 »).

Il a été noté précédemment l'opposition radicale de la majorité des psychiatres français à la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées. Cette opposition était essentiellement fondée sur une démédicalisation des structures et des procédures créées. Les psychiatres refusaient et dénonçaient une mise en retrait opérée par le législateur.

Constituée par une majorité de psychiatres, qui plus est par des psychiatres militants (Lucien BONNAFÉ, Dimitri KARAVOKYROS, Hubert MIGNOT notamment), la "commission Demay", rédactrice du rapport, ne pouvait s'abstenir d'évoquer les imperfections de la loi du 30 juin 1975.

Le débat doctrinal concernant la loi du 30 juin 1975 était encore très présent dans les esprits des psychiatres membres de la "commission Demay". Ce débat fut très passionné et la rhétorique de certains médecins très virulente à l'égard du texte et de ses

2075 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.12
2076 *Ibid*., p.12
2077 *Ibid.,* p.13

concepteurs (notamment les psychiatres Jean AYME et Georges DAUMÉZON et le président de l'Association nationale des médecins de santé mentale infantile d'exercice privé salarié, le docteur Romain LIBERMAN).

Le rapport Demay s'inscrivit dans la continuité des contempteurs de la loi du 30 juin 1975 tout en reconnaissant la nécessité de réformes efficaces et sereines dans la prise en charge du handicap (« Elles [les réformes] ne pourront être réalisées […] très rapidement ; cependant elles s'imposent, et l'entreprise ne saurait être différée ou éludée.2078 »).

Le chapitre trois du rapport Demay contenait sa proposition la plus réformatrice et la « plus importante[2079] » : l'Établissement Public de Secteur (EPS). Cette proposition résultait du constat de l'absence de statut juridique du secteur[2080]. Cet établissement public devait donc avoir pour but de donner « un cadre juridique nouveau[2081] » ainsi qu'un fonctionnement administratif et financier rénové à la politique de sectorisation psychiatrique (« Il [le chapitre 3 du rapport] ouvre des perspectives en matière de cadre médico-administratif en imaginant de conférer aux secteurs un statut juridique.[2082] »).

Selon le psychiatre Guy BAILLON, l'idée de l'Établissement Public de Secteur naquit lors de débats de la Commission des maladies mentales antérieurs à la commission Demay, notamment lors de réunions du groupe de travail secteur en 1972 et en 1973[2083]. A l'occasion d'une de ces réunions, Jean AYME proclamait qu'un organisme de gestion du secteur serait bientôt nécessaire[2084]. L'idée de l'Établissement Public de Secteur aurait été, fortuitement, réactivée par Marie-Rose MAMELET (« MR [Marie-Rose] Mamelet nous dit qu'elle a dans ses papiers une courte note rédigée à la suite de débats dans la précédente commission des maladies mentales […] une simple petite feuille de papier pelure évoquant en une phrase la notion "d'établissement public de secteur"[2085] »).

2078 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.14

2079 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.281

2080 Pauline RHENTER, *De l'institutionnel au contractuel: psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003) ;* Lyon 2, 2004, p.147

2081 *Ibid*., p.281

2082 Charles ALEZRAH, « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'Information psychiatrique*, vol. Volume 85, no. 6, 2009, p.512

2083 Réunions du 21 janvier 1972, 26 mai 1972 et du 27 avril 1973

2084 Compte-rendu de la réunion du groupe de travail secteur de la Commission des maladies mentales du 27 avril 1973, archives de la Direction Générale de la Santé, côte 19910084/28, Archives nationales, p.5

2085 Guy BAILLON, intervention aux Journées de mars de l'Association de Formation et de Recherche des Personnels de Santé des Hautes Alpes (AFREPSHA), Laragne, 23 mars 2006 ; http://ancien.serpsy.org/histoire/baillon_demay.html

De par sa nature, l'Établissement Public de Secteur devait être indépendant et autonome (« détaché de l'hôpital[2086] ») vis-à-vis de l'hôpital psychiatrique qui était, pour le rapport Demay, le passé de la psychiatrie qui devait résolument s'orienter vers l'extérieur (« Le progrès de la psychiatrie passe nécessairement […] par son détachement de l'hôpital et son évolution […] hors les murs et dans la communauté.[2087] »).

L'Établissement Public de Secteur était présenté par le rapport comme la seule structure capable d'orienter et d'évaluer les politiques de santé mentale à l'intérieur de la communauté. Il se voyait attribuer de nombreux rôles dont celui « de représentation et de relations avec les pouvoirs politiques, […] les autorités de tutelle, […] les autres grands services publics[2088] ». Idéalement, l'Établissement Public de Secteur devrait être créé dans chaque secteur de psychiatrie générale (ou adulte) mais sa création pouvait s'envisager dans le cadre géo-démographique de deux ou trois secteurs de psychiatrie générale et d'un secteur de psychiatrie infanto-juvénile[2089].

Dans son analyse sur l'Établissement Public de Secteur, Patrick MORDELET émit l'idée que ce dernier « se substitue à l'entité juridique existante (le centre hospitalier spécialisé) qui, en droit, disparaît.[2090] ». Selon cet auteur, ce nouvel établissement public représente donc la fin des hôpitaux psychiatriques classiques (c'est à dire asilaires) puisque ceux-ci ne deviendraient qu'une « juxtaposition d'antennes hospitalières gérées par le ou les établissements publics sectoriels.[2091] »

Pour la ''commission Demay'', l'Établissement Public de Secteur se voulait une structure souple permettant de répondre adéquatement aux particularismes locaux en matière de pratiques médicales ou de démographie (« […] cet *Établissement public* pourrait-il tout à la fois adapter toutes les actions du soin à une politique d'ensemble, tout en respectant les particularités des diverses pratiques et tout en prenant en compte les données les plus particulières.[2092] »).

2086 Guy BAILLON, intervention aux Journées de mars de l'Association de Formation et de Recherche des Personnels de Santé des Hautes Alpes (AFREPSHA), Laragne, 23 mars 2006 ; http://ancien.serpsy.org/histoire/baillon_demay.html.,
2087 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.15
2088 *Ibid*., p.15
2089 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.281
2090 *Ibid*., p.281
2091 *Ibid.*, p.16
2092 *Ibid*. p.15

L'Établissement Public de Secteur se présentait donc comme la nouveauté majeure du rapport Demay (« Le texte prend forme autour de l'EPS, l'Établissement Public de Secteur[2093] »). Jamais, jusqu'à 1982, la réflexion sur la sectorisation psychiatrique en France n'avait été portée à ce degré de déconstruction et de reconstruction institutionnelle et juridique. En effet, il tentait de répondre organiquement et pragmatiquement aux problématiques posées par le mode de prise en charge français des souffrants psychiques (« L'idée principale du Rapport Demay est originale car elle propose une entité juridique correspondant à la spécificité de la politique de secteur, l'unité et la continuité des soins.[2094] »).

Cette innovation structurelle majeure devait, de par la création de cadres juridiques nouveaux, permettre « une gestion dégagée de l'hospitalo-centrisme[2095] ». En effet, ce phénomène induit par l'organisation asilaire de la loi du 30 juin 1838 ainsi que par l'héritage séculaire de l'organisation sanitaire française était devenu "l'épouvantail" des psychiatres désaliénistes qui y voyaient une des sources des maux de la psychiatrie.

Afin de promouvoir et d'expliciter cette nouvelle structure publique qu'était l'Établissement Public de Secteur les rédacteurs du rapport Demay décidèrent de présenter leur réflexion autour quatre axes: un cadre juridique nouveau, les organes de gestion, modes de financement et conséquences.

Le premier de ces axes était donc celui du cadre juridique. En effet, l'unité fondatrice de l'organisation psychiatrique française (le secteur) était dépourvue d'existence juridique formelle. Il était donc indispensable de remédier à ce vide préjudiciable à l'ensemble des acteurs de la psychiatrie. Pour ce faire, le rapport se montrait impératif et catégorique: « il faut donner aux secteurs un statut juridique[2096] ».

Afin d'attribuer un statut juridique au secteur psychiatrique, le rapport proposait trois solutions:

2093 Guy BAILLON, intervention aux Journées de mars de l'Association de Formation et de Recherche des Personnels de Santé des Hautes Alpes (AFREPSHA), Laragne, 23 mars 2006 ; http://ancien.serpsy.org/histoire/baillon_demay.html

2094 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE ; *Le secteur psychiatrique* ; Collection Que sais-je ?, Presses Universitaires de France ; Paris, 1994, p.45

2095 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.15

2096.*Ibid*., p.16

«- soit directement, le secteur devenant établissement public autonome
- soit en créant l'établissement public à l'échelon départemental, les secteurs étant alors des établissements annexes qui n'auraient pas la personnalité morale, mais bénéficieraient d'une autonomie de gestion par attribution d'un budget annexe.[2097]
- soit […] par groupement, l'établissement public réunissant un certain nombre de secteurs et d'intersecteurs en fonction d'une certaine unité fonctionnelle et territoriale.2098 »

Les rédacteurs du rapport étaient des praticiens avisés et pragmatiques de l'organisation psychiatrique française et ils savaient donc qu'aucune réforme d'ampleur ne pourrait être imposée sans période transitoire d'adaptation ou sans "laboratoire" évaluatif permettant d'apprécier l'efficacité d'une des solutions précitées.

A cet effet, ils proposèrent précautionneusement que ces trois solutions pussent « être mises simultanément dans des départements différents, à titre exploratoire et donc révisable.[2099] » Ils envisagèrent également que la nouvelle structure présentât un caractère évolutif c'est à dire qu'un secteur fût capable de se détacher d'un établissement départemental plus important pour devenir lui-même établissement public[2100].

Le second axe de présentation de l'Établissement Public de Secteur fut celui de ses organes de gestion. Comment serait administrée cette nouvelle entité juridique si elle venait à être mise en place dans le futur ?

La doctrine juridique répondit parfaitement à cette question puisqu'elle a présenté les deux organes dirigeant l'établissement public. Pour Patrick MORDELET, « chaque établissement public de secteur est géré par un conseil de secteur (comprenant des médecins et d'autres personnels soignant et administratif), un conseil d'administration, émanation décisionnelle du conseil de secteur, et un directeur, chargé uniquement d'exécuter les décisions de l'assemblée délibérante.[2101] ».

2097 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.16
2098 *Ibid*., p.16
2099 *Ibid*., p.16
2100 *Ibid*., p.16
2101 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.281

Philippe MARIN complétait cette définition en précisant que « l'établissement public serait administré par un Conseil d'Administration dont les compétences seraient limitativement énumérées et d'un Directeur chargé de préparer et d'exécuter les délibérations du Conseil et disposant d'une compétence générale.[2102] ».

Le rapport précisait que ces organes de gestion seraient assistés par un Comité Technique Paritaire des personnels de l'Établissement Public de Secteur, par un Collège départemental de confrontation et de recherche (organisme d'étude et de comparaison des expériences) ainsi que par une instance départementale de concertation associant administratifs, organismes payeurs et représentants des Conseils de secteur[2103].

Dans leur troisième axe de présentation de leur projet d'Établissement Public de Secteur, les rédacteurs du rapport Demay s'attachèrent à expliciter les modes de financement de la nouvelle structure. Cette explication débute par l'annonce de l'analyse de deux dimensions de la question du financement de l'Établissement Public de Secteur:
- l'organisme payeur
- le choix du mode de prise en charge[2104]

Le financement de cette nouvelle structure se posa immédiatement aux rédacteurs du rapport Demay. Depuis le décret du 20 mai 1955, le financement de la psychiatrie publique en France est dual. En effet, « les dépenses à temps plein ou à temps partiel étaient prises en charge par l'assurance-maladie alors que les dépenses extra-hospitalières faisaient l'objet d'un financement par l'Etat[2105] ».

En pratique, ce financement étatique se réalisait en deux temps. Dans un premier temps, le département et l'hôpital psychiatrique départemental devaient signer une convention de secteur (conçue par l'arrêté du 14 mars 1972[2106]) pour déterminer les rôles et les fonctions des principaux acteurs départementaux de la santé mentale. Les activités

2102 Philippe MARIN, *Les activités extra-hospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Université Bordeaux 1, 1989, p.218
2103 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.17
2104 *Ibid.*, p.17
2105 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.82
2106 Arrêté du 14 mars 1972 relatif aux modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies. JORF du 21 avril 1972, p.4206-4207

de prophylaxie étaient financées par le département. Puis, dans un second temps, le département obtenait le remboursement quasi-total (entre 78 et 97%[2107]) par l'Etat des sommes déboursées pour assurer sa mission conventionnelle.

Cette division entre activités de soins et activité de prophylaxie faisait « l'objet de nombreuses critiques[2108] » au moment de la rédaction du rapport. Les membres de la commission sont conscients de cette faiblesse dans l'organisation et la gestion de la politique sectorielle. Ils proposèrent donc pragmatiquement « de s'orienter vers un financement unique de l'activité psychiatrique.[2109] ».

En matière financière, la proposition présentée par le rapport était très simple et concrète. Elle visait à l'unification des modes de financement des différentes activités de la psychiatrie en France : « C'est donc pour un système global de prise en charge de ces dépenses qu'il est nécessaire d'opter.[2110] ». L'idée unificatrice du rapport en matière financière trouvait sa conséquence logique dans la répartition des budgets en fonction du lieu de la prise en charge : « Tous les crédits seront répartis en fonction de leur lieu réel d'utilisation.[2111] ».

La proposition de budget unique pour les activités de soins psychiatriques ne fut pas suivie d'effet avant la loi du 31 décembre 1985[2112]. En effet, la loi du 19 janvier 1983[2113] instaurant le budget global pour les hôpitaux français n'eut pas d'incidence sur le financement dual de la psychiatrie. De plus, « le clivage artificiel entre "prévention" et "soins" est explicitement maintenu dans la loi du 22 juillet 1983[2114] sur le transfert des compétences en matière sanitaire.[2115] ».

Le dernier axe de réflexion de la commission Demay relatif à l'Établissement Public

2107 Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Payot, Paris, 1981, p.136
2108 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.17
2109 *Ibid*., p.17
2110 *Ibid*., p.17
2111 *Ibid*., p.17
2112 Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique. JORF du 1 janvier 1986, p. 7
2113 Loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la Sécurité sociale (mesures destinées à combler le déficit de la Sécurité sociale), article 8. JORF du 20 janvier 1983 p. 374
2114 Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat. JORF du 23 juillet 1983, p.2286
2115 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.123

de Secteur s'avérait être une conclusion détaillant les conséquences de la nouvelle organisation de la psychiatrie souhaitée par ses membres. Cette partie du rapport reprenait les propositions des trois axes précédents afin d'en établir une synthèse et ainsi d'envisager des suites futures et probables.

Dans cette partie consacrée aux conséquences de la création d'un Etablissement Public de Secteur, le rapport établit une liste de ces conséquences prévisibles. Elles sont au nombre de cinq :

1) Unification du statut des personnels en mettant fin à la séparation issue du décret du 21 mai 1955

2) Encouragement de l'innovation par l'intermédiaire de dotations annuelles ou pluriannuelles inégalitaires, selon la situation de l'équipe concernée

3) Adaptabilité de l'organisation sectorielle à la réalité géographique et démographique des territoires de santé

4) Transfert des activités asilaires vers les structures ambulatoires sans pertes de personnels soignants

5) Transfert planifié et progressif des locaux asilaires vers des structures adaptées à la réalité de la psychiatrie communautaire et ce afin d'éviter la reconstitution de lieux de soins ségrégatifs[2116]

L'idée d'Etablissement Public de Secteur semblait, d'un point de vue désaliéniste, une excellente solution à la lente disparition du paradigme asilaire. Pourtant cette proposition novatrice ne fut jamais reprise par les pouvoirs publics et connut de sévères critiques.

Quelques années plus tard, dans sa thèse de doctorat, Philippe MARIN émettait des doutes sur la faisabilité de cette initiative et formulait des critiques qu'il classait en trois séries (« Ce projet, pour autant qu'il soit réalisable, amène trois séries de critiques principales[2117] »).

La première des critiques formulées par Philippe MARIN était d'ordre juridique. Elle

2116 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.18

2117 Philippe MARIN, *Les activités extra-hospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Université Bordeaux 1, 1989, p.163

concernait l'utilité juridique de la création d'un nouvel établissement public. La fonction principale de la création d'un nouvel établissement public est de déposséder une collectivité locale de son influence et de son contrôle (« Il s'agit en fait d'un procédé permettant de soustraire au contrôle direct d'une collectivité locale le fonctionnement d'un service[2118] »).

Cette dépossession de pouvoir opérée par le procédé de l'établissement public s'accompagnait parallèlement d'un renforcement du pouvoir des autorités centrales de tutelle. Le contrôle perdu par l'autorité locale doit obligatoirement avoir pour conséquence un rééquilibrage au profit des autorités centrales[2119].

Ce renforcement des pouvoirs des autorités de tutelle nationales pourrait, selon Philippe MARIN, dans le cadre de la création des Etablissements Publics de Secteur constituer une rigidité contre-productive et opposée à la philosophie originelle des promoteurs de cette idée apparemment novatrice en matière d'organisation psychiatrique. Philippe MARIN semblait catégorique : « les effets de ce statut auraient risqué d'annihiler les conséquences positives qui en étaient attendues.[2120] ».

La deuxième critique de l'Établissement Public de Secteur émise par Philippe MARIN était d'ordre économique et budgétaire. Dans un contexte de réduction des dépenses sanitaires, l'auteur se questionnait sur l'acuité d'une telle réforme qui aurait été, selon lui, trop coûteuse par rapport au bénéficie qui en était attendu. Pour lui, cette nouvelle structure serait même redondante puisque le cadre nécessaire aux activités extrahospitalières de secteur psychiatrique serait déjà tangible (« est-il nécessaire […] de créer une nouvelle structure […] afin de mettre en place une activité qui fonctionne déjà dans un cadre existant.[2121] »).

Une hausse importante des dépenses aurait été le corollaire d'une telle création puisque le projet du rapport prévoyait la naissance d'au moins un Etablissement Public de Secteur par département, voire plus. Le contexte budgétaire défavorable de l'époque permet de comprendre pourquoi l'administration ministérielle ainsi que le ministre de la

2118 Philippe MARIN, *Les activités extra-hospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Université Bordeaux 1, 1989, p.163
2119 *Ibid*., p.163
2120 *Ibid.,* pp.163-164
2121 *Ibid*., p.164

Santé lui-même avaient rejeté ce projet qui lui avait remis en juillet 1982 (« Cette proposition de réforme reprise par le rapport DEMAY […] était incontestablement synonyme d'accroissement des dépenses par une multiplication des structures nouvelles[2122]. »

Enfin, la dernière critique formulée par la thèse de Philippe MARIN reposait sur l'idée que la formule de l'Établissement Public de Secteur était trop liée au contexte administratif et financier de l'époque. En effet, selon lui, cette formule se trouva vite injustifiée et inopportune par la mise en place de mesures atténuant son intérêt (« […] l'intérêt d'une telle formule s'atténue[2123] » ; « Très liée au contexte historique […] les raisons objectives de la mise en place d'un tel système ont disparu[2124] »).

Toutefois, il nous semble que l'auteur opérait un raisonnement dialectique concernant la création de l'Établissement Public de Secteur. En effet, s'il reconnaissait que cette création obligerait le gouvernement à effectuer de nouvelles dépenses, il admettait également, dans une synthèse fine de ses idées sur cette question financière, que « l'avantage de cette formule aurait été, en reconnaissant la spécificité des activités extra-hospitalières en psychiatrie, d'assurer une réelle adéquation entre les besoins et les moyens mis en œuvre.[2125] ».

La critique de l'idée du rapport Demay sur la question de l'Établissement Public de Secteur ne fut pas seulement doctrinale, publique et explicite. En effet, un autre mouvement vint considérablement affaiblir cette idée de structure nouvelle régissant l'ensemble des activités extrahospitalières en matière de psychiatrie et plus largement la volonté d'éclatement des hôpitaux psychiatriques. Cette opposition feutrée, opposant la force de l'inertie a pu s'observer au sein des personnels des hôpitaux psychiatriques.

En effet, comme le précisait Patrick MORDELET, les hôpitaux psychiatriques étaient des « institutions […] très puissantes (personnel nombreux, capacités en lits et budgets de fonctionnement importants) et exercent une influence socio-économique non négligeable dans la cité […] dans laquelle elles sont implantées. Les obstacles à leur

2122 Philippe MARIN, *Les activités extra-hospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Université Bordeaux 1, 1989, p.164
2123 *Ibid*., p.164
2124 *Ibid*., p.165
2125 *Ibid*., p.164

éclatement sont nombreux et […] liés aux réticences manifestées par les autorités locales et les personnels des établissements psychiatriques.[2126] ».

Dans ce contexte de méfiance institutionnelle concernant la redistribution des activités intra-hospitalières vers des structures de soins sises dans la communauté, il semble aisé de comprendre pourquoi cette mesure novatrice du rapport Demay n'ait reçu qu'un accueil mitigé lors de sa publication et de sa diffusion parmi les acteurs de la psychiatrie de l'époque.

Il est facile d'expliquer pourquoi les directeurs d'hôpitaux psychiatriques étaient, dans leur majorité, opposés à cette création administrative et à la mise en place des réformes proposées par le rapport. Ils avaient beaucoup à y perdre (« […] ce rapport […] malmenait la carrière des directeurs d'hôpitaux[2127] »). En effet, ils auraient eu à abandonner une partie de leur influence en perdant le contrôle sur la gestion et l'orientation des activités extrahospitalières alors qu'ils ambitionnaient d'être, comme le disait M.JAHAN (directeur de l'hôpital psychiatrique de Clermont-de-l'Oise), les dirigeants du secteur[2128]. L'Établissement Public de Secteur aurait considérablement réduit leurs prérogatives et cela était inacceptable à la fois pour les membres de ce corps de fonctionnaires mais aussi pour le ministère de la Santé (« […] la Direction des hôpitaux du ministère de la Santé n'a pas accepté cette mise à l'écart des directeurs d'hôpitaux proposée par le rapport Demay.[2129]»).

Les directeurs d'hôpitaux psychiatriques pouvaient compter sur le soutien des autorités locales pour contester toute forme d'évolution extrahospitalière. Les hôpitaux psychiatriques, dans leur forme asilaire, représentaient un double avantage pour les pouvoirs déconcentrés.

En premier lieu, ils constituaient des lieux identifiés par la population comme rassurant en matière de maintien de l'ordre public. L'idée de ségrégation et de réclusion des malades psychiques était encore très présente au sein de la population. Pour l'opinion

2126 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.285
2127 Guy BAILLON, «Un rapport moteur pour le secteur» ; *VST- Vie Sociale et Traitements*, 2001/4 (n°72), p.39
2128 Compte-rendu de la réunion du groupe de travail secteur de la Commission des maladies mentales du 21 janvier 1972, archives de la Direction Générale de la Santé, côte 19910084/28, Archives nationales,
2129 Guy BAILLON, «Un rapport moteur pour le secteur» ; *VST- Vie Sociale et Traitements*, 2001/4 (n°72), p.39

publique, le seul moyen de préserver l'ordre public des malades mentaux restait leur enfermement dans des structures quasi-carcérales. Une redistribution rapide de la population des hôpitaux psychiatriques vers des lieux de soins communautaires aurait pu susciter une incompréhension au sein de la population, incompréhension qui aurait également pu se retourner contre les autorités politiques locales en matière électorale.

En second lieu, il convient de préciser que les autorités locales, soucieuses de préserver l'emploi, auraient pu se montrer inquiètes car elles pensaient que cette redistribution vers des structures extrahospitalières s'accompagnerait de suppressions de postes à l'hôpital. Dans une période de chômage de masse naissant, une telle suppression de postes était inenvisageable.

Nous observons donc que malgré son caractère institutionnel novateur et son acuité théorique, la proposition d'Etablissement Public de Secteur effectuée par le rapport Demay ne fut pas convaincante pour les pouvoirs publics. En décembre 1983, à la session d'ouverture de la Commission des Maladies Mentales, le secrétaire d'État chargé de la Santé, Edmond HERVÉ, ne reprit pas l'idée d'Etablissement Public de Secteur mais envisagea tout de même que le secteur psychiatrique connût une légalisation par la voie d'une attribution de statut juridique[2130].

En 1986, ce fut le Directeur Général de la Santé (Jean-François GIRARD) qui manifesta sa désapprobation du projet d'Etablissement Public de Secteur théorisé par les membres de la Commission Demay. Selon le directeur de cette direction du ministère de la Santé, l'Établissement Public de Secteur ne semblait pas viable économiquement car l'atomisation des structures hospitalières en petites unités distinctes juridiquement pourrait causer des surcoûts importants[2131].

Le quatrième chapitre du rapport était relatif au personnel de la psychiatrie c'est à dire aux infirmiers et aux psychiatres en formation. Dès l'entame de ce chapitre, le rapport énonçait la problématique majeure liée aux équipes soignantes dans le cadre de la reconstruction de la psychiatrie française. Sans ambiguïté, le rapport déclarait : « La question essentielle qui se pose aux équipes de santé mentale est […] la réorganisation

2130 Pauline RHENTER, *De l'institutionnel au contractuel: psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003)* ; Lyon 2, 2004, p.161
2131 *Ibid*., p.151

complète de leur travail collectif.[2132] ».

En effet, la circulaire du 15 mars 1960 institutionnalisant le secteur psychiatrique avait favorisé le développement des activités de soins extrahospitaliers. De nombreux psychiatres ainsi que les équipes pluridisciplinaires œuvrant avec eux avaient créé une nouvelle pratique professionnelle dans le soin apporté à la maladie psychique. Cette pratique professionnelle dite "de secteur" était radicalement différente de celle en vigueur dans les hôpitaux psychiatriques. C'est ce fait qui fut observé par le rapport Demay : « Ce travail dans le secteur apparaît très différent de ce qu'il pouvait être dans le cadre hospitalier.[2133] ».

Ce chapitre est donc consacré aux deux professions essentielles de la psychiatrie: les infirmiers et les psychiatres. Toutefois il ne s'agissait pas d'étudier la profession d'infirmier d'un point de vue général ni celle de psychiatre dans sa pratique. Le rapport insistait surtout sur les spécificités de l'infirmier de secteur psychiatrique et sur le parcours de formation des étudiants en psychiatrie.

D'après le rapport, la profession d'infirmier de secteur psychiatrique était en danger pour plusieurs raisons que ce dernier énumérait:
- la multiplication des personnels paramédicaux comme les psychologues ou les assistantes sociales
- la multiplication des emplois sous-qualifiés ou peu qualifiés comme les aides-soignants et les agents des services hospitaliers (ASH)
- la non-reconnaissance du diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique au niveau européen. En effet, le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique échappait à la filière du diplôme d'État[2134].

La menace qu'exerçait la non-reconnaissance européenne du diplôme français d'infirmier de secteur psychiatrique pour cette profession contenait également ce qui faisait l'essence et la spécialité même de ce métier. En effet, « cette spécialité du rôle de

2132 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.18
2133 *Ibid*., p.18
2134 *Ibid.*, p.19

l'infirmier de secteur psychiatrique[2135] » était « déjà contenue dans le titre de son diplôme[2136] ». Cette situation paradoxale permettait aux rédacteurs du rapport de rappeler comment la spécificité de cette profession sanitaire pouvait se manifester.

Les psychiatres du rapport identifiaient ici les risques encourus par une profession devenue absolument indispensable à l'application des nouvelles théories humanistes. Sans les infirmiers de secteur psychiatrique, les psychiatres savent très bien que leurs écrits et leurs réflexions demeureront très théoriques. Ils désiraient donc montrer leur soutien à cette profession menacée en affirmant sa singularité. Cette singularité se manifestait donc par : « la prise en compte globale de la personne présentant des troubles psychiques […][2137] » et « l'usage de la relation avec la personne souffrante […] dans les actes de la vie quotidienne […] dans toutes les médiations relationnelles […] et dans une recherche permanente de l'autonomisation du sujet malades.[2138] ».

L'expression, par le rapport Demay, des risques encourus par la profession d'infirmier de secteur psychiatrique confirmait la sincère et réelle prise en compte par les psychiatres et les administrations sanitaires de la question des infirmiers en psychiatrie. En 1982, les infirmiers de secteur psychiatrique n'étaient plus considérés par les psychiatres comme une méprisable domesticité dont il conviendrait de se méfier. Au contraire, les psychiatres, par le truchement de ce rapport, continuaient à montrer leur intérêt pour ce sujet crucial de la psychiatrie.

Néanmoins, les rédacteurs du rapport étaient conscients du risque que pouvait présenter un corporatisme chez les infirmiers de secteur psychiatrique. Pour éviter cet écueil, ils proposaient de pouvoir accueillir des infirmiers diplômés d'État dans les équipes sectorielles sans toutefois leur réserver l'aspect somatique de la prise en charge (« les équipes sectorielles doivent pouvoir intégrer des infirmières diplômées d'État […] à la condition toutefois qu'elles ne soient pas utilisées préférentiellement pour les soins somatiques.[2139] »). Cette intégration devait permettre une diversification de la pratique infirmière et ainsi créer une richesse dans la relation au patient.

2135 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.19
2136 *Ibid*., p.19
2137 *Ibid., p.19*
2138 *Ibid., p.19*
2139 *Ibid., p.19*

Pour compléter son analyse sur l'ouverture de la profession d'infirmier psychiatrique, le rapport Demay observait qu'une différenciation des lieux de soins sectorisés devait permettre à des personnels administratifs et techniques d'être pleinement associés à la démarche de soin. Le rapport envisageait même que ces personnels soient associés aux projets thérapeutiques (« […] les personnels techniques, administratifs […] associés à l'équipe soignante […] collaborent aux projets thérapeutiques.[2140] ».

Après avoir analysé les menaces pesant sur la profession d'infirmier de secteur psychiatrique ainsi que ses spécificités, le rapport Demay émit trois séries de propositions visant à lui garantir notamment une plus grande légitimité. Ces propositions tendaient également à examiner les modalités de travail des infirmiers de secteur psychiatrique et réorienter leur formation.

Les rédacteurs du rapport voyaient dans le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique un fondement de la reconnaissance de la profession d'infirmier psychiatrique. Cette profession, historiquement méprisée, avait besoin de voir sa légitimité reconnue publiquement par une affirmation de fidélité de la part des autorités sanitaires françaises. Cette légitimité réaffirmée devait se réaliser par « la reconnaissance européenne de ce diplôme [celui d'infirmier de secteur psychiatrique] [2141]». Par cette revendication, le rapport Demay se faisait ainsi la voix d'une profession peu valorisée.

La deuxième série de propositions du rapport Demay concernant la profession d'infirmier de secteur psychiatrique relevait des modalités d'exercice de ce métier. Depuis les rencontres de Sèvres, les rapports entre les médecins psychiatres et les infirmiers avaient évolué. Ces rencontres avaient permis de faire émerger des fondements théoriques communs aux deux professions. Toutefois, l'exercice de la profession d'infirmier de secteur psychiatrique demeurait difficile du fait de la dualité de diplômes et de la séparation stricte entre les lieux de soins intra et extrahospitaliers.

Le rapport reprenait dans ses propositions un leitmotiv de la doctrine psychiatrique

2140 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.19
2141 *Ibid*., p.20

désaliéniste : le soin psychiatrique est unique et le lieu de sa pratique peut être multiforme. Cette affirmation impliquait la reconnaissance d'une unité de statuts entre les différents acteurs du soin dont les infirmiers représentaient la cohorte la plus importante (99222 selon le rapport[2142]). Conséquemment, le rapport demandait une plus grande mobilité des infirmiers[2143] entre les différents lieux de soins (« la mobilité d'un lieu à l'autre doit être facilitée[2144] ») et un arrêt du système de rotation dit des "trois-huit", « dénoncé comme facteur de routine et d'irresponsabilité.[2145] ».

La troisième proposition du rapport en matière d'infirmier de secteur psychiatrique concernait leur formation. Cette proposition semblait la plus importante aux yeux des rédacteurs du rapport. En effet, ce faisceau de propositions était le plus dense et le plus détaillé de toute la partie consacrée aux propositions de réforme et de consolidation de la profession d'infirmier de secteur psychiatrique.

Le rapport insistait sur le fait que le contenu du programme n'était pas contestable en soi mais que c'était surtout son esprit qu'il convenait de réviser (« C'est donc plus l'esprit du programme que son contenu qu'il faut modifier.[2146] »). Cette assertion pouvait aisément se comprendre dans le contexte de la formation des infirmiers psychiatriques à cette époque.

En effet, depuis la mise en place, dès 1949, par les Centres d'Entrainement aux Méthodes d'Education Active, de stages pour les infirmiers psychiatriques, le contenu de la formation s'était constamment étoffé et enrichi. Le médecin-psychiatre Paul BERNARD avait publié en 1971 la première édition de l'ouvrage de référence des étudiants en soins infirmiers psychiatriques[2147]. Les cours dispensés dans les écoles d'infirmières françaises étaient devenus très complets et ce n'était donc pas le contenu de ces cours que le rapport visait.

2142 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.19
2143 Charles ALEZRAH, « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'Information psychiatrique*, vol. Volume 85, no. 6, 2009, p.512
2144 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.20
2145 Charles ALEZRAH, « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'Information psychiatrique*, vol. Volume 85, no. 6, 2009, p.512
2146 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.20
2147 Paul BERNARD, *Manuel de l'infirmier psychiatrique* ; Masson, Paris, 1971

Le rapport Demay ambitionnait de proposer un changement total de paradigme dans le soin apporté aux malades psychiques et les infirmiers de secteur psychiatrique étaient vus, de par leur nombre et de par leur histoire, comme les transmetteurs idéaux de cette idéologie réformatrice. Il fallait donc que leur formation fût à la hauteur de cette audacieuse ambition et que son organisation se trouvât structurée efficacement au sein de centres de formation décentralisés au maximum (« La décentralisation des centres de formation est nécessaire[2148] »).

Puis, le rapport « posait la question des moyens en personnel quantitativement et qualitativement[2149] ». En effet, un constat alarmant sur la situation des effectifs des infirmiers psychiatriques était dressé : la psychiatrie connaissait une inquiétante pénurie d'effectifs. Pour le rapport, cette pénurie d'effectifs présentait des effets cumulatifs :
« - d'un freinage considérable pendant plusieurs années du recrutement, au nom d'une politique d'austérité ;
- de l'accroissement des départs à la retraite […] ;
- de la réduction du temps de travail ;
- et d'une certaine désaffection à l'égard de la profession, favorisée par la persistance des habitudes asilaires […] [2150]».

Le constat de la pénurie d'infirmiers psychiatriques permettait au rapport de rappeler l'obsolescence des normes (officieuses et officielles) utilisées pour le calcul du nombre d'infirmiers requis dans les services de soins (« […] les normes utilisées sont totalement caduques[2151] »). En effet, depuis la circulaire du 15 mars 1960[2152], le nombre d'infirmiers nécessaire en matière de psychiatrie était calculé sur le fondement de normes officieuses (un infirmier pour dix-mille habitants[2153]) et officielles (trois lits de psychiatrie pour mille habitants selon l'OMS[2154]).

2148 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.20
2149 Charles ALEZRAH, « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'Information psychiatrique*, vol. Volume 85, no. 6, 2009, p.512
2150 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.21
2151 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.21
2152 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, p.6
2153 Rapport annuel de l'Inspection Générale des Affaires Sociales 1977-78. Les établissements sanitaires et sociaux, p.262
2154 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.112

Ce constat de caducité des normes de calcul du nombre d'infirmiers nécessaire offrait également la possibilité de remémorer un principe constant des tenants de la sectorisation psychiatrie: la réduction progressive de la population asilaire et son transfert vers la psychiatrie communautaire ne doivent pas s'accompagner d'une baisse des effectifs[2155]. Cette idée était présente dans l'esprit de tous les penseurs et acteurs majeurs de la psychiatrie de secteur depuis 1945. Pour eux, Le travail de soins dans la communauté nécessitait le même nombre de personnels soignants qu'en institution hospitalière.

À ce titre, le rapport Demay préconisait une hausse immédiate des effectifs d'étudiants des Centres de formation grâce à :

- un doublement du nombre de promotions dans les Centres les plus importants (« accueillir deux promotions dans l'année[2156] »)
- une réouverture des centres déjà fermés

La dernière proposition concernant la profession d'infirmier de secteur psychiatrique avait valeur, dans ce rapport, de transition entre les deux parties du chapitre consacré au personnel. En effet, une initiative dans la formation des médecins examinée en 1968[2157] était reprise par les rédacteurs du rapport. Cette initiative visait à inviter les étudiants en médecine à effectuer « des stages obligatoires d'infirmier de 6 mois à un an[2158] ».

La seconde partie du chapitre relatif aux principes concernant le personnel de la psychiatrie s'intéressait aux internes en psychiatrie c'est à dire aux psychiatres en formation. Elle débute par un rappel des changements advenus en 1968:

- l'arrêté du 30 décembre 1968 mettant fin au certificat d'études spécialisées en neuropsychiatrie et créant un nouveau diplôme consacré à la seule psychiatrie.
- l'article 25 de la loi du 31 juillet 1968 qui a institué «les hôpitaux psychiatriques en établissements autonomes de leur collectivité territoriale de rattachement

2155 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.21
2156 *Ibid*., p.21
2157 *Ibid*., p.21
2158 Charles ALEZRAH, « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'Information psychiatrique*, vol. Volume 85, no. 6, 2009, p.512

(le département).[2159]»

Ces deux textes normatifs eurent une importance considérable sur le développement de la profession de psychiatre puisqu'ils avaient, selon le rapport, contribué à « former un nombre important de psychiatres d'exercice libéral ou mixte[2160] ». De l'aveu même du rapport rédigé, il est essentiel de le rappeler, par des psychiatres désaliénistes, ces médecins-psychiatres formés suite aux réformes de 1968 avaient « participé activement au mouvement désaliéniste dans le cadre de la sectorisation.[2161] ».

Cette analyse faite par le rapport Demay sur le rôle des psychiatres d'exercice libéral dans le développement et la consolidation de la sectorisation psychiatrique était intéressante. En effet, la psychiatrie libérale était essentiellement psychanalytique et cette discipline (la psychanalyse), même si elle était une des inspirations majeures du désaliénisme, ne pouvait exister *stricto sensu* dans le cadre de la pratique de la psychiatrie de secteur.

La reconnaissance par les rédacteurs du rapport Demay (en majorité des psychiatres de service public) du rôle joué par la psychiatrie libérale dans le développement de la politique de sectorisation montrait que cette dernière pouvait être soutenue et encouragée par tous les psychiatres sans distinction de lieu d'exercice.

Le rapport poursuivait son analyse de la situation de la formation des psychiatres en notant que l'étude des sciences humaines était lacunaire et que la liberté laissée aux étudiants ne pouvait pas encourager ces derniers à entamer un examen plus approfondi des sciences non médicales (« […] la part nécessaire des sciences humaines étant laissée à l'appréciation des étudiants, l'incitation pouvant à ce niveau paraître insuffisante[2162]. »).

A l'instar de sa démarche relative aux infirmiers de secteur psychiatrique et suite à son analyse de la situation de la formation des psychiatres français, le rapport Demay émit

2159 Jean-Marie CLÉMENT, *Histoire des réformes hospitalières sous la Vème République* ; LEH Éditions, Bordeaux, 2010, p.177
2160 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.22
2161 *Ibid*., p.22
2162 *Ibid*., p.22

une série de propositions visant à l'amélioration d'une formation qu'il jugeait trop imparfaite et incomplète.

La première série de propositions du rapport concernait le cursus général des études médicales. En effet, en premier lieu, il suggérait d'inviter l'ensemble des étudiants en médecine à effectuer « un stage d'infirmier en début de formation[2163] ». Ce stage devait permettre aux futurs médecins de mieux comprendre le travail de leurs futurs collaborateurs grâce à une pratique de leur profession. Il aurait également permis aux hôpitaux de palier aux besoins en personnels infirmiers en disposant d'individus déjà rigoureusement formés. Pour la psychiatrie, « cela alimenterait les secteurs en stagiaires permanents.[2164] ».

Le rapport envisageait également « l'introduction des sciences humaines, de la psychologie, de la psychopathologie dès le 1er cycle.[2165] ». Dans l'esprit de nombreux membres de la commission Demay, cette modification du programme de l'enseignement médical semblait une évidence. En effet, les psychiatres fondateurs du désaliénisme (Lucien BONNAFÉ, Hubert MIGNOT, Pierre BAILLY-SALIN notamment) avaient établit par leurs écrits et leurs réflexions qu'ils étaient des intellectuels et des érudits formés à l'étude des sciences sociales, de la littérature et de la philosophie.

Ces psychiatres et leurs successeurs idéologiques (Guy BAILLON, Dimitri KARAVOKYROS notamment) étaient donc favorables à l'inclusion de disciplines non médicales dans le programme des études de médecine. Ils pensaient que l'apprentissage de ces disciplines offriraient des horizons idéologiques nouveaux aux futurs médecins et leur permettraient ainsi d'acquérir une appréhension plus humaniste de la relation aux patients.

Cette volonté d'appréhension humaniste « de la personne malade[2166] » pouvait également s'observer par la volonté des rédacteurs du rapport de privilégier une approche holistique du patient au détriment d'une vision organiciste qui restait très influente au sein de la doctrine médicale française (Henry EY en était le représentant le plus connu et le

2163 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.19
2164 *Ibid*., p.21
2165 *Ibid*., p.22
2166 *Ibid*., p.22

plus respecté en psychiatrie[2167]).

Concernant la formation des médecins psychiatres, le rapport Demay formulait cinq propositions majeures :

- affirmation de la spécificité de la psychiatrie comme spécialité médicale mais qui ne peut être banalisée parmi les autres spécialités[2168]
- maintien de la reconnaissance de tous les services publics de psychiatrie comme services qualifiants au même titre que les services universitaires
- maintien de l'obtention en quatre ans du Certificat d'Etudes Spéciales (CES)[2169] créé par l'arrêté du 30 décembre 1968[2170]
- possibilité d'effectuer des stages facultatifs de six mois dans des spécialités voisines (neurologie par exemple)
- nécessité de perspectives de carrière ultérieure pour les psychiatres en formation, sous la forme d'un statut de psychiatre de secteur de grade unique[2171]

Cette dernière proposition permettait aux rédacteurs du rapport Demay de prévoir « l'abolition de la notation et un grade unique pour toutes les catégories de personnel[2172] ». Cette proposition, qui faisait référence à « un mouvement de responsabilisation personnelle[2173] », ne fut pas reprise par la suite et l'organisation des personnels hospitaliers et extrahospitaliers en psychiatrie se poursuivit selon le modèle hiérarchique en vigueur à cette date.

Dans son chapitre cinquième, le rapport Demay abordait « la dimension institutionnelle[2174] » de la voie nouvelle de la psychiatrie. Cette partie fondamentale,

2167 Emmanuel DELILLE « L'organo-dynamisme d'Henri Ey: l'oubli d'une théorie de la conscience considéré dans ses relations avec l'analyse existentielle », *L'Homme & la Société*, vol. 167-168-169, no. 1, 2008, pp. 203-219
2168 Charles ALEZRAH, « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'Information psychiatrique*, vol. Volume 85, no. 6, 2009, p.512
2169 Aude VAN EFFENTERRE, « Formation en pédopsychiatrie en France : historique, actualités et réflexions », *L'Information psychiatrique*, vol. Volume 89, no. 7, 2013, p.600
2170 Jacques HOCHMANN, Jean GUYOTAT, « La mise en place du CES de psychiatrie à Lyon : un témoignage », *L'Information psychiatrique*, vol. Volume 88, no. 7, 2012, p.517
2171 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.22
2172 Charles ALEZRAH, « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'Information psychiatrique*, vol. Volume 85, no. 6, 2009, p.513
2173 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.22
2174 Charles ALEZRAH, « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'Information psychiatrique*, vol. Volume 85, no. 6, 2009, p.513

consacrée au « dépassement de l'asile », avait été, partiellement, confiée par les principaux animateurs de la Commission à un de leurs pairs, le psychiatre Dimitri KARAVOKYROS (« Jean [DEMAY] me demanda de rejoindre sa commission où lui-même, Hubert Mignot et Lucien Bonnafé me chargèrent de travailler et de rédiger la partie concernant l'évolution de l'hôpital psychiatrique. Cette partie était intitulée "Abolir l'asile".[2175] »).

Le rédacteur de la sous-partie un du rapport précisait, en 2010, que l'objet de sa participation au rapport final n'avait jamais été la disparition de l'hôpital psychiatrique mais plutôt la fin de la pratique asilaire considérée par de nombreux psychiatres comme la honte de l'organisation française des soins en santé mentale[2176] .

C'est la pratique asilaire qui était condamnée par le rapport mais pas un mode de prise en charge des souffrants psychiques. L'amalgame entre les structures et la philosophie pratique guidant le fonctionnement de ces structures n'était pas réalisé par le rapport Demay.

Sans revenir en détails sur l'histoire de la période asilaire de la psychiatrie française, le rapport Demay rappelait que les Centres Hospitaliers Spécialisés disposaient encore de cent mille (100000) lits[2177] en 1981 et qu'ils contribuaient à maintenir artificiellement des pratiques devenues archaïques. Pour le rapport, les hôpitaux psychiatriques (toujours assimilés aux asiles au vu de leur trop lente évolution structurelle) restaient, plus que jamais, des « grandes concentrations intolérables d'où beaucoup de malades ne sortent jamais[2178] » et devaient « être abolis par le dépérissement.[2179] ».

Avant d'entamer son analyse détaillée de la situation des hôpitaux psychiatriques français et d'émettre des propositions pour enfin abolir l'asile dans les esprits, dans les comportements et dans les lieux de prise en charge, Dimitri KARAVOKYROS, auteur de ce chapitre du rapport, énumérait cinq éléments qu'une étude rigoureuse et un bilan consciencieux des lieux d'enfermement se devait de prendre en compte.

2175 Dimitri KARAVOKYROS, « Le rôle du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques dans la mise en place du secteur », *Sud/Nord*, vol. 25, no. 1, 2010, p.102
2176 *Ibid*., p.102
2177 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.23
2178 *Ibid*., p.23
2179 *Ibid*., p.23

Pour ce psychiatre, il ne faisait aucun doute qu'un état des lieux lucide et pragmatique de la situation actuelle des hôpitaux psychiatriques ne pouvait faire l'économie d'une prise en compte :

« - d'un processus d'envahissement administratif totalement cloisonné ;
- d'équipes médicales dramatiquement isolées et sous-équipées ;
- d'une hiérarchie paralysant les tentatives d'innovation au sein même des équipes soignantes ;
- de pénurie hôtelière souvent inadmissible […] ;
- des services alourdis […] [2180] »

Affirmer, en 1981, dans un contexte idéologique marqué par une pratique plusieurs fois décennale de la psychiatrie de secteur vouloir abolir l'asile pouvait soit relever de la gageure et de l'utopie soit de la tautologie et de la banalité la plus plate. Toutefois, il n'en fut pas ainsi et cette abolition posait de nombreux dilemmes même aux psychiatres parmi les plus désaliénistes.

« La solution radicale (fermeture) est dangereuse[2181] ». Le rapport rappelait ici qu'il ne souhaitait pas que la France suivît la voie choisie par l'Italie en 1980[2182] c'est à dire la fermeture brutale et sans délais des hôpitaux psychiatriques. Il était rappelé que la voie choisie pour faire disparaître l'asile se devait d'être typiquement française et devait mettre en œuvre, plutôt qu'une suppression inflexible, un processus progressif de dépérissement qui permettrait de « vaincre les résistances[2183] » et conduirait à pouvoir anticiper le remplacement de la structure hospitalière d'enfermement[2184].

Le rapport jugeait ensuite utile de réaffirmer avec vigueur que la priorité essentielle du déplacement des activités hospitalières vers des dispositifs de soins à l'intérieur de la communauté (« […] le décentrement de tout le dispositif hors les murs […] reste le

2180 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.23
2181 *Ibid*.,, p.24
2182 Luigi ONNIS « Franco Basaglia : 25 ans après, encore précurseur ? », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. Numéro 29, n°. 2, 2002, p.259
2183 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.24
2184 *Ibid.*, p.24

mouvement fondamental et premier. [2185]») pourrait se réaliser uniquement grâce à une coopération active entre les personnels intra-hospitaliers et extrahospitaliers.

Pour la dernière fois, la division entre les deux branches du soin de la maladie psychique serait à l'œuvre puisque, après cette coopération nécessaire à la fusion des activités thérapeutiques opérée dans le cadre de l'application du principe de la continuité des soins, le rapport exigeait une disparition définitive de cette obsolète et stérile séparation (« le clivage intra/extrahospitalier doit être totalement proscrit[2186] »).

La revendication de la fin du clivage entre soignants de "l'intérieur" et soignants de "l'extérieur" était portée, par souci de continuité des soins et de cohérence thérapeutique, par les psychiatres désaliénistes "originels" et leurs élèves. Ces deux générations sont présentes au sein de la "commission Demay" (Guy BAILLON disait notamment : « Hubert Mignot, mon maître[2187] »). Elles œuvraient pour faire valoir une série de revendications et de propositions favorables à la disparition du rôle de contrôle social opéré par les hôpitaux psychiatriques et ainsi faire émerger la véritable fonction de cette structure séculaire:
l' « accompagnement social[2188] ».

Le sort des « asiles » intéressait le rédacteur de cette partie du rapport consacrée aux institutions. Contrairement à ce que pouvaient penser les contempteurs inattentifs du rapport Demay, la destruction de l'hôpital n'était pas un des objectifs des membres de la "commission" Demay (« […] il ne fut jamais écrit "Abolir l'hôpital"2189 »; « […] "abolir l'asile" était encore une raison d'être psychiatre tout en travaillant et en militant pour qu' "abolir l'asile" ne soit surtout pas "détruire l'hôpital"[2190]»).

Au contraire, le rapport insistait sur le fait que, si les hommes devaient être au

2185 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.24
2186 *Ibid*., p.24
2187 Guy BAILLON, intervention aux Journées de mars de l'Association de Formation et de Recherche des Personnels de Santé des Hautes Alpes (AFREPSHA), Laragne, 23 mars 2006 ; http://ancien.serpsy.org/histoire/baillon_demay.html
2188 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.24
2189 Dimitri KARAVOKYROS, « Le rôle du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques dans la mise en place du secteur », *Sud/Nord*, vol. 25, no. 1, 2010, p.102
2190 Dimitri KARAVOKYROS, «Instituer la désinstitutionnalisation : les conditions d'existence des malades mentaux dans la cité. A propos de l'institution du soin hors des établissements spécialisés» *in* Pierre DELION, *Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle,* Éditions Érès, Toulouse, 2006, p.35

centre de toute réflexion en matière de structure thérapeutique hospitalière, les bâtiments hébergeant ces êtres humains ne devaient pas être négligés et écartés de l'évolution proposée (« Les hommes d'abord. Les murs ensuite mais les murs aussi.[2191] »).

Le lien entre "les murs" et ceux qui les rendent thérapeutiques c'est à dire les soignants sont ténus et l'affirmation de l'existence d'une relation d'interdépendance entre les habitants et l'habité, entre les murs et les emmurés pourrait relever du truisme si l'évolution des rapports humains au sein même des établissements n'avait pas été remis en cause par des impératifs budgétaires et administratifs.

Pour tenter de maintenir ce lien privilégié au sein des établissements de soins, ce qu'il y avait d'acceptable dans les structures dites asilaires, le rapport demandait à ce que les effectifs des hôpitaux (intra et extrahospitaliers) fussent protégés et garantis réglementairement (« Assurer dès maintenant, par voie réglementaire, la réalité de la globalité et de l'unicité du dispositif.[2192] »).

Ici, la référence au principe de continuité des soins était explicite («Ne plus parler qu'en termes de services […] sans aucune référence […] aux murs ou hors les murs »[2193]). Ce principe de continuité des soins était un des éléments fondamentaux et fondateurs de la théorie et de la pratique de la politique dite de secteur, dès le début des réflexions sur une pratique psychiatrique désaliénante.

Ce principe s'était construit et développé sur le rejet des anciennes conceptions ségrégatives du malade psychique. Pour lutter efficacement, il ne fallait plus avoir recours systématiquement à la structure hospitalière toujours asilaire mais privilégier «l'intégration de la maladie mentale dans l'ensemble social dont elle est issue et, corrélativement, la subordination de l'hôpital psychiatrique à la totalité d'un réseau institutionnel.»[2194]. L'objectif recherché était «d'éviter la désadaptation qu'entraine l'éloignement du malade de

2191 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.24
2192 *Ibid*., p.25
2193 *Ibid*., p.25
2194 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.111

son milieu naturel.»[2195].

Nombre de désaliénistes (Lucien BONNAFÉ, Hubert MIGNOT et Georges DAUMÉZON par exemple) présentèrent et développèrent régulièrement ce principe dans des articles scientifiques parus notamment dans la revue du syndicat des psychiatres des hôpitaux *L'Information Psychiatrique*.

En 1964, Georges DAUMÉZON définissait la continuité des soins de la façon suivante: «Le principe fondamental consiste à confier chaque malade à une même équipe médicale et médico-sociale, qu'il vive au dehors et bénéficie de soins intermittents […] ou qu'il soit hospitalisé pour un temps plus ou moins long.»[2196].

En 1967, Hubert MIGNOT complétait cette définition en ajoutant que «la maladie mentale exige d'abord une thérapeutique relationnelle, mais celle-ci ne peut se concevoir sans une continuité que ne viennent pas rompre les allées et venues des malades à travers les institutions.»[2197].

C'est une conception analogue de la continuité des soins que livrait Lucien BONNAFÉ en 1991 dans son ouvrage *Désaliéner : folie(s) et société(s).* En effet, dans un rappel sur l'incidence du désaliénisme sur la pratique de secteur psychiatrique, Lucien BONNAFÉ évoquait le non-sens que représentait, selon lui, la décontextualisation du sujet pris en charge et relevait qu'il était « absurde de penser que les troubles auxquels nous avons à faire face sont un épisode accidentel détachable de l'histoire du sujet. Nous ne pouvons les comprendre et les traiter qu'en les sentant inscrits dans son archéologie et en sachant qu'après recompensation il y a encore fort à faire pour *porter le poids du passé* et consolider la résistance aux malmenages futurs[2198] ».

La réaffirmation du nécessaire respect du principe de l'unicité des équipes de soins et de l'homogénéisation de leurs pratiques soignantes dans les murs de l'hôpital et hors

2195 Circulaire n°431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies. JO 21 avril 1972. BOSP n°spécial «lutte contre les maladies mentales», n°83/2 bis, p.32
2196 Georges DAUMÉZON, «Problèmes de la psychiatrie de secteur en France» ; *L'Information psychiatrique*, novembre 1964, n°9, p.653
2197 Hubert MIGNOT, «Le secteur» ; *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37 915, A10, 5,1967
2198 Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner : folie(s) et société(s)* ; Presses universitaires du Mirail, 1991, p.202

les murs de l'hôpital permettait aux rédacteurs du rapport d'émettre des propositions organisatrices visant à améliorer le travail des différents personnels employés par les centres hospitaliers spécialisés (CHS).

Le rapport distinguait trois types de personnels des CHS : le personnel administratif, les personnels soignants et les services généraux. Pour chacune des catégories précitées, des recommandations précises et novatrices sont formulées: «le rôle de gestion du soin [du personnel administratif] sera reconnu et reconcrétisé par leur participation à l'équipe de soin dans tous les domaines communs»[2199], les services généraux doivent collaborer avec les équipes de secteur c'est à dire que leur espace d'intervention ne devra plus se limiter à l'hôpital *stricto sensu* mais être élargi à toutes les structures accueillant des patients (dispensaires, logements thérapeutiques, hôpitaux de jour notamment) et les personnels soignants de secteur (médecins et infirmiers) doivent être recrutés en nombre et leur formation, dans des structures repensées et correspondant mieux aux attentes des personnels concernés, doit être consciencieusement assurée afin de permettre une réelle désaliénation[2200].

A la suite de la sous-partie consacrée aux personnels hospitaliers, les rédacteurs invoquaient l'imagination pour s'éloigner des «murs de l'asile[2201]». Une liste de mesures visant à limiter architecturalement et structurellement le développement de l'organisation asilaire des hôpitaux psychiatriques fut établie. Parmi les plus significatives et les plus remarquables, il semble indispensable de citer «la disparition des murs d'enceinte et la prescription de leur démolition», «le libre-accès des malades à toutes les structures extra-pavillonnaires» et «l'ouverture des pavillons fermés[2202]».

Parmi les mesures également proposées par le rapport, deux d'entre elles concernaient directement les patients. Une reposait sur le respect des textes garantissant le respect des droits des malades («Le respect de la Charte des malades»[2203]). L'autre proposition était très novatrice puisqu'elle suggérait «la suppression du pécule[2204]».

2199 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.25
2200 *Ibid*., p.26
2201 Roger GENTIS, *Les murs de l'asile* ; Éditions François Maspero, 1970, 1ère édition
2202 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.26
2203 *Ibid*., p.26
2204 *Ibid*., p.26

Depuis le 17ème siècle et les premiers hôpitaux généraux (où les insensés miséreux côtoyaient la masse des indigents enfermés), les individus souffrant de troubles mentaux travaillaient au sein de leur lieu d'internement[2205]. Philippe PINEL, père de la psychiatrie moderne, concevait le travail en institution comme «le plus sûr et peut-être l'unique garant du maintien de la santé, des bonnes mœurs et de l'ordre[2206]». Le travail était donc considéré comme un outil thérapeutique et occupationnel et la rémunération «des bons malades, des "travailleurs"[2207]» était quasi-nulle (à titre d'exemple, à l'hôpital psychiatrique de Nice, en 1887, un aliéné était rémunéré 0,01 franc de l'heure[2208]).

La normalisation de la rémunération des aliénés et la constitution de pécules apparut vers le milieu du 19ème siècle. En effet, le modèle de règlement intérieur des asiles publics d'aliénés établi par le ministère de l'Intérieur le 20 mars 1857 consacrait neuf articles au pécule des aliénés[2209]. Ce modèle de règlement fut modifié par un arrêté du 19 décembre 1892[2210] mais les modifications apportées ne changèrent pas l'esprit du texte de 1857. En 1938, il fut actualisé par une circulaire introduisant un nouveau règlement modèle[2211]. Ce nouveau règlement n'apporta pas d'évolution substantielle dans les pratiques de rémunération alors en vigueur dans les hôpitaux psychiatriques français.

Dans un décret du 17 avril 1943[2212], le gouvernement de Vichy entendit compléter les précédentes réglementations en matière de gestion du pécule des malades psychiques hospitalisés en précisant, dans un article 54, les attributions du percepteur-receveur. Celui-ci avait donc pour tâches de:

«- […] ouvrir tous les comptes particuliers et tenir tous les livres auxiliaires que peut réclamer la comptabilité spéciale relative à l'administration provisoire des biens des aliénés aux dépôts d'argent et au pécule des travailleurs.

2205 Claude QUÉTEL, *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours* ; Éditions Tallandier, Texto, Paris, 2015, p.105

2206 Philippe PINEL, *Traité médico-philosophique* ; an IX (1800) chez Richard, Caille et Ravier, Paris, p.237

2207 Pierre BAILLY-SALIN, «Le soin et l'activité», *VST - Vie sociale et traitements*, vol. n° 83, no. 3, 2004, p.43

2208 Frédéric DUCLOS, *L'asile d'aliénés des Alpes-Maritimes et la vie à l'asile de 1860 à 1914*. Mémoire de maîtrise, histoire contemporaine, Université de Nice - Sophia-Antipolis 1996 (résumé), p.24

2209 Articles 153, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 163 du modèle de règlement intérieur des asiles publics d'aliénés du 20 mars 1857

2210 Jean-Michel HAVET, «Travail et maladies mentales : un aperçu historique» ; *La Lettre du Psychiatre* - Vol. IV - n° 5 - septembre-octobre 2008

2211 Circulaire ministérielle du 5 février 1938 portant règlement modèle du service intérieur des hôpitaux psychiatriques

2212 Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics

[…] recevoir des sommes ou payer des dépenses pour le compte des aliénés et seul chargé de la conservation des titres et valeurs appartenant aux malades.»[2213]

Après la Libération, la réglementation concernant la rémunération des malades psychiques évolua notablement par l'intermédiaire, notamment, d'une circulaire du 4 février 1958[2214]. Le texte de référence était celui du règlement modèle de 1938. Il fut donc modifié en de nombreux points énumérés par la circulaire: taux du pécule minimum, création d'un pécule complémentaire, assouplissement des modalités de perception du pécule.

Toutefois, le changement le plus important opéré par cette circulaire concernait l'appartenance du produit du travail des malades. Depuis 1857, le produit du travail des malades appartenait à l'établissement[2215] et il fut difficile, d'après le Dr TOSQUELLES, pour les psychiatres les plus progressistes de s'opposer à cette conception («Rappelons à ce sujet que la lutte a été un peu âpre et vive avec les traditions ''légales'' qui avaient prescrit a priori que ''le travail des malades appartenait à l'institution thérapeutique où il avait été réalisé''[2216]»). La circulaire du 4 février 1958 mit fin à cet état de fait[2217].

Pour illustrer le changement opéré par la circulaire du 4 février 1958 nous pouvons citer l'exemple de l'hôpital de Bonneval[2218], où, jusqu'en 1966, le pécule obtenu par les malades leur était versé sous forme de ''cantine'' (cigarettes, savon, dentifrice etc.). Cela correspondait à 2,50 francs par jour[2219]. Le pécule complémentaire, innovation de la circulaire du 4 février 1958, était versé aux malades par une association de loi 1901 qui s'occupait également de collecter et de leur reverser collectivement une ''prime à la santé mentale.''[2220]

2213 Décret n°43-891 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, article 54, alinéas 2 et 3
2214 Circulaire ministérielle du 4 février 1958 portant organisation du travail des malades mentaux en traitement dans les hôpitaux psychiatriques (non parue au Journal officiel)
2215 Modèle de règlement intérieur des asiles publics d'aliénés du 20 mars 1857
2216 François TOSQUELLES, «Le problème de la rémunération du travail. Bibliographie sommaire», , *Le travail thérapeutique en psychiatrie.* sous la direction de François TOSQUELLES ; Érès, 2009, p.137
2217 Elise GATESOUPE, *De l'aliéné...au malade mental...au malade. A partir de l'histoire de l'hôpital psychiatrique de Bonneval, 1950-2004* ; Mémoire de DEA «Politiques sociales et société», Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, année 2003-2004, p.54
2218 Hôpital psychiatrique où Henri EY fut médecin-chef de 1933 à 1970
2219 Elise GATESOUPE, *De l'aliéné...au malade mental...au malade. A partir de l'histoire de l'hôpital psychiatrique de Bonneval, 1950-2004* ; Mémoire de DEA «Politiques sociales et société», Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, année 2003-2004, p.54
2220 *Ibid*., p.54

Pour les psychiatres les favorables à la politique de sectorisation, le travail des malades avait non seulement une fonction thérapeutique mais aussi une fonction pédagogique. De plus, la dimension financière et symbolique n'était pas négligée par les tenants de la psychiatrie de secteur et un des effets positifs ce travail pour les patients était, selon Louis LE GUILLANT, de se «re-familiariser avec l'argent»[2221].

Malgré ces aspects positifs, le travail en hôpital psychiatrique conservait un aspect aliénant et s'inscrivait dans ce que le Docteur BAILLY-SALIN nommait «la dynamique de l'asile[2222]». Pire encore, le psychiatre voyait, dans le cadre d'un hôpital psychiatrique toujours asilaire, la création, par le travail, d'une autre forme de dépendance du malade vis-à-vis de la structure dans laquelle il était interné (« En étant totalement tributaires de l'hôpital, les patients qui pouvaient faire l'effort de travailler s'enfonçaient encore plus, ou risquaient de le faire, dans une dépendance totale à l'institution.[2223] »).

Dans les années 1980, au moment de la rédaction du rapport Demay, l'institution du pécule dans les hôpitaux psychiatriques français semblait obsolète à de nombreux psychiatres. C'est donc pour cette raison que les principaux animateurs de la commission Demay, dans une logique de désinstitutionnalisation, en proposèrent sa suppression ainsi que « la révision du travail thérapeutique [2224]».

La désinstitutionnalisation en matière de soins psychiatriques représentait pour les psychiatres du courant désaliéniste un mouvement indépassable car il visait, essentiellement, à consacrer l'abandon des pratiques asilaires honnies et combattues par les tenants du courant initié par Lucien BONNAFÉ. Toutefois, la psychiatrie française, malgré son avance idéologique et organisationnelle obtenue grâce à la conception et la réalisation de la politique de sectorisation, demeurait en retard sur certains de ses voisins européens (Italie et Royaume-Uni notamment).

2221 Elise GATESOUPE, *De l'aliéné...au malade mental...au malade. A partir de l'histoire de l'hôpital psychiatrique de Bonneval, 1950-2004* ; Mémoire de DEA «Politiques sociales et société», Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, année 2003-2004, p.54
2222 Pierre BAILLY-SALIN, «Le soin et l'activité», *VST - Vie sociale et traitements*, vol. No 83, no. 3, 2004, p.43
2223 *Ibid*., p.43
2224 Elise GATESOUPE, *De l'aliéné...au malade mental...au malade. A partir de l'histoire de l'hôpital psychiatrique de Bonneval, 1950-2004* ; Mémoire de DEA «Politiques sociales et société», Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, année 2003-2004, p.54

Les expériences italiennes et britanniques ont déjà été abordées et brièvement analysées. Le rapport Demay tentait de conserver une neutralité bienveillante concernant les expériences étrangères. Les expériences britanniques, américaines et italiennes furent rapidement décrites par le rapport afin de permettre l'émergence d'un modèle national en matière de désinstitutionnalisation.

Les rédacteurs du rapport Demay envisagèrent donc «la recherche d'une voie française[2225]» conduisant à l'abolition réelle (structurelle et idéologique) des pratiques ségrégatives, rejetantes et humiliantes induites par la permanence d' institutions de soins à temps plein conservant un esprit et des méthodes hérités d'une coutume asilaire devenue anachronique.

Un des membres de la Commission Demay rédactrice du rapport, Dimitri KARAVOKYROS, livra vingt-quatre ans après la parution du rapport une définition très synthétique de la désinstitutionnalisation psychiatrique : «c'est donc le mouvement de politique de santé psychiatrique qui nous fait glisser ou évoluer, notamment, de la notion de psychiatrie vers celle de santé mentale. C'est le déclin de l'hôpital psychiatrique. C'est l'ensemble, ou une partie des interrogations que posent la question du soin et du sanitaire par rapport à l'assistance et au social, la réflexion sur la notion de lieux de soins par rapport à celle de lieux de vie.[2226]»

La désinstitutionnalisation psychiatrique en France se concevait donc différemment des modèles choisis par les pays anglo-saxons et par l'Italie. Le rapport Demay opérait une fixation photographique sur ce thème essentiel qui questionnait profondément l'ensemble des acteurs de la psychiatrie française depuis 1945. En effet, depuis cette date, ce mouvement d'évolution vers des soins dispensés à l'extérieur des structures asilaires faisait la quasi-unanimité dans le milieu médical. Les échanges et éventuelles controverses doctrinaux entre psychiatres portaient essentiellement sur les méthodes à employer et la célérité à apporter à ce mouvement.

Les psychiatres désaliénistes étaient majoritaires au sein de la Commission Demay

2225 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.28

2226 Dimitri KARAVOKYROS, «Instituer la désinstitutionnalisation : les conditions d'existence des malades mentaux dans la cité. A propos de l'institution du soin hors des établissements spécialisés» *in* Pierre DELION, *Psychose, vie quotidienne et psychothérapie institutionnelle,* Éditions Érès, Toulouse, 2006, p.35

et la présentation de ce rapport au ministre de la Santé constituait une excellente occasion pour eux d'exprimer précisément ce qu'ils ne souhaitaient pas pour l'organisation structurelle de la psychiatrie française: «Nous ne voulons ni l'abandon des malades non autonomes […], ni la ségrégation charitable […], ni des néo-asiles dans la cité, ni une médicalisation de la folie […].[2227]». Ces quatre souhaits exprimés dans le chapitre consacré aux institutions résumaient parfaitement près de quarante ans de luttes émancipatrices de la part de médecins ayant connu les effets mortels des tares de structures hospitalières devenues contraires à toute possibilité thérapeutique.

Ces médecins, constructeurs d'un nouveau système sanitaire, étaient conscients que seul le pragmatisme, la plasticité et l'absence de contrainte normative trop rigide pourrait permettre à la France de bâtir une organisation des soins psychiatriques répondant au mieux aux besoins des souffrants psychiques. Pour contrer les effets négatifs et destructeurs de l'institution asilaire, ils n'envisageaient surtout pas de créer, dans la cité, «un modèle standard, reproductible dans chaque secteur et qui serait l'alternative magique à l'asile.[2228]».

Selon le rapport Demay, la meilleure des solutions possibles en matière de désinstitutionnalisation en France résidait dans la mise en place d'une formule efficace et adaptable « qui tienne compte de l'histoire du secteur, du profil sociologique particulier de celui-ci, de ce qui existe dans les domaines éducatif, culturel, associatif, de ce que l'équipe peut entendre d'une demande exprimée ou latente […] par les familles, par les élus, par des groupes de population, par les *usagers* ; des nécessités d'un accompagnement modulé […].[2229]».

Ensuite, le rapport rappelait l'importance, au sein de cette formule, du dispensaire d'hygiène mentale («Le pivot du dispositif, c'est le centre de santé mentale[2230]»). Ce dispensaire d'hygiène mentale fut sanctuarisé légalement par l'arrêté du 14 mars 1986[2231] qui l'introduisit dans le Code de la santé publique au sein de la partie réglementaire[2232]. A cette occasion, il changea de dénomination et deviendra le Centre Médico-Psychologique

2227 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.28
2228 *Ibid*., p.28
2229 *Ibid.*, p.28
2230 *Ibid*. p.29
2231 Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.
2232 Article R.3221-4 du code de la santé publique

(CMP).

Malgré leurs fortes convictions en les vertus de la désinstitutionnalisation, les membres de la Commission Demay ne faisaient preuve ni de cécité ni de doctrinarisme concernant les limites de celle-ci (« La désinstitutionnalisation […], c'est une politique et une pratique de soins. […] il ne faut pas en faire un dogme.[2233]»). Ils concevaient parfaitement que l'hospitalisation à temps plein (c'est à dire en institution psychiatrique) devait, pour un temps encore, perdurer dans l'offre de soins du système sanitaire français («Tout le monde paraît s'accorder sur la nécessité du maintien d'une hospitalisation à temps plein.[2234]»).

Le chapitre six du rapport Demay était relatif à la psychiatrie infantile. Il faisait le constat du rôle déterminant qu'a pu jouer la politique de sectorisation psychiatrique dans la rencontre entre la population et la psychiatrie de l'enfant (« L'expérience de la sectorisation privilégie le dialogue avec la population sur le thème de la souffrance psychique infantile[2235] ».).

Le rapport se faisait élogieux quant aux progrès obtenus par la pédopsychiatrie française. Il cite notamment : «évolution de recherches cliniques, psychopathologiques et thérapeutiques […] ; développement des stratégies d'intégration »2236. Le rapport notait également que les progrès réalisés par cette branche de la psychiatrie pouvaient être attribués à l'action des équipes de soins intersectorielles.

Ces progrès se révélèrent à la faveur:

«- d'un allégement des réponses ségrégatives et éducatives […] ;
- du développement de perspectives de prévention […] ;
- de la création d'équipes multidisciplinaires ;
- de la limitation de l'hospitalisation […] ;
- de la personnalisation des projets thérapeutiques […].[2237] »

2233 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.30
2234 *Ibid*., p.29
2235 *Ibid*., p.30
2236 *Ibid*., p.31
2237 *Ibid*., p.31

La circulaire du 16 mars 1972[2238] était perçue, par le rapport, comme fondamentale dans l'appréhension progressiste de l'organisation de la psychiatrie infanto-juvénile en France. Il est vrai que c'est à partir de cet acte réglementaire « que vont être précisés les objectifs et les moyens de l'organisation spécifique des "intersecteurs" de psychiatrie de l'enfant.[2239]».

Toutefois, malgré un bilan très positif reconnu à la pédopsychiatrie française («Les progrès dus au travail des équipes d'intersecteurs»[2240]) , le rapport Demay restait très critique sur la permanence de mesures ségrégatives et d'un esprit discriminatoire. Il pointait ce qu'il qualifiait de « facteurs de carence[2241] ».

Après avoir énuméré les évolutions positives de la psychiatrie infanto-juvénile (allégement des réponses ségrégatives et éducatives, développement de la prévention, création d'équipes pluridisciplinaires notamment), le rapport se proposait de recenser les facteurs de carence de cette discipline. Ils seraient au nombre de sept:

1) Une promotion de la politique de sectorisation mal assurée par les pouvoirs publics

2) Une insuffisance en matière structurelle et humaine (manque d'équipements et de personnels)

3) La croissance désordonnée d'établissements "chronicisants"[2242]

4) Un mauvais fonctionnement des Conseils de santé mentale créés en 1972[2243]

5) Un vide organisationnel concernant la coordination des acteurs de «la souffrance infantile»[2244]

6) La nuisibilité de la «gestion dualiste du secteur»[2245]

7) La détérioration de la situation de la psychiatrie infanto-juvénile et l'accroissement de la ségrégation opérés par la loi d'orientation du 30 juin 1975 sur l'aide aux handicapés

---

2238 Circulaire n°433 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipements des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et adolescents

2239 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.167

2240 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.31

2241 *Ibid*., p.31

2242 Michal MINARD, Edmond PERRIER, «Éditorial», *Sud/Nord*, vol. n° 19, no. 1, 2004, p.8

2243 Circulaire DGS/2030 du 12 décembre 1972 relative à la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies. BO SN-S 83/2 bis, p.63

2244 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.32

2245 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.117

Au recensement des facteurs de carence, succédait l'énoncé d'une analyse présentée de façon quelque peu péremptoire: la dépendance de l'évolution positive de la psychiatrie française à l'égard de l'initiative politique. Cette initiative politique ne pouvait, selon les rédacteurs du rapport, faire l'économie de la prise en considération concomitante de deux facteurs: « le développement de conditions thérapeutiques élevées »[2246] et le recul des formes les plus discriminatoires des résidus de la période asilaire (ségrégation des patients, contrôle sur leur existence, stigmatisation sociale notamment).

Ensuite, le rapport présentait une liste «d'exigences»[2247] permettant, si elles étaient appliquées, de pouvoir faire exister une réelle psychiatrie différente. Ces exigences sont des approfondissements des pratiques soignantes et des politiques de santé publique induites par la circulaire du 15 mars 1960 recommandant la mise en place de la sectorisation psychiatrique.

Dans une deuxième sous-partie du chapitre consacré à la psychiatrie infanto-juvénile, les rédacteurs du rapport Demay envisagèrent le passage d'une pratique et d'une doctrine ségrégatives et asilaires à une idéologie humanisante[2248].

Jusque dans les années 1980 et malgré les évolutions notables de l'après-guerre en matière de psychiatrie et de psychiatrie infanto-juvénile, le paradigme actif était encore celui de la ségrégation sociale et de la mise à l'écart. Ce paradigme était intolérable pour les psychiatres désaliénistes composant la Commission Demay et c'est donc naturellement qu'ils le combattirent lorsqu'ils furent sollicités par le ministre de la Santé publique pour donner leur opinion sur un nouveau fonctionnement de la psychiatrie en France.

En matière de lutte contre la ségrégation sociale des personnes (adultes et enfants) souffrant psychiquement, le rapport Demay chargeait la psychiatrie renouvelée de «fonder exclusivement sa mission de soins sur la reconnaissance des potentialités dynamiques de chaque personnalité infantile» et de pérenniser l'expression de réflexions perturbatrices et

2246 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.33
2247 *Ibid*., p.33
2248 *Ibid*., p.33

innovantes «à l'égard des idées dominantes sur la maladie mentale.»[2249]

A cet égard, il est possible de noter un certain optimisme de la part des rédacteurs puisque ceux-ci faisaient état d'une avancée majeure en matière de traitement de la souffrance psychique infantile: la fin des mesures séculaires de «rejet et de de contention»[2250] induites par une vision sociale effrayante et erronée de la maladie psychique.

Le déclin manifeste de ce paradigme permit, selon les termes du rapport Demay, de réaliser « l'affirmation de droits communs à tous les enfants, la désagrégation et l'insertion sociale la restitution à la communauté d'une fonction sociale essentielle c'est à dire celle de l'intégration des différences »[2251] et surtout de préparer la psychiatrie à l'adoption d' «une nouvelle éthique»[2252].

Cette nouvelle éthique en matière de soins pédopsychiatriques devait se construire sur une approche renouvelée «à l'accueil, à l'accompagnement, à l'écoute»[2253] et ce afin de permettre aux thérapeutes et aux infirmiers d'éviter toute pratique visant «la recherche immédiate de buts adaptatifs»[2254].

Selon le rapport, cette nouvelle éthique du soin infanto-juvénile ne pouvait s'élaborer et se développer que si elle se constituait à l'intérieur des structures autour de projets de soins précis et dynamiques conçus et appliqués par des équipes médico-sociales pluridisciplinaires[2255].

L'appréhension et la définition des lieux où s'effectuaient les soins psychiatriques (généraux et infanto-juvénile) avaient considérablement évolué depuis la circulaire du 15 mars 1960. En effet, la circulaire du 15 mars 1960 se fondait sur les données de l'Organisation Mondiale de la Santé en matière de lits d'hospitalisation pour établir les

2249 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.33
2250 *Ibid*., p.33
2251 *Ibid*., p.33
2252 *Ibid*., p.34
2253 *Ibid*., p.34
2254 *Ibid*., p.34
2255 *Ibid*., p.34

besoins en structures de la psychiatrie française (trois lits pour mille habitants[2256]).

Un an après la directive fondatrice de la psychiatrie de secteur, les soins psychiatriques infanto-juvéniles se voyaient réglementés par une courte circulaire[2257] évoquant en filigrane les structures destinées aux soins psychiatriques des enfants et des adolescents (« Ces sujets relèvent d'un traitement à l'hôpital général ou à l'hôpital psychiatrique, bien entendu dans un service spécialisé de psychiatrie infantile. […] dans les deux cas, le traitement de l'enfant psychotique exige des moyens en personnel, en équipement et en locaux très particuliers pour permettre de réduire au minimum la durée d'hospitalisation.[2258] »).

Hormis l'hôpital psychiatrique en lui-même, la directive du 15 mars 1960 distinguait quatre types de structures extrahospitalières différentes: le dispensaire d'hygiène mentale, l'hôpital de jour, les foyers de postcure et les ateliers protégés. Selon Patrick MORDELET, « cette classification n'est pas très heureuse car l'hôpital de jour, même s'il est situé extra-muros, demeure une structure d'hospitalisation.[2259]».

La circulaire DGS/891/MS 1 du 9 mai 19742260 poursuivit le changement de paradigme envisagé et évoqué par la directive du 15 mars 1960. En 1960, le recours à l'hospitalisation temps était encore privilégié et les hôpitaux demeuraient le lieu de thérapie de première intention. La directive encourageait le développement des structures extrahospitalières mais envisageait dans le même temps une augmentation du nombre des lits dans les hôpitaux psychiatriques et par voie de conséquence une hausse du nombre de lits dédiés aux enfants et aux adolescents (« La construction de lits nouveaux à l'hôpital psychiatrique existant paraît, à première vue, la seule solution permettant de régler les problèmes posés par l'encombrement actuel et à prévoir [2261]»).

A l'image de la circulaire du 15 mars 1960 et sa corollaire pour la psychiatrie

2256 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, p.6
2257 Circulaire du 13 septembre 1961 concernant l'hospitalisation des enfants de moins de seize ans à l'hôpital psychiatrique
2258 Ibid., p.2
2259 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.141
2260 Circulaire DGS/891/MS 1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique
2261 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, p.4

infanto-juvénile, la circulaire DGS/891/MS1 du 9 mai 1974 fut accompagnée d'une circulaire concernant les intersecteurs infanto-juvéniles[2262]. Cette circulaire complétait celle relative à la psychiatrie générale et venait préciser les spécificités liées aux structures d'accueil destinées à la prise en charge des enfants et des adolescents atteints de troubles psychiques.

L'idée principale de cette circulaire relative à la mise en place de la sectorisation dans le domaine de la psychiatrie infanto-juvénile était, peu ou prou, la même que pour la psychiatrie générale : les lits d'hospitalisation à temps plein devaient être conservés mais leur restriction numéraire devait absolument servir à la création d'unités plus petites à l'intérieur de la cité (« Le nombre restreint de lits nécessaires aux soins doit […] faciliter l'implantation en zone urbaine[2263] »). A l'instar de la psychiatrie générale, la circulaire DGS/892/MS 1, pressait les autorités sanitaires locales d'accorder « une priorité absolue […] à la mise en place des établissements de secteur, fonctionnant en externat.2264 »).

En 1974, le législateur, en psychiatrie générale comme en psychiatrie infanto-juvénile, semblait ferme et sans équivoque sur la possibilité d'ouverture de nouveaux lits à l'hôpital psychiatrique (« Aucune augmentation du nombre de lits des hôpitaux psychiatriques existants ne saurait plus être tolérée.[2265] »). La primauté de l'hospitalocentrisme semblait s'achever par une prise en compte administrative de l'obligation de déploiement de structures extrahospitalières en psychiatrie générale et infanto-juvénile. La voie d'équipement de l'inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile paraissait suivre une voie parallèle à celle de la psychiatrie générale.

Ces deux circulaires du 9 mai 1974 contribuèrent grandement au développement des structures extrahospitalières en psychiatrie. Jusqu'à sa publication, celles-ci étaient «embryonnaires[2266] » et les efforts de certains psychiatres étaient souvent demeurés vains. La circulaire établit de nouvelles priorités pour la psychiatrie française et notamment la recherche impérative d'un lieu permettant de recevoir, sur le secteur, les patients en consultations ambulatoires. Les formes que ce lieu pouvait revêtir se devaient d'être

2262 Circulaire DGS/892/MS 1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile
2263 *Ibid*., p.1
2264 *Ibid*., p.2
2265 *Ibid*., p.5
2266 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.141

variées « afin de définir les structures les mieux adaptées aux besoins des différents types de secteurs (urbains, ruraux ou mixtes). [2267]».

Entre ces circulaires du 9 mai 1974 et la rédaction du rapport Demay, les modes d'organisation et de répartition des structures de soins extrahospitaliers en psychiatrie (générale et infanto-juvénile) avaient peu évolué (« L'année 1974 représente […] l'année terminale des textes de publication sur la sectorisation ; tout ce qui a pu être publié depuis, n'est fait que de textes parcellaires, à préoccupation purement gestionnaire [2268]») .

En matière de structures de soins, le rapport Demay prônait un retour à l'esprit initial de la sectorisation psychiatrique c'est à dire des soins dispensés dans des lieux intégrés au milieu naturel des patients et accessibles (« […] des structures de petites dimensions, banalisées, situées dans une étroite proximité *naturelle* avec le milieu social [2269]»). L'objectif essentiel du rapport était d'éviter la création de petits asiles en ville c'est à dire de transposer l'esprit asilaire dans les nouvelles structures extrahospitalières et ce afin de « […] s'écarter […] de toute situation ségrégative.[2270]»).

Concernant les projets de soins, le rapport leur attribuait un rôle fondamental dans la construction de la nouvelle éthique. Ils devaient composer le socle sur lequel toutes les futures négociations budgétaires, en matière de psychiatrie infantile, devraient se réaliser ; ce qui aurait été rendu possible par un système rigoureux de contrôle («une évaluation régulière[2271]»).

Pour ce qui est du travail d'équipe, les conceptions doctrinales et pratiques connurent des évolutions qui s'accompagnèrent simultanément de précisions réglementaires indispensables. L'après-guerre restait influencé par un travail d'équipe fortement marqué par une relation professionnelle verticale c'est à dire que l'autorité des psychiatres était incontestable et que les infirmiers demeuraient de simples exécutants de la politique de soins décidée unilatéralement par les médecins.

2267 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.141
2268 Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur* ; Privat, Toulouse, 1980, p.111
2269 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.34
2270 *Ibid*., p.34
2271 *Ibid*., p.34

Dans une troisième sous-partie du chapitre consacré à la psychiatrie infanto-juvénile, les rédacteurs du rapport Demay abordèrent la mise en place de la politique de sectorisation en précisant que celle-ci avait induit le passage « de la ségrégation à la pratique du réseau communautaire[2272] ». Cette sous-partie évoquait les questions de l'institution, du réseau communautaire, de la continuité des soins et du travail de coordination en psychiatrie infanto-juvénile.

Comme nous l'avons traité précédemment dans une partie dédiée aux structures de soins, la question institutionnelle était entrevue ici sous le prisme de la désinstitutionnalisation. Désormais, les lieux de soins des jeunes patients devaient, comme pour les adultes, être en harmonie avec le cadre de vie des patients c'est à dire qu'il était souhaitable qu'ils pussent parfaitement s'intégrer à l'espace urbain (« Les lieux de soins doivent […] être localisés dans des lieux de vie ordinaires, banalisés, inscrits dans la communauté sociale.[2273] »).

Ces lieux de soins devaient également, d'un point de vue architectural, rompre avec les habitudes et les canons des constructions asilaires toujours prévalentes dans le paysage hospitalier français. En effet, le rapport émettait une recommandation explicite:
« les lieux de soins doivent correspondre à des dimensions légères, humaines.[2274] ».

La question du réseau communautaire en psychiatrie infanto-juvénile était abordée sous un angle qui se voulait résolument innovant et national. Bien que l'idéologie en la matière fût encore influencée par les idées et la pratique anglo-saxonne (*community psychiatry*), les rédacteurs du rapport, souvent désaliénistes et adeptes, pour certains, d'une désinstitutionnalisation radicale, voulurent proposer, à l'image de leurs suggestions pour la psychiatrie générale, un modèle de réseau communautaire propre à la situation et aux réalités de « l'enfance inadaptée[2275] » française.

Le développement du réseau communautaire était alors souvent vu comme un programme, certes louable, mais secondaire, possible lorsque des problèmes jugés plus

2272 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.34
2273 *Ibid*. p.35
2274.*Ibid*. p.35
2275 Maurice CAPUL, Jacques PINEAU, «L'enfance inadaptée en quête d'histoire. L'exemple de Toulouse Saint Simon (1950-1975) », *Empan*, vol. 82, no. 2, 2011, p. 125

importants seraient résolus. Pourtant, le rapport le considérait comme « un outil de travail essentiel.[2276] » qui ne devait absolument pas être négligé par les praticiens et l'administration sanitaire.

La définition de ce réseau était entendue de façon extensive par le rapport. Tous les acteurs (primaires et secondaires) de la communauté sociale du secteur infanto-juvénile étaient inclus dans la définition de cet outil qui se voulait délibérément orienté vers les milieux dans lesquels les enfants atteints de troubles psychiques pourraient être conduits à évoluer. Pour le rapport, tous sont concernés et l'implication des membres de la « communauté desservie[2277] » devait se refléter dans une participation accrue à une structure de représentation: le Conseil de santé mentale de secteur.

La création du Conseil de santé mentale de secteur fut préconisée par la circulaire du 12 décembre 1972[2278]. Elle a été initiée par les travaux du groupe de travail politique de sectorisation de la Commission des maladies mentales. Dans l'idée de ce groupe de travail, le Conseil de santé mentale de secteur devait remédier localement aux difficultés liées à l'application des instructions ministérielles relatives à la sectorisation[2279].

Si la politique de sectorisation ne connut pas de difficultés de développement, alors la création d'un Conseil de santé mentale de secteur pouvait s'avérer inutile. Le Conseil de santé mentale de secteur était vraiment conçu comme un organe permettant la mise en place de la politique de sectorisation dans un territoire où celle-ci éprouvait des complications pour s'installer.

Toutefois, la création d'un Conseil de santé mentale de secteur n'était pas obligatoire[2280] jusqu'à la loi du 31 décembre 1985. Son caractère facultatif, consultatif et subsidiaire n'a pas favorisé le développement de cette structure et a même constitué un frein à son évolution alors que celle-ci semblait s'intégrer parfaitement à la logique de sectorisation psychiatrique (« il [le Conseil de santé mentale de secteur] n'a pas donné les

2276 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.35
2277 *Ibid*., p.35
2278 Circulaire DGOS/2030 du 12 décembre 1972 relative à la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et la toxicomanie
2279 Note de Madame C.LAURENCEAU pour Messieurs CHARBONNEAU et GUILLIOT, 14 octobre 1972, Archives de la Direction Générale de la Santé, cote 19910084/30
2280 Jean-Louis DESCHAMPS, *1838-1990: immobilisme ou mutation du droit. Origines et fond premier de la législation française en matière de psychiatrie publique* ; Grenoble 1, 1991, p.115

résultats escomptés quant aux buts qui lui étaient fixés [2281]»). Toutefois, quelques conseils de santé mentale de secteur furent créés à la suite de la promulgation de la circulaire du 12 décembre 1972[2282].

Face à la lenteur de la mise en application de la circulaire du 12 décembre 1972 par les acteurs locaux concernés (le peu de conseils de santé mentale de secteur créé ne subsista pas[2283]), les autorités sanitaires décidèrent, en 1974, de promulguer consécutivement deux circulaires[2284] pour insister sur la nécessité de créer au plus vite ces conseils. Les conseils de santé mentale de secteur devaient, selon les demandes ministérielles, se réunir au minimum trimestriellement (« […] la fréquence des réunions du conseil de santé mentale de secteur ne doit pas être inférieure à quatre par an.[2285] »).

Le rôle du Conseil de santé mentale de secteur en matière de psychiatrie infanto-juvénile, dans la conception des rapporteurs de la commission Demay, se devait d'être différent de celui qu'il aurait dû avoir dans le cadre de la psychiatrie générale. En effet, les pratiques, les intervenants, les structures de soins et les référentiels idéologiques de la sphère psychiatrique infanto-juvénile se voulaient dissemblables de ceux de la psychiatrie adulte et ce même si la référence organisationnelle demeurait la sectorisation.

Le Conseil de santé mentale de secteur devait donc permettre, par sa structuration collégiale, aux praticiens de l'enfance en difficulté psychique de s'organiser efficacement afin mettre en commun une dynamique favorable à l'épanouissement « de projets thérapeutiques […] et à l'élaboration des projets novateurs.[2286] ».

Les véritables changements dans le travail d'équipe en psychiatrie intervinrent avec la circulaire du 15 mars 1960. La circulaire fondatrice de la sectorisation psychiatrique reposait sur plusieurs principes fondamentaux dont celui de la continuité des soins ; ce qui se traduisait en matière humaine par l'action d'une équipe unique et unifiée à l'intérieur

2281 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.136
2282 Pauline RHENTER, «Les conseils locaux de santé mentale, un nouveau modèle pour les partenariats ?» *Vie sociale*, 2010/1 N° 1, p.155
2283 *Ibid*., p.155
2284 Circulaire DGS/78/MS 1 du 15 janvier 1974 relative aux conseils de santé mentale de secteur
Circulaire DGS/891/MS 1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique
2285 Circulaire DGS/78/MS 1 du 15 janvier 1974 relative aux conseils de santé mentale de secteur, p.2
2286 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.35

d'un périmètre géo-démographique défini[2287]. Concernant la psychiatrie infanto-juvénile ce sont les circulaires du 16 mars 1972 et du 9 mai 1974 qui confirmèrent l'acuité de ce principe essentiel.

La circulaire du 15 mars 1960 ne laissait aucune ambiguïté sur la nécessité d'une prise en charge de la population d'une aire géographique précise par une équipe d'intervention unique : « [La continuité des soins] entraine la nécessité de confier à la même équipe médico-sociale la charge du malade en cure hospitalière et en pré et post-cure. Il est, en effet, indispensable que le malade sorti de l'hôpital psychiatrique retrouve au dispensaire […] le médecin qui l'a traité à l'hôpital. C'est la condition pour qu'il accepte cette post-cure.[2288] ».

La circulaire du 16 mars 1972 confirmait ce principe en matière infanto-juvénile : « […] celui-ci [le secteur de psychiatrie infanto-juvénile] n'est pas pure entité abstraite et statique mais il se définit par l'action d'une équipe dans une aire géographique donnée dont la situation, la délimitation sont en rapport direct avec la nature des besoins à satisfaire et des actions à entreprendre.[2289] ».

De plus, il convient de préciser que le principe général de continuité des soins devint continuité de l'action en pédopsychiatrie c'est à dire qu'il « nécessite une coordination de l'ensemble des moyens logistiques d'intervention sanitaire, sociale et éducative mis au service des actions entreprises auprès des enfants et des adolescents.[2290] ».

En matière de psychiatrie infanto-juvénile, l'organisation de la continuité de l'action s'opérait de façon analogue à la psychiatrie adulte c'est à dire qu'une même équipe pluridisciplinaire composée de pédopsychiatres, de psychologues et d'infirmières intervenait à la fois à l'intérieur des institutions et dans les structures extrahospitalières. Toutefois, les équipes médicales devaient, dans le cadre de la prise en charge globale des

2287 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.112
2288 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales
2289 Circulaire n°443 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents, JORF du 21 avril 1972, pp. 4209-4210
2290 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.177

difficultés des enfants et des adolescents, prendre en compte la dimension éducative (équipes propres et habitus professionnels différents).

La continuité des soins, telle qu'elle était envisagée par la circulaire du 15 mars 1960, représentait la caractéristique constitutive de la politique de sectorisation psychiatrique. Le succès de la politique de sectorisation dépendait de la bonne qualité des soins dispensés par les membres de l'équipe médico-sociale. Ce lien de dépendance se retrouvait également dans la pédopsychiatrie puisque de la bonne coordination de l'action des équipes médico-socio-éducatives sur un territoire défini dépendait le succès de la prise en charge des enfants et des adolescents affectés par la maladie psychique et le handicap.

Cette bonne coordination résultait principalement, selon le rapport Demay, de la capacité de l'équipe de soins pédopsychiatriques à « établir et entretenir des articulations multiples avec tous les acteurs de la scène sociale sur laquelle l'enfant est concerné.[2291] ». Selon Patrick MORDELET, la réussite de la continuité de l'action des acteurs de l'enfance et de l'adolescence en difficulté psychique et mentale pouvait également « être améliorée par l'institution d'ensembles cohérents d'établissements et par la création de groupements d'établissements.[2292] ».

Une quatrième sous-partie du chapitre consacré à la psychiatrie infanto-juvénile se proposait d'aborder l'importante question du développement du travail en équipe. Ici, les rédacteurs du rapport reprenaient des thèmes régulièrement évoqués par les psychiatres hospitaliers et les équipes de soins (infirmiers, psychologues) : la fin de la gestion de la pénurie, la reconversion des personnels et l'obtention de moyens humains nécessaires pour faire au changement radical de paradigme de soin[2293].

Le développement du travail en équipe passait, selon le rapport, par :

- une analyse fine du fonctionnement même des équipes qui se devaient d'être pluridisciplinaires et de privilégier l'accueil dans des structures ambulatoires

2291 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.36
2292 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.177
2293 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.36

- la mise en place d'une formation (psychologique et psychosociologique[2294]) des personnels soignants adaptée aux transformations observées dans le domaine de la pédopsychiatrie

La sixième sous-partie du chapitre consacré à la psychiatrie infanto-juvénile s'achevait par une liste de sept propositions visant à rendre cette spécialité plus adaptée à la réalité qu'imposait la prise en charge des enfants et des adolescents. Ces propositions ou « nouvelles dispositions[2295] » s'articulèrent autour de deux grands axes : le nécessaire développement de la coordination de tous les acteurs du champ de l'enfance et de l'adolescence et l'impérieux besoin de créer de nouvelles équipes pour répondre à la demande de soins.

De plus, les rédacteurs suggéraient aux autorités sanitaires de se dispenser de promulguer des textes trop contraignants « générateurs de prototypes qui négligent l'originalité des situations locales.[2296] ». Ici, le rapport mettait en garde les autorités ministérielles contre tout excès de jacobinisme et de technocratisme en matière de pédopsychiatrie. Les textes légaux et réglementaires en la matière se devaient d'être souples pour répondre aux spécificités des contextes locaux.

Le chapitre sept visait à proposer des nouveaux principes de l'action de formation induisant des incitations claires au changement. Ces incitations seraient mises en œuvre sans rupture trop violente avec les anciens principes et ce «pour assurer effectivement le processus de changement»[2297]. Selon le rapport, elles se rapporteraient à quatre sphères de la psychiatrie française: les structures et les personnels, l'insertion et la restitution sociale, la coordination ministérielle et la promotion d'un grand débat national[2298].

Les structures et les personnels étaient évidemment les premiers concernés par la réforme d'ensemble envisagée par le rapport *Une voie française pour une psychiatrie différente*. D'emblée, le rapport avançait un objectif très ambitieux: la fin des établissements psychiatriques de type asilaire dans une période de dix ans. Ce projet

2294 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.37
2295 *Ibid*., p.41
2296 *Ibid*., p.41
2297 *Ibid*., p.42
2298 *Ibid*., p.42

radical n'était pas sans rappeler la réalisation des objectifs des antipsychiatries italienne et anglo-saxonne c'est à dire la fermeture des structures de soins psychiatriques de type asilaire (surtout en Italie où celle-ci fut consacrée par une loi votée en 1978). Cette référence à un principe fondamental de l'antipsychiatrie demande un bref rappel des concepts de ce courant de pensée de la psychiatrie occidentale des années 1970-1980.

En France, l'antipsychiatrie laissa quelques traces parmi les psychiatres les plus radicaux[2299] ainsi que parmi les désaliénistes et ce même si ces derniers pouvaient s'en défendre[2300]. L'antipsychiatrie fut un courant de pensée né au Royaume-Uni au début des années 1960. Ses fondements idéologiques se trouvent dans les écrits du psychiatre hongrois Thomas SZASZ, du sociologue américain Erving GOFFMAN et du philosophe français Michel FOUCAULT[2301]. Des éléments résiduels d'antipsychiatrie pouvaient s'observer, dans le rapport Demay, dans l'énoncé de l'objectif radical de la disparition programmée des « établissements psychiatriques lourds »[2302].

L'antipsychiatrie proposa une nouvelle définition de la schizophrénie. La réaction psychique du patient serait liée à l'œuvre néfaste et coercitive d'une société normée et effrayée. La schizophrénie n'est plus une maladie mais une résistance interne à l'aliénation générée par le système capitaliste. Les antipsychiatres britanniques affirmaient que la schizophrénie était le résultat de thérapies oppressives visant à interdire à certains individus exceptionnels de réaliser des découvertes psychiques appelées métanoïas. Il est admis aujourd'hui que les fondateurs de ce mouvement étaient le psychiatre anglais Ronald LAING[2303] et le psychiatre sud-africain David COOPER dont l'ouvrage *Psychiatrie et anti-psychiatrie*[2304] avait donné son nom au mouvement. David COOPER fit d'abord une expérience institutionnelle fondée sur la communauté thérapeutique et l'absence d'éléments organisationnels répressifs. En 1965, avec Ronald LAING et Aaron

2299 Le psychiatre Roger GENTIS fut, en France, un de ces psychiatres radicaux que l'antipsychiatrie influença un temps. Il publia notamment *Les murs de l'asile* (1970) et *Guérir la vie* (1971) chez l'éditeur François Maspéro. Son collègue, le pédopsychiatre Stanislaw TOMKIEWICZ (1925-2003), fut un ami proche de David COOPER et de Franco BASAGLIA.

2300 Lucien BONNAFÉ, «Lettre à un jeune psychiatre sur l'antipsychiatrie»; *La Nouvelle Critique*, n°53, (234), mai 1972

2301 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Odile Jacob, 2015, pp.148-167

2302 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.42

2303 Ronald.D. LAING, *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. Harmondsworth: Penguin, 1960
Ronald.D. LAING, *Le Moi Divisé, De la santé mentale à la folie* ; Stock, Paris, 1970

2304 David COOPER, *Psychiatry and Anti-Psychiatry*, Paladin,1967
David COOPER, *Psychiatrie et anti-psychiatrie ;* Éditions du Seuil, Paris, 1970

ESTERSON, il créa la Philadelphia Association visant à organiser des lieux d'accueil pour schizophrènes. L'association obtint un local dans un quartier ouvrier londonien, Kingsley Hall. L'expérience communautaire de Kingsley Hall s'acheva en 1970 à l'expiration du bail[2305].

En Italie (où les hôpitaux psychiatriques furent reconvertis en foyers d'accueil depuis la loi 180 votée en 1978[2306]), l'antipsychiatrie prit, dès ses débuts, une forme très politisée. Elle était essentiellement influencée par le marxisme. Sa figure la plus connue et la plus reconnue était le psychiatre vénitien Franco BASAGLIA. Franco BASAGLIA put entreprendre une longue expérience (de 1961 à 1969) de transformation institutionnelle à l'hôpital psychiatrique de Gorizia. De cette expérience, il publia son ouvrage le plus fameux: *L'institution en négation[2307].*

Admirateur de Jean-Paul SARTRE[2308], ami de Lucien BONNAFÉ[2309], Franco BASAGLIA envisageait comme première étape de la fin du système asilaire la rénovation totale de l'hôpital psychiatrique. Après cette rénovation, l'hôpital pouvait se nier en tant que système et Franco BASAGLIA pouvait affirmer dans son ouvrage: « La négation d'un système est la résultante d'un renversement […] C'est le cas, justement, pour la crise du système psychiatrique en tant que système à la fois scientifique et institutionnel »[2310]. Puis Franco BASAGLIA put mettre en application ses idées refondatrices à l'hôpital psychiatrique de Trieste où il bénéficia du soutien du maire de la ville[2311]. Il reste dans l'histoire italienne comme l'inspirateur de la loi 180 qui ferma les hôpitaux psychiatriques du pays. Il meurt d'un cancer du cerveau en 1980[2312]. Son legs intellectuel, thérapeutique et organisationnel est considérable.

Dans la sous-partie consacrée aux structures et aux personnels, les rédacteurs du

2305 Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Odile Jacob, 2015, p. 187
2306 Legge 13 maggio 1978, n.180 "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 16 maggio 1978, n. 133.
Loi du 13 mai 1978, n°180 "Examens et traitements médicaux volontaires et obligatoires" publiée au Journal Officiel du 16 mai 1978, n°133
2307 Franco BASAGLIA, *L'institution en négation. Rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia* ; Éditions du Seuil, Paris, 1970 (*L'istituzione negata*. *Rapporto da un ospedale psichiatrico* ; Milano, Baldini Castoldi Dalai, 1968)
2308 Giovanna GALLIO, « La découverte de la réalité. Sartre, « maître » de Basaglia », *Les Temps Modernes*, vol. 668, no. 2, 2012, p.64
2309 Lucien BONNAFÉ «Franco Basaglia: la rupture. (VST, n° 131, oct.-nov. 1980)», *VST - Vie sociale et traitements*, vol n° 78, no. 2, 2003, pp. 27-28
2310 Franco BASAGLIA, *L'institution en négation. Rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia* ; Éditions du Seuil, Paris, 1970, p.108
2311 Mathilde GOANEC, « Fous à délier » ; *Le Monde diplomatique*, janvier 2015, p.16
2312 Robert SOLÉ, « L'homme qui voulait supprimer l'asile », *Le Monde*, Dimanche 31 août-Lundi 1er septembre 1980, p.12

rapport Demay indiquaient quels moyens ils comptaient utiliser pour parvenir à la disparition progressive et concertée des établissements de type asilaire. Ces solutions n'étaient ni des nouveautés ni des révélations. Elles ont déjà été envisagées et argumentées, dans des articles de doctrine, par les psychiatres membres de la commission.

Le sort des structures de soins était lié à celui des personnels soignants et non-soignants. Le principal objectif des médecins désaliénistes étant de déplacer les lieux de soins actuels vers la cité et la communauté, le mouvement de ces personnels vers de nouvelles structures devait être envisagé et conçu avec la plus grande rigueur.

La permanence d'hôpitaux psychiatriques asilaires consacrait la confiscation par ces derniers de nombreux personnels et conséquemment freinait le développement de la politique de sectorisation et sa diffusion sur le territoire («L'hôpital actuel […] accapare la quasi-totalité des personnels de soin, consacre ainsi un éloignement des lieux et de la pratique de secteur.[2313]»). Le rapport dénonçait la polarisation autour de l'hôpital psychiatrique et suggérait un transfert de structures et personnels vers la cité et les hôpitaux généraux («Il faut […] réduire aussi l'énormité des établissements en déplaçant, dans les lieux desservis, l'essentiel des moyens de soin […]. Les hôpitaux généraux doivent être un des éléments déterminants dans ce mouvement.[2314]»).

Dans ce mouvement de transfert de structures et de personnels, l'hôpital psychiatrique devait perdre le monopole, jusque-là indiscuté, de la gestion de l'ensemble du dispositif de soin (« […] l'établissement hospitalier à séjours de temps plein ne conserve
[…] la maitrise de l'appareil de soin dans son ensemble.[2315]») et devenir une composante parmi les autres d' «un ensemble unifié et solidaire[2316]».

Les établissements à temps plein devaient également engager un effort réel et soutenu pour obtenir une diminution de la durée de séjour des patients entre leurs murs. Pour cela, le rapport Demay proposait de valoriser les initiatives des équipes travaillant sur

2313 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.42
2314 *Ibid*., p.42
2315 *Ibid*., p.42
2316 *Ibid*., p.42

le lien communautaire et l'intégration des patients à la vie citoyenne (« […] les projets novateurs émanant des équipes s'appuyant sur la communauté et ses représentants […] feront l'objet d'un soutien particulier et attentif.[2317]»).

Cette proposition semblait extrêmement favorable au développement des activités de secteur puisqu'elle encourageait les équipes de soins psychiatriques à faire preuve d'une inventivité libératrice et créatrice de bonnes pratiques dans un domaine médical souvent considéré comme figé depuis la loi du 30 juin 1838.

Cette inventivité des équipes de soins de l'extrahospitalier psychiatrique ne pouvait se concevoir sans une pérennité des personnels les composant (« […] pour accompagner le processus : la garantie de l'emploi pour tous les personnels actuellement en service»[2318]). Ainsi, le rapport confirmait un principe organisationnel de la psychiatrie de secteur qui demeurera une revendication des équipes de soin: le transfert des structures vers la communauté doit systématiquement s'accompagner d'un transfert de moyens humains et ne doit jamais constituer un prétexte de réduction du personnel hospitalier.

Pour les rédacteurs du rapport, les personnels dont les emplois connaissaient une évolution due à une mutation des structures hospitalières devaient pouvoir bénéficier de formations adaptées à cette évolution. Cette nécessité de formation des personnels hospitaliers de la psychiatrie était une demande constante des psychiatres désaliénistes depuis la Libération et la mise en place des stages des CEMÉA par Georges DAUMÉZON et Germaine LE GUILLANT.

Le rapport ne faisait que formaliser ces demandes en les adaptant à la situation du moment. Les suggestions en matière programmatique étaient assez convenues. Elles se situaient dans la continuité des articles et des publications de Georges DAUMÉZON, Lucien BONNAFÉ, Jean AYME ou André MEYLAN[2319].

La deuxième sous-partie du chapitre sept abordait la question fondamentale de l'insertion sociale. Cette question était au cœur même de la logique de sectorisation

2317 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.42
2318 *Ibid*., p.43
2319 Essentiellement dans *L'Information Psychiatrique*

psychiatrique puisque sans une appréhension fine et opportune des besoins matériels essentiels des personnes ''déchronicisées'' il aurait été très difficile de faire valoir l'idée de la fin de l'asile-village c'est à dire de l'asile comme seul lieu de vie pour les malades psychiques.

Sur cette question de l'insertion sociale, le rapport Demay ne faisait pas montre d'originalité puisqu'il reprenait à son compte les analyses et les propositions des psychiatres les plus progressistes et les plus favorables à la mise en place sectorisation. Nombre d'entre eux font partie de cette commission. Il semble donc que la réunion de ces ''hommes de secteur'' au sein de la commission Demay permit surtout de voir émerger officiellement et administrativement des idées peu écoutées depuis quelques années.

Pourtant, les propositions émises par le rapport Demay en matière d'insertion sociale semblaient presque relever du bon sens mais surtout elles prenaient appui sur des normes juridiques tangibles comme la circulaire du 15 mars 1960 et la circulaire du 14 mars 1972. En effet, ces deux textes visaient à la réalisation de la politique de sectorisation psychiatrique et par voie de conséquence à une remise en cause radicale du modèle asilaire français.

Cette insertion sociale des patients hospitalisés était considérée comme un symbole du dépassement de «l'institution ségrégative[2320]». Pour les rédacteurs du rapport Demay, elle ne pourra se concrétiser et se développer durablement que si elle réussit à agréger autour d'elle les institutions et les forces sociales déjà existantes: les associations, les structures du monde du travail (comités d'établissement, syndicats) et les bureaux d'aide sociale des municipalités[2321].

Cette mobilisation des structures en présence et le travail réalisé avec les psychiatres de secteurs avaient pour but de permettre une réelle efficacité puisque le rapport sous-entendait que la situation actuelle et précédente, notamment en matière infanto-juvénile, avait abouti à des échecs. Le rapport encourageait donc les psychiatres et les pédagogues à travailler ensemble dans l'intérêt des enfants.[2322]

2320 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.43
2321 *Ibid*., p.43
2322 *Ibid*., p.44

Dans le cadre d'une insertion sociale réussie pour les malades psychiques, la mise en place d'un revenu social minimum était envisagée. Ce revenu minimum existait déjà puisque l'article 35 de la loi du 30 juin 1975[2323]avait instauré l'attribution de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) à toute personne dont le taux d'invalidité permanente est supérieur ou égal à un taux fixé par décret.

Toutefois, l'AAH n'avait pas été conçue par le législateur pour être attribuée aux malades psychiques car ceux-ci n'étaient pas (encore) considérés comme handicapés. C'est pour cette raison que le rapport évoquait «un revenu social minimum […] sans aucun caractère spécifique d'attribution pour les personnes concernées par la psychiatrie.[2324]».

Ce revenu minimum n'était pas conçu comme une fin en soi par les rédacteurs du rapport. Ils envisageaient des mesures bien plus profondes et radicales pour mettre fin à l'exclusion sociale qu'induisait le maintien de structures asilaires.

Ces mesures étaient essentiellement incitatives et visaient à encourager tous les acteurs de la santé mentale à développer des initiatives durablement transformatrices dans les domaines du logement et de l'emploi par exemple et ce afin d'éviter autant que possible le recours au placement en «institution ségrégative[2325]». L'option au placement en institution est le fondement de la théorie des rédacteurs du rapport Demay en matière de logement des malades psychiques et des personnes

Dans le domaine du logement, il était donc envisagé une aide protéiforme devant aboutir à un accompagnement des malades au sortir de l'institution. Cette aide au logement pouvait, par exemple, revêtir l'aspect d'un «réentraînement à l'autonomie[2326]». Le principe fondamental guidant la philosophie du rapport Demay en la matière demeurait la mise à distance durable des institutions ségrégatives de tous les individus concernés par un internement (malades psychiques, vieillards, handicapés voire immigrés[2327]).

Afin de réaliser et de réussir cette désinstitutionnalisation, les pouvoirs publics et

2323 Loi n°74-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées
2324 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.44
2325 *Ibid*., p.43
2326 *Ibid*., p.44
2327 *Ibid*., p.44

surtout les collectivités territoriales devaient, si les recommandations du rapport étaient suivies, contribuer à aider les personnels soignants dans leurs efforts d'autonomisation des personnes internées dans des structures de soin. En juillet 1982 (date de publication du rapport), les collectivités locales (surtout les conseils généraux par le truchement de la DDASS[2328]) participaient activement à la mise en œuvre de la politique de sectorisation, notamment par l'intermédiaire des conventions de secteur signées avec les Centres Hospitaliers Spécialisés[2329].

Toutefois, les conseils généraux n'étaient pas les seules structures déconcentrées visées par les suggestions du rapport Demay. En effet, les communes devaient aussi, dans la logique du rapport, contribuer au maintien dans des domiciles privés voire à la création de logements nouveaux «sans précarité ni ségrégation»[2330]. Ces mesures départementales et communales devaient permettre de proposer une option crédible aux internements en hôpital psychiatrique. Elles s'inscrivaient dans l'esprit même de la sectorisation psychiatrique qui avait pour objectif essentiel le maintien du patient dans son environnement naturel en évitant l'exclusion sociale provoquée par la chronicisation asilaire.

Pour les rédacteurs du rapport Demay, le soutien à l'insertion sociale des «personnes considérées comme handicapées mentales[2331]» recourait obligatoirement à une aide gouvernementale et une facilitation à l'embauche. L'Etat devait s'appuyer sur des propositions des ministères de la Solidarité Nationale et de la Fonction Publique, seuls capables d'agir concrètement en faveur de l'embauche des malades psychiques.

Afin de favoriser l'insertion professionnelle des handicapés psychiques, une série de propositions fut réalisée. Ces propositions ne furent pas immédiatement reprises par les autorités demanderesses du rapport mais force est de constater que nombre d'entre elles servirent par la suite d'inspiration aux pouvoirs publics lorsqu'ils légiféreront en matière de travail des personnes handicapées.

2328 Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales créées en 1977 par un décret n°77-429 du 22 avril 1977
2329 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.117
2330 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.44
2331 *Ibid*., p.44

En effet, à titre d'exemple, la loi d'orientation du 30 juin 1975 créait la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) mais n'imposait ni aux entreprises privées ni aux structures étatiques (fonctions publiques, entreprises publiques) une obligation d'embauche des personnes handicapées (physiques ou psychiques).

Le rapport Demay demandait à l'Etat d'intégrer dans les fonctions publiques et dans les entreprises publiques une «proportion précise[2332]» de malades psychiques. Cette demande était assortie d'une exigence d'«exemplarité […] des entreprises nationales».

Du fait de la disqualification du rapport Demay par les pouvoirs publics, les mesures et les idées de ce dernier ne furent pas utilisées immédiatement. Toutefois, dans le cas de l'obligation d'emploi des personnes handicapées psychiques, nous pouvons observer que la loi du 10 juillet 1987[2333] reprenait l'idée d'une proportion de travailleurs handicapés dans les entreprises publiques (article L.323-2 du Code du travail) et privées (article L.323-1 du Code du travail[2334]).

Le rapport insistait également sur les mesures de réinsertion sociale et professionnelle destinées aux personnes sortant de structures dites «ségrégatives»[2335]. Ces personnes devaient bénéficier de la formule «stages-formation-emploi[2336]» et les entreprises les embauchant de réductions fiscales («mesures d'allègement fiscal des entreprises consentant le recrutement de personnes sortant de structures ségrégatives»[2337]).

La sous-partie trois du chapitre sept du rapport évoquait la mise en place d'une coordination ministérielle relative à la mutation de la psychiatrie. Le rapport proposait la création d'une instance transversale pouvant prendre la forme soit d' « un Comité de

2332 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.44
2333 Loi n°87-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés
2334 Article L.323-1 alinéa 1 du Code du travail: Tout employeur occupant au moins vingt salariés est tenu d'employer, à temps plein ou à temps partiel, des bénéficiaires de la présente section dans la proportion de 6 p.100 de l'effectif total de ses salariés.
2335 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.44
2336 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.44
2337 *Ibid*., p.44

responsabilité interministérielle [2338]» soit d' « un Secrétariat d'État ayant compétence d'intervention dans tous les domaines concernant l'exclusion des citoyens[2339] ».

Cette instance aurait pour principale mission de « coordonner les demandes et le dispositif de programmations […] visant au dépérissement des structures ségrégatives [2340]». Afin de mener à bien cette mission, cette nouvelle structure s'appuierait sur la participation des nombreux ministères et secrétariats d'État concernés par la maladie mentale («ministères de la Santé; de la Solidarité Nationale ; de l'Education Nationale ; du Travail ; de la Formation Professionnelle ; des Finances ; du Plan de la Culture ; de l'Environnement ; de la Recherche ; de l'Intérieur […] le Secrétariat aux personnes âgées.[2341]»).

La dernière partie du chapitre sept (et du rapport) envisageait la promotion et la réalisation d'un débat national relatif à la psychiatrie et à la maladie mentale. Les attentes et les résultats d'une telle initiative semblent apparemment simples et relèvent presque du bon sens commun. Toutefois, il est à préciser qu'une telle initiative n'avait jamais eu lieu en santé mentale et que l'idée émise par le rapport Demay aurait été une innovation majeure puisqu'une partie importante de la population française aurait pu y prendre une part active.

Les conséquences positives d'un tel débat étaient énumérées par le rapport. Elles étaient regroupées autour de trois axes principaux qui « sont ceux:

- d'une mobilisation de potentiels non spécifiques de prise en charge des problèmes concernant l'insertion des personnes exclues ;
- d'une vigilance populaire à l'égard des discriminations ;
- d'un changement sans doute lent, mais nécessaire dans les images sociales et les mentalités.[2342]».

Ce débat, véritable innovation concernant une question médicale et sociale, aurait

2338 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.45
2339 *Ibid*., p.45
2340 *Ibid*., p.45
2341 *Ibid*., p.45
2342 *Ibid*., p.45

dû être relayé et appuyé par tous les moyens d'informations du grand public (télévisions, radios, journaux notamment) et «des exposés et discussions publiques permanents.[2343]». Il aurait également pu bénéficier de l'expertise des Conseils de santé mentale de secteur existants[2344], bien que les activités de ceux-ci fussent, lors de la rédaction du rapport, limités par l'absence d'assise légale[2345] et leur rôle exclusivement consultatif[2346].

Paragraphe 3: Le rapport Demay : un apport finalement symbolique ?

« Le rapport Demay disparaitra, emporté par le "virage de la rigueur"[2347]
Patrick COUPECHOUX

Le rapport présenté par Marie et Jean DEMAY au ministre Jack RALITE en juillet 1982 (« Ses conclusions seront remises au ministère dès juillet 1982...[2348]») marqua un tournant dans la construction de la sectorisation psychiatrique en France. Cependant, son influence concrète fut très relative et son importance restera pendant longtemps très symbolique. En effet, le rapport dérangea et, rapidement, il fut écarté par les autorités publiques[2349]. A commencer par le ministre qui l'avait commandé...

A la lecture du rapport, Jack RALITE aurait exprimé son mécontentement face au fait que la commission « se contente d'énoncer des principes au lieu de faire des propositions concrètes et très précises aux services de l'administration centrale. En effet, la commission a voulu s'en tenir aux principes généraux essentiels autour de deux affirmations centrales: la nécessité d'une loi avec un seul article abrogeant la loi de 1838 […] Et la création pour chaque secteur de 50000 habitants d'un "établissement public de

2343 Une voie française pour une psychiatrie différente. Document établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé. Juillet 1982, p.45
2344 *Ibid*., p.45
2345 Création par la circulaire DGS/2030 du 12 décembre 1972 relative à la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les maladies mentales. Bulletin officiel SN-S 83/2 bis, p.73
2346 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, pp.136-137
2347 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, 2006, p.146
2348 Guy BAILLON, « Les réformes ratées de la psychiatrie depuis la commission Demay » ; *Vie Sociale et Traitements*, 2016/4 (n°132), p.117
2349 Guy BAILLON, «Laforcade réhabilite Demay et l'avenir de la psychiatrie, épisode II» ; Mediapart, 18 novembre 2016

secteur".[2350]» Ces propositions, même si elles étaient en conformité avec son discours de Sotteville-lès-Rouen, parurent trop révolutionnaires au ministre de la Santé.

Le ministre a probablement été influencé par des opinions négatives émanant de la haute administration sanitaire dont les directeurs d'établissements hospitaliers. En effet, « […] il semble qu'elles [les conclusions de la commission] ont été vécues dans les hautes sphères comme trop révolutionnaires car ne se protégeant pas derrière une loi générale, et voulant remplacer les directeurs des grands hôpitaux […] par un simple responsable administratif de secteur.[2351]»

Les avis et les suggestions de la Commission Demay entraient trop en conflit avec les réalités administratives et politiques de la psychiatrie française. De plus, il convient de préciser ici que les démonstrations du rapport perturbaient violemment les conceptions et les idées reçues de la population française en matière de santé mentale (« […] les orientations choisies par la commission constituaient une révolution d'une trop grande profondeur et ne tenaient pas compte du rejet fondamental de la folie dans l'opinion publique et dans les médias.[2352]»).

C'est essentiellement pour ces raisons que le ministère de la santé décida de ne pas publier ce rapport après sa remise aux autorités compétentes en juillet 1982. Il connut une mise à l'écart brutale et ne sera connu du grand public (sanitaire essentiellement) uniquement grâce à sa publication dans la revue des CéMéA: *Vie sociale et traitements* (« Puis silence total. Pas de publication officielle. Seul VST [Vie *sociale et traitements*] les publiera[2353]»).

Cette publication "parallèle" dans VST incita le Secrétaire d'État à la santé ayant succédé à Jack RALITE, le socialiste Edmond HERVÉ, à publier officiellement ce rapport un an après sa remise aux autorités ministérielles précédentes (« Il faudra attendre presque un an (juillet 1983) pour que le nouveau secrétaire d'État à la santé, Edmond Hervé, décide sa publication officielle, une fois mis devant le fait accompli de sa large

2350 Guy BAILLON, « Les réformes ratées de la psychiatrie depuis la commission Demay » *; VST-Vie sociale et traitements,* 2016/4 (n°132), p.117
2351 *Ibid*., p.117
2352 *Ibid*., p.117
2353 *Ibid*., p.117

diffusion parallèle, notamment par la revue des CEMEA, *Vie sociale et traitements*.[2354] »). Pour Guy BAILLON (membre de la Commission Demay), il [le rapport Demay] a été "oublié" ; il a seulement été publié par la revue VST des Céméa, fin 1983. [2355]».

Après l'absence de prise en compte officielle des conclusions du rapport de la Commission Demay, l'administration du nouveau ministère de la Santé décida de rétablir une autre Commission des maladies mentales. Celle-ci fut donc créée par un arrêté ministériel du 18 août 1983[2356]. Quelques membres de la Commission Demay ont été désignés pour faire partie de cette nouvelle commission[2357] .

C'est Jean-François BAUDURET, de fait remplaçant de Marie-Rose MAMELET à la direction du bureau de la psychiatrie[2358], qui demanda au ministre de créer cette Commission des maladies mentales avec pour objectif, selon Guy BAILLON, de « faire accepter la politique de secteur à une Sécurité sociale qui lui était farouchement opposée jusque-là.[2359] ».

Pourtant, le rapport Demay a définitivement vécu et pour Marcel JAEGER, « [il] est déjà enterré[2360] » car « dans son discours d'ouverture de la Commission des maladies mentales, en décembre 1983, Edmond Hervé ne fait mention ni du rapport Demay ni de la notion d'établissement public de secteur.[2361]

Pourquoi le rapport a-t-il connu un tel sort alors qu'il avait été demandé explicitement par le ministre de la Santé ? Il semble que la réalité des affaires publiques ait primé sur la refonte du paradigme asilaire et aliénant que proposait les rédacteurs du rapport Demay.

Marcel JAEGER proposa un début de réponse à cette question puisque, selon lui :

2354 Marcel JAEGER, *La psychiatrie en France* ; Syros/Alternatives, Paris, 1989, p.22
2355 Guy BAILLON, « Un rapport moteur pour le secteur », *VST-Vie sociale et traitements* 2001/4 (n°72), p.40
2356 Arrêté du 18 août 1983 portant création d'une commission des maladies mentales auprès du secrétaire d'État chargé de la santé.
2357 Guy BAILLON, « Les réformes ratées de la psychiatrie depuis la commission Demay » ; *VST-Vie sociale et traitements*, 2016/4 (n°132), p.117
2358 Guy BAILLON, *Les usagers au secours de la psychiatrie* ; Éditions Érès, Toulouse, 2009, p.101
2359 *Ibid.*, p.101
2360 Marcel JAEGER, *La psychiatrie en France* ; Syros/Alternatives, Paris, 1989, p.22
2361 *Ibid*., p.22

« […] le programme de Jack Ralite, développé par le rapport Demay, était des plus ambitieux et n'a pas manqué de paraître utopique : outre les modifications législatives envisagées, les transformations institutionnelles du champ psychiatrique, il s'agissait et surtout de promouvoir un nouveau rapport social à la folie, sur le plan éthique et culturel .[2362] ».

Malgré cet abandon politique, le rapport Demay demeure, dans l'histoire de la psychiatrie française contemporaine, la meilleure synthèse de l'esprit de Saint-Alban, du désaliénisme et de la sectorisation psychiatrique. Pour le Dr Charles ALEZRAH, « Il s'agit d'un rapport revigorant inspiré d'un humanisme teinté d'idéalisme bienvenu en ces temps où la discipline pourrait perdre certains repères fondamentaux.[2363] » et selon Patrick COUPECHOUX, il appartient à « une parenthèse surréaliste[2364] » de la psychiatrie française.

Section 2: Vers une «légalisation» du secteur psychiatrique : les lois de 1985

«Une circulaire n'est pas une loi.»[2365]
Alain LOPEZ, Gaëlle TURAN-PELLETIER

La circulaire du 15 mars 1960 permit aux spécialistes de la psychiatrie de construire des nouveaux traitements sur des fondements politiques et réglementaires clairs. Cependant, la valeur juridique d'une circulaire était mince et faisait reposer la pratique de la psychiatrie de secteur sur une assise normative très fragile. En effet, la psychiatrie de secteur dut fonctionner pendant vingt-cinq années (de 1960 à 1985) sur l'équivalent d'une note de service.[2366]

Depuis 1960 et la circulaire ministérielle du 15 mars, les acteurs de la psychiatrie en France avaient progressivement adopté l'idée que l'organisation géo-démographique était

2362 Marcel JAEGER, *La psychiatrie en France* ; Syros/Alternatives, Paris, 1989, p.22
2363 Charles ALEZRAH, « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'Information psychiatrique*, vol. Volume 85, no. 6, 2009, p.511
2364 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, 2006, p.144
2365 Alain LOPEZ, Gaëlle TURAN-PELLETIER, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, Tome 2 Annexes ; Inspection Générale des Affaires Sociales, N°2017-064R, Novembre 2017, p.12
2366 Gilles LEBRETON, *Droit administratif général* ; Dalloz, Paris, 2017, 9ème édition, p.110

la plus efficace et la plus juste[2367]. Il était évident que ce mode de fonctionnement ne faisait pas l'unanimité chez certains praticiens ayant été formés à la leçon de la pensée aliéniste[2368] mais ces voix discordantes au sein du corps médical n'eurent pas de répercussion au plan normatif car les hautes autorités sanitaires étaient encore acquises, au début des années 1980, à l'idée de diffusion de la politique de sectorisation.

Toutefois, la rigueur financière résultant de la crise pétrolière et de la fin de la période de prospérité économique dite des Trente Glorieuses se manifesta également dans des textes réglementaires et législatifs relatifs à la psychiatrie. L'arrêté du 3 juin 1980[2369] avait été analysé comme un essai de construction de la carte sanitaire de la psychiatrie prévue par la loi hospitalière du 31 décembre 1970[2370].

La loi du 13 juillet 1983[2371] approuvait le rapport sur le 9ème Plan de développement économique, social et culturel (1984-1988)[2372]. Ce rapport sur le 9ème Plan relevait d'un esprit analogue à l'arrêté du 3 juin 1980 puisqu'il mettait en avant, dans le programme dédié à la modernisation du système de santé, la nécessité d'établir une rationalisation dans l'organisation hospitalière et extrahospitalière de la psychiatrie. Il se divisait en deux grandes parties :
Ⅰ/ Les choix du 9ème Plan
Ⅱ/ La stratégie et les grandes actions

Le 9ème Plan prévoyait douze programmes prioritaires d'exécution (PPE) dont un (le onzième) consacré à la modernisation et la meilleure gestion du système de santé[2373]. Le onzième PPE reconnaissait l'excellent niveau du système de santé français et proposait de l'améliorer en le rendant plus novateur et moins dispendieux. Pour ce faire, le programme suggérait le respect de deux axes de travail :

2367 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, pp.108-111
2368 Pierre BAILLY-SALIN, « L'hostilité des psychiatres (1960-1964). L'Etat se met de la partie » *in* Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur ;* Recherches n°17, Mars 1975, pp.215-216
2369 Arrêté du 3 juin 1980 relatif aux indices de besoin concernant les équipements psychiatriques
2370 Circulaire n° 5780 du 21 décembre 1987 relative à la planification en santé mentale et à la préparation de la mise en place de la carte sanitaire en psychiatrie
2371 Loi n°83-645 du 13 juillet 1983 Le rapport sur le 9ème plan de développement économique, social et culturel est approuvé en tant qu'il définit pour la période 1984-1988 les choix stratégiques, les objectifs et les grandes actions. (première loi de plan), JORF du 17 juillet 1983 p.2214
2372 La pagination de ce rapport ne reprenait pas la pagination du Journal Officiel
2373 Rapport sur le 9ème Plan de développement économique, social et culturel (1984-1988) ; Journal Officiel de la République Française du 17 juillet 1983, p.10

1) Modernisation du système de santé
2) Maitrise de l'évolution des dépenses[2374]

Le premier axe, relatif à la modernisation du système de santé, abordait quatre volets : mieux connaître, promouvoir la santé, mieux soigner et utiliser le développement technologique. Quant au second axe de travail, il rappelait que le contrôle des dépenses concernait tous les acteurs de la santé, essentiellement publique. La psychiatrie est mentionnée dans ce rappel puisqu'elle est concernée, avec la gériatrie, par le développement des structures alternatives à l'hospitalisation[2375].

Puis, le texte du Plan abordait la question des moyens mis à disposition pour la réalisation du onzième programme. Ces moyens étaient divisés en trois catégories : ceux alloués à la prévention et à la connaissance des besoins, ceux prévus au titre de l'activité hospitalière et ceux programmés pour les options à l'hospitalisation.

La prophylaxie et la connaissance des besoins pouvaient d'ores et déjà s'appuyer sur le travail des organes publics ou parapublics tels que l'Inserm (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), le CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique). Ils pouvaient également compter sur le développement des banques de données hospitalières et sur des crédits étatiques alloués à la prévention[2376].

Concernant l'activité hospitalière, les moyens prévus pour la mise en place du programme se voyaient conditionnés à la diminution du nombre de lits, leur rénovation et les améliorations d'équipement. Pour ce qui était du personnel hospitalier, le Plan laissait entrevoir un double enjeu : la réduction concertée, pondérée et efficace des effectifs et la prise en compte des besoins relatifs aux évolutions techniques de la médecine

Le troisième axe d'action pour lequel le Plan prévoyait des financements spécifiques fut celui des alternatives à l'hospitalisation. Il concernait essentiellement les hôpitaux psychiatriques qui devaient voir dans le futur leurs lits fermés et modernisés au profit d'une meilleure sectorisation c'est à dire d'un redéploiement des moyens (humains et

2374 Rapport sur le 9ème Plan de développement économique, social et culturel (1984-1988) ; Journal Officiel de la République Française du 17 juillet 1983, p.14
2375 *Ibid*., p.14
2376 *Ibid*., p.14

financiers) sur les structures extrahospitalières. Cet axe était d'un intérêt crucial pour les autorités politiques en 1983 et il le resta pendant des dizaines d'années.

En effet, l'enjeu était majeur puisque le coût important de l'hospitalisation de certaines catégories de la population (personnes âgées, malades psychiques) devait absolument être abaissé. Pour réaliser cet objectif, le Plan comptait sur :
- le développement de solutions de maintien à domicile des personnes dépendantes et relevant jusqu'ici d'une hospitalisation en institution
- l'encouragement à la substitution aux hospitalisations complètes
- l'évolution des lits d'hospice devenus obsolètes
- la mise en place d'équipes d'hospitalisation à domicile (HAD)[2377]

Comme évoqué précédemment, le 9ème Plan fut divisé en deux grandes parties. La seconde grande partie, La stratégie et les grandes actions, fut elle-même subdivisée en trois sous-parties :
1) L'enjeu : résister et conquérir
2) La stratégie : moderniser la France
3) Les dix grandes actions et la grande action sur l'exécution du Plan

Dans la grande action n°9 (améliorer la vie quotidienne des Français), le Plan se donnait comme objectif de réorganiser le système de santé en proposant notamment une meilleure régulation. Cette meilleure régulation devait permettre de mettre fin à l'opacité d'un système parfois inégalitaire. Une nouvelle transparence devait progressivement s'installer pour permettre une restructuration de l'offre de soins ainsi qu'un emploi optimisé des ressources disponibles. Cette nouvelle transparence du système de santé exigeait un encadrement strict c'est à dire un mécanisme rigoureux de surveillance des besoins sanitaires et d'évaluation des soins[2378].

Afin de pouvoir réaliser l'objectif ambitieux de rationalisation budgétaire, le Plan suggérait de prioriser quatre axes. Un de ces axes (le développement de formes de prises en charge et de services sanitaires extrahospitaliers) intéressait directement la psychiatrie puisque le texte du Plan annonçait avec fermeté que toutes les entraves, y compris

2377 Rapport sur le 9ème Plan de développement économique, social et culturel (1984-1988) ; Journal Officiel de la République Française du 17 juillet 1983, pp.14-15
2378 *Ibid*., p.89

économiques, à l'expansion de la sectorisation psychiatrique devaient désormais disparaître[2379].

Le 24 décembre 1983, un texte de loi[2380] était promulgué pour définir les moyens d'exécution du 9ème Plan. Cette deuxième loi de Plan annexait un rapport[2381] précisant, notamment, les objectifs quantitatifs du onzième programme prioritaire d'exécution consacré à la modernisation et à la meilleure gestion du système de santé.

Dans le premier rapport présentant les objectifs du onzième programme prioritaire d'exécution, les autorités envisageaient une réduction du nombre de lits hospitaliers (par leur suppression immédiate et par leur reconversion) ainsi qu'une rénovation de ceux devenus trop vétustes. Dans le second rapport, ces objectifs étaient quantifiés puisque le Plan préconisait la suppression de 65600 lits en quatre ans[2382] et la modernisation de 27000 lits dans le même laps de temps[2383]. Concernant la psychiatrie, le 9ème Plan fixait à 40000 la suppression de lits hospitaliers (28000 lits reconvertis et 12000 lits inoccupés fermés[2384]), à 14500 la création de places dans des structures ambulatoires et à 7500 le nombre de lits modernisés[2385]. Ces suppressions de lits étaient justifiées, selon le rapport, par un excédent des capacités hospitalières françaises très inégalement réparti selon les régions[2386].

Très rapidement, il apparut que ces objectifs ambitieux ne purent, pour la psychiatrie, être atteints. En effet, entre la fin de l'année 1984 et la fin de l'année 1985, seuls 3000 lits d'hospitalisation temps plein furent fermés et seules 1500 places

2379 Rapport sur le 9ème Plan de développement économique, social et culturel (1984-1988) ; Journal Officiel de la République Française du 17 juillet 1983,p.89
2380 Loi n°83-1180 du 24 décembre 1983 définissant les moyens d'exécution du 9ème Plan de développement économique, social et culturel (Deuxième loi de Plan), Journal Officiel de la République Française du 30 décembre 1983, p.3849
2381 A l'instar du rapport sur le 9ème Plan de développement économique, social et culturel (1984-1988), la pagination ne correspondait pas à celle du Journal Officiel. Elle fait référence à la version «document parlementaire» de ce rapport.
2382 Rapport annexé à la deuxième loi de Plan de développement économique, social et culturel (1984-1988), Journal Officiel de la République Française du 30 décembre 1983
2383 Indicateurs associés au PPE n°11 *in* Rapport annexé à la deuxième loi de Plan de développement économique, social et culturel (1984- 1988), Journal Officiel de la République Française du 30 décembre 1983, p.30
2384 Alain LOPEZ, Gaëlle TURAN-PELLETIER, Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 ; IGAS N°2017-064R Tome 2 annexes, p.13
2385 Indicateurs associés au PPE n°11 *in* Rapport annexé à la deuxième loi de Plan de développement économique, social et culturel (1984- 1988), Journal Officiel de la République Française du 30 décembre 1983, p.30
2386 Rapport annexé à la deuxième loi de Plan de développement économique, social et culturel (1984-1988), Journal Officiel de la République Française du 30 décembre 1983, p.30

d'hospitalisation à temps partiel furent créées. Selon une circulaire du 21 décembre 1987[2387], à ce rythme annuel, 40% des objectifs initiaux du 9ème Plan en matière de psychiatrie hospitalière et extrahospitalière seraient réalisés[2388].

De plus, les mesures préconisées par le 9ème Plan en matière sanitaire devaient s'effectuer à moyens constants. C'est ainsi que la reconversion des 28000 lits en structures extrahospitalières devait se réaliser. Pourtant, maintenir des moyens constants revenait, en période inflationniste, à réduire les moyens octroyés à la santé, à la psychiatrie et au développement de structures ambulatoires[2389].

La question des moyens financiers alloués à la réalisation de ces suppressions et de ces reconversions sous-entendait également une redistribution des moyens humains et des effectifs hospitaliers. A ce sujet, le rapport préconisait un rééquilibrage des effectifs déjà existants et une limitation des créations de postes dans les établissements hospitaliers[2390]. Concernant la psychiatrie, les effectifs dégagés par la suppression de lits hospitaliers devaient trouver leur place dans le développement de structures extrahospitalières (consultations, hôpitaux de jour notamment)[2391].

Le 9ème Plan de développement économique, social et culturel ne concernait pas directement la psychiatrie mais nombre de ses dispositions affectèrent cette discipline. Même si les préconisations quantifiées par les rédacteurs des rapports annexés au Plan ne furent pas pleinement satisfaites, le 9ème Plan créa un climat idéologique et juridique propice à la légalisation de la réalité du secteur psychiatrique.

En juillet 1985, l'article 8 d'une loi portant diverses dispositions d'ordre social[2392] changea l'article L.326 du Code de la santé publique en mettant fin à l'assimilation entre

2387 Circulaire n° 5780 du 21 décembre 1987 relative à la planification en santé mentale et à la préparation de la mise en place de la carte sanitaire en psychiatrie
2388 *Ibid*., p.1
2389 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Collection Que sais-je ? Presses Universitaires de France ; 1994, p.46
2390 Rapport annexé à la deuxième loi de Plan de développement économique, social et culturel (1984-1988), Journal Officiel de la République Française du 30 décembre 1983, p.30
2391 *Ibid.,* p.30
2392 Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, Journal Officiel de la République Française n°0172 du 26 juillet 1985, p. 8471

malades psychiques et alcooliques. En effet, depuis un décret du 10 septembre 1956[2393], la prophylaxie, le dépistage et l'hygiène sociale des malades psychiques et des alcooliques étaient attribués aux dispensaires d'hygiène mentale et la codification de ce décret fut réalisée dès le Code de la santé publique de 1956 (article L.326).

De plus, l'article 8 de la loi du 25 juillet 1985 mit fin à la dichotomie des cartes sanitaires[2394] (une pour la psychiatrie dépendant du préfet et l'autre pour la médecine générale arrêtée par le ministre de la Santé publique) qui existait depuis la loi du 31 décembre 1970. À partir de ce texte, la carte psychiatrique sera ressort du droit commun c'est à dire qu'elle dépendra des normes édictées par la loi du 31 juillet 1970 en matière de secteurs sanitaires. Elle devra être soumise à l'avis du conseil départemental de santé mentale concernant « le nombre, la configuration des secteurs psychiatriques, la planification des équipements »[2395].

Le traitement des maladies psychiques fut dissocié de celui de l'alcoolisme. Le titre IV du livre III du Code de la santé publique était consacré à la lutte contre l'alcoolisme et non plus au restrictif "traitement des alcooliques dangereux pour autrui" et l'article L.355-1 missionnait l'Etat pour lutter contre l'alcoolisme[2396]. Toutefois, l'intérêt majeur de l'article 8 de la loi du 25 juillet 1985 ne résidait pas dans ces deux modifications.

En effet, la réforme historique et symbolique apportée par ce texte fut la «consécration législative de la notion de secteur psychiatrique»[2397]. Jusqu'au vote de cette loi, le seul fondement législatif justifiant l'adoption de la politique de sectorisation comme politique officielle de la psychiatrie française était la loi DDOF du 31 juillet 1968[2398] qui dans son article 25 reconnaissait aux hôpitaux psychiatriques le statut d'établissements publics départementaux et donc leur obligation de s'associer avec une collectivité

2393 Décret n° 56-907 du 10 septembre 1956 portant révision du code de la santé publique annexé au décret n° 53-1001 du 5 octobre 1953, Journal Officiel de la République Française du 12 septembre 1956 p.8637

2394 Sénateurs Louis BOYER et Louis SOUVET, Rapport fait au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant diverses dispositions d'ordre social ; n°341, Sénat, seconde session ordinaire de 1985-1985, p.18

2395 Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, article 8-I

2396 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, pp.76-77

2397 .Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.77

2398 Loi n°68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier, Journal Officiel de la République Française du 1er août 1968, p.7470

publique[2399].

Les autres textes normatifs fondateurs de la politique de sectorisation furent tous d'origine réglementaire. Depuis la circulaire du 15 mars 1960, de nombreux arrêtés et circulaires se succédèrent pour encadrer l'exercice de la sectorisation psychiatrique. Ces textes furent indispensables pour permettre aux acteurs de la santé de pratiquer leur spécialité dans un environnement normatif décidé par les autorités politiques mais leur positionnement dans la hiérarchie française des normes était trop bas pour offrir une stabilité nécessaire aux psychiatres et aux infirmiers psychiatriques. Un texte législatif formalisant le cadre sectoriel représentait donc une avancée institutionnelle considérable.

Néanmoins, malgré l'avancée incontestable que représentait cette première reconnaissance législative de la politique de sectorisation psychiatrique, les médecins et les personnels furent déçus tant sur la forme que sur le fond du texte. Ils déplorèrent le manque d'intérêt des parlementaires pour une mesure de cette importance[2400]. En effet, le texte de loi fut adopté sans véritable débat, de nuit, dans une Assemblée nationale clairsemée[2401].

De plus, il convient de préciser que la loi DDOS du 25 juillet 1985 était une loi "fourre-tout"[2402] et que la reconnaissance législative du secteur psychiatrique ne représentait qu'un seul et unique article d'un texte en comptant cent vingt-huit. Après cette première législative, une loi consacrée à la sectorisation psychiatrique, à ses enjeux et son financement se devait d'être présentée par les pouvoirs publics.

Les circonstances politiques, budgétaires et législatives étaient donc réunies pour qu'une grande loi organisatrice de la sectorisation psychiatrique fût présentée par le gouvernement et votée. Le texte présenté s'inscrivait dans une dynamique historique favorable à une reconnaissance légale de la notion de secteur psychiatrique (**A**).

Les résultats des élections législatives de juin 1981 laissèrent immédiatement

2399 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.77
2400 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Éditions du Seuil, Paris, 2006, p.143
2401 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Collection Que sais-je ? Presses Universitaires de France ; 1994, p.47
2402 Jean IMBERT, *L'hôpital français* ; Presses Universitaires de France, 1ère édition, Paris, 1972, p.25

entrevoir de futures difficultés concernant l'adoption des textes législatifs. En effet, pour la première fois en régime de Vème République la majorité à l'Assemblée nationale était différente de celle du Sénat (depuis l'entrée en vigueur de la Constitution de 1958, jamais les partis de droite et du centre n'avaient été mis en minorité à l'Assemblée nationale).

Cette situation politique inédite ouvrait le champ à l'application stricte de l'article 45 de la Constitution de 1958[2403]. Pendant la période juin 1981-16 mars 1986[2404], le recours à la navette parlementaire (ou navette législative)[2405] fut quasi-systématique car les partis de droite prirent la décision de freiner l'action législative des gouvernements socialistes en ralentissant le vote des textes proposés. Cette situation constitutionnellement prévue se produisit pour le vote de la loi sur la sectorisation psychiatrique et exposa les réelles différences partisanes sur la question de l'organisation de la psychiatrie (**B**).

Le texte normatif souple, précis et clair qui manquait à la psychiatrie de secteur

2403 Article 45 de la Constitution de 1958

Tout projet ou proposition de loi est examiné successivement dans les deux assemblées du Parlement en vue de l'adoption d'un texte identique. Sans préjudice de l'application des articles 40 et 41, tout amendement est recevable en première lecture dès lors qu'il présente un lien, même indirect, avec le texte déposé ou transmis. Lorsque, par suite d'un désaccord entre les deux assemblées, un projet ou une proposition de loi n'a pu être adopté après deux lectures par chaque assemblée ou, si le Gouvernement a décidé d'engager la procédure accélérée sans que les Conférences des présidents s'y soient conjointement opposées, après une seule lecture par chacune d'entre elles, le Premier ministre ou, pour une proposition de loi, les présidents des deux assemblées agissant conjointement, ont la faculté de provoquer la réunion d'une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion.

Le texte élaboré par la commission mixte peut être soumis par le Gouvernement pour approbation aux deux assemblées. Aucun amendement n'est recevable sauf accord du Gouvernement.

Si la commission mixte ne parvient pas à l'adoption d'un texte commun ou si ce texte n'est pas adopté dans les conditions prévues à l'alinéa précédent, le Gouvernement peut, après une nouvelle lecture par l'Assemblée nationale et par le Sénat, demander à l'Assemblée nationale de statuer définitivement. En ce cas, l'Assemblée nationale peut reprendre soit le texte élaboré par la commission mixte, soit le dernier texte voté par elle, modifié le cas échéant par un ou plusieurs des amendements adoptés par le Sénat.

2404 Les élections législatives du 16 mars 1986 se déroulèrent au scrutin proportionnel n'eurent qu'un seul tour.

2405 Cette expression, employée par les analystes du droit constitutionnel français (Catherine PUIGELIER notamment), est suggérée par l'article 45 alinéa 1 de la Constitution de 1958: «Tout projet ou proposition de loi est examiné successivement dans les deux assemblées du Parlement en vue de l'adoption d'un texte identique.» Ce principe d'identité des textes votés implique que les termes choisis par les deux Chambres soient également identiques. L'adoption définitive d'un texte de loi n'est valable qu'après un accord entre les deux Chambres sur le texte (Philippe ARDANT, Bertrand MATHIEU). En principe, les deux Chambres ont un pouvoir équivalent et la navette peut théoriquement durer indéfiniment jusqu'à un accord sur un texte identique. Toutefois, pendant la Ve République, il est admis une prééminence de l'Assemblée nationale élue au suffrage universel direct qui peut, sur volonté gouvernementale, arrêter une situation pouvant devenir intolérable. L'Assemblée nationale statue donc définitivement, à la demande du Gouvernement, si aucun accord n'est trouvé. Pendant la Ve République (jusqu'en 2011), le Sénat aura toujours une majorité de droite et centriste. L'élection présidentielle de 1981(et les élections législatives qui suivirent donnèrent à la France son premier gouvernement de gauche depuis 1958 (voir Pierre BRECHON, *La France aux urnes* ; La documentation Française ; Paris, 2009). La fluidité des échanges entre les deux chambres se trouve donc affectée par cette séparation partisane stricte. Conséquemment, la navette parlementaire sera plus longue car les projets de loi seront refusés ou sérieusement amendés par le Sénat.

pour combler le vide légal laissé par le législateur depuis 1945 fut l'œuvre du gouvernement de Laurent FABIUS qui le présenta au Parlement en décembre 1985. Après une navette parlementaire de rigueur en période de division partisane des assemblées, l'Assemblée nationale vota le 20 décembre 1985 une loi relative à la sectorisation psychiatrique[2406]

Ce texte législatif fit l'objet de réels débats politiques mais peu virulents (sauf de la part des parlementaires communistes qui le jugèrent trop timoré et pas suffisamment conforme à l'esprit réformateur et radical des fondateurs du secteur) car il venait consacrer une pratique médicale faisant, *in globo*, l'unanimité au sein du personnel médical soignant et donc au sein de corps parlementaires informés des réalités de cette discipline si controversée (**C**).

Paragraphe 1: Le contexte politique et budgétaire du projet de loi

Le projet de loi sur la sectorisation s'inscrivait dans un contexte politique et médical délicat et tendu. Dès son arrivée au poste de Premier ministre, Laurent FABIUS annonça une politique de rigueur économique et d'économies budgétaires[2407]. Son ministre en charge de la santé (Georgina DUFOIX) parlait d'un "trou" de 350 millions de francs[2408] dans le budget de la psychiatrie extrahospitalière qui est sous la responsabilité de l'Etat.

Une réforme budgétaire des hôpitaux fut mise en place pour ralentir la hausse du prix de journée. Par une loi du 19 janvier 1983[2409], le budget global fut institué. Suite à ce texte, chaque hôpital disposa d'une dotation annuelle qu'il devait répartir selon les besoins de ses services.

En 1984, fut adopté le 9ème plan pour la santé mentale (1984-1988). Il visait à rationaliser les services hospitaliers psychiatriques en préconisant la suppression de 40000 lits c'est à dire la fermeture de 12000 d'entre eux et le redéploiement de 28000

2406 Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, Journal Officiel de République Française du 1er janvier 1986, p.1
2407 Serge BERSTEIN, Pierre MILZA, *Histoire de la France au XXème siècle* ; Éditions Complexe, 2006, p.125
2408 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Collection Que sais-je ? Presses Universitaires de France ; 1994, p.46
2409 Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale. Loi dite loi Bérégovoy

autres en structures extrahospitalières. Le gouvernement FABIUS devait procéder à des réductions budgétaires et la psychiatrie (comme les autres domaines de la santé publique) fut touchée par ces réductions. Toutefois, ces réductions budgétaires ne se réalisèrent pas au détriment des idées fondatrices du secteur et la continuité des soins semblait rester la priorité des dirigeants politiques en matière d'organisation de la psychiatrie.

En 1981, suite aux élections législatives, le Parti Socialiste obtint la majorité absolue à l'Assemblée nationale (285 députés sur 491)[2410]. En juillet 1984, les communistes décidèrent de ne pas rejoindre le gouvernement FABIUS et laissèrent le Parti Socialiste gouverner seul comme le lui permettait sa représentation à l'Assemblée nationale.[2411]

Avant le gouvernement Fabius, le gouvernement Mauroy se voulait très actif sur la question de la réforme de l'organisation médicale. Comme évoqué précédemment, il fit voter en janvier 1983 une loi sur le budget global hospitalier[2412] et le Centre Hospitalier Spécialisé[2413] (CHS) de Charleville-Mézières fut chargé de l'expérimenter[2414]. Ce CHS s'engageait à réduire et à redéployer ses capacités hospitalières en favorisant l'expansion des services de soins dans la communauté.

Le bilan de cette expérience fut positif pour les pouvoirs publics et le ministère de tutelle (le ministère des affaires sociales et de la solidarité nationale dirigé par Georgina DUFOIX) décida donc d'étendre immédiatement cette mesure à l'ensemble des institutions concernées. Selon certains auteurs[2415], cette extension du budget global à tous les CHS sur le fondement d'une seule réussite était prématurée.

Suite à l'annonce du déficit budgétaire important de la psychiatrie extrahospitalière, les Directions Départementales des Affaires Sociales exigèrent des licenciements de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers pour tenter de rétablir un équilibre financier. De plus, la suppression de dizaines de milliers de lits hospitaliers (40000) et la

2410 Pierre BRÉCHON, *La France aux urnes* ; La documentation Française ; Paris, 2009, pp.194-195
2411 *Ibid*., p.147 ; p.246
2412 Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale. Loi dite loi Bérégovoy.
2413 Un Centre Hospitalier Spécialisé est une institution hospitalière créée par la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Pour Patrick MORDELET, leur spécificité «est d'assurer les missions du service public hospitalier pour une affection unique (tuberculose, maladies mentales)
2414 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Collection Que sais-je ? Presses Universitaires de France ; 1994, p.46
2415 *Ibid*., pp.46-47

reconversion d'une partie d'entre eux devait s'effectuer "à moyens constants" c'est à dire que compte-tenu de l'inflation cela équivalait à une baisse des effectifs.

Les exigences administratives relatives à l'emploi des soignants de la psychiatrie extrahospitalière agaçaient l'ensemble des personnels des structures concernées et provoquèrent l'union des syndicats professionnels pour l'obtention du maintien des budgets alloués au "secteur" non hospitalier[2416].

Malgré le maintien de certains crédits alloués à la psychiatrie et au secteur psychiatrique, la situation demeura délicate dans ce domaine médical. Les postes réservés aux internes en psychiatrie diminuèrent sensiblement. Cette diminution eut pour but de juguler l'offre de soins et donc subséquemment la demande de soins.

Avant, le vote de la loi du 31 décembre 1985 sur la sectorisation psychiatrique, la situation de la psychiatrie française semblait être instable. En effet, les signes gouvernementaux et administratifs n'étaient guère rassurants. Le flou et l'incertitude régnaient au sein de la profession. Seule une loi claire, précise et unificatrice pouvait rassurer les différents acteurs de la psychiatrie exposés à la hausse des activités de secteur sans que leurs ressources (matérielles et humaines) connaissent une augmentation analogue[2417].

Paragraphe 2: La navette parlementaire comme symbole d'une contestation partisane

Le projet de loi sur la sectorisation psychiatrique ne fit pas l'unanimité au sein des deux chambres du Parlement et une navette parlementaire s'engagea donc immédiatement après le rejet du texte par le Sénat. En effet, si le Parti socialiste était très majoritaire à l'Assemblée nationale après les élections législatives de juin 1981, la situation était différente pour le Sénat qui restait dominé par les partis de droite et du centre.

2416 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Collection Que sais-je ? Presses Universitaires de France ; 1994, p.46
2417 Alain LOPEZ, Gaëlle TURAN-PELLETIER, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, Tome 2 Annexes ; Inspection Générale des Affaires Sociales, N°2017-064R, Novembre 2017, p.12

Conséquemment, le texte de la loi sur la sectorisation dut faire plusieurs allers-retours entre les deux chambres puisque la Constitution de 1958 imposait un vote des deux chambres pour qu'une loi entre dans le *corpus* juridique français. Le texte fut âprement discuté à l'Assemblée nationale mais voté alors qu'il fut rejeté et amendé par le Sénat. La Constitution accordant le dernier mot à l'Assemblée nationale en cas de désaccord entre les deux chambres, et pour éviter une situation de blocage, le projet de loi sur la sectorisation psychiatrique fut finalement ratifié le 20 décembre 1985 (**A**).

A l'occasion de cette navette parlementaire, il fut possible de mesurer combien ce projet de loi suscitait de contestations partisanes. En effet, chaque groupe du Parlement avait une position tranchée sur la question de la sectorisation psychiatrique. Le Parti socialiste voulait que ce texte fût adopté pour des raisons pragmatiques d'unification des modes de financement et de logique institutionnelle. La droite et le centre s'y opposèrent pour des questions budgétaires avant de s'abstenir lors du vote final à l'Assemblée nationale. Le Parti Communiste Français s'y opposa fermement car il estimait que le texte présenté était en deçà de ce que les acteurs de la psychiatrie française attendaient (**B**).

A/ L'exercice de la navette parlementaire lors du vote de la loi du 31 décembre 1985

Pendant le premier mandat de François MITTERRAND (et jusqu'à la cohabitation de 1986), les sénateurs de l'opposition parlementaire (majoritaire au sein de cette chambre) s'opposèrent , par conviction ou par pure volonté politicienne de nuisance, à une partie importante des textes présentés par les gouvernements successifs soit par un refus d'examiner le projet de loi au fond soit par un «ensevelissement» du projet sous les amendements.[2418] L'Assemblée nationale dut statuer définitivement quarante-cinq fois en 1985[2419]. Ce fut le cas pour le texte de la loi sur la sectorisation psychiatrique.

Si le Parti Socialiste était majoritaire à l'Assemblée nationale («Le parti socialiste recueille avec le MRG 37,44% des voix et avec 285 sièges dépasse le seuil de la majorité absolue des députés[2420]»), il n'en était pas de même pour le Sénat qui conservait une

2418 Jean-Louis QUERMONNE, *L'alternance au pouvoir* ; Montchrestien, Paris, 2003
2419 Charles ZORGBIBE, *Histoire politique et constitutionnelle de la France* ; Ellipses, Paris, 2002, p.430
2420 Jean-Louis QUERMONNE, *L'alternance au pouvoir* ; Presses Universitaires de France, Paris, décembre 1995, p.71

majorité de droite (208 sénateurs de droite contre 107 pour la gauche). [2421] Cette conséquence du bicaméralisme voulu par la Constitution de 1958 eut un effet notable sur le processus de vote de la loi sur la sectorisation psychiatrique du 31 décembre 1985.

Le 20 novembre 1985, fut déposé en première lecture à l'Assemblée nationale un projet de loi n°3098 relatif à la sectorisation psychiatrique. Ce projet de loi fut déposé par le Premier ministre Laurent FABIUS et le secrétaire d'État auprès du ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale, chargé de la santé Edmond HERVÉ. Le 21 novembre, le texte était renvoyé à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales dont le rapporteur était Guy CHANFRAULT (député PS de Haute-Marne).

L'Assemblée nationale examina le texte (n°946) en première discussion les 9 et 10 décembre 1985. Les discussions sur le projet de loi furent animées et les nombreux médecins-députés présents au sein de l'assemblée questionnèrent opportunément le gouvernement. Les débats portèrent notamment sur la gestion des options à l'hospitalisation, les capacités d'accueil en psychiatrie, la fin de l'hospitalocentrisme, les statuts des personnels hospitaliers, les structures extrahospitalières, l'extension du secteur psychiatrique et son financement.

Lors de l'examen du texte, de nombreuses questions furent posées au gouvernement par les différents groupes politiques de l'Assemblée nationale. Ces questions émanèrent de l'opposition mais également du groupe communiste. Parmi les questions posées, il paraît intéressant de noter celles posées par le député UDF (Union pour la Démocratie Française) Jacques BLANC (médecin généraliste, neuropsychiatre de formation) et par le député communiste Georges HAGE. Jacques BLANC questionna le gouvernement essentiellement sur la liberté des médecins et leur statut[2422]. Edmond HERVÉ satisfit le député par sa réponse.

Le projet de loi fut adopté en première lecture, après validation gouvernementale des amendements proposés, le 10 décembre 1985. Les groupes UDF et RPR s'abstinrent. Le groupe communiste vota contre. Le groupe socialiste, disposant d'une large majorité à

2421 Charles ZORGBIBE, *Histoire politique et constitutionnelle de la France* ; Ellipses, Paris, 2002,pp.429-430
2422 Assemblée nationale, 1ère session ordinaire de 1985-1986, 1ère séance du mardi 10 décembre 1985, compte-rendu intégral

l'Assemblée nationale, vota ce texte qui fut déposé le jour même au Sénat[2423].

Le Sénat examina le texte (n°171) en première lecture dès le 11 décembre 1985. Il fut immédiatement renvoyé à la commission des affaires sociales dont le rapporteur est Henri COLLARD. Un rapport (n°181) fut donc rendu le 11 décembre 1985. Les discussions sur le texte eurent lieu le 13 décembre 1985. Le texte initial fut largement amendé par une chambre défavorable au projet de loi. Le texte adopté par le Sénat ne put donc que déclencher, de la part du gouvernement, une procédure de mise en place de commission mixte paritaire[2424].

Une commission mixte paritaire fut nommée dès le 14 décembre 1985.[2425] Le rapporteur de l'Assemblée nationale était Guy CHANFRAULT et celui du Sénat Henri CANARD. Le 17 décembre 1985, la commission mixte paritaire relative au projet de loi sur la sectorisation annonça qu'elle avait échoué à trouver un texte commun.[2426] Le texte dut donc reprendre la voie de la navette parlementaire pour aboutir à une adoption définitive.

Dans le même temps (13 décembre 1985), le projet de loi fut présenté à nouveau devant l'Assemblée nationale qui l'examina en deuxième lecture. Son rapporteur restait Guy CHANFRAULT. Le texte fut modifié et adopté après discussions le 18 décembre 1985[2427]. A l'image de la première lecture, le projet de loi sur la sectorisation psychiatrique suscita des discussions et des débats. Ils portèrent essentiellement sur le financement de la politique psychiatrique, la date d'application de la loi et la responsabilité de mise en œuvre des actions de lutte contre la maladie mentale[2428].

Selon les règles et procédures parlementaires, le projet de loi voté par l'Assemblée nationale devait être validé dans les mêmes termes par le Sénat. Le Sénat reçut donc le texte voté par l'Assemblée nationale le 19 décembre 1985.

Il appert aux sénateurs que le texte voté par les députés n'avait absolument pas

2423 Compte-rendu intégral de la 1ère séance du mardi 10 décembre 1985 ; 1ère session ordinaire de 1985-1986 (137ème séance), p.15
2424 Débats de l'Assemblée nationale, Table des matières établie par le Service des Archives de l'Assemblée nationale ; Du 1er janvier 1985 au 1er avril 1986, p.368
2425 Journal Officiel de la République Française n°0290 du 14 décembre 1985
2426 Débats de l'Assemblée nationale, Table des matières établie par le Service des Archives de l'Assemblée nationale ; Du 1er janvier 1985 au 1er avril 1986, p.368
2427 *Ibid*., p.368
2428 *Ibid*., p.368

tenu compte des amendements et des modifications par eux présentés dans leur texte du 13 décembre (*«Constatant qu'aucun des amendements qu'elle avait proposés en première lecture n'a été retenu par l'Assemblée nationale […][2429]»*). Le Sénat reprochait notamment au gouvernement sa trop grande célérité dans l'exécution des mesures prévues par le texte de loi.

Le Sénat restait également circonspect sur les questions des acteurs privés de la politique de secteur, du financement des établissements médico-sociaux accueillant des malades mentaux stabilisés et des structures alternatives à l'hospitalisation pour les patients des hôpitaux psychiatriques ne relevant pas de la psychiatrie (personnes âgées notamment)[2430].

Le rapport de Jean-Pierre FOURCADE préconisait en conclusion le recours à la question préalable[2431] qui était la procédure par laquelle une assemblée décidait qu'il n'y avait pas lieu d'engager la discussion du texte soumis à son examen, du fait d'un motif d'opposition qui rendrait inutile toute délibération au fond. Le recours à la question préalable fut accepté par une majorité de sénateurs et cela équivalut, le 20 décembre 1985, au rejet de l'ensemble du texte.

Le projet de loi sur la sectorisation psychiatrique, ayant été déclaré en procédure d'urgence, devait connaître une troisième et dernière lecture devant l'Assemblée nationale. Elle eut lieu le même jour que le rejet du texte par le Sénat c'est à dire le 20 décembre 1985.

B/ Les contestations partisanes

Le projet de loi relatif à la sectorisation psychiatrique n'était pas aussi consensuel qu'il semblait l'être en apparence. L'ensemble du corps soignant de la psychiatrie hospitalière française demandait depuis de nombreuses années à ce que le législateur intervînt pour permettre à la pratique de secteur d'être enfin légalement reconnue et de ne plus reposer sur une norme aussi hiérarchiquement basse que la circulaire. Toutefois, ce corps soignant ne constituait pas un bloc uni et fédéré et nombreuses étaient les opinions

2429 Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi, adopté avec modifications par l'Assemblée nationale, en nouvelle lecture, relatif à la sectorisation psychiatrique ; Jean-Pierre FOURCADE ; n°255
2430 *Ibid*
2431 Article 44 alinéa 3 du Règlement du Sénat

divergentes en son sein. Ces divergences se retrouvèrent au niveau des groupes parlementaires des partis politiques qui tous avaient été sensibilisés à la question de l'organisation de la psychiatrie[2432].

Le Parti socialiste était le parti présidentiel et le parti majoritaire à l'Assemblée nationale suite aux élections législatives de 1981. Sa vision de la psychiatrie était inscrite dans le programme de gouvernement publiée en 1980[2433]. Dans leur ensemble, les parlementaires socialistes semblaient acquis à la cause de la psychiatrie de secteur. Ils soutinrent donc le projet de loi gouvernementale présenté par Laurent FABIUS et Edmond HERVÉ.

L'opposition parlementaire était constituée essentiellement des partis de droite et du centre (RPR et UDF) et du Parti Communiste Français (PCF). L'attitude de ces deux blocs oppositionnels concernant le projet de loi sur la sectorisation psychiatrique s'avéra radicalement différente. Sur le fond du projet de loi, le RPR et l'UDF ne manifestèrent pas une véritable opposition. Les points d'accrochage avec le gouvernement sur ce projet étaient budgétaires. Ils freinèrent tout de même l'adoption du projet puisque le Sénat le retoqua plusieurs fois ; ce qui provoqua la convocation d'une commission mixte paritaire. Finalement, le RPR et l'UDF s'abstinrent lors du vote final (**a**). Il n'en fut pas de même pour le PCF qui exprima virulemment son opposition à ce projet de loi sur la sectorisation psychiatrique. Les parlementaires communistes étaient influencés par les conclusions du rapport Demay présentées en 1982. Ils considéraient que le projet de loi était, en l'état, largement insuffisant et qu'il ne répondait pas aux attentes des personnels soignants de la psychiatrie française. De plus, ils firent un reproche majeur à ce projet de loi, reproche qui sera confirmé par de nombreux psychiatres par la suite (Lucien BONNAFÉ notamment): l'hôpital demeurait le centre de décision de la politique de sectorisation[2434] et conséquemment la diminution de l'hospitalo-centrisme, une gageure. A ce sujet, Philippe BERNARDET s'exprimait ainsi : « le législateur s'est ainsi donné les moyens contraires à ses fins[2435] ». Les parlementaires communistes votèrent donc non à ce projet trop éloigné des désirs initiaux des promoteurs de la psychiatrie de secteur (**b**).

2432 Lors des questions parlementaires au Gouvernement et au ministre de la Santé plus particulièrement
2433 Parti socialiste, *Projet socialiste pour la France des années 80* ; Club socialiste du livre, Paris, 1980 p.334
2434 Philippe MARIN, *Les activités extra-hospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Bordeaux 1, 1989, p.306
2435 Philippe BERNARDET, *Les dossiers noirs de l'internement psychiatrique* ; Paris, Fayard, 1989, p.333

a) Une opposition feutrée de la droite et du centre

La psychiatrie est, de toutes les disciplines médicales, celle qui est probablement la plus sujette à des surenchères et à des débats politiciens. En effet, la dimension de maintien de l'ordre public défendue par les psychiatres aliénistes était très satisfaisante pour les politiciens de toutes les tendances confondues, avides d'assurer à leur corps électoral une indispensable sécurité. Pour ce faire, les politiciens locaux furent toujours de fervents soutiens des asiles et hôpitaux psychiatriques conçus pour reclure le fou, toujours dangereux et perturbateur, loin de la tranquille population urbaine.

Cette conception de protection de l'ordre public par l'hôpital psychiatrique et par les psychiatres demeura longtemps vivace dans l'esprit des hommes politiques locaux voire nationaux. En effet, en 1838, par la loi du 30 juin, la psychiatrie devint un enjeu national et les députés qui débattirent et qui votèrent ce texte eurent l'obligation de s'y intéresser. Le texte de 1838 fut adopté par 216 voix contre 16. Le projet de loi ne trouva que peu de contempteurs au sein de l'Assemblée nationale et le ministre de l'intérieur MONTALIVET n'eut pas de difficultés à faire voter un texte présenté par son prédécesseur le comte de GASPARIN[2436].

A la suite de son vote, de sa promulgation et de sa mise en application, la loi du 30 juin 1838 ne trouva que peu de contempteurs au niveau politique. En effet, le texte jouissait d'une aura scientifique puisqu'il était né des travaux de Jean-Étienne-Dominique ESQUIROL et de Jean-Pierre FALRET. Les hommes politiques de toutes tendances confondues ne trouvèrent que peu de défauts à ce texte fondateur qui régissait le traitement des aliénés tant au niveau institutionnel qu'au niveau légal (conditions d'internement, mesures de sauvegarde). Pendant plus d'un siècle, il bénéficia d'un quasi-consensus politique. Il connut quelques atteintes lors du mandat du ministre radical Marc RUCART qui fit paraître deux circulaires (en 1937 et en 1938) relatives à l'organisation des soins psychiatriques et à l'asile (devenu hôpital psychiatrique[2437]). Ces circulaires témoignaient d'une réelle volonté politique de rupture avec l'aliénisme omniprésent et omnipotent. Elles furent le fruit d'un travail collaboratif de personnalités politiques et

2436 Gilles LANDRON, « Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés » ; *Déviance et société*, Vol. 19 – N°1, 1995, p.11
2437 Décret du 5 avril 1937

administratives classées à gauche. Pourtant, le développement des dispensaires d'hygiène mentale connut un échec relatif puisque peu virent le jour avant leur systématisation en 1955[2438].

Le gouvernement de Vichy ne sembla pas encourager le développement des dispensaires d'hygiène mentale même si certains hôpitaux psychiatriques (comme celui de Nice en 1941[2439]) purent ouvrir des structures de consultations ambulatoires urbaines. Il se contenta de maintenir un statu quo asilaire en conservant la même politique d'organisation de la psychiatrie que ses prédécesseurs républicains de la III ème République. La différence notable qu'eût ce gouvernement d'extrême-droite avec les autres gouvernements fut sa conception du malade psychique fondée sur les théories eugénistes d'Alexis CARREL. Les conséquences de telles conceptions s'avérèrent tragiques puisque des dizaines de milliers de patients des hôpitaux psychiatriques français moururent sans aucune prise en compte de leurs besoins élémentaires. Il exista donc bien une politique d'extrême-droite de santé mentale en France et elle conduisit à des conséquences funestes.

Entre la Libération (août 1944) et la promulgation de la circulaire du 15 mars 1960, la France a connu vingt-et-un ministres de la Santé. Cette instabilité gouvernementale s'expliqua par le fonctionnement de la IVème République. Ce fonctionnement constitutionnel favorisait les changements ministériels car le Parlement était tout puissant. Dans ce laps de temps, les différents gouvernements adoptèrent plus de quinze textes normatifs concernant directement ou indirectement la psychiatrie. Pourtant, aucun ne connut de vote parlementaire puisqu'ils étaient presque tous de nature réglementaire. C'est également dans ce laps de temps qu'officièrent Eugène AUJALEU, Pierre JEAN et Marie-Rose MAMELET. La psychiatrie conservait son importance politique mais les parlementaires ne pouvaient s'exprimer sur son organisation qui était régie par la haute administration sanitaire. Toutefois, cette haute administration (élément de permanence avant le vote de la Constitution de 1958 fondatrice de la Vème République) était proche idéologiquement et humainement des dirigeants politiques. Par exemple, Eugène AUJALEU était un infectiologue renommé, ancien médecin militaire et agrégé à l'Hôpital

2438 Décret n°55-571 du 20 mai 1955 sur la prophylaxie des maladies mentales pris dans le cadre des pouvoirs spéciaux accordés au gouvernement par la loi 55349 du 02-04-1955
2439 Rapport annuel de l'Hôpital Sainte-Marie de Nice de 1941-1942

du Val-de-Grâce[2440]. En tant que responsable sanitaire civil des territoires libérés, il avait connu le Général De Gaulle à Alger[2441]. Ses liens avec l'appareil politique étaient donc directs et il devint, à la Libération, directeur de l'hygiène sociale au ministère de la Santé publique et de la Population. Les engagements politiques du Dr AUJALEU semblaient donc faire de lui un gaulliste.

C'était donc lui qui dirigeait la Direction Générale de la Santé lorsque la circulaire du 15 mars 1960 fut signée par Bernard CHENOT, ministre de la Santé publique et de la population du gouvernement DEBRÉ, premier gouvernement de la présidence de Charles DE GAULLE. Bernard CHENOT, haut fonctionnaire et maitre de conférence à l'Institut d'Études Politiques, était considéré comme un "expert" mais pouvant être classé comme gaulliste puisqu'il fut candidat pour l'UDR[2442] en 1968 dans la première circonscription de l'Yonne[2443]. Ce sont donc deux hommes de droite[2444] qui permirent la naissance officielle de la politique de sectorisation psychiatrique en France.

Après son dépôt auprès des services ministériels compétents, le texte de la circulaire du 15 mars 1960 fut signé très rapidement par le ministre[2445]. La sectorisation psychiatrique devint donc un mode d'organisation porté non seulement par des psychiatres progressistes (chrétiens, communisants entre autres) mais aussi par des hommes politiques de droite censés être plus conservateurs de par leur appartenance partisane et idéologique. La sectorisation psychiatrique transcenda les clivages politiques pour devenir le système d'organisation des soins psychiatriques le plus pragmatique possible. Il s'imposa donc comme une référence incontournable pour les hommes politiques français.

Après 1947 et jusqu'en 1981, la France connut uniquement des coalitions gouvernementales dirigées par des politiciens de droite ou du centre. Malgré une longue période de stagnation pendant les ministères de Raymond MARCELLIN, Jean-Marcel

2440 Georges DAUMÉZON, « L'État se met de la partie. Genèse de la circulaire de 1960 *» in Histoire de la psychiatrie de secteur,* Lion MURARD, François FOURQUET; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.185
2441 Pierre BAILLY-SALIN, « L'État se met de la partie. Genèse de la circulaire de 1960 *» in Histoire de la psychiatrie de secteur,* Lion MURARD, François FOURQUET; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.187
2442 L'Union pour la défense de la République fut le nom choisi par les gaullistes et leurs alliés politiques (Républicains Indépendants) pour se présenter aux élections législatives de 1968.
2443 Bernard LACHAISE, Sabrina TRICAUD*, Georges Pompidou et Mai 1968* ; PIE Peter Lang, Berne, 1980, p.123
2444 Tous deux étaient de hauts fonctionnaires
2445 Marie-Rose MAMELET, « L'État se met de la partie. Genèse de la circulaire de 1960 *» in Histoire de la psychiatrie de secteur,* Lion MURARD, François FOURQUET; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.188

JEANNENEY et Maurice SCHUMANN, la sectorisation psychiatrique fut relancée par le ministre UDR[2446] Robert BOULIN[2447]. Les circulaires organisatrices de la psychiatrie de secteur (circulaire n°431 du 14 mars 1972, circulaire n°443 du 16 mars 1972, circulaire DGS/2030 du 12 décembre 1972, circulaire n°78 du 15 janvier 1974, circulaire n°892 du 9 mai 1974, circulaire DGS/891/MS 1 du 9 mai 1974) et l'essentiel de celles aménageant le cursus de formation des infirmiers en psychiatrie furent toutes promulguées pendant la présidence de Georges POMPIDOU (1969-1974) soit par Robert BOULIN[2448], soit par Jean FOYER[2449], soit par Michel PONIATOWSKI[2450.]

Entre 1975 et 1981, les différents ministres de la Santé de droite et du centre ne promulguèrent pas de règlements majeurs en matière d'organisation psychiatrique. Les circulaires promulguées par les ministres précédents étaient suffisamment explicites et rigoureuses concernant la sectorisation psychiatrique et il ne leur était pas nécessaire de venir ajouter de nouvelles normes. Pendant cette période, les ministres de la Santé prirent essentiellement des mesures réglementaires pour structurer la profession d'infirmier psychiatrique (formation, recrutement, avancement, encadrement). Les seules exceptions majeures à ce *statu quo* réglementaire pour l'organisation de la psychiatrie furent deux lois ayant des conséquences incidentes pour elle : la loi n°535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

Concernant les parlementaires de droite et du centre, il est intéressant de noter leur intérêt soutenu pour la psychiatrie et son organisation sectorisée. Cet intérêt se manifesta essentiellement par l'intermédiaire de questions posées aux gouvernements entre 1976[2451] et 1983[2452]. Cette période de l'histoire parlementaire française fut active en

2446 L'Union des démocrates pour la République fut un parti politique français actif entre 1967 et 1976. Il se réclamait des idées du Général DE GAULLE. Le Rassemblement pour la République (RPR) lui succéda en 1976.

2447 Mme LAURENCEAU, « L'État se met de la partie. Le secteur redémarre...dans les textes (1968-1975)*» in Histoire de la psychiatrie de secteur,* Lion MURARD, François FOURQUET; *Recherches* n°17, Mars 1975, p.226

2448 Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale du gouvernement CHABAN-DELMAS du 22 juin 1969 au 5 juillet 1972

2449 Ministre de la Santé publique du gouvernement MESSMER 1 du 6 juillet 1972 au 28 mars 1973

2450 Ministre de la Santé publique et de la Sécurité sociale des gouvernements MESSMER 2 (du 29 mars 1973 au 27 février 1974) et MESSMER 3 (du 1er mars 1974 au 27 mai 1974)

2451 Question n°34346 du député UDF de la sixième circonscription du Morbihan, Yves LE CABELLEC, du 18 décembre 1976. Assurance maladie (prise en charge des dépenses d'hospitalisation à domicile des malades mentaux)

2452 Question n°41140 du député RPR de la première circonscription du Maine-et-Loire, Jean NARQUIN, du 5 décembre 1983. Établissements d'hospitalisation de soins et de cure (personnel)

matière de questions relatives à la sectorisation psychiatrique. En effet, dans ce laps de temps, les parlementaires posèrent aux gouvernements successifs dix-sept questions sur ce thème majeur de la santé publique française. Sur ces dix-sept questions parlementaires relatives à la sectorisation psychiatrique, cinq furent posées par des députés et sénateurs de droite et du centre.

Ces questions au gouvernement des parlementaires portaient sur toutes les problématiques soulevées par les acteurs de la santé mentale depuis la circulaire du 15 mars 1960 (financement, nombre d'internes en psychiatrie, développement de la psychiatrie extrahospitalière et baisse du nombre de structures hospitalières...). La lecture de ces questions posées par les parlementaires centristes et de droite ne laisse apparaître aucune forme d'opposition à la sectorisation psychiatrique. Au contraire, les parlementaires de la majorité (puis de l'opposition à partir de juin 1981) appuyèrent les gouvernements successifs en les questionnant sur les modalités d'organisation et de développement du système de soins offerts aux malades psychiques. Ainsi, le député UDF Raymond MARCELLIN questionnait le secrétaire d'État auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, chargé de la santé (Edmond HERVÉ) sur les ambitions du gouvernement concernant l'organisation des soins psychiatriques[2453].

A l'occasion de l'examen du projet de loi relatif à la sectorisation psychiatrique en décembre 1985, l'opposition centriste et de droite à l'Assemblée nationale ne repoussa pas le texte sur le fond et s'abstint lors de son premier examen. C'est lors de son passage devant le Sénat (13 décembre 1985) que le projet de loi fut largement amendé par une chambre qui lui semblait hostile. Cette chambre était dominée par la droite et le centre. Il fut donc décidé, comme en pareils cas, de nommer une commission mixte paritaire qui échoua à trouver un texte commun. Suite à cet échec, le texte retourna à l'Assemblée nationale où les députés de droite et du centre s'abstinrent une seconde fois sur un texte qui fut voté avec les voix des députés socialistes et apparentés. Suivant la procédure de la navette parlementaire, le texte revint devant le Sénat. Lors de ce second passage, les sénateurs observèrent que les députés n'avaient pas pris en considération leurs amendements. Les sénateurs d'opposition recoururent à la procédure de la question préalable pour rejeter l'ensemble du texte sans discussion préalable. A l'issue de cette navette parlementaire, le texte revint de l'Assemblée nationale pour une troisième fois. Les

2453 Question n°30349 du député UDF de la première circonscription du Morbihan, Raymond MARCELLIN du 18 avril 1983. Santé publique (maladies et épidémies)

députés d'opposition questionnèrent le gouvernement sur le financement de la sectorisation psychiatrique et décidèrent finalement de s'abstenir une dernière fois sur un texte pour lequel ils ne manifestèrent pas une hostilité virulente.

b) La franche opposition du Parti Communiste Français au projet de loi

Dans un entretien datant de l'an 2000, Lucien BONNAFÉ désignait Robert-Henri HAZEMANN comme le véritable inspirateur de la politique de secteur. Comme nous l'avons noté précédemment, ce médecin hygiéniste renommé était le chef de cabinet technique du ministre socialiste de la Santé, Henri SELLIER. C'est à ce titre qu'il contribua grandement à la rédaction de la circulaire du 13 octobre 1937 relative à la réorganisation de l'assistance psychiatrique dans le cadre départemental. C'est ce texte normatif hautement symbolique (puisque son application fut ralentie voire arrêtée par la Seconde Guerre mondiale) qui constitua la première étape vers la sectorisation psychiatrique en France. En effet, c'est dans cette circulaire qu'est exprimée pour la première fois la nécessité d'ouvrir et de développer des dispensaires d'hygiène mentale (sur le modèle de ceux œuvrant déjà dans la lutte antituberculeuse).

Robert-Henri HAZEMANN était un brillant médecin hygiéniste, élu sur une liste municipale du PCF dès 1925 (à Athis-Mons en banlieue parisienne). En août 1928 (date de son départ pour l'université de Baltimore aux États-Unis), le Dr HAZEMANN dirigeait les services municipaux d'hygiène et d'assistance sociale de la ville de Vitry-sur-Seine. Il avait occupé précédemment des fonctions analogues dans d'autres municipalités dirigées par le PCF (Essonnes, Ivry-sur-Seine). À son départ pour les États-Unis, il laissait derrière lui des idées sur l'organisation médicale qui façonnèrent pour longtemps la politique du PCF en la matière. Son départ pour les États-Unis provoque de fait une rupture avec sa formation politique.

A son retour des États-Unis en 1931, Robert-Henri HAZEMANN ne réintégra pas le PCF. Cela ne l'empêcha pas de continuer à œuvrer en tant que médecin hygiéniste et d'intégrer l'Office Publique d'Hygiène de la Seine (OPHS) dont il devint le secrétaire général. Il enseigna également à l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine, à l'École

sociale d'action familiale ou à l'École d'infirmières-visiteuses et fut membre de nombreuses sociétés savantes. En 1936, à la faveur de la victoire de la gauche aux élections législatives, il rejoignit le cabinet d'Henri SELLIER (qui avait été exclu du PCF en 1921) en tant que chef de cabinet technique. Bien que sa réintégration au sein du PCF fût refusée à partir de 1937, Robert-Henri HAZEMANN demeura proche d'organisations communisantes comme la CGT et à ce titre continua d'influencer l'idéologie médicale des communistes français et de leurs élus[2454].

Le 26 septembre 1939, le Conseil des ministres adopta, sur proposition d'Albert SARRAUT, ministre de l'Intérieur radical-socialiste, un décret-loi prononçant la dissolution de la Section Française de l'Internationale Communiste[2455]. En 1940, une loi votée à l'unanimité des présents déchoit les parlementaires communistes de leur mandat[2456]. 27 d'entre eux furent déportés en Algérie française au début de l'année 1941 et revinrent en France métropolitaine en 1944[2457]. L'activité des élus communistes en matière de santé publique fut donc arrêtée pendant plus de quatre années. Leurs idées politiques furent portées sur le terrain de la psychiatrie par Lucien BONNAFÉ qui réussit, en période d'Occupation, de répressions et de restrictions alimentaires, à transformer un hôpital asilaire (l'hôpital de Saint-Alban-sur-Limagnole en Lozère) en structure de soins véritablement thérapeutique. A la Libération, Lucien BONNAFÉ est nommé conseiller technique chargé de la psychiatrie au ministère de la Santé publique du communiste François BILLOUX[2458]. Le médical rejoint ici le politique.

En septembre 1945, dans un discours prononcé au Vélodrome d'Hiver de Paris, François BILLOUX mentionna la mort massive des malades psychiques pendant la période de l'Occupation[2459]. Cet acte fort, influencé par les idées des jeunes psychiatres progressistes et désaliénistes, marqua un point de référence pour la doctrine du PCF en matière d'organisation hospitalière psychiatrique (la fin de l'aliénisme). Cette doctrine

2454 Sous la direction de Jean MAITRON, Dictionnaire biographique du mouvement ouvrier français, Paris, Les éditions ouvrières, 1988, p.256

2455 Décret-loi du 26 septembre 1939 prononçant la dissolution des organisations communistes

2456 Loi du 20 janvier 1940 Déchéance publiée au Journal Officiel de la République Française du 21 janvier 1940, p.602

2457 Jacques CANTIER, « Les camps d'internement dans l'Algérie de Vichy » *in Exils et migrations ibériques au XXe siècle*, n°3, 2009. Sables d'exil. Les républicains espagnols dans les camps d'internement au Maghreb (1939-1945) sous la direction d'Andrée BACHOUD et Bernard SICOT, p.43

2458 Danielle PAPIAU, *Psychiatrie, psychanalyse et communisme. Essai de sociobiographie des psychiatres communistes (1924 –1985)* ; Université Paris 10 Nanterre, 2017, p.77

2459 «Discours du ministre de la Santé publique François BILLOUX» le 26 septembre 1945 au Vélodrome d'Hiver à Paris ; *L'information psychiatrique* n°2, octobre 1945

s'intégrait dans une « identité théorique collective[2460] » plus large. La construction de cette identité conceptuelle visait à produire une vision marxiste de la psychiatrie. C'est ainsi que fut rédigé en 1949 un texte virulent contre la psychanalyse[2461]. Il fut signé par les psychiatres Lucien BONNAFÉ, Louis LE GUILLANT, Sven FOLLIN, Serge LEBOVICI, Jean KESTEMBERG et Émile MONNEROT. Ce texte a contribué à briser l'élan unificateur créé par le groupe Batéa (groupe de psychiatres créé à la Libération)[2462] mais a construit une méfiance durable vis-à-vis de la psychanalyse au sein du PCF et de ses élus.

Puis, les parlementaires communistes se distinguèrent par leur intérêt pour la question de la psychiatrie et plus précisément de la sectorisation psychiatrique. En effet, entre 1973 et 1985 (première présentation du projet de loi relative à la sectorisation psychiatrique), vingt-et-une questions relatives à la sectorisation psychiatrique furent posées par des parlementaires de tous partis. Sur ces vingt-et-une questions, neuf le furent par des parlementaires communistes (sept par des parlementaires socialistes et cinq par des parlementaires UDF et RPR)[2463].

Les questions des députés et sénateurs communistes portaient essentiellement sur la réalisation et le financement de la sectorisation psychiatrique. Les dotations en matériel et en personnel étaient également abordées par les parlementaires du PCF. Ces deux types de questions manifestaient les principales préoccupations de ces élus qui s'appuyaient, pour formuler leurs questions au Gouvernement, sur des exemples précis extraits de situations survenant dans leurs circonscriptions.

A ce titre, la question du député de la 1ère circonscription des Alpes-Maritimes Virgile BAREL mérite d'être évoquée. En effet, le développement de la sectorisation

---

2460 Danielle PAPIAU, *Psychiatrie, psychanalyse et communisme. Essai de sociobiographie des psychiatres communistes (1924 –1985)* ; Université Paris 10 Nanterre, 2017, p.131

2461 *La Nouvelle Critique*, « La psychanalyse, idéologie réactionnaire », numéro 7, juin 1949

2462 « La traversée du désert. Le déchirement stalinien, la diaspora (1947-1950) » *in Histoire de la psychiatrie de secteur,* Lion MURARD, François FOURQUET; *Recherches* n°17, Mars 1975, pp.111-120

2463 PCF : Assemblée nationale. Question n°2914 du 28 juin 1973 ; question n°33864 du 4 décembre 1976; question n°37038 du 7 avril 1977 ; question n°1254 du 11 mai 1978 ; question n°2764 du 9 juin 1978 ; question n°25746 du 11 février 1980 ; question n°16545 du 28 juin 1982 ; question n°7549 du 14 octobre1985. Sénat. Question n°22242 du 10 décembre 1975

PS : Assemblée nationale. Question n°31352 du 26 mai 1980 ; question n°3631 du 12 octobre 1981 ; question n°13504 du 3 mai 1982 ; question n°52880 du 2 juillet 1984 ; question n°54873 du 20 août 1984 ; question n°54182 du 30 juillet 1984 ; question n°69056 du 27 mai 1985

RPR : Assemblée nationale. Question n°41140 du 5 décembre 1983. Sénat. Question n°12141 du 9 juin 1983

UDF : Assemblée nationale. Question n°34346 du 18 décembre 1976 ; question n°30349 du 18 avril 1983 . Sénat. Question n°18543 du 19 juillet 1984

psychiatrique dans le département des Alpes-Maritimes était jugé trop lent par la section locale de l'UNAFAM (Union des familles de malades mentaux et de leurs associations[2464]) et la question du parlementaire se voulait être un relais des préoccupations de cette association nationale. Dans sa question, Virgile BAREL interpellait le ministre de la santé et de la sécurité sociale sur les problèmes essentiels rencontrés par les départements en matière d'organisation de la psychiatrie. En plus de l'accélération de la mise en place de structures psychiatriques extrahospitalières, le député rappelait que l'UNAFAM réclamait une réelle application de la loi du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées et une augmentation substantielle des crédits accordés à la recherche pour les maladies psychiques.[2465] Ces revendications portées à l'Assemblée nationale par Virgile BAREL semblaient révélatrices des préoccupations des parlementaires communistes et de leur parti en matière d'organisation de la lutte contre les maladies mentales.

Les autres questions posées par les autres parlementaires communistes diffèrent légèrement sur la forme mais l'inquiétude majeure demeurait la même : quand est-ce que la politique de sectorisation psychiatrique deviendrait-elle une réalité ? Seuls les exemples choisis pour interpeller les ministres de la santé varient. Pierre PRANCHÈRE choisit l'exemple de son département (la Corrèze) pour questionner le ministre sur la matérialité de la sectorisation psychiatrique[2466]. Roland RENARD se proposait, lui, d'exposer au ministre de la santé et de la famille le cas du fonctionnement de la sectorisation psychiatrique à l'hôpital de Prémontré (Aisne)[2467]. Pour sa part, Gilbert MILLET s'attacha à présenter au ministre de la santé et de la sécurité sociale la délicate situation de l'emblématique hôpital de Saint-Alban qui était le seul hôpital psychiatrique du département de la Lozère[2468]. Quant à Georges HAGE, il émit sa question à propos des insuffisances de moyens nécessaires au développement d'une politique extrahospitalière dans le secteur géo-démographique de la ville de Douai[2469].

2464 Dénomination adoptée dans les statuts de 1968 de l'association. L'association fut fondée en 1963 avec le soutien de la Ligue française d'hygiène mentale et du Pr Paul SIVADON
2465 Question n°37038 du député PCF de la 1ère circonscription des Alpes-Maritimes Virgile BAREL, du 7 avril 1977. Handicapés (revendications de l'union des familles de malades mentaux des Alpes-Maritimes)
2466 Question n°2914 du député PCF de la 1ère circonscription de Corrèze, Pierre PRANCHÈRE, du 28 juin 1973. Hôpitaux psychiatriques (Corrèze)
2467 Question n°1254 du député PCF de la 4ème circonscription de l'Aisne, Roland RENARD, du 11 mai 1978. Hôpitaux (centre spécialisé de Prémontré [Aisne])
2468 Question n°25746 du député PCF de la 4ème circonscription du Gard, Gilbert MILLET, du 11 février 1980. Établissement d'hospitalisation, de soins et de cure (centres hospitaliers : Lozère)
2469 Question n°2764 du député PCF de la 15ème circonscription du Nord, Georges HAGE, du 9 juin 1978. Établissements d'hospitalisation, de soins et de cure (carte sanitaire de Douai [Nord])

Lorsque le projet de la loi relatif à la sectorisation psychiatrique fut présenté à l'Assemblée nationale, le 20 novembre 1985, Georges HAGE et le PCF furent immédiatement critiques sur ce texte gouvernemental[2470]. Cette opposition demeura pendant toute la durée de la procédure de vote et Georges HAGE fut très actif dans les débats portant sur cette question.

A l'occasion de la dernière lecture du texte, le député communiste questionna le gouvernement sur l'article 13 du projet de loi traitant des agents non titulaires des collectivités territoriales. Pour lui, cet article soulevait le problème de la précarité de l'emploi et il proposa un sous-amendement qui fut refusé par le Secrétaire d'État et par l'assemblée[2471]. Par la voix de Louis ODRU, le groupe communiste à l'Assemblée nationale affirma son opposition franche au texte visant à organiser le cadre légal de la sectorisation psychiatrique en France («Le groupe communiste vote contre *!*[2472]»).

Paragraphe 3: Le vote par l'Assemblée nationale de la loi relative à la sectorisation psychiatrique et ses implications réglementaires

Après avoir effectué une navette parlementaire sans avoir obtenu un vote similaire par les deux chambres[2473], le projet de loi sur la sectorisation psychiatrique fut de nouveau soumis au vote des députés le 20 décembre 1985. Ce vote fut le dernier car le gouvernement avait la possibilité constitutionnelle de faire statuer l'Assemblée nationale en dernier ressort. Cette possibilité gouvernementale résultait du bicamérisme inégalitaire des institutions de la Vème République. En effet, étant élue au suffrage universel direct, l'Assemblée nationale disposait d'une légitimité supplémentaire (sauf exceptions constitutionnellement prévues[2474]). Ce retour devant l'Assemblée nationale constitua, pour

2470 Assemblée nationale, 1ère session ordinaire de 1985-1986, 1ère séance du mardi 10 décembre 1985, compte-rendu intégral
2471 Article 44 alinéa 3 du Règlement du Sénat
2472 Compte-rendu intégral de la 3ème séance du vendredi 20 décembre 1985 ; 1ère session ordinaire de 1985-1986 (137ème séance), p.17
2473 C'est ce que prévoit l'article 45 alinéa 1 de la Constitution de 1958.
2474 Selon le Conseil constitutionnel, cette prérogative accordée aux députés ne concerne pas les lois organiques relatives au Sénat (art. 46, al. 4, de la Constitution), le droit de vote et d'éligibilité aux élections municipales (art. 88-3 de la Constitution), ou les lois constitutionnelles (art. 89 de la Constitution). https://www.conseil-constitutionnel.fr/la-constitution/assemblee-nationale-et-senat-quelle-difference

les députés, une troisième lecture du projet de loi (**A**).

Suite à sa ratification par l'Assemblée nationale, le texte normatif légalisant la sectorisation psychiatrique en France connut plusieurs décrets d'application. Ces décrets d'application précisaient les modalités techniques d'organisation des services publics de lutte contre les maladies et le fonctionnement du Conseil départemental de santé mentale[2475] ainsi que l'attribution de moyens matériels (biens meubles et immeubles) aux équipes de soins en santé mentale[2476] (**B**).

A/ Le vote du 20 décembre 1985 par l'Assemblée nationale

Le texte du projet de loi sur la sectorisation psychiatrique revint à l'Assemblée nationale pour une troisième et dernière lecture. Le gouvernement était représenté par André LABARRÈRE ministre délégué auprès du Premier ministre chargé des relations avec le Parlement. Le rapporteur titulaire Guy CHANFRAULT fut suppléé par Martine FRACHON.[2477] Après avoir rappelé sa présence au Sénat plus tôt dans la journée pour défendre le projet de loi, le ministre délégué demanda aux députés de bien vouloir adopter le texte[2478].

Le débat fut très court car le texte avait déjà connu deux passages devant les députés qui avaient déjà eu la possibilité de questionner le gouvernement sur des points litigieux ou suspicieux. Toutefois, le député UDF Jacques BLANC reçut la parole pour une dernière intervention. Cette intervention concernait le financement du secteur psychiatrique et les charges nouvelles pesant sur l'assurance maladie de la Sécurité sociale.

La question du financement inquiétait de nombreux députés. Ils craignaient un

2475 Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique
2476 Décret n° 90-1042 du 20 novembre 1990 pris pour l'application de l'article 6 de la loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique et relatif à la mise à disposition des établissements assurant le service public hospitalier des biens meubles et immeubles affectés au service public de lutte contre les maladies mentales
2477 Compte-rendu intégral de la 3ème séance du vendredi 20 décembre 1985 ; 1ère session ordinaire de 1985-1986 (137ème séance), p.15
2478 *Ibid*., p.15

désengagement financier de l'Etat en matière de psychiatrie préventive et ambulatoire. Le député Jacques BLANC l'exprimait ainsi : « Or, par le vote de la sectorisation psychiatrique, ce sont deux milliards 400 millions de francs qui passeront, sans aucune recette supplémentaire à la charge de l'assurance maladie de la sécurité sociale. On comprendra que cela ne nous donne pas satisfaction.[2479] ».

A l'issue de l'intervention de Jacques BLANC, le président de l'Assemblée nationale, Louis MERMAZ, clôtura les discussions.

Le président de l'Assemblée nationale rappela l'échec de la commission mixte paritaire, les articles sur lesquels les deux chambres avaient voté de façon identique et annonça le texte tel qu'il allait être soumis au vote des députés[2480]. A la fin de l'énumération du texte de loi, il demanda si un des députés présents souhaitait s'exprimer une dernière fois. En l'absence de réponse immédiate, le Président énonça la formule d'usage pour le cas présent : « Je mets aux voix, conformément au troisième alinéa de l'article 114 du règlement, l'ensemble du projet de loi, tel qu'il résulte du dernier texte voté par l'Assemblée nationale.[2481] »

Le texte présenté au vote des députés fut donc celui adopté par eux en deuxième lecture.

Dans une assemblée très clairsemée du fait de l'heure tardive, le projet de loi sur la sectorisation psychiatrique fut adopté essentiellement par le groupe socialiste. Par la voix de Louis ODRU, le groupe communiste s'affirma contre le texte (« Le groupe communiste vote contre ![2482] »). Comme lors des précédentes lectures à l'Assemblée nationale les groupes UDF (par la voix de Jacques BLANC) et RPR (par la voix de Claude-Gérard MARCUS) s'abstinrent.

Le texte adopté s'avéra très décevant pour les promoteurs historiques de la sectorisation psychiatrique. Il était très court et ne mentionnait que très peu le secteur psychiatrique en lui-même (« les parlementaires votent […] un ensemble "fourre-tout" de

2479 Intervention de Jacques BLANC *in* Compte-rendu intégral de la 3ème séance du vendredi 20 décembre 1985 ; 1ère session ordinaire de 1985-1986 (137ème séance), p.16
2480 Compte-rendu intégral de la 3ème séance du vendredi 20 décembre 1985 ; 1ère session ordinaire de 1985-1986 (137ème séance), p.16
2481 *Ibid*., p.17
2482 *Ibid*., p.17

dispositions hétéroclites dont un seul article porte sur la légalisation du secteur.[2483] »).

Pour beaucoup d'acteurs de la psychiatrie de secteur, cette loi ne fut qu'un simple enregistrement législatif d'une pratique médicale avalisée de longue date. Ce fut une approbation *a minima* de théories et de pratiques pourtant reconnues pour leur générosité et leur humanité. Comme le notait avec regret le député Georges HAGE, le débat autour du projet de loi n'avait « pas permis une grande réforme de la psychiatrie en France »[2484].

B/ Les décrets d'application de la loi du 31 décembre 1985

Dans sa lettre, la loi du 31 décembre 1985 prévoyait explicitement deux décrets d'application : un décret à la dénomination devenue classique en matière d'organisation de la psychiatrie[2485] et un décret relatif aux moyens matériels mis à disposition des équipes de secteur psychiatrique[2486]. Le décret relatif à la lutte contre les maladies mentales (14 mars 1986) instaura un nouvel organe consultatif (les conseils départementaux de santé mentale) et confirma le rôle prépondérant des centres hospitaliers spécialisés dans la mise en place de la sectorisation psychiatrique. Avant la parution de ce décret, la sectorisation psychiatrique ne reposait sur aucun fondement légal dédié[2487] (**a**). Le second décret envisagé par la loi du 31 décembre 1985 (20 novembre 1990) était, quant à, lui relatif aux conditions matérielles (meubles et immeubles) d'exercice de la politique de sectorisation psychiatrique (**b**).

a) Le rôle instituant du décret 86-602 du 14 mars 1986

Le premier décret issu de la loi du 31 décembre 1985 parut le 14 mars 1986. Le délai entre le vote de la loi et la parution de son premier décret fut relativement court. Cette publication rapide pourrait s'expliquer par la nécessité de rendre efficient au plus vite

2483 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Collection Que sais-je ? Presses Universitaires de France ; 1994, p.47

2484 Intervention de Georges HAGE *in* Compte-rendu intégral de la 1ère séance du mardi 10 décembre 1985 ; 1ère session ordinaire de 1985-1986 (137ème séance), p.15

2485 Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique

2486 Le décret n°90-1042 du 20 novembre 1990 pour l'application de l'article 6 de la loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique et relatif à la mise à la disposition des établissements assurant le service public hospitalier des biens meubles et immeubles affectés au service public de lutte contre les maladies mentales

2487 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.141

le commandement des hôpitaux psychiatriques sur l'ensemble des structures sectorisées. En effet, la loi du 31décembre 1985 accentuait l'hospitalo-centrisme en psychiatrie (« arbitrage hospitalo-centré »[2488] d'après Dominique LETOURNEAU) puisqu'elle faisait dépendre des hôpitaux la totalité de la politique de secteur jusque-là divisée entre un segment hospitalier et un segment ambulatoire contrôlé par l'État par l'intermédiaire des départements (83% des dépenses étaient remboursées par l'État)[2489]

Le décret du 14 mars 1986 fut un décret d'application de la loi du 31 décembre 1985. En visa du texte, étaient rappelées les normes auxquelles le texte se référait[2490]. Outre la loi du 31 décembre 1970 et la loi du 30 juin 1975, le décret se rapportait à la loi du 25 juillet 1985 (particulièrement son article 8) et à la loi du 31 décembre 1985. C'est essentiellement ces deux dernières lois que le décret du 14 mars 1986 vint préciser.

L'article 8-I de la loi du 25 juillet 1985 venait légaliser le Conseil départemental de santé mentale (CDSM)[2491]. Cette nouvelle structure (sous le nom de Conseil de Santé Mentale de Secteur[2492]) avait été recommandée par une circulaire du 12 décembre 1972[2493]. Si ces deux textes énonçaient la création du futur CDSM, ils demeuraient vagues quant à sa composition et semblaient la reporter pour une norme postérieure. C'est le décret du 14 mars 1986 qui formula sa composition exacte[2494]. Selon ce décret, le CDSM, qui devait se réunir au minimum deux fois par an sur convocation du préfet, se composait de 38 membres répartis de la façon suivante :

- Le préfet de département, président de droit
- Trois fonctionnaires de l'État désignés par le préfet de département, dont le médecin inspecteur de la santé chargé des problèmes de santé mentale dans le département ;

2488 Dominique LETOURNEAU, « Légalisation et organisation du secteur psychiatrique (loi de décembre 1985 et textes de mars 1986) » ; *Pratiques en santé mentale*, 2009, n°4, p.15
2489 Lionel MAHIER, Hubert BOUVRY, « Financement de la psychiatrie de secteur. Interview de M. Bauduret » ; *L'Information psychiatrique*, Vol.61-n°7, septembre 1985, p.907
2490 Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière ; Loi n°75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales ; Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social ; Loi de finances n°85-1403 du 30 décembre 1985 ; Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique ; Loi n°86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de la santé
2491 Jean-Louis DESCHAMPS, *1838-1990: immobilisme ou mutation du droit. Origines et fond premier de la législation française en matière de psychiatrie publique* ; Grenoble 1, 1991, p.115
2492 Circulaire DGS/2030 du 12 décembre 1972 relative à la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies
2493 Pauline RHENTER, « Les conseils locaux de santé mentale, un nouveau modèle pour les partenariats ? » *Vie sociale*, 2010/1 N° 1, p.155
2494 Bernard CORDIER, Gérard MASSÉ, François PETITJEAN, Jean-Paul TACHON, *Aspects législatifs et administratifs de la psychiatrie, Tome 2, Structures de soins* ; Paris, Maloine, 1987, 2ème édition, p.19

- Le médecin-conseil régional de Sécurité sociale ou un médecin-conseil désigné par lui et cinq représentants des régimes d'assurance maladie, dont trois désignés par la Caisse régionale d'assurance maladie ou par la Caisse de mutualité sociale agricole, et un par la Caisse mutuelle régionale dans le ressort desquelles siège le CDSM ;
- Trois conseillers généraux désignés par le conseil général, dont un membre du conseil d'administration d'un Centre Hospitalier Spécialisé ;
- Un directeur de Centre Hospitalier Spécialisé et un directeur d'établissement hospitalier comprenant une ou plusieurs unités de psychiatrie ;
- Deux maires désignés :
. par l'association des maires du département
. à défaut d'association ou s'il en existe plusieurs, par élection au « collège des maires du département à la représentation proportionnelle à la plus forte moyenne sans adjonction ni suppression de nom et sans modification de l'ordre de présentation[2495] » ;
- Un directeur d'une maison de santé privée pour maladies mentales, s'il en existe ;
- Six psychiatres appartenant au cadre des praticiens hospitaliers publics dont au moins deux chefs de service, deux psychiatres exerçant dans un secteur infanto-juvénile et un enseignant hospitalier, s'il en existe ;
- Six médecins libéraux ou exerçant dans des institutions privées :
    - Deux médecins généralistes ;
    - Deux psychiatres de secteur associatif dont un psychiatre infanto-juvénile ;
    - Deux psychiatres libéraux dont, s'il y a lieu, un psychiatre exerçant dans une maison de santé privée pour maladies mentales ;
- Six représentants des personnels de santé mentale non médicaux travaillant dans un établissement assurant le service public hospitalier dont au moins trois infirmiers ;
- Un représentant pour chacune des deux organisations de familles de malades mentaux les plus représentatives du département.[2496]

Le texte prévoyait également que chaque membre du CDSM fût suppléé. Le suppléant devait être désigné selon la même procédure que les titulaires. Selon Jean-Louis DESCHAMPS, le nombre de psychiatres hospitaliers présents au sein de la nouvelle structure (six) était peu important par rapport au nombre total de membres et la psychiatrie

2495 Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, Journal officiel du 19 mars 1986, pp.58-59
2496 Bernard CORDIER, Gérard MASSÉ, François PETITJEAN, Jean-Paul TACHON, *Aspects législatifs et administratifs de la psychiatrie, Tome 2, Structures de soins* ; Paris, Maloine, 1987, 2ème édition, pp.124-126

se trouvait donc minoritaire ; ce qui n'allait pas sans poser de questions sur les intentions du législateur concernant le contrôle du développement de la politique de sectorisation et l'influence des équipes de secteur sur celle-ci[2497].

De plus, l'article 3 du décret du 14 mars 1986 caractérisait les fonctions du CDSM et enrichissait « le dispositif juridique de l'article L.326 [du Code de la Santé publique][2498] » qui pouvait être consulté sur :

- toutes les questions relatives à l'organisation et au fonctionnement des équipements et services de lutte contre les maladies mentales (« en matière de planification et de carte sanitaire [2499]»)
- les projets de création d'établissements sociaux et médico-sociaux dans le cas où ces établissements accueilleraient des handicapés ou des malades mentaux

Dans le second cas de consultation du CDSM prévu par le décret, il est intéressant d'observer que le texte réglementaire « réinterroge […] le clivage sanitaire et médico-social issu des lois de 70 et de 75. »[2500]. Ce clivage connut son apogée entre les lois de 1975 et la loi du 31 décembre relative à la sectorisation psychiatrique. Par la suite, les tensions s'apaisèrent et un fragile *modus vivendi* fut trouvé.

Par ce décret, le législateur manifestait sa volonté de créer un organe déconcentré de concertation visant au dialogue entre les multiples protagonistes de la santé mentale[2501]. Ce renforcement du rôle du CDSM avait été préalablement suggéré par le rapport Gallois-Taïb de 1981[2502]. Selon Patrick MORDELET, par sa légalisation, cette structure pourrait enfin agir énergiquement « contre le cloisonnement existant entre les différentes filières de soins et permettre une intervention harmonieuse et concertée de tous les professionnels de la santé mentale.[2503] »

2497 Jean-Louis DESCHAMPS, *1838-1990: immobilisme ou mutation du droit. Origines et fond premier de la législation française en matière de psychiatrie publique* ; Grenoble 1, 1991, p.119
2498 *Ibid*., p.119
2499 Bernard CORDIER, Gérard MASSÉ, François PETITJEAN, Jean-Paul TACHON, *Aspects législatifs et administratifs de la psychiatrie, Tome 2, Structures de soins* ; Paris, Maloine,1987, 2ème édition, p.128
2500 Dominique LETOURNEAU, « Légalisation et organisation du secteur psychiatrique (loi de décembre 1985 et textes de mars 1986) » ; *Pratiques en santé mentale*, 2009, n°4, p.15
2501 Bernard CORDIER, Gérard MASSÉ, François PETITJEAN, Jean-Paul TACHON, *Aspects législatifs et administratifs de la psychiatrie, Tome 2, Structures de soins* ; Paris, Maloine, 1987, 2ème édition, p.121
2502 Pierre GALLOIS, Alain TAÏB, *De l'organisation du système de soins: Rapport au Ministre de la Santé* ; Paris, La Documentation Française, 1981
2503 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L Santé, Paris, 1987, p.139

La loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique prévoyait, en son ultime article (article 15) un décret d'application rédigé par le Conseil d'État[2504]. Ce décret fut donc publié le 19 mars 1986 au Journal Officiel. Outre la création du CDSM, il instaurait trois catégories de secteurs psychiatriques ainsi qu'une liste des établissements de santé participant à la lutte contre les maladies mentales (établissements publics ou établissements ayant signé une convention avec l'État[2505]). Le texte prévoyait également de préciser les modalités d'organisation de la sectorisation psychiatrique et de la lutte contre les maladies mentales. En ce sens, il restait dans la continuité des grandes circulaires d'organisation de la sectorisation psychiatrique. La terminologie de lutte contre les maladies mentales était maintenue[2506].

Le décret du 14 mars 1986 instituait trois catégories de secteurs psychiatriques[2507] (encore usitées actuellement) . Ces trois catégories étaient les suivantes :
- les secteurs de psychiatrie générale
- les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile
- les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire[2508]

Les secteurs de psychiatrie générale concernaient les besoins en offre de soins psychiatriques de la population générale (âgée de plus de seize ans) d'une aire géo-démographique comprenant approximativement 66666 habitants. Leur création datait de la circulaire du 15 mars 1960. La circulaire du 14 mars 1972 envisageait les différentes structures responsables de l'application de la politique de sectorisation. Celle du 9 mai prévoyait pour la première fois des effectifs minimaux pour les équipes de secteur psychiatrique. Les secteurs de psychiatrie générale reposaient sur des fondements réglementaires. Ils furent donc légalisés par la loi du 31 décembre 1985 et son décret d'application du 14 mars 1986.

Les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile furent créés formellement en 1972 par une circulaire du 16 mars. Cette circulaire établissait l'intersecteur de psychiatrie infanto-

2504 Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, article 15 : « Un décret en Conseil d'État détermine, en tant que besoin, les mesures d'application de la présente loi. »
2505 Conventions dont les dispositions sont prévues par l'article L.326 du Code de la santé publique
2506 Cette terminologie tend à disparaître du vocabulaire administratif et médical au profit d'expressions telles que politique de santé mentale.
2507 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Collection Que sais-je ? Presses Universitaires de France ; 1994, p.57
2508 Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, article 1er, Journal officiel du 19 mars 1986, pp. 57-58

juvénile correspondant à trois secteurs de psychiatrie générale c'est à dire une aire géo-démographique d'approximativement 200 000 personnes[2509]. La circulaire DGS-892/MS1 du 9 mai 1974 venait compléter la précédente en insistant sur la nécessité pour les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de développer des liens efficients de travail avec les pédiatres et les autres acteurs de l'enfance (notamment les crèches, les services de santé scolaire et les services de la Protection Maternelle et Infantile).

Le décret du 14 mars 1986 venait préciser juridiquement cette organisation sanitaire fondée uniquement sur des règlements. Comme pour les secteurs de psychiatrie générale, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile devaient répondre aux besoins de soins psychiques d'une partie de la population sur une aire géo-démographique donnée. A la différence de la circulaire du 14 mars 1972, le décret du 14 mars 1986 ne mentionnait aucune taille minimum pour la constitution du secteur (ou intersecteur) infanto-juvénile et évoquait l'impérative nécessité que « chaque secteur de psychiatrie infanto-juvénile correspond à une aire géographique desservie par un ou plusieurs secteurs de psychiatrie générale.[2510] ». De plus, à l'instar des secteurs de psychiatrie générale, les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile se devaient d'être dirigés par des psychiatres hospitaliers. En l'absence de psychiatre hospitalier, la direction du secteur revenait au chef de service[2511].

La nécessité d'organiser des services de psychiatrie en milieu carcéral fut formellement évoquée en 1977 à l'occasion de la publication d'une circulaire conjointe du ministère de la Santé et du ministère de la Justice[2512]. Les Centres Médico-Psychologiques Régionaux (CMPR) avaient été précédemment créés par une circulaire AP 67-16 du 30 septembre 1967. Le CMPR était administré conjointement par l'établissement de soins psychiatriques auquel étaient rattachés le secteur créé et l'administration pénitentiaire[2513]. Les droits sanitaires et sociaux des détenus avaient été, quant à eux, reconnus dès le Code de procédure pénale de 1958[2514]. L'article D.395

2509 Audrey VOLPE, Marc DUPONT, « Que reste-t-il de la sectorisation psychiatrique ? » ; *Revue de Droit Sanitaire et Social*, septembre-octobre 2017, n°5, pp.894-895
2510 Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, article 1er, Journal officiel du 19 mars 1986, p.58
2511 *Ibid*., p.60
2512 Circulaire du 28 mars 1977 portant sur la création des Centres Médico-Psychologiques Régionaux
2513 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.206
2514 Philippe MARIN, *Les activités extra-hospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Bordeaux 1, 1989, p.204

envisageait de permettre des consultations psychiatriques dans les prisons[2515].

Le décret du 14 mars 1986 confirma l'incorporation des CMPR à la politique de sectorisation et les secteurs de la psychiatrie carcérale furent nommés secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire. A l'instar des secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile, les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire devaient répondre aux besoins en soins psychiques d'une partie de la population (ici les prisonniers)[2516].

À l'image des deux autres types de secteurs psychiatriques, les CMPR furent légalisés par le décret du 14 mars 1986 pris en application de la loi du 31 décembre 1985. Ils devaient également correspondre à la réalité de la démographie carcérale locale c'est à dire qu'ils devaient s'accorder avec les « besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements relevant d'une région pénitentiaire.[2517] ». De plus, les CMPR changèrent de dénomination le 14 mars 1986. En effet, l'article 11 du décret du 14 mars 1986 transforma les Centres Médico-Psychologiques Régionaux en Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR)[2518]. Le SMPR était placé sous le contrôle de l'hôpital psychiatrique dont il dépendait géographiquement[2519]. Il était, selon la lettre du décret, « placé sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier[2520] ».

Le titre III du décret du 14 mars 1986 traitait de l'organisation de la sectorisation psychiatrique et des services de lutte contre les maladies mentales. Dans cette troisième partie du décret, est rappelé le rôle prépondérant et central des hôpitaux psychiatriques dans la structuration des secteurs psychiatriques. Ce rôle capital a été explicitement voulu

2515 Article D.395 du Code de procédure pénale de 1958 : « Des consultations d'hygiène mentale peuvent être organisées dans chaque maison d'arrêt par les services qualifiés des directions départementales de l'action sanitaire et sociale.
Dans cette hypothèse, les médecins de ces services, ainsi que leurs assistants ou assistantes, ont accès dans l'établissement en vertu d'une autorisation délivrée à titre nominatif par le directeur régional des services pénitentiaires sur la proposition du directeur départemental de l'action sanitaire et sociale. Leurs examens doivent être pratiqués en liaison avec le médecin de la prison auquel leurs observations sont au surplus communiquées. »

2516 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.201

2517 Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, article 1er, Journal officiel du 19 mars 1986, p.58

2518 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.204

2519 Audrey VOLPE, Marc DUPONT, « Que reste-t-il de la sectorisation psychiatrique ? » ; *Revue de Droit, Sanitaire et Social*, septembre-octobre 2017, n°5, p.895

2520 Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, article 1er, Journal officiel du 19 mars 1986, p.60

par le législateur de 1985. Il constituait un choix idéologique et organisationnel puisque le courant désaliéniste de la psychiatrie française était favorable à une deshopitalisation et à un accroissement de l'autonomie des structures extrahospitalières[2521]. Puis, ce titre rappelait les missions essentielles (prévention, diagnostic, soins[2522]) assurées par les nombreuses structures de soins agissant dans le domaine de la santé mentale. L'article 9 du décret énumérait ensuite les lieux (cinq) au sein desquels les patients devaient pouvoir recevoir les soins adaptés à leur santé[2523].

Le pénultième article du décret précisait quelles structures de soins psychiatriques seraient exclues de la typologie des secteurs présentée à l'article 1er. Cette exclusion concernait une structure créée par ce texte[2524] : les unités pour malades difficiles (UMD). Ces UMD avaient été envisagées dès 1950 dans une circulaire du ministère de la Santé publique[2525]. Le décret du 14 mars 1986 légalisait ces structures en les définissant comme des « structures à vocation interrégionale, implantées dans un centre hospitalier spécialisé et qui assurent l'hospitalisation à temps complet des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mis en œuvre que dans une unité spécifique.[2526] »

Le décret du 14 mars 1986, signé notamment par le Premier ministre, le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, le ministre de l'économie, des finances et du budget, le ministre de la justice et le ministre de l'agriculture, constitua une avancée politique substantielle pour la légitimation et la pérennisation de la politique de sectorisation psychiatrique. Il offrit une structure juridique à une vision novatrice de l'initiative publique dans le champ de la santé mentale[2527] et confirma avec fermeté les dispositions générales formulées par législateur de 1985 dans la loi du 31 décembre. Ce décret semblait donc en cohérence parfaite avec l'esprit et la doctrine du secteur[2528]

2521 Ces vues étaient exprimées dans le rapport Demay de juillet 1982. Le rapport prévoyait la création de structures extrahospitalières indépendantes de l'hôpital psychiatrique : les Établissements Publics de Secteur.
2522 Article L.326 du code de la santé publique de 1986
2523 Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, article 1er, Journal officiel du 19 mars 1986, p.60
2524 https://www.bnds.fr/dictionnaire ; UMD
2525 Circulaire n°109 du 5 juin 1950 relative aux services pour malades mentaux difficiles
2526 Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, article 1er, Journal officiel du 19 mars 1986, p.61
2527 Dominique LETOURNEAU, « Légalisation et organisation du secteur psychiatrique (loi de décembre 1985 et textes de mars 1986) » ; *Pratiques en santé mentale*, 2009, n°4, p.15
2528 Dominique LETOURNEAU, « Légalisation et organisation du secteur psychiatrique (loi de décembre 1985 et textes de mars 1986) » ; *Pratiques en santé mentale*, 2009, n°4 ., p.16

même si le texte législatif représenta uniquement, pour certains acteurs de la santé mentale française, un simple instantané de pratiques médicales et réglementaires en application depuis des dizaines d'années.

Le jour de la publication du décret du 14 mars 1986 parut un arrêté[2529] ayant le même objet que lui. Cet arrêté donnait une vision plus précise des outils mis à disposition des acteurs de la psychiatrie en les recensant[2530] et en approfondissant «dans des termes juridiques les définitions des différents équipements extrahospitaliers.[2531]». Cet arrêté traitait notamment de la question centrale de la place des Centres-Médico-Psychologiques (CMP) dans le panel de soins proposés aux malades psychiques[2532] et venait également apporter la première définition normative de la nouvelle structure de soins[2533]. Les CMP venaient se substituer en droit aux dispensaires d'hygiène mentale[2534] ainsi dénommés depuis 1937 et la circulaire du 13 octobre[2535].

Le changement sémantique n'était pas suffisant pour le législateur. Il fallait que le changement eût lieu dans l'organisation de la psychiatrie ambulatoire. Il était demandé aux CMP d'être plus présents que les dispensaires d'hygiène mentale dans la continuité des soins entre l'hospitalier et l'extrahospitalier (« articuler le continuum de prise en charge[2536] »). De plus, il devait symboliser la présence de l'hôpital psychiatrique au cœur de la cité et devenir un acteur majeur de la santé mentale.

Ces CMP pouvaient, selon l'arrêté, être dénommés centres d'accueil permanent s'ils étaient ouverts et actifs en continu pendant vingt-quatre heures et qu'ils pouvaient

2529 Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales
2530 Audrey VOLPE, Marc DUPONT, « Que reste-t-il de la sectorisation psychiatrique ? » ; *Revue de Droit Sanitaire et Social*, septembre-octobre 2017, n°5, p.895
2531 Jean-Louis DESCHAMPS, *1838-1990: immobilisme ou mutation du droit. Origines et fond premier de la législation française en matière de psychiatrie publique* ; Grenoble 1, 1991, p.93
2532 Dominique LETOURNEAU, « Légalisation et organisation du secteur psychiatrique (loi de décembre 1985 et textes de mars 1986) » ; *Pratiques en santé mentale*, 2009, n°4, p.16
2533 Article 1 de l'arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement :« […] des centres médico-psychologiques, qui sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, mises à la disposition d'une population. Ils peuvent comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique »
2534 Jean-Louis DESCHAMPS, *1838-1990: immobilisme ou mutation du droit. Origines et fond premier de la législation française en matière de psychiatrie publique* ; Grenoble 1, 1991, p.94
2535 Marie-Claude GEORGES, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Collection Que sais-je ? Presses Universitaires de France ; 1994, pp.23-24
2536 Dominique LETOURNEAU, « Légalisation et organisation du secteur psychiatrique (loi de décembre 1985 et textes de mars 1986) » ; *Pratiques en santé mentale*, 2009, n°4, p.16

recevoir les patients en urgence. Ils étaient susceptibles d'accueillir des patients pouvant y dormir pendant un délai maximum de quarante-huit heures. Cette volonté d'accueil permanent énoncée par l'arrêté ne fit pas l'unanimité dans la doctrine qui voyait dans cette nouvelle structure une rupture avec le lien existant entre le soigné et le soignant notamment le respect des rendez-vous qui devait participer à la thérapie[2537].

b) Le décret n°90-1042 du 20 novembre 1990

Le second décret prévu par la loi du 31 décembre 1985 (notamment sa rédaction en Conseil d'État[2538]) fut relatif à la mise à disposition des établissements assurant le service public hospitalier des biens meubles et immeubles affectés au service public de lutte contre les maladies mentales. Il sera publié au Journal officiel[2539]. A la différence du décret du 14 mars 1986, il s'appuyait essentiellement sur la loi du 31 décembre 1985. En effet, les deux textes de loi en visa étaient la loi du 31 décembre 1970 et celle du 31 décembre 1985. Dans un contrôle de l'application de la loi relative à la sectorisation psychiatrique, le Sénat considéra que le décret du 20 novembre 1990 faisait partie des mesures réglementaires prévues par loi[2540].

Ce décret, comportant sept articles, visait l'application de l'article 6 de la loi du 31 décembre 1985. Cet article prévoyait qu'un décret en Conseil d'État devait préciser les modalités selon lesquelles des biens meubles et immeubles seraient affectés, à partir du 1er janvier 1987, aux structures hospitalières chargées de la lutte contre les maladies mentales[2541]. Le décret du 22 novembre 1990 était donc bien conforme aux préconisations de la loi du 31 décembre 1985.

2537 Jean-Louis DESCHAMPS, *1838-1990: immobilisme ou mutation du droit. Origines et fond premier de la législation française en matière de psychiatrie publique* ; Grenoble 1, 1991, p.94

2538 Philippe MARIN, *Les activités extra-hospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Bordeaux 1, 1989, p.309

2539 Décret no 90-1042 du 20 novembre 1990 pris pour l'application de l'article 6 de la loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique et relatif à la mise à disposition des établissements assurant le service public hospitalier des biens meubles et immeubles affectés au service public de lutte contre les maladies mentales ; Journal Officiel de la République Française n°273 du 24 novembre 1990 p.14476

2540 Sénat, Contrôle de l'application de la loi relative à la sectorisation psychiatrique, dernière modification du document effectuée en 2004
https://www.senat.fr/application-des-lois/a85863098.html

2541 Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, article 6 : « A compter du 1er janvier 1987, les biens, meubles et immeubles affectés au service public de lutte contre les maladies mentales et nécessaires à l'exercice de leurs activités sont mis à disposition des établissements mentionnés à l'article précédent selon les modalités déterminées par décret en Conseil d'État. »

L'alinéa 1 de l'article 1er du décret énonçait le transfert intégral et gracieux des biens meubles et immeubles aux institutions hospitalières chargées de développer et de pérenniser la sectorisation psychiatrique. L'État, responsable, jusqu'à la loi du 31 décembre 1981, des activités de prévention et dépistage (par l'intermédiaire des Conseils généraux), plaçait les lieux de soins dédiés sous le contrôle des établissements hospitaliers départementaux. Ce transfert s'opérait au nom de « l'unification de la gestion des activités intra et extrahospitalières[2542] ». Il s'agit ici d'une opération assez inédite de par son ampleur et sa systématisation : tous les biens des structures extrahospitalières seront désormais une partie du patrimoine des hôpitaux psychiatriques. Toutefois, l'état et les collectivités territoriales demeuraient propriétaires des infrastructures mises à disposition.

L'alinéa 3 du même article organisait le déplacement de la responsabilité juridique de l'État vers les établissements de santé en matière d'emprunts financiers visant à entretenir les structures de soins extrahospitaliers. Les collectivités territoriales propriétaires des locaux étaient subrogées dans leurs droits à ester en justice par les nouveaux utilisateurs qui devenaient autonomes dans la gestion et l'usage desdits locaux. Cette subrogation n'avait rien d'anecdotique puisque c'était elle qui offrait la possibilité aux établissements hospitaliers d'unifier la gestion de leur patrimoine immobilier.

Puis les cinq articles suivants du décret traitaient des frais incombant aux parties contractantes, de la procédure de mise à disposition des locaux et du retour de l'usufruit à l'État (et au département) des locaux inutilisés par les institutions hospitalières chargées de la lutte contre les maladies mentales[2543]. La désaffection des locaux utilisés à des fins de sectorisation psychiatrique mettait un terme immédiat à l'usufruit accordé aux établissements hospitaliers.

A l'image du décret du 14 mars 1986, le décret du 20 novembre 1990 était signé par les principaux ministres du gouvernement de Michel ROCARD (2) dont Claude ÉVIN alors ministre des affaires sociales et de la solidarité. Ce décret intervint dans un contexte qui

2542 Patrick MORDELET, *La santé mentale. Organisation et gestion* ; Berger-Levrault, Manuels B.L. Santé, Paris, 1987, p.119

2543 Articles 2, 3, 4, 5 et 6 du Décret no 90-1042 du 20 novembre 1990 pris pour l'application de l'article 6 de la loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique et relatif à la mise à disposition des établissements assurant le service public hospitalier des biens meubles et immeubles affectés au service public de lutte contre les maladies mentales ; Journal Officiel de la République Française n°273 du 24 novembre 1990 p.14476

ne semblait pas défavorable à la psychiatrie puisque le ministre était conscient des difficultés à surmonter dans ce domaine médical. Dans un discours prononcé en 1989 à Caen[2544], il évoquait la nécessaire évolution des droits fondamentaux des malades mentaux et annonçait que les révisions du code pénal et de la vieille loi du 30 juin 1838 seraient prochainement effectuées. Concernant, l'organisation sectorielle de la psychiatrie, il semble que celle-ci fût oubliée du discours ministériel. Toutefois, Claude ÉVIN mentionnait la psychiatrie à la fin de son discours en rappelant que le temps lui manquait pour l'évoquer plus en détails.

2544 Discours de M. Claude ÉVIN, ministre de la solidarité de la santé et de la protection sociale, sur l'avenir du service public hospitalier, la nouvelle planification régionale des établissements de santé et les établissements pour handicapés, Caen le 27 avril 1989 https://www.vie-publique.fr/discours/153523-discours-de-m-claude-evin-ministre-de-la-solidarite-de-la-sante et-de

Conclusion

« Le secteur est toujours une perspective pour la psychiatrie de demain. »[2545]
Dimitri KARAVOKYROS

La sectorisation psychiatrique devint légalement le schéma de planification des soins psychiatriques en France par l'intermédiaire de la loi du 31 décembre 1985[2546], c'est-à-dire quarante ans après son apparition médicale et vingt-cinq ans après sa création normative.[2547] Cette légalisation avait connu une première étape décevante[2548] lors du vote de la loi DDOS du 25 juillet 1985. Après la promulgation de la loi du 31 décembre 1985, la sectorisation psychiatrique a-t-elle connu un développement conséquent ? Certes, la loi a permis de réaliser deux entreprises devenues indispensables dans le champ de l'organisation des traitements en santé mentale : la rationalisation de la gestion et l'unification du financement[2549].

La loi du 31 décembre 1985 sembla viciée dès sa promulgation par son absence d'ambition et de proposition novatrice. En effet, malgré un contexte budgétaire peu favorable à des réformes nécessitant des dépenses nouvelles, les psychiatres les plus novateurs pouvaient légitimement penser que le législateur aurait pu inclure, dans un texte si attendu, des éléments plus déterminants dans l'effort d'achèvement de la politique de sectorisation.

La loi du 31 décembre 1985 permit des avancées pour l'organisation psychiatrique française (unité de financement et complémentarité des structures de soins intra et extrahospitalières[2550], suppression du monopole des hôpitaux psychiatriques pour la prise

2545 Dimitri KARAVOKYROS, « Le rôle du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques dans la mise en place du secteur » ; *Sud/Nord* 1/2010 (n° 25), p.104
2546 Sylvie BIAREZ, « Une politique publique: la santé mentale (1970-2002) » ; *Revue française d'administration publique,* 2004/3 (n°111), p.518
2547Alain LOPEZ, Gaëlle TURAN-PELLETIER, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, Tome 2 Annexes ; Inspection Générale des Affaires Sociales, N°2017-064R, Novembre 2017, p.8
2548 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Paris, Éditions du Seuil, 2006, p.143
2549 Patrick MORDELET, *La santé mentale - Organisation et gestion* ; Paris, Berger Levrault, Manuels BL Santé n°6 ; 1987, p.81
2550 *L'organisation des soins psychiatriques: les effets du plan «psychiatrie et santé mentale» (2005-2010)* ; Rapport public thématique ; Cour des comptes ; La documentation Française, décembre 2011, p.124

en charge des patients internés sous contrainte[2551]) et elle suscita l'espoir d'une rupture avec le paradigme du centralisme hospitalier. L'espoir était légitime puisque le texte se fondait sur l'esprit et le corpus de la circulaire du 15 mars 1960 pour affirmer une refonte totale de la place de l'hôpital au sein du système de prise en charge des malades psychique[2552]. Cet espoir ne se matérialisa pas[2553] et comme le note Alexandre LUNEL, « l'hôpital reste, malgré la diminution des lits d'hospitalisation complète, l'élément central du dispositif d'organisation des soins psychiatriques.[2554] ».

De plus, le secteur psychiatrique était bâti sur des structures en personnels et en équipements préexistants[2555] et la loi du 31 décembre 1985 n'apporta que peu de modifications aux dotations financières accordées aux différents secteurs. Une inégalité flagrante s'établit entre les différents secteurs du fait de cette contrainte économique et le développement de la sectorisation fut contrarié[2556]. Les secteurs psychiatriques dépendant organiquement des Centres Hospitaliers Spécialisés bénéficiaient d'une meilleure dotation en personnels et en équipements que ceux rattachés aux Centres Hospitaliers[2557].

De cette inégalité humaine et matérielle, procéda une autre inégalité qui est celle du mode de traitement des patients selon les secteurs et les structures. En effet, les secteurs disposaient du libre choix de leur orientation idéologique en matière de prise en charge et donc les modalités d'accueil des patients pouvaient varier sensiblement d'un secteur à l'autre voire d'une structure à une autre au sein d'un même secteur. De plus, l'inégalité d'équipement représentait une source d'inégalités puisque certaines structures extrahospitalières pouvaient bénéficier de locaux adéquats et spacieux tandis que d'autres devaient garantir une charge de travail identique dans un espace plus restreint. Les principales victimes de ces inégalités causées par l'incohérence de la répartition matérielle et humaine furent les patients qui ne pouvaient pas recevoir une thérapie dans des

2551 Audrey VOLPE, Marc DUPONT, « Que reste-t-il de la sectorisation psychiatrique ? » ; *Revue de Droit Sanitaire et Social*, septembre-octobre 2017, n°5, p.893
2552 Alain LOPEZ, Gaëlle TURAN-PELLETIER, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, Tome 2 Annexes ; Inspection Générale des Affaires Sociales, N°2017-064R, Novembre 2017, p.12
2553 Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Paris, Éditions du Seuil, 2006, pp.143-144
2554 Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* Bordeaux, LEH Édition, 2019, p.151
2555 Emmanuel DIGONNET, Angelo POLI, « Psychiatrie publique: plaidoyer pour le secteur » *in* Hervé BOKOBZA (dir.) ; *La psychiatrie en péril* ; Éditions Érès «Hors collection», 2006, p.162
2556 Pauline RHENTER, *De l'institutionnel au contractuel: psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003)* ; Lyon 2, 2004, p.159
2557 Magali COLDEFY, Philippe LE FUR, Véronique LUCAS-GABRIELLI, Julien MOUSQUES ; Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France: des inégalités persistantes de moyens et d'organisation ; Questions d'économie de la santé, n°145 août 2009, IRDES, p.3

conditions appropriées.

La loi du 31 décembre 1985 imposa le rattachement de toutes les structures de soins psychiatriques ambulatoires à un établissement qui piloterait désormais la politique de secteur[2558]. Cette obligation légale permit d'unifier les équipes de soins au sein d'une même institution et ainsi d'harmoniser et de standardiser leurs pratiques. Toutefois, ce rattachement engendra un effet pervers notoire. En effet, il marqua le début d'une scission brutale entre les équipes sanitaires travaillant à l'intérieur de l'établissement et celles œuvrant à l'extérieur de ce même établissement. Cette scission entre les différents personnels hospitaliers provoqua des conséquences graves sur la pratique des soins. Entre ces deux types d'équipes, apparurent des incompréhensions liées à l'ignorance des tâches de chacun. Cette conséquence dommageable de la loi du 31 décembre 1985 semblait pourtant inévitable.

A l'origine, le secteur psychiatrique devait être organisé selon une indifférenciation à la pathologie prise en charge et encourageait la mixité dans les structures d'accueil. Les patients devaient tous être traités ensemble, dans un même lieu. Cette question de la mixité fait débat. En effet, il semblerait que les patients souffrant de pathologies légères pâtiraient de cette mixité et que leur processus de rétablissement serait affecté. De plus, la Cour des Comptes, dans un rapport datant de décembre 2011, note que «ce ''chaudron psychiatrique'' [...] entraîne un rejet de ces structures par les patients ou leurs familles.[2559]»

La Cour des Comptes observait encore que le découpage du secteur s'était réalisé de manière hétéroclite et désordonnée en ne tenant pas toujours compte de la cohérence des prises en charge. La Cour se montra très critique sur ce découpage initial qu'elle jugeait inadapté à la situation urbaine et rurale du pays[2560]. En effet, ce découpage ''raté'' semblait avoir ouvert la voie à une absence de critères locaux de redistribution des moyens[2561].

2558 Benoit EYRAUD, Livia VELPRY, « De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale: une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie » ; *Revue française d'administration publique* , 2014/1 (n°149), p.218

2559 Rapport de la Cour des Comptes présenté le 20 décembre 2011, L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » 2005- 2010 ; p.128

2560 *Ibid*., p.125

2561 . Rapport de la Cour des Comptes présenté le 20 décembre 2011, L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » 2005-, p.125

Depuis des décennies, l'hospitalocentrisme paraît être la turpitude majeure de la majorité des organisations sanitaires occidentales. La France et son modèle psychiatrique internationalement reconnu n'échappèrent pas à cette tendance institutionnelle naturelle qui continue d'affecter son système de soins. La fin de l'hospitalocentrisme aurait mis fin à toutes les rigidités encore présentes dans les consciences asilaires. Les politiciens et l'Administration proclamèrent régulièrement leur volonté de mener les réformes nécessaires à son déclin. La légalisation du secteur psychiatrique par la loi du 31 décembre 1985 aurait dû marquer la fin de la prééminence de l'hôpital sur le système institutionnel psychiatrique français. Toutefois, il en fut autrement.

La loi du 31 décembre 1985 n'a, semble-t-il, pas répondu aux exigences de nombreux acteurs du secteur psychiatrique. Elle n'a également pas répondu aux attentes de certains députés qui auraient voulu «une grande réforme de la psychiatrie en France.[2562]». Ces mêmes députés se sont émus du caractère hospitalocentrique du texte de loi (« des dispositions, dont nous avons dénoncé le caractère 'hospitalo-centrique'', donnent le sentiment que l'on tourne le dos au progrès dans le domaine de la santé mentale.[2563]»). L'émotion de ces députés en matière d' hospitalocentrisme semblait légitime puisque, comme le rappelait opportunément Gaëlle TURAN-PELLETIER et Alain LOPEZ dans un important rapport sur l'organisation des soins en psychiatrie, « L'objectif politique [de la loi du 31 décembre 1985] est clair, conforme à la direction prise avec la circulaire du 15 mars 1960. Il s'agit de diminuer, plus que cela n'a été fait jusqu'alors, la place de l'hospitalisation dans le traitement des malades mentaux et d'organiser un meilleur suivi en extrahospitalier, au sein de structures alternatives à l'hospitalisation temps plein ou en consultations. [2564]».

L'objectif de ''deshospitalisation'' de la loi du 31 décembre 1985 masqua mal le renforcement du pouvoir des établissements hospitaliers publics (ou privés à but non lucratif participant au service public hospitalier) dans la mise en place de la sectorisation psychiatrique[2565]. Ce travers initial de la légalisation du secteur psychiatrique fut critiqué par la Cour des Comptes qui notait que «la médecine ambulatoire a trop souvent été

2562 Intervention de Georges HAGE in Compte-rendu intégral de la 1ère séance du mardi 10 décembre 1985 ; 1ère session ordinaire de 1985-1986 (137ème séance)
2563 *Ibid*.,
2564 Alain LOPEZ, Gaëlle TURAN-PELLETIER, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, Tome 2 Annexes ; Inspection Générale des Affaires Sociales, N°2017-064R, Novembre 2017, p.12
2565 Articles 3, 4 et 5 de la loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

perçue comme une excroissance de l'hôpital, avec un rôle résiduel, alors que la logique aurait dû être inverse.[2566]» et par le Conseil Économique et Social qui considérait que « la planification n'a pas permis de rompre avec l'hospitalo-centrisme[2567] ».

La loi du 31 décembre 1985 envisageait deux décrets d'application. Sans surprise, ces deux décrets vinrent préciser les volontés du législateur. Le premier de ces décrets fut signé et promulgué le 14 mars 1986. Il institua un nouvel organe consultatif (les conseils départementaux de santé mentale[2568]), entérina le rôle prééminent des centres hospitaliers spécialisés dans l'approfondissement de la sectorisation psychiatrique et définit trois types de secteurs[2569]. Le second décret, prévu par l'article 6 du texte de 1985, parut le 20 novembre 1990 et concernait la mise à disposition des établissements assurant le service public hospitalier des biens meubles et immeubles affectés au service public de lutte contre les maladies mentales. Ces deux décrets clarifièrent et complétèrent la démarche du législateur en matière de planification des soins psychiatriques. Ils furent abrogés respectivement en 2005[2570] et en 2003[2571] rendant ainsi inopérante la loi du 31 décembre 1985. Un vide juridique fut donc créé par les législateurs successifs puisque la désormais inapplicable loi du 31 décembre 1985 demeurait et aucune autre loi relative à l'organisation du secteur public de la psychiatrie ne venait l'abroger et la remplacer. La Cour des comptes semblait confirmer cette analyse dans un rapport de 2011 : « Dans l'état actuel du droit, les structures extrahospitalières faisant partie de l'offre de soins en psychiatrie n'ont plus ni définition ni cadre d'organisation, hors l'article L.3221-4 du code de la santé publique.[2572] ».

La promulgation de la loi du 31 décembre 1985 ainsi que la volonté des autorités publiques de développer et d'enrichir la sectorisation psychiatrique n'empêchèrent pas ces

2566 Rapport de la Cour des Comptes présenté le 20 décembre 2011 ; L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » 2005- 2010 ; p.128
2567 *Prévention et soins des maladies mentales. Bilan et perspectives* ; Rapport présenté au nom du Conseil économique et social par M. Pierre JOLY, rapporteur ; Séance des 1er et 2 juillet 1997 ; Journal Officiel de la République Française du jeudi 24 juillet 1997, p.101
2568 Pauline RHENTER, « Les conseils locaux de santé mentale, un nouveau modèle pour les partenariats ? » *Vie sociale*, 2010/1 N° 1, p.156
2569 Anastasiu ANDREEA, Nathalie GLÜCK « Chapitre 14. Le cadre législatif et déontologique de la psychiatrie » *in* Vassilis KAPSAMBELIS éd., *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte ;* Paris, Presses Universitaires de France, 2012, p.230
2570 Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code, article 6
2571 Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique
2572 *L'organisation des soins psychiatriques: les effets du plan «psychiatrie et santé mentale»(2005-2010)* ; Rapport public thématique ; Cour des comptes ; La documentation Française, décembre 2011, p.133

dernières d'adopter une attitude apparemment ambivalente concernant les fondements et les orientations idéologiques de la politique officielle en matière de soins psychiatriques. En effet, certains textes législatifs et réglementaires sont venus affaiblir la politique de sectorisation voire selon quelques auteurs la vider de toute sa substance. Cet affaiblissement normatif de la sectorisation psychiatrique aurait commencé dès 1990 puisque le psychiatre Guy BAILLON considérait que la loi du 27 juin 1990 marquait la fin de la psychiatrie de secteur puisqu'elle choisissait « le lit comme appui» c'est privilégiait de fait le recours à l'hospitalisation et donc l'hospitalo-centrisme.[2573].

En 1991, fut votée une loi portant réforme hospitalière[2574]. La portée de cette loi en matière de sectorisation psychiatrique ne perturba pas, dans un premier temps, la sectorisation psychiatrique. Cette loi créait les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) pour compléter la carte sanitaire issue de la loi du 31 décembre 1970[2575]. Les SROS dont l'objectif premier était la maitrise des dépenses de santé[2576] concernaient l'ensemble des disciplines médicales. Le pouvoir de décision en la matière appartenait aux préfets[2577] qui étaient l'autorité sanitaire publique déconcentrée[2578].

Avec la création des SROS, la loi du 31 décembre 1991 faisait disparaître le Schéma départemental de lutte contre les maladies mentales et donc le fondement même de la planification départementale en matière de soins psychiatriques. La planification départementale a été un des piliers de la construction de la sectorisation psychiatrique. En effet, elle s'appuyait sur la loi du 30 juin 1838 qui sous-tendait déjà une départementalisation de l'organisation de l'hospitalisation psychiatrique. Dès 1945, les départements furent sollicités dans le cadre d'actions pionnières en matière de soins extrahospitaliers. En 1955, le décret du 20 mai visant à désengorger les hôpitaux psychiatriques par le développement des dispensaires d'hygiène mentale faisait du

2573 Guy BAILLON, « Les réformes ratées de la psychiatrie depuis la commission Demay » ; *Vie sociale et traitements*, 2016/4(n°132), p.117
2574 Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
2575 *Prévention et soins des maladies mentales. Bilan et perspectives* ; Rapport présenté au nom du Conseil économique et social par M. Pierre JOLY, rapporteur ; Séance des 1er et 2 juillet 1997 ; Journal Officiel de la République Française du jeudi 24 juillet 1997, p.101
2576 Marie-Claude DEVILLIÈRES, *Du secteur psychiatrique au territoire de santé*, Université de Grenoble, Institut d'Études Politiques de Grenoble, 2013, p.47
2577 Le préfet eut cette attribution jusqu'en 1997. Puis ce furent les directeurs des Agences Régionales de l'Hospitalisation jusqu'en 2010. Aujourd'hui, ce sont les directeurs des Agences Régionales de Santé qui avalisent les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins.
2578 Alain LOPEZ, Gaëlle TURAN-PELLETIER, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, Tome 2 Annexes ; Inspection Générale des Affaires Sociales, N°2017-064R, Novembre 2017, p.13

département le socle territorial de la planification des soins psychiatriques extrahospitaliers[2579]. Puis la circulaire du 14 mars 1972 instituant les conventions de secteur bipartites offrait au département et à ses services sanitaires et sociaux un rôle prépondérant dans la poursuite de l'édification de la politique de sectorisation psychiatrique. Ces conventions de secteur sanctuarisaient la pratique de la dualité du financement des soins psychiatriques en France : à l'Assurance maladie le financement des soins intra-hospitaliers et au département celui des activités thérapeutiques ambulatoires. Cette dualité de financement subsista jusqu'à la loi du 31 décembre 1985 qui y mit fin en faisant de l'hôpital psychiatrique l'unique acteur des soins psychiatriques à l'échelle départementale. Historiquement, le rôle des départements dans le développement de la sectorisation psychiatrique fut primordial et indispensable. Alors que selon la Cour des comptes, « le secteur n'apparaissait déjà plus, pour le ministère, comme une unité de planification pertinente[2580] », la fin de la planification départementale spécifique à la psychiatrie par la mise en place des SROS, pourrait être perçue comme une atteinte à un des fondements organisationnel de la psychiatrie de secteur. Pourtant, certains auteurs comme Gaëlle TURAN-PELLETIER et Alain LOPEZ, considérèrent que ce texte de loi ne remettait nullement causes les principes fondamentaux de la sectorisation psychiatrique[2581].

Si les conséquences de la loi du 31 décembre 1991 sur la sectorisation psychiatrique peuvent prêter à discussion et échanges d'opinions subjectives, l'ordonnance du 4 septembre 2003 offre peu de place aux interprétations doctrinales : le secteur psychiatrique disparaît car il est privé de fondement légal. En effet, l'ordonnance supprima la carte sanitaire[2582], qui était le socle géographique de la sectorisation psychiatrique, pour la remplacer par la notion de territoire de santé. Néanmoins, malgré la disparition de son aspect géo-démographique, le secteur psychiatrique continua d'exister

2579 Décret n°55-571 du 20 mai 1955 sur la prophylaxie des maladies mentales pris dans le cadre des pouvoirs spéciaux accordés au gouvernement par la loi 55349 du 02-04-1955, article 1 : « Le dépistage et la prophylaxie des maladies et déficiences mentales et de l'alcoolisme ainsi que la postcure des malades mentales ayant fait l'objet de soins psychiatriques ou de cures antialcooliques, sont assurés par des dispensaires d'hygiène mentale fonctionnant dans le cadre des services départementaux d'hygiène sociale.»

2580 *L'organisation des soins psychiatriques: les effets du plan «psychiatrie et santé mentale»(2005-2010)* ; Rapport public thématique ; Cour des comptes ; La documentation Française, décembre 2011, p.129

2581 Alain LOPEZ, Gaëlle TURAN-PELLETIER, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, Tome 2 Annexes ; Inspection Générale des Affaires Sociales, N°2017-064R, Novembre 2017, pp.13-14

2582 Magali COLDEFY, Véronique LUCAS-GABRIELLI, 《 Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification » ; IRDES, mai 2008, p.2

dans sa « dimension fonctionnelle[2583] ». Cette dimension fonctionnelle demeure floue car elle est englobée sous une nouvelle appellation de territoire de santé valable pour tous les domaines médicaux. Selon ce texte, la formation des secteurs psychiatriques dépendrait « d'une sorte de convention[2584] ».

Formellement et légalement, la sectorisation psychiatrique aurait donc disparu en septembre 2003. Pourtant, cette disparition ne fut pas aussi évidente puisque, comme le soulignent fort justement Audrey VOLPE et Marc DUPONT, « les soins psychiatriques ont continué à relever de deux sectorisations superposées : celle du secteur psychiatrique et celle du territoire de santé...[2585] ».

A partir de 2004, les normes réglementaires précisant le cadre de cette réforme de fond voulu par le législateur confirmèrent le souhait de voir l'organisation des soins psychiatriques sortir du modèle sectoriel en vigueur depuis plus de quarante ans. Ces décrets et ces circulaires organisèrent « la fin d'une conception de la psychiatrie orchestrée par ses secteurs[2586] ». Les circulaires de 2004 relatives au SROS 3 reprochaient à la sectorisation psychiatrique d'être territorialement inégale et donc de ne pas atteindre ses objectifs de santé publique[2587].

A partir de 2003, le contexte administratif et normatif était très défavorable à la sectorisation psychiatrique en tant que modèle d'organisation total des soins de santé mentale en France. En 2007, un groupe de travail est formé sous la tutelle de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS)[2588]. Ce groupe de travail proposa une note de synthèse devant servir de fondement à la rédaction de futurs décrets. Cette note suggérait notamment une mutualisation des moyens des institutions (publiques et privées) du domaine médical et social, un redécoupage des tranches d'âge de la psychiatrie infanto-juvénile, une refonte des dispositifs temps partiel, temps plein et

2583 Audrey VOLPE, Marc DUPONT, « Que reste-t-il de la sectorisation psychiatrique ? » ; *Revue de Droit Sanitaire et Social*, septembre-octobre 2017, n°5, p.897
2584 Alain LOPEZ, Gaëlle TURAN-PELLETIER, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, Tome 2 Annexes ; Inspection Générale des Affaires Sociales, N°2017-064R, Novembre 2017, p.15
2585 Audrey VOLPE, Marc DUPONT, « Que reste-t-il de la sectorisation psychiatrique ? » ; *Revue de Droit Sanitaire et Social*, septembre-octobre 2017, n°5, p.897
2586 Isabelle MONTET, Marc BÉTREMIEUX, « L'organisation psychiatrique mise au régime de la simplification sanitaire », *L'Information Psychiatrique*, vol. volume 84, n°.4, 2008, p.277
2587 *Ibid.*, p.277
2588 Cette structure ministérielle deviendra la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) par un décret n° 2010-271 du 15 mars 2010 portant organisation de la direction générale de l'offre de soins

ambulatoires, la création d'unités de courts séjours (3 jours maximum) pour gérer les crises, une réorganisation des équipes pluridisciplinaires et une nouvelle échelle des autorisations calquée sur le modèle des territoires de santé. Il est à noter le mot secteur était totalement absent de cette note de synthèse ; ce qui augurait, pour Isabelle MONTET et Marc BRÉTEMIEUX d'un sombre avenir pour l'organisation psychiatrique française[2589]. Les deux auteurs ne furent pas démentis par les textes législatifs et normatifs suivants qui avalisèrent la suppression en droit de la notion de secteur psychiatrique.

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) du 21 juillet 2009[2590] consacrait le territoire comme espace géographique de référence et le pôle comme cadre fonctionnel[2591]. Elle ne faisait aucune mention de la sectorisation psychiatrique. A la lecture de ce texte, il ne faisait de doute pour personne que les autorités politiques avaient décidé d'entériner la fin d'une organisation sanitaire trouvant son origine dans la rupture ferme avec l'aliénisme. Le secteur psychiatrique ne correspondrait plus à la réalité des besoins en soins psychiatriques de la population française et serait, à ce titre, devenu obsolète.

En 2013, dans *l'Information Psychiatrique*, deux psychiatres (Daniel SIBERTIN-BLANC et Marion AZOULAY) s'interrogeaient et interrogeaient pour savoir si la suppression des secteurs comme référence première en matière de prophylaxie et de soins psychiatriques dans un espace géo-démographique limité signifiait l'insuccès de la politique de sectorisation psychiatrique[2592].

Peu avant la promulgation de la loi HPST[2593], parut un rapport ayant suscité beaucoup d'espoirs[2594] : le rapport de la commission du Conseiller Maître à la Cour des Comptes Édouard COUTY[2595]. Cette commission aurait été mise en place après l'échec

2589 Isabelle MONTET, Marc BÉTREMIEUX, « L'organisation psychiatrique mise au régime de la simplification sanitaire », *L'Information Psychiatrique*, vol. Volume 84, n°.4, 2008, pp.278-279

2590 Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

2591 Les termes "territoire" et "pôle" apparaissent respectivement 77 et 12 fois dans le texte de loi.

2592 Daniel SIBERTIN-BLANC, Marion AZOULAY, « Politique et pratique de secteur sont-elles pertinentes aujourd'hui ? », *L'information psychiatrique*, vol. Volume 89, n°. 2, 2013, p.128

2593 Le rapport fut présenté au Ministre de la santé et des sports en janvier 2009

2594 Charles ALEZRAH, « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'Information Psychiatrique*, vol. Volume 85, n°.6, 2009, p.511

2595 *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie.* Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé et des sports. Etabli par Monsieur Edouard COUTY, Conseiller Maître à la Cour des Comptes, Janvier 2009

de la publication d'un décret issu de la note de synthèse du groupe de travail piloté par la DHOS[2596].

Le contenu du rapport est divisé en trois parties précédées d'un résumé et de huit recommandations. Comme le souligne Michel LAFORCADE dans son rapport de 2016[2597], le rapport Couty débutait par une invitation retentissante : « une loi est nécessaire ». Cet appel au législateur n'était évidemment pas anodin. Le cadre législatif en vigueur demeurant celui de la loi du 31 décembre 1985 sur la sectorisation psychiatrique, il convenait donc, dans l'esprit des rédacteurs de ce rapport, de le modifier voire de l'abroger par un nouveau texte législatif. La proposition du rapport semble cohérente avec les normes précédentes promulguées en matière d'organisation des soins psychiatriques. Le secteur psychiatrique ayant été partiellement vidé de son sens et de ses fonctions depuis l'ordonnance du 4 septembre 2003, maintenir la loi du 31 décembre 1985 reposant sur des conceptions idéologiques datant de l'après-guerre pouvait effectivement paraître gênant et inadapté. Cette invitation ne fut pas retenue et le texte législatif de référence en matière d'organisation demeure jusqu'à aujourd'hui, la loi du 31 décembre 1985.

Selon le rapport Couty, la réalité de la sectorisation psychiatrique était trop inégale, trop disparate pour pouvoir conserver intact ce système de prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques. Le rapport proposait donc de repenser les attributions et les missions du secteur psychiatrique qu'il nommait « secteur rénové[2598] ». Ce secteur rénové verrait son rôle revisité sur le modèle de référence édicté par la future loi HPST[2599] concernant les établissements de santé[2600]. Pour le rapport, le cadre du futur article L6111-1 du code de la santé publique serait assez large pour que les missions de la psychiatrie de secteur puissent y être intégrées. De plus, il était suggéré que les missions extrahospitalières du secteur rénové s'insérassent dans une « organisation graduée des

2596 Nicole GARRET- GLOANEC, Hélène BRUN-ROUSSEAU, Marc BÉTREMIEUX« Rapport Couty, Secteur et psychiatrie infanto-juvénile », *L'Information Psychiatrique*, vol. Volume 85, n°. 6, 2009, p.550

2597 *Rapport relatif à la santé mentale* ; Rapport établi à la demande de Madame Marisol TOURAINE, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes et présenté par M. Michel LAFORCADE, directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle Aquitaine ; octobre 2016

2598 *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie.* Rapport présenté à Madame Roselyne, BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé et des sports. Etabli par Monsieur Edouard COUTY, Conseiller Maître à la Cour des Comptes, Janvier 2009, p.25

2599 Le projet de loi était déjà accessible lors de la rédaction du rapport.

2600 *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie.* Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé et des sports. Etabli par Monsieur Edouard COUTY, Conseiller Maître à la Cour des Comptes, Janvier 2009, p.25

soins psychiatriques et de la santé mentale[2601] au travers notamment de groupements locaux de coopération pour la santé mentale (GLC)[2602].

A la publication du rapport, les réactions des acteurs de la psychiatrie furent diverses et certaines s'exprimèrent dans le numéro de juin-juillet 2009 de *L'Information Psychiatrique*. Si Gérard MASSÉ (lui-même auteur d'un rapport en 1992[2603]) en fit une lecture apaisée et plutôt laudatrice[2604], il n'en fut pas de même pour son collègue Georges JOVELET qui, dans son article[2605], ne décolérait pas contre le concept de secteur rénové. Pour le psychiatre de l'Aisne, le secteur rénové ne serait ni plus ni moins qu'un « un Secteur réduit à une coquille vidée de sa définition, de sa vocation, de ses principes, de sa finalité ! […] Secteur rénové en minuscule, en mode mineur… [2606]». Il dénonçait la vision libérale du rapport ainsi que son champ lexical plus proche du monde économique que de celui du soin.

D'autres psychiatres éminents (Nicole GARRET-GLOANEC, Hélène BRUN-ROUSSEAU, Marc BÉTREMIEUX) prirent position pour mettre en garde sur les risques que présentait le rapport Couty pour la psychiatrie infanto-juvénile. Après une analyse précise de l'idéologie du rapport et de sa compatibilité avec les recommandations de l'OMS, les trois auteurs vilipendèrent la «pratique de l'oxymore[2607] » systématique des rédacteurs du rapport ainsi que celle de « la titrisation[2608] » opérée pour mieux démanteler la psychiatrie. A l'image de Georges JOVELET, les trois auteurs s'inquiétaient de voir le secteur sanitaire et donc celui de la psychiatrie être soumis à une domination économique peu en rapport avec une pratique médicale fondée sur la psychothérapie.

Le rapport Couty suscita donc de nombreuses discussions dans le monde médical.

2601 *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie.* Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé et des sports. Etabli par Monsieur Edouard COUTY, Conseiller Maître à la Cour des Comptes, Janvier 2009 p.26

2602 *Ibid*., pp.26-27

2603 Gérard MASSÉ, *La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale* ; Rapport établi à la demande de M. Bruno DURIEUX, ministre délégué auprès du ministre des Affaires sociales et de l'Intégration, chargé de la Santé ; Éditions Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 1992

2604 Gérard MASSÉ, « Pour une lecture attentive et sans préjugés du rapport Couty », *L'Information Psychiatrique*, vol. Volume 85, n°. 6, 2009, pp. 567-569

2605 Georges JOVELET, « Le Secteur en minuscule, une colère majuscule », *L'Information Psychiatrique*, vol Volume 85, n°. 6, 2009, pp.537-548

2606 *Ibid*., p.538

2607 Nicole GARRET-GLOANEC, Hélène BRUN-ROUSSEAU, Marc BÉTREMIEUX, « Rapport Couty, Secteur et psychiatrie infanto-juvénile », *L'Information Psychiatrique*, vol. Volume 85, n°. 6, 2009, p.550

2608 *Ibid*., p.553

Toutes les opinions n'étaient aussi tranchées que celles que nous venons d'évoquer précédemment. En effet, le Dr Charles ALEZRAH, dans un esprit comparatiste et d'apaisement, se livra à un exercice très intéressant puisqu'il tenta un rapprochement entre le rapport Demay de juillet 1982 et le rapport Couty de janvier 2009[2609]. Apparemment, ces deux rapports semblaient éloignés tant par les compositions des commissions qui les écrivirent que par le contexte médical et politique dans lequel ils furent rédigés. Pourtant, sans gommer les profondes dissemblances (continuité des soins, paradigmes de référence[2610]) entre les deux rapports, l'auteur réussit à montrer il était possible de réaliser une synthèse entre deux documents visiblement très opposés. Cette analyse des similitudes des deux rapports (la fin de l'hospitalocentrisme, la modification des modes de financement, la lutte contre la stigmatisation des malades psychiques...[2611]) permit à la fois de réhabiliter le rapport Demay souvent déconsidéré pour ses aspects utopistes et de revaloriser le rapport Couty compris par certains comme une vision de l'organisation des soins psychiatriques empreinte d'idéologie gestionnaire et technocratique.

A la suite du rapport Couty furent publiés deux autres rapports[2612] qui eux aussi soulignaient que la sectorisation psychiatrique n'était plus adaptée à la réalité du traitement de la maladie en France, que son cloisonnement excessif était « à l'origine « des zones blanches » sur le territoire national[2613] » et que la diversité de son fonctionnement était source de confusion. Le rapport Milon reprenait, pour l'essentiel, les critiques énoncées dans le rapport Couty et formula quelques propositions comme la création d'un diplôme de niveau pour les infirmiers psychiatriques ou l'amélioration de l'épidémiologie en psychiatrie[2614]. Comme les rapports précédents, il fut critiqué par certains psychiatres ulcérés de se voir qualifier de rétrogrades alors qu'ils pratiquaient depuis longtemps de nombreuses nouvelles préconisations en matière de soins en santé mentale (« Elle [la psychiatrie] a aussi été la

2609 Charles ALEZRAH, « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'Information Psychiatrique*, vol. Volume 85, n°. 6, 2009, pp. 509-517

2610 Charles ALEZRAH, « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'Information Psychiatrique*, vol. Volume 85, n°. 6, 2009, pp.513-516

2611 *Ibid*., pp.516-517

2612 Alain MILON, *Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France* ; Office Parlementaire d'évaluation des politiques de santé, Avril 2009 *L'organisation des soins psychiatriques: les effets du plan «psychiatrie et santé mentale» (2005-2010)* ;
Rapport public thématique ; Cour des comptes ; La documentation Française, décembre 2011

2613 Isabelle MONTET, Jean-Claude PÉNOCHET, « Critique du rapport Milon : une médecine de pointe et des GLC contre une psychiatrie obscurantiste », *L'Information Psychiatrique*, vol. Volume 85, n°. 6, 2009, p.492

2614 Alain MILON, *Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France* ; Office Parlementaire d'évaluation des politiques de santé, Avril 2009, p.5

première à développer le réseau ville-hôpital que la loi HPST appelle de ses vœux et que réalise justement le secteur psychiatrique.[2615] »).

Le rapport de la Cour des comptes sur l'organisation des soins psychiatriques réalisé en 2011 semblait dépasser les critiques usuelles de la sectorisation psychiatrique effectuées par les différents rapports depuis plus de vingt ans. En effet, dans ce rapport précis et presque impitoyable, la Cour des comptes n'hésitait pas, en plus des sévères accusations adressées à la sectorisation psychiatrique, à se réjouir de la disparition d'un mode d'organisation des soins en vigueur depuis 1960. La Cour des comptes actait la fin de la sectorisation psychiatrique en relevant qu'elle n'existait plus juridiquement depuis 2005 et l'abrogation du principal décret d'application de la loi du 31 décembre 1985. Ce fait ne fut relevé ni par les rapports Couty et Milon ni par leurs opposants. Le débat autour du secteur psychiatrique se poursuivait comme si ce dernier représentait un enjeu réel alors qu'il avait disparu juridiquement depuis quatre ans. Il a donc fallu attendre le rapport de la Cour des comptes pour que cette disparition fût exposée publiquement et explicitement.

Paradoxalement, malgré sa disparition légale, la sectorisation psychiatrique demeura une référence pour les administrations déconcentrées (services préfectoraux, ARS) et surtout, ce qui paraît plus surprenant, pour le législateur lui-même. En effet, la Cour des comptes relevait cette curiosité dans la loi du 5 juillet 2011 sur les modalités d'hospitalisation psychiatrique[2616] qui faisait mention d' « une coordination avec la sectorisation psychiatrique[2617] ». Le rapport de la Cour des comptes, insatisfait d'une évolution qu'il jugeait incomplète, soulignait également la référence au secteur psychiatrique dans le guide méthodologique pour l'élaboration du schéma régional d'organisation médico-sociale publié en juillet 2011 par la Caisse Nationale pour la Solidarité et l'Autonomie (CNSA) avec l'aide notamment des ARS. Il ajoutait également, pour achever son argumentaire sur l'inachèvement de la disparition du secteur

2615 Isabelle MONTET, Jean-Claude PÉNOCHET, « Critique du rapport Milon : une médecine de pointe et des GLC contre une psychiatrie obscurantiste », *L'Information Psychiatrique*, vol. Volume 85, n°. 6, 2009, p.492
2616 Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge
2617 *Ibid*., article 8

psychiatrique, que l'article L.3221-4 du Code de la santé publique[2618] rendait les établissements désignés par le directeur général de l'ARS responsables de l'application de la politique de sectorisation psychiatrique.

Le rapport notait donc, en 2011, une grande confusion organisationnelle et sémantique. En effet, les équipes de soins psychiatriques et plus particulièrement les équipes extrahospitalières n'étaient pas informées des subtilités juridiques ayant abouti à la disparition du secteur psychiatrique. Si elles l'avaient été, comment n'auraient-elles pas perturbées par l'ambigüité créée par la permanence de l'usage des termes de "politique de sectorisation psychiatrique" et de "secteur psychiatrique" par les autorités publiques censées les avoir abolies[2619] ? De fait, les psychiatres continuaient à utiliser les anciennes références juridiques n'ayant pas été expressément abrogées[2620].

Entre 1991 et 2005, la sectorisation psychiatrique a subi de multiples atteintes réglementaires et législatives ayant abouti à sa disparition légale par suppression de tout fondement juridique et géo-démographique. Seule demeurait présente pour de nombreux soignants déboussolés une éthique humaine et généreuse de soins applicable sur un territoire limité. Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2017 soulignait avec justesse que les « [...] évolutions législatives sur la définition du secteur, expliquent la crainte d'un "détricotage" de la sectorisation psychiatrique, et le besoin souvent exprimé des représentants de la psychiatrie d'obtenir des réassurances sur le cap donné à la politique publique.[2621] ».

2618 Article L.3221-4 du Code de la santé publique : « Le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, parmi les établissements de santé autorisés en psychiatrie et assurant le service public hospitalier défini à l'article L. 6112-1, les établissements de santé assurant la mission de psychiatrie de secteur et sa déclinaison pour les enfants et les adolescents. Afin que l'ensemble de la région soit couvert, il affecte à chaque établissement ainsi désigné une zone d'intervention. Sur cette zone, l'établissement s'engage à travailler en partenariat avec les autres acteurs.
Le directeur général de l'agence régionale de santé organise également avec ces établissements les modalités de réponse aux besoins des personnes en situation de précarité ne disposant pas d'une domiciliation stable dans la zone d'intervention considérée.
Chaque établissement détermine, dans le projet d'établissement mentionné à l'article L. 6143-2 ou dans les documents définissant la politique médicale mentionnée à l'article L. 6161-2-2, les modalités d'organisation et de fonctionnement de cette activité dans la zone qui lui a été affectée et sa déclinaison pour les enfants et les adolescents, qu'il décline en territoires de proximité appelés secteurs de psychiatrie. »

2619 Magali COLDEFY, « Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes », *Revue française des affaires sociales*, n°. 2, 2016, p.28

2620 *L'organisation des soins psychiatriques: les effets du plan «psychiatrie et santé mentale»(2005-2010)* ; Rapport public thématique ; Cour des comptes ; La documentation Française, décembre 2011, p.134

2621 Alain LOPEZ, Gaëlle TURAN-PELLETIER, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, Tome 1 Annexes ; Inspection Générale des Affaires Sociales, N°2017-064R, Novembre 2017, p.25

A partir de 2013, commence une tentative de réhabilitation de la sectorisation psychiatrique et de ses fondements historiques. La première étape de cette tentative de réhabilitation eut lieu en décembre 2013, par l'intermédiaire d'un rapport d'information relatif à la santé mentale et l'avenir en psychiatrie dit rapport Robiliard[2622]. Ce rapport a rassuré voire enthousiasmé de nombreux psychiatres car la place prépondérante du secteur, certes rénové, dans l'organisation des soins y est de nouveau affirmée[2623]. Pourtant, malgré cette réaffirmation du rôle central du secteur dans la politique de santé mentale française, son absence d'assise juridique n'est pas mentionnée par le rapport Robiliard.

La seconde étape se produisit le 24 septembre 2014 à l'Hôpital Sainte-Anne à Paris à l'occasion de la présentation de la partie consacrée à la santé mentale du projet de loi de santé publique par la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Marisol TOURAINE. A l'occasion de cette présentation officielle, la ministre déclara à propos de la politique de sectorisation psychiatrique : « Ce modèle est plus que jamais d'actualité.[2624] ». Au vu du contexte défavorable à la sectorisation psychiatrique, cette déclaration ministérielle a surpris certains observateurs dont le sociologue Nicolas HENCKÈS pour qui les limites de la sectorisation psychiatrique sont incontestables et démontrées par les différentes études réalisées depuis approximativement trente ans[2625].

La troisième étape de cet essai de réhabilitation advint en 2016 avec la promulgation de la loi de modernisation de notre système de santé[2626]. A l'occasion de la promulgation de cette loi, la psychiatrie de secteur retrouvait une assise juridique[2627] et une définition législative. En effet, l'article 69 de la loi ajoutait un article L.3221-3[2628] au Code de la santé publique. Cet article définit la mission de la psychiatrie de secteur au

2622 Denys ROBILIARD est le député du Parti socialiste de la 1ère circonscription du Loir-et-Cher entre 2012 et 2017.

2623 Alexis LEPETIT, Aurélie BERGER-VERGIAT, « Le rapport Robiliard ; révolution, rénovation ou déception ? », *L'Information Psychiatrique*, vol. Volume 90, n°. 4, 2014, p.292

2624 Déclaration de Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, sur le traitement des maladies mentales, la politique de santé mentale et la psychiatrie, Paris le 24 septembre 2014.
www.vie-publique.fr/discours/192827-declaration-de-mme-marisol-touraine-ministre-des-affaires-sociales-de

2625 Nicolas HENCKES, « La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ? » *Esprit*, 2015/3 (Mars -avril), p.28

2626 Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

2627 Alain LOPEZ, Gaëlle TURAN-PELLETIER, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, Tome 2 Annexes ; Inspection Générale des Affaires Sociales, N°2017-064R, Novembre 2017, p.15

2628 Cet article avait été abrogé par l'article 26 de l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010

sein de la politique de santé mentale. La psychiatrie de secteur n'est donc aujourd'hui qu'un élément d'une politique plus vaste : la politique de santé. A l'occasion de ce retour législatif dans le Code de la santé publique, la sectorisation psychiatrique perd sa place en tant que titre de division dans la partie législative du Code. En effet, jusqu'à la modification opérée par la loi MNSS[2629] de 2016, le chapitre 1er du titre II du livre II de la 3ème partie du Code de la santé publique s'intitulait Sectorisation psychiatrique. Après la promulgation de la loi, le même chapitre se dénommait désormais Politique de santé mentale et organisation de la psychiatrie. C'est encore sa dénomination aujourd'hui. Toutefois, dans la partie réglementaire du Code de la santé publique, le chapitre 1er du titre II du livre II de la 3ème partie se nomme toujours Sectorisation psychiatrique.

Didier TRUCHET et Benoit APPOLIS considèrent que la loi de 2016 a modifié la division géo-démographique habituelle de la sectorisation en faisant du territoire défini par le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) la nouvelle référence des établissements et des équipes soignantes (art. R. 3224- 1 et s. CSP)[2630]. Les actions ciblées par le PTSM doivent ensuite faire l'objet d'un contrat local de santé mentale signé entre l'ARS et les principaux acteurs locaux (art. L. 3221- 2 CSP). Ces acteurs peuvent exercer la mission de psychiatrie de secteur sans pour autant être de statut public. Une fois désigné, l'établissement se voit attribuer par le Directeur Général de l'ARS une zone action sur laquelle il devra assurer la mission de secteur psychiatrique en partenariat avec les autres acteurs (art. L3221-4 al.1). Concernant, l'accueil des personnes nécessitant des soins sans consentement, c'est aussi le Directeur Général de l'ARS, après avis du préfet de département, qui désigne les établissements susceptibles d'exercer cette tâche. La zone géographique, dans ce cas, est définie dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens. Elle tient compte du territoire désigné par le Directeur Général de l'ARS et sur lequel s'exerce la mission de psychiatrie de secteur. Malgré les nombreux changements opérés dans l'organisation des soins psychiatriques par la loi MNSS, les deux auteurs estiment que : « L'idée reste la même : organiser dans une zone déterminée un réseau de soins de toute nature avec l'appui d'un établissement naguère dit « tête de secteur ». [2631]».

La quatrième et dernière étape de la réhabilitation contemporaine de la politique de

2629 Didier TRUCHET, Benoit APPOLIS, *Droit de la santé publique* ; Paris, Dalloz, 2020, 10ème édition, p.110
2630 *Ibid*., p.83
2631 *Ibid*., p.111

sectorisation psychiatrique intervint également en 2016 à l'occasion de la remise d'un rapport[2632] rédigé par le directeur général de l'ARS de Nouvelle Aquitaine (Michel LAFORCADE) à Marisol TOURAINE. Le rapport Laforcade reprenait l'expression de ''secteur rénové'' utilisée pour la première fois par le rapport Robiliard. Il se réjouissait que la loi MNSS votée au début de l'année définît les missions de la politique de sectorisation psychiatrique dans la continuité des textes fondateurs de cette organisation des soins et notamment de la loi du 31 décembre 1985. Concernant cette loi, il semble étonnant que le rapport Laforcade n'ait pas tenu compte de son démembrement par des décrets de 2003 et de 2005. Toutefois, il est possible que le rapport Laforcade considérait, à l'image du rapport de l'IGAS réalisé un an plus tard, que la loi MNSS de janvier 2016 eût redonné une complète existence juridique au secteur psychiatrique[2633].

Après avoir été pensée et théorisée en mars 1945, créée réglementairement en mars 1960, complétée en mars 1972 et légalisée en juillet et décembre 1985, la sectorisation psychiatrique aurait pu définitivement disparaître du paysage sanitaire français au début des années 2000. En 2016, la loi MNSS semblait rendre à la sectorisation psychiatrique ses fondements juridiques en redéfinissant ses missions et son cadre d'organisation au sein d'une politique de santé mentale devenue protéiforme. Semblait seulement car la loi de 2016, ne résolvait pas, à notre sens, les questions posées par, notamment, l'abrogation du décret du 14 mars 1986 en 2005. En effet, la loi du 31 décembre 1985 avait réussi, malgré les critiques, à cristalliser l'esprit d'humanisme présent aux origines de la sectorisation psychiatrique[2634] et à le légaliser. Que restait-il de cet esprit dans le texte législatif de janvier 2016 ?

A l'heure du retour de la loi dans la définition des missions du secteur psychiatrique, il nous semble légitime de se questionner sur le rôle du droit et de ceux qui le font dans le devenir d'une organisation sanitaire ne reposant pas uniquement sur des concepts de santé publique et de rationalisation administrative. Quelle est la place du législateur dans la construction et la pérennisation de la sectorisation psychiatrique ? D'un point de vue

2632 *Rapport relatif à la santé mentale* ; Rapport établi à la demande de Madame Marisol TOURAINE, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes et présenté par M. Michel LAFORCADE, directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle Aquitaine ; octobre 2016

2633 Alain LOPEZ, Gaëlle TURAN-PELLETIER, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, Tome 2 Annexes ; Inspection Générale des Affaires Sociales, N°2017-064R, Novembre 2017, p.15

2634 Guy BAILLON, « Psychiatrie de secteur, clinique et citoyenneté », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 141, n°. 1, 2019, p.116

historique, elle est indéniablement fondamentale. En effet, dans la deuxième partie du 20ème siècle, un des rôles essentiels du législateur en matière de psychiatrie fut de légiférer sur des pratiques efficaces et novatrices réalisées par les équipes de secteur psychiatrique (« Ce sera d'ailleurs une constante en psychiatrie, où la légalisation légalise souvent des expériences innovantes mises en œuvre par les équipes de secteur.[2635]»).

Fort d'une existence réglementaire et légale de soixante ans (l'âge de la circulaire du 15 mars 1960), le secteur psychiatrique a constamment profité des rapports ténus entre des psychiatres volontaires et novateurs et une administration concernée et déterminée. Ces rapports permirent l'émergence d'un système de soins psychiatriques ambitieux, admiré dans le monde entier pour sa richesse et sa souplesse. Pourtant, des questions restent aujourd'hui posées quant à la survie de son esprit originel.

2635 Emmanuel DIGONNET, Angelo POLI, « Psychiatrie publique: plaidoyer pour le secteur » *in* Hervé BOKOBZA (dir.) ; *La psychiatrie en péril* ; Éditions Érès «Hors collection», 2006, p.162

Bibliographie et sources

Bibliographie

Ouvrages juridiques

Antoine LECA, Alexandre LUNEL, Samuel SANCHEZ, *Histoire du droit de la santé* ; Bordeaux, LEH Édition, 2014

Alexandre LUNEL (Dir.), *Folie et déraison : regards croisés sur l'évolution juridique des soins psychiatriques en France : pouvoir, santé et société*, ouvrage issu des 2èmes journées d'histoire du droit de la santé organisées le 13 mars 2015 à Paris par l'EA 1581 Droit médical et de la santé (DMS) de l'Université Paris 8 et la Cour de cassation ; Bordeaux, LEH Édition, 2015

Alexandre LUNEL, *Le fou, son médecin et la société. La folie à l'épreuve du droit de l'Antiquité à nos jours* ; Bordeaux, LEH Édition, 2019

Jean-Marie CLÉMENT *L'hôpital. Environnement, organisation, gestion* ; Paris, Berger Levrault, Manuels BL Santé ; 1983

Jean-Marie CLÉMENT, *Les réformes hospitalières: 1981-1984* ; Paris, Berger Levrault, Manuels BL Santé ; 1985

Jean-Marie CLÉMENT, *Mémento de droit hospitalier* ; Paris, Berger Levrault, Manuels BL Santé n°10, 9éme édition, 2000

Jean-Marie CLÉMENT, *Cours de droit hospitalier (Tome 1 et Tome 2)* ; Bordeaux, LEH Édition, 2004

Jean-Marie CLÉMENT, *Histoire des réformes hospitalières sous la Vème République* ; Bordeaux, LEH Édition, 2010

Jean-Marie CLÉMENT, *Précis de droit hospitalier* ; Bordeaux, LEH Édition, 2011

Gérard MÉMETEAU, *Les responsabilités médicales envers les malades mentaux : l'éthique des soins en santé mentale, colloque, mercredi 10 juin 1998, Paris,* Paris, Institut de recherches hospitalières, 1998

Gérard MÉMETEAU, *Cours de droit médical*, Bordeaux, Les Études Hospitalières, 2016

Marie-Laure MOQUET-ANGER, *Droit hospitalier* ; Issy-les-Moulineaux : LGDJ, 2018

Claudine BERGOIGNAN ESPER, Marc DUPONT, *Droit hospitalier* ; Paris, Dalloz, 9ème édition, 2014

Jean IMBERT, *Histoire des hôpitaux en France* ; Toulouse, Privat, 1982

Jean IMBERT, *Les hôpitaux en France* ; Paris, Presses Universitaires de France Collection Que sais-je ?, 1988 (5ème édition)

Jean IMBERT, *L'hôpital français* ; Paris, Presses Universitaires de France, 1972

Jean IMBERT, *Le droit hospitalier de l'Ancien Régime,* Paris, Presses Universitaires de France, 1993

Maurice ROCHAIX, *Les questions hospitalières de la fin de l'Ancien Régime à nos jours* ; Paris, Berger Levrault, Manuels BL Santé n°19,1996

Didier TABUTEAU, *Les contes de Ségur : les coulisses de la politique de santé, 1988-2006* ; Paris, Ophrys, 2006

Patrick MORDELET, *La santé mentale - Organisation et gestion* ; Paris, Berger Levrault, Manuels BL Santé n°6 ; 1987

Geneviève KOUBI (Dir.), *L'institution psychiatrique au prisme du droit: la folie entre administration et justice*, ouvrage issu du colloque organisé à l'Université Panthéon-Assas les 16 et 17 octobre 2014 par le CERSA et le CNRS ; Paris, Éditions Panthéon-Assas, DL, 2015

Marie-Pierre CHAMPENOIS-MARMIER, Jean SANSOT, François TERRE (préface) , *Droit, folie, liberté : la protection de la personne des malades mentaux : loi du 30 juin 1838* ; Paris, Presses Universitaires de France,1983

Serge TRIBOLET, Georges DESOUS, *Droit et psychiatrie: guide pratique* ; Thoiry, Éditions Heures de France, 1995

Bernard CORDIER, Gérard MASSÉ, François PETITJEAN, Jean-Paul TACHON , *Aspects législatifs et administratifs de la psychiatrie, Tome 1, Textes généraux* ; Paris, Maloine, 1986, 2ème édition

Bernard CORDIER, Gérard MASSÉ, François PETITJEAN, Jean-Paul TACHON, *Aspects législatifs et administratifs de la psychiatrie, Tome 2, Structures de soins* ; Paris, Maloine, 1987, 2ème édition

Régis GOUMILLOUX, *Législation psychiatrique* ; Paris, Masson, 1991

Michel GODFRYD, *Le droit de la santé mentale par les textes* ; Thoiry, Éditions Heures de France, 2000

Claude LOUZOUN, *Législations de santé mentale en Europe* ; Comité Européen de Droit Ethique et Psychiatrique (CEDEP), Paris, La Documentation française, 1992

Annie FREDON, Arsène HU-YEN-TACK, Guide juridique de l'hospitalisation sous contrainte. Conséquences pratiques des réformes de 2011 et 2013 et projet de loi de santé 2015, Bordeaux, LEH Éditions, 2015

Thierry ALBERNHE, Yves TYRODE , *Législation en santé mentale, Tome 2* ; Dupar Upjohn, 1993

Dominique MATHIS, *Les établissements publics de santé mentale* ; Bordeaux, LEH Édition, 2002 (2ème édition)

Julien RAYNIER, Henri BEAUDOIN, *L'aliéné et les asiles d'aliénés au point de vue administratif et juridique* ; Paris, Éditions Le François, 1930 (2ème édition)

Didier TRUCHET, Benoit APPOLIS, *Droit de la santé publique* ; Paris, Dalloz, 2020, 10ème édition

Gérard AUBIN, Jacques BOUVERESSE, *Introduction historique au droit du travail*, Paris, Presses Universitaires de France, 1995

Norbert OLSZAK, *Histoire du droit du travail*, Paris, Economica, 2011

Gilles LEBRETON, *Droit administratif général* ; Paris, Dalloz, 2017, 9ème édition

Philippe FOILLARD, *Droit administratif ;* Paris, Larcier, Collection Paradigme, 2017, 3ème édition

Philippe ARDANT, Bertrand MATHIEU, *Droit constitutionnel et institutions politiques* ; Paris, LGDJ, 2016, 28ème édition

Charles ZORGBIBE, *Histoire politique et constitutionnelle de la France* ; Paris, Ellipses, 2002

Jean-Louis QUERMONNE ; *L'alternance au pouvoir* ; Paris, Montchrestien, 2003

Catherine PUIGELIER, *Dictionnaire juridique* ; Paris, Larcier, Collection Paradigme, 2015

Ouvrages psychiatriques

Marie-Claude GEORGE, Yvette TOURNE, *Le secteur psychiatrique* ; Paris, Presses Universitaire de France, Collection Que sais-je, 1994

Michel AUDISIO, *La psychiatrie de secteur* ; Toulouse, Privat, Domaines de la psychiatrie, 1980

Jean DE VERBIZIER, Pierre-François CHANOIT, *Sectorisation et prévention en psychiatrie* ; Toulouse, Éditions Érès, Collection « Psychiatrie et Société» ; 1987

Lion MURARD, François FOURQUET, *Histoire de la psychiatrie de secteur* ; (éditeurs scientifiques) ; *Recherches* n°17, Paris, Mars 1975

Didier DUPEUX, Dominique LETOURNEAU, *Le secteur psychiatrique* ; Rueil-Malmaison, Lamarre Éditions, Les guides de l'infirmière, 1991

Lucien BONNAFÉ, *Dans cette nuit peuplée* ; Paris, Éditions Sociales, 1977

Lucien BONNAFÉ, *Psychiatrie populaire* ; Paris, Scarabée/Cemea, 1981

Lucien BONNAFÉ, Patrice TORT, *L'homme, cet inconnu* ; Paris, Éditions Syllepse, 1992

Lucien BONNAFÉ, *Désaliéner* : folie(s) et société(s) ; Toulouse, Presses Universitaires du Mirail, 2001

Lucien BONNAFÉ, *Psychanalyse de la connaissance* ; Toulouse, Éditions Érès, 2002

Lucien BONNAFÉ, Jacques CHAZAUD, *La folie au naturel, Le Premier Colloque de Bonneval comme moment décisif de l'Histoire de la Psychiatrie* ; Paris, L'Harmattan, 2005

François TOSQUELLES, *Le travail thérapeutique en psychiatrie.* Éditions Érès, 2009

François TOSQUELLES, *L'enseignement de la folie* ; Paris, Dunod, 2014

Bernard DORAY, *Psychopathologie du travail. De la resymbolisation ;* Toulouse*,* Éditions Érès, 2011

Henri BARUK, *La psychiatrie sociale* ; Paris, Presses Universitaires de France ; Paris, 1974

Frantz ADAM, *Devoirs de l'infirmier des hôpitaux psychiatriques*, Colmar, Librairie Hüffel, 1937

Vassilis KAPSAMBELIS, *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte ;* Paris, Presses Universitaires de France, 2012

Michel HUTEAU, *Psychologie, psychiatrie et société sous la Troisième République. La biocratie d'Edouard Toulouse,* Paris, L'Harmattan, 2002

Guy BAILLON, *Les usagers au secours de la psychiatrie* ; Toulouse, Éditions Érès, 2009

Maurice DESPINOY, Gérard BLEANDONU, *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté* ; Paris, Payot, 1974

Roger GENTIS, *Les murs de l'asile* ; Paris PM / petite collection maspero, 1970

Roger GENTIS, *La psychiatrie doit être faite/défaite par tous* ; Paris, éditions François Maspero, textes à l'appui/psychiatrie, 1973

Roger GENTIS, *Guérir la vie* ; Paris, PM / petite collection maspero, 1978

Serge DIDELET, *Jean Oury. Celui qui faisait sourire les schizophrènes* ; Nîmes, Champ Soc Theet, 2017

Patrick FAUGERAS, *L'ombre portée de François Tosquelles* ; Collection Des travaux et des jours, Éditions Érès, Toulouse, 2015

Florence QUARTIER, Alain, CASANOVA, *L'héritage vivant de René Diatkine ;* Presses Universitaires de France, «Monographies de la psychiatrie enfant», Paris, 2015

Bernard ALLEMANDOU, Jean-Jacques LE PENNEC, *La psychiatrie éclatée* ; Centre aquitain de recherche sur les problèmes de santé, Éditions de la Maison des sciences de l'Homme d'Aquitaine, Sociologie-santé, n°10, Talence, 1994

Henny ZILLIOX, *On les appelait "gardiens de fous"* ; Toulouse, Privat, juillet 1988

André ROUMIEUX, *Je travaille à l'asile d'aliénés* ; Paris, Ivréa,1981

Frank FABIEN, *Plaidoyer pour un métier peu ordinaire* ; Publibook, 2011

Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique* ; Paris, Payot, 1981

Claude NACHIN, *L'alimentation à l'hôpital psychiatrique* ; Paris, CEMEA/Éditions du Scarabée, 1969

Franco BASAGLIA, L'istituzione negata*.* Rapporto da un ospedale psichiatrico *; Milano, Baldini Castoldi Dalai, 1968. L'institution en négation. Rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia* ; Paris, Éditions du Seuil, 1970

Ronald.D. LAING, *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*. Harmondsworth: Penguin, 1960. *Le Moi Divisé, De la santé mentale à la folie* ; Paris, Stock,1970

David COOPER, *Psychiatry and Anti-Psychiatry*, Paladin, 1967. *Psychiatrie et anti-psychiatrie ;* Paris, Éditions du Seuil, 1970

Documents de *L'Information psychiatrique* ; Paris, Éditions Desclée de Brouwer, 1946

Édouard TOULOUSE, *Les causes de la folie ;* Paris*,* Société d'éditions scientifiques, 1896

Emmanuel RÉGIS, Angelo HESNARD, *La Psychoanalyse des névroses et des psychoses ;* Paris, Librairie Félix Alcan, 1914

Jean COLOMBIER, François DOUBLET, *Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés* ; Paris, Imprimerie Royale, 1785

Philippe PINEL, *Traité médico-philosophique* ; Paris, chez Richard, Caille et Ravier, an IX (1800)

Scipion PINEL, *Traité complet du régime sanitaire des aliénés ou Manuel des établissements qui leur sont consacrés* ; Paris, Éditions Mauprivez, 1836

Jean-Etienne-Dominique ESQUIROL, *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de la maladie mentale* (thèse de médecine de Paris n°574, 1805) ; Paris, Didot Jeune, 1805

Guillaume Marie André FERRUS, *Des Aliénés, considérations : 1° sur l'état des maisons qui leur sont destinées tant en France qu'en Angleterre, sur la nécessité d'en créer de nouvelles en France et sur le mode de construction de ces maisons; 2° sur le régime hygiénique et moral auquel ces malades doivent être soumis; 3° sur quelques questions de médecine légale ou de législation relatives à leur état civil,* Paris, M^{me} Huzard, 1834

Jean-Pierre FALRET, *Observations sur le projet de loi relatif aux aliénés*, Paris, imprimerie Adolphe Everat, 1837

Adéodat FAIVRE, *Examen critique du projet de loi sur la séquestration des aliénés*, Lyon, Maire Frères Libraires, 1838

Antoine-Laurent de LAVOISIER, *Œuvres* ; Paris, Imprimerie impériale, 1865

Ouvrages historiques

Claude QUÉTEL, *Histoire de la folie* ; Paris, Éditions Tallandier, 2012

Jacques POSTEL, Claude QUÉTEL, *Nouvelle histoire de la psychiatrie* ; Paris, Dunod, 2012

Michel FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique* ; Paris, Gallimard, 1972

Michel FOUCAULT, *Naissance de la clinique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1963

Michel FOUCAULT, *Les mots et les choses : une archéologie des sciences humaines*, Gallimard, Paris, 1966

Michel FOUCAULT, *Le pouvoir psychiatrique: cours au Collège de France* ; Paris, Seuil, 2003

Claude QUÉTEL, Michel COLLÉE, *Histoire des maladies mentales* ; Paris, Presses Universitaire de France Collection Que sais-je ?,1999

Gladys SWAIN, Marcel GAUCHET, *La pratique de l'esprit humain: institution asilaire et révolution démocratique* ; Paris, Gallimard, 1980

Yves PELICIER, *Histoire de la psychiatrie* ; Paris, Presses Universitaire de France Collection Que sais-je ?, décembre 1994

Jacques HOCHMANN, *Histoire de la psychiatrie* ; Paris, Presses Universitaire de France Collection Que sais-je ?, 2004

Jacques HOCHMANN, *Les antipsychiatries. Une histoire* ; Paris, Odile Jacob, 2015

Henri BARUK, *La psychiatrie française de Pinel à nos jours* ; Paris, Presses Universitaires de France, 1967

Patrick CLERVOY, Maurice CORCOS, *Petits moments d'histoire de la psychiatrie en France* ; Paris, Éditions EDK, 2005

Laurence GUIGNARD, Hervé GUILLEMAIN, Stéphane TISON (dir.), *Expériences de la folie. Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^{e}-XX^{e} siècles) ;* Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2013

Alexandre KLEIN, Hervé GUILLEMAIN, Marie-Claude THIFAULT (dir.), *La fin de l'asile ? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XXe siècle* ; Rennes, Presses Universitaires de Rennes, 2018

Jean GARRABÉ, *Philippe Pinel* ; Paris, Les empêcheurs de penser en rond, 1994

Yannick RIPA, *L'Affaire Rouy. Une femme contre l'asile au XIXe siècle*, sous la direction de Yannick RIPA, Paris, Tallandier, 2010

Antoine LECA, *L'ordre sanitaire national-socialiste. Rémanence, résiliences et récurrences au XXIe siècle. Manuel anti-nazi*. LEH Édition, Bordeaux, 2015

Max LAFONT, préfaces de Lucien BONNAFÉ et de Claude DAVID, *L'extermination douce* ; Toulouse, Éditions de l'AREFPPI, 1987

Isabelle von BUELTZINGSLOEWEN, *L'Hécatombe des fous* ; Paris, Aubier, 2007

Armand AJZENBERG, André CASTELLI, *L'abandon à la mort...de 76000 fous par le régime de Vichy* suivi d'*Un hôpital psychiatrique sous Vichy* ; Paris, Éditions L'Harmattan, 2012

Pierre DURAND, *Le train des fous* ; Paris, Éditions Messidor, 1988

Patrick LEMOINE, *Droit d'asiles* ; Paris, Éditions Odile Jacob, janvier 1998

Henri NOGUÈRES, *Histoire de la Résistance en France, Tome 5, juin 1944-mai 1945* ; Paris, Robert Laffont, 1981

Antoine PROST, *La Résistance, une histoire sociale* ; Ivry-sur-Seine, Éditions de l'Atelier, 1997

Paul ARRIGHI, *Silvio Trentin un libraire résistant* ; Castelsarrasin, Arkheia, 2008

Patrick COUPECHOUX, *Un monde de fous* ; Paris, Éditions du Seuil, 2006

Gérard BELLOIN, *Dictionnaire biographique, mouvement ouvrier, mouvement social* ; Éditions de l'Atelier, Collection Maitron

Henri NAHUM, *La médecine française et les Juifs 1930-1945* ; Paris, L'Harmattan, 2006

Eric CONAN, Henry ROUSSO, *Vichy, un passé qui ne passe pas* ; Paris, Fayard, 1994

Pierre BRÉCHON, *La France aux urnes* ; Paris, La documentation Française 2009

Jacques DELPERRIÉ DE BAYAC, *Les Brigades internationales* ; Paris, Fayard, 1968,

Germaine WILLARD, Roger BOURDERON, *La France dans la tourmente 1939-1944* ; Paris, Éditions sociales, 1982

Jacques DUCLOS, *Mémoires, tome 3, Dans la bataille clandestine, 1ère partie 1940-1942, de la drôle de guerre à la ruée vers Stalingrad*, Paris, Fayard, 1972

Bernard LACHAISE, Sabrina TRICAUD*, Georges Pompidou et Mai 1968* ; PIE Peter Lang, Berne, 1980

Albert LONDRES, *Chez les fous* ; Paris, Le Serpent à Plumes, 1999

Abbé Zéphirin GANDON, *Le Révérend Père Bal, Supérieur Général de la Congrégation Sainte-Marie de L'Assomption. Sa Vie. Ses Oeuvres. 1805-1889* ; Nice, Imprimerie du Patronage Saint Pierre, 1921

Parti socialiste, *Projet socialiste pour la France des années 80* ; Club socialiste du livre, Paris, 1980

Ouvrages sociologiques

Robert CASTEL, *Le psychanalysme : l'ordre psychanalytique et le pouvoir*, Éditions Maspero, Paris, 1973

Robert CASTEL, *L'ordre psychiatrique: l'âge d'or de l'aliénisme* ; Paris, Éditions de minuit, 1976

Erving GOFFMAN, *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates*; Penguin Books; 1961 (*Asiles: études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, traduction de Liliane et Claude LAINE) ; Paris, Éditions de minuit, 1968

Philippe BERNARDET, *Les dossiers noirs de l'internement psychiatrique* ; Paris, Fayard, 1989

Lise DEMAILLY, *Sociologie des troubles mentaux* ; Paris, La Découverte, 2011

Carole THIRY-BOUR, Alain PIDOLLE, *Droit d'être soigné, droits des soignants* ; Toulouse, Éditions Éres, 2003

Herbert MARCUSE, *L'Homme unidimensionnel* ; Paris, Éditions de minuit, 1968

Ouvrages littéraires

Maurice NADEAU, *Le surréalisme* ; Paris, Éditions du Seuil ; 1964

André BRETON, *Manifestes du surréalisme* ; Paris, Gallimard, Folio Essais, Février 1985

André BRETON, *Nadja* ; Paris, NRF, 1928

Paul ÉLUARD, *Donner à voir* ; Paris, Gallimard, 1939

Paul ÉLUARD, *Le lit La Table* ; Paris-Genève, Éditions des Trois Collines, 1944

Franz KAFKA, *Un médecin de campagne et autres récits* ; Gallimard, Paris, février 1996

Yvonne DUPLESSIS, *Le surréalisme* ; Paris, Presses Universitaires de France, 1991

Didier DAENINCKX, *Caché dans la maison des fous* ; Paris, Éditions Bruno Doucey, 2015

Antonin ARTAUD, *Nouveaux écrits de Rodez* ; Paris, L'Imaginaire Gallimard, 1994

Antonin ARTAUD, *Le Théâtre et son double*, Paris, Gallimard, 1938

Philippe VAN TIEGHEM, *Les grandes doctrines littéraires en France*, Paris, Quadrige/Presses Universitaires de France, 1993 (2ème édition)

Articles

Jean-Simon CAYLA, « Organisation des soins pour les malades mentaux » ; *Revue de droit sanitaire et social*, 1969, pp.41-42

Jacqueline TORDEUX, « Recrutement des psychiatres » ; *Revue de droit sanitaire et social*, 1970, p.136

Jean-Simon CAYLA, « Chronique de droit sanitaire » ; *Revue de droit sanitaire et social*, 1972, pp.294-297

Jean-Simon CAYLA, « Lutte contre les maladies mentales »; *Revue trimestrielle de droit sanitaire et social*, juillet/septembre 1972, n°31, pp.294-296

Jean-Simon CAYLA, « Lutte contre l'alcoolisme et les maladies mentales » ; *Revue trimestrielle de droit sanitaire et social*, octobre/décembre 1973, n°36, pp.465-466

Henriette SUBRA, « Chronique de droit sanitaire » ; *Revue de droit sanitaire et social*, 1974

Henriette SUBRA, « Le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques » ; *Revue trimestrielle de droit sanitaire et social,* juillet/septembre 1974, n°39, pp.449-474

Jean-Simon CAYLA, « Sectorisation psychiatrique » ; *Revue de droit sanitaire et social*, 1974, pp.637-638

Jean-Simon CAYLA, « La sectorisation psychiatrique »; *Revue de droit sanitaire et social*, 1985, pp.473-479

Jean-Simon CAYLA, « Une nouvelle étape dans la réorganisation de la lutte contre les maladies mentales » ; *Revue de droit sanitaire et social*, 1986, pp.396-399

Jean-Simon CAYLA, « L'organisation administrative de la sectorisation psychiatrique » (commentaire des circulaires du 22 janvier et 23 juillet 1986) ; *Revue de droit sanitaire et social*, janvier-mars 1987, pp.29-33

Jacques CHEVALLIER, « Heurs et malheurs de l'institution psychiatrique » ; Geneviève KOUBI (dir.) ; *L'institution psychiatrique au prisme du droit: la folie entre administration et justice*, ouvrage issu du colloque organisé à l'Université Panthéon-Assas les 16 et 17 octobre 2014 par le CERSA et le CNRS ; Paris, Éditions Panthéon-Assas, DL, 2015

Pierre-Louis LAGET, « Naissance et évolution du plan pavillonnaire dans les asiles d'aliénés » ; *Livraisons d'histoire de l'architecture*, n°7, 1er semestre 2004. pp. 51-70

Pierre-Louis LAGET, « Naissance et développement de l'asile-village » ; Geneviève KOUBI (dir.) ; *L'institution psychiatrique au prisme du droit: la folie entre administration et justice*, ouvrage issu du colloque organisé à l'Université Panthéon-Assas les 16 et 17 octobre 2014 par le CERSA et le CNRS ; Paris, Éditions Panthéon-Assas, DL, 2015

Audrey VOLPE, Marc DUPONT, « Que reste-t-il de la sectorisation psychiatrique ? » ; *Revue de Droit Sanitaire et Social*, septembre-octobre 2017, n°5, pp.890-906

Dominique LETOURNEAU, « Légalisation et organisation du secteur psychiatrique (loi de décembre 1985 et textes de mars 1986) » ; *Pratiques en santé mentale*, 2009, n°4, pp.14-17

Patrick BARRAU, « D'une guerre à l'autre. De 1919 à 1944 » *in* Patrick BARRAU, Francis HORDERN, *Histoire du droit du travail par les textes*, Tome II, *Cahiers de l'Institut Régional du Travail*, Aix-en-Provence, numéro 8, décembre 1999

Gilles LANDRON, « Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés » ; *Déviance et société*, Vol. 19 – N°1, 1995, pp.3-21

Laurence GUIGNARD, « La genèse de l'article 64 du code pénal », *in Criminocorpus*, *Folie et justice de l'Antiquité à l'époque contemporaine* (article mis en ligne le 22 avril 2016)

Sylvie BIAREZ, « Une politique publique : la santé mentale (1970-2002) » ; *Revue française d'administration publique,* 2004/3 (n°111), pp.517-531

Benoit EYRAUD, Livia VELPRY, « De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie » ; *Revue française d'administration publique*, 2014/1 (n°149), pp.207-222

Pauline RHENTER, « Les conseils locaux de santé mentale, un nouveau modèle pour les partenariats ? » *Vie sociale*, 2010/1 N° 1, pp.151-163

Pauline RHENTER, « Les figures du social dans la culture professionnelle » psychiatrique ; *Lien social et Politiques,* n°55, 2006, pp.89-98

Robert CASTEL, « L'institution psychiatrique en question » ; *Revue française de sociologie*, 1971, 12-1, pp.57-92

Robert CASTEL, « Vers les nouvelles frontières de la médecine mentale » ; *Revue française de sociologie*, 1973, 14-1, pp.111-135

Robert CASTEL, « Les aventures de la pratique » ; *Le Débat*, 1986/4, n°41, p.41-51

Nicolas HENCKES, « Un tournant dans les régulations de l'institution psychiatrique : la trajectoire de la réforme des hôpitaux psychiatriques en France de l'avant-guerre aux années 1950 » ; *Genèses*, 2009/3(n°76), pp.76-98

Nicolas HENCKES, « La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ? » *Esprit*, 2015/3 (Mars-avril), pp.28-40

Nicolas HENCKES, « Réformer la psychiatrie, organiser les pratiques de secteur. La construction de la psychiatrie de secteur dans “ l’expérience du treizième arrondissement ” » [Rapport de recherche] *Centre de Recherche Médecine*, Sciences, Société, Santé. 2005, pp.1-189

Antoinette CATRICE-LOREY, Marie-Chantal L'HUILLIER, « Construction des politiques de régulation du secteur hospitalier » ; *Politiques et management public*, vol.10, n°2, 1992, pp.133-183

Caroline GUIBET LAFAYE, « Entre défense des droits et logique sécuritaire : l’ambivalence du traitement politique du psychiatrique. », *Tétralogiques*, Presses universitaires de Rennes, mars 2017

Magali COLDEFY, Véronique LUCAS-GABRIELLI, « Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification » ; *IRDES*, mai 2008, pp.1-29

Magali COLDEFY, Philippe LE FUR, Véronique LUCAS-GABRIELLI, Julien MOUSQUES ; « Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France: des inégalités persistantes de moyens et d'organisation » ; *Questions d'économie de la santé*, n°145 août 2009, IRDES, pp.1-8

Magali COLDEFY, Philippe LE FUR, Véronique LUCAS-GABRIELLI, Julien MOUSQUES, « Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale » ; *Pratiques et organisations des soins*, 2009/3 (Vol.40), pp.197-206

Magali COLDEFY, « Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes », *Revue française des affaires sociales*, no. 2, 2016, pp. 21-30

Jack JUCHET, « L' "empirique" et le médecin dans la genèse de l'asile » ; *Mots*, mars 1991, N°26, pp.109-120

Lucien BONNAFÉ, Georges DAUMÉZON, « Les perspectives de réforme psychiatrique en France depuis la libération », Congrès des aliénistes et neurologues de langue française, Genève et Lausanne, *Masson éditions*, Paris, 1946, pp. 584-590

Lucien BONNAFÉ, Georges DAUMÉZON, « Le malade mental dans la société », *Documents de L'Information Psychiatrique*, n°1, Paris, Desclée de Brouwer, 1946

Lucien BONNAFÉ, Louis LE GUILLANT, « La condition du Malade à l'hôpital psychiatrique » ; *Esprit*, 1952, pp.843-869

Lucien BONNAFÉ, « Situation et perspective du médecin des hôpitaux psychiatriques », *L'Information Psychiatrique*, n°4, mai 1952

Lucien BONNAFÉ, Georges DAUMÉZON, « Pour réfléchir à la relation médecin-malade dans le futur service psychiatrique public de secteur », rapport présenté le 26 avril 1959 au Groupe de Sèvres, *L'Information Psychiatrique*, n°8, octobre 1959

Lucien BONNAFÉ, Xavier ABÉLY, Georges DAUMÉZON, « Des dispositions à inclure dans le Code Civil concernant les malades mentaux », Rapport présenté le 25 mars 1952 à la Commission des Maladies Mentales du Conseil Permanent d'Hygiène Sociale, *L'Information psychiatrique*, n°4, juin 1952

Lucien BONNAFÉ, Georges DAUMÉZON, Henri EY, Pierre FOUQUET, HAMON, JACQUELIN, Jean LAUZIER, Hubert MIGNOT, RÉGIS, Paul SIVADON, « Note sur le service territorial unifié de protection de la santé mentale » ; *L'Information psychiatrique*, 1960, vol. 36, n°2, février, pp. 181-184

Lucien BONNAFÉ, « La doctrine post-esquirolienne » ; *L'Information psychiatrique* n°4, Avril 1960

Lucien BONNAFÉ, « Thèses 1963 sur la « psychiatrie de secteur » ; *L'Information psychiatrique*, vol. 39, n° 9, 1963, pp. 507-518

Lucien BONNAFÉ, « Lettre à un jeune psychiatre sur l'antipsychiatrie » ; *La Nouvelle Critique*, n°53, (234), mai 1972

Lucien BONNAFÉ, « "Thèses 1978 sur la "psychiatrie de secteur" », *L'Information psychiatrique*, n°8, octobre 1978, pp.875-886

Lucien BONNAFÉ, « Franco Basaglia : la rupture. (VST, n° 131, oct.-nov. 1980) », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. no 78, no 2, 2003, pp. 27-28

Lucien BONNAFÉ, « Sur la résistance de fond. Un modèle : Georges Canguilhem » ; *Chimères. Revue des schizoanalyses*, n°29, automne 1996. L'indestructible, pp.171-180

Lucien BONNAFÉ, « Après coup » ; *L'Information Psychiatrique*, mai 1999, p.498

Lucien BONNAFÉ, « A propos des oubliettes » ; *Vie Sociale et Traitements* no 67, juillet 2000

Lucien BONNAFÉ, « 1937-1987. Apprendre l'histoire et la manière de s'en *servir », VST - Vie sociale et traitements,* vol. No 74, no. 2, 2002, pp. 40-43

Lucien BONNAFÉ, « Sur un peu plus de cinquante ans de psychiatrie plus ou moins "sociale" » ; Jean-Paul ARVEILLER (dir.) ; Pour une psychiatrie sociale, *Éditions Érès* « Hors collection», 2002 (), p.47-54

Georges DAUMÉZON, Philippe KOECHLIN, «La psychothérapie institutionnelle française contemporaine », *Anais portuguéses de psiquiatria*, Vol.4, no 4, décembre 1952, pp.271-312

Georges DAUMÉZON, « Problèmes de la psychiatrie de secteur en France» ; *L'Information Psychiatrique*, vol. 40, no 9, 1964, pp.653-662,

Georges DAUMÉZON, **«** Philippe Paumelle (1923-1974) » ; *L'Evolution Psychiatrique*, no 3, 1974, pp.99-101

Georges DAUMÉZON, « Conjoncture de la naissance de la psychiatrie de secteur en France » ; *Annales Médico-psychologiques*, tome 2, n°1, 1977, pp.81-93

Georges DAUMÉZON, « Légitimité de l'intérêt pour l'histoire de la psychiatrie » *L'Information Psychiatrique*, vol. 56, no 5, 1980, pp.647-652

Georges DAUMÉZON, Edmond SANQUER, « Le secteur psychiatrique. Essai d'approche de la réglementation » ; *L'Information psychiatrique*, vol. 56, n°5, 1980, pp. 629-639,

Hubert MIGNOT, « Le secteur » ; *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Paris, Psychiatrie, 37 915, A10, 5, 1967

Hubert MIGNOT, « Présentation de la psychiatrie de secteur », Colloque Psychiatrie, droit et libertés, *Paris, 1972* in Psychiatries, *4, 1972*

Hubert MIGNOT, « Réflexions sur des principes d'organisation de la lutte contre les maladies mentales »; *L'Information Psychiatrique*, n°3 Volume 66, 1990, pp.229-232

Louis LE GUILLANT, René BESSIÈRE, « La crise de la psychiatrie » ; *L'Information Psychiatrique*, n°2, novembre 1947

François TOSQUELLES, « Frantz Fanon à Saint-Alban », *L'Information Psychiatrique*, n° 10, vol. 51, 1975, pp.223-229

François TOSQUELLES, « Désirer l'avenir. Hommage à Germaine Le Guillant », *Vie Sociale et Traitements*, n°53/54, Août 1997

Pierre BAILLY-SALIN, « Le secteur ? » ; Annales *Médico-psychologiques*, tome 2, n°1, 1977, pp.87-93

Pierre BAILLY-SALIN, « Etre malade à temps partiel » ; Pour une psychiatrie sociale, Jean-Paul ARVEILLER (dir.) ; *Éditions Érès* «Hors collection», 2002 (), pp.145-150

Pierre BAILLY-SALIN, « Désaliénisme » ; Vie Sociale et Traitements, n°83, 2004, pp.23-25

Pierre BAILLY-SALIN, « Les malades mentaux en France sous l'occupation nazie », Septembre 2005, article publié sur le site www.aly-abbara.com

Paul SIVADON, Robert AMIEL, Suzanne BAUME, « Trois années de de fonctionnement d'un centre de postcure pour malades mentaux » ; *Annales Médico-Psychologiques*, Masson et Compagnie Editeurs, juin 1960, 118ème année, pp.160-167

Robert AMIEL, Suzanne BAUME, « Le Foyer de postcure. Etude critique d'une expérience typique » ; *Pratiques psychologiques*, 1968, 4, pp.303-322

Robert AMIEL, Suzanne BAUME, « Les principaux instruments de postcure psychiatrique » ; *Techniques hospitalières*, octobre 1957, 12, n°145, pp.50-55
Robert AMIEL, « La postcure psychiatrique » ; *Informations sociales*, novembre 1956, 10, pp.1195-1206

Henri DUCHÊNE, « Les services psychiatriques publics extra-hospitaliers » ; Rapport d'assistance au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française ; Tours, 1959, publié aux *Éditions Masson*, Paris, 1960, pp.583-631

Henri DUCHÊNE, Philippe PAUMELLE, « A propos de la notion d'urgence en psychiatrie » ; *L'Information Psychiatrique,* 1958*, 34, 1, pp. 27-37*

Jean AYME, « La participation des infirmiers à la psychothérapie », L'Information Psychiatrique, n° 8,1959, pp.475-486

Jean AYME, « Réformer la loi de 1838 ? Les nouvelles modalités thérapeutiques et les exigences qui en *découlent sur le plan juridique » ; L'Information Psychiatrique,* Vol.60, N°spécial, novembre 1984, pp.1145-1147

Jean AYME, « Le devenir de la loi du 30 juin 1838 : rénovation ou innovation ? *L'Information Psychiatrique*, Vol. 62, n°7, septembre 1986, pp.821-829

Jean AYME, « La loi de 1975 et les réactions syndicales » ; Pour une une psychiatrie sociale ; Jean-Paul ARVEILLER (dir.) ; *Éditions Érès* «Hors collection», 2002, pp.181-186

Jean AYME, « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle » ; La Revue de psychothérapie institutionnelle INSTITUTIONS, n°44, octobre 2009 pp.112-117

Jean DEMAY, « Notes pour une réflexion sur la loi du 30 juin 1975 et ses textes d'application » ; *L'Information Psychiatrique*, 52, 5, 1976

Jean DEMAY, « Aide soignantes ou cadre unique ? » ; *L'Information Psychiatrique* , 1977, n°53, 3, pp.323-332

Michel AUDISIO, « Problèmes de la psychiatrie de secteur en France », *L'Information Psychiatrique*, n° 9, septembre 1964

Michel AUDISIO, « Georges Daumézon, pionnier et militant de la psychiatrie de secteur », L'Information Psychiatrique, n°5, juin 1980

Michel AUDISIO, Jean DEMAY, « Politique de secteur, conditions d'exercice des psychiatres de secteur et situation du service public de santé mentale » ; Communication à la société médico-psychologique, mai 1977, in Annales médico-psychologiques, 135, 2, 1, 1977, pp.117-120

Jean OURY, « Lucien Bonnafé, toujours là, en résistance »; La lettre de Psychiatrie Française, n°124, avril 2003

Philippe PAUMELLE, « L'hôpital de secteur. Le XIIIe : une expérience » ; *L'Information Psychiatrique*, 1965, 7, 637-644. Psychiatrie d'aujourd'hui. Secteur. 1974, n°17-18

René ANGELERGUES, René DIATKINE, « Philippe PAUMELLE, La situation et les fonctions des médecins-chefs dans un organisme psychiatrique de secteur » ; *L'Information Psychiatrique*, 1972, 48, 10, 997-1002

Philippe KOECHLIN ; « La psychiatrie de secteur à l'hôpital général » ; *L'Information Psychiatrique*, 1977, 53,1, 5-43

Philippe KOECHLIN, Philippe CUJO, Jean DESSEIGNE, Michel HORASSIUS, « Le secteur et les malades difficiles »; *L'Information Psychiatrique*, 1978, 54, 2, 127-133

Philippe KOECHLIN, « Cinquante ans déjà, cinquante ans seulement » in Jean-Paul ARVEILLER (dir.), Pour une psychiatrie sociale ; *Éditions Érès* « Hors collection», 2002 (), pp.105-109

Sven FOLLIN, « Réflexions sur l'idéologie et les thèses psychiatriques ayant pu conduire à *l'extermination des malades mentaux de 1939 à 1945 » ;* Nervure*, IV, 2, mars 1991, pp.41-43*

Jacques LACAN, « Le personnage du psychiatre. Étude méthodologique » ; *L'évolution Psychiatrique*, *1948, fascicule III, pp. 52-54*

Pierre NOËL, « Les prémisses du secteur. Quinze ans d'Information Psychiatrique (1945-1960) » ; *L'Information Psychiatrique*, septembre 1995, n°7, pp.634-642

Pierre NOËL, « La famine dans les hôpitaux psychiatriques français pendant l'Occupation (1940-1944). *Quels échos dans la littérature psychiatrique ? » ;* L'Information psychiatrique*, Vol.72, 8, 1996, pp.753-757*

Guy BAILLON, « Trois années de psychiatrie de secteur »; *L'Information Psychiatrique* ; 1976, 52, 1, 69-77

Guy BAILLON, « Un rapport moteur pour le secteur » ; Éditions érès, *Vie sociale et traitements*, 2001/4(n°72), pp.39-43

Guy BAILLON, Patrick CHALTIEL, Pedro SERRA, « L'association 1901 est-elle sous-traitant de la psychiatrie de secteur ou acteur à part entière ? » in Jean-Paul ARVEILLER (dir.), Pour une psychiatrie sociale, *Erès* «Hors collection», 2002 (), p.201-213

Guy BAILLON, « Le début des soins en psychiatrie de secteur: un trauma de plus ou un accueil ? » ; *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe* 2004/1 (n°42), p.117-138

Guy BAILLON, « Les réformes ratées de la psychiatrie depuis la commission Demay » ; *Vie sociale et traitements*, 2016/4(n°132), pp.116-119

Guy BAILLON, «Laforcade réhabilite Demay et l'avenir de la psychiatrie, épisode II» ; Mediapart, 18 novembre 2016

Guy BAILLON, « Psychiatrie de secteur, clinique et citoyenneté », *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 141, n^{o}. 1, 2019, pp. 115-125

Guy BENOIT, « Les tares originelles du secteur, ses déviations et son destin » *L'Information Psychiatrique*, 1970, 46, 1, 17-21

Guy BENOIT, Numéro spécial sur l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile *L'Information Psychiatrique*, 1972, 48, 5, 415-522

Dimitri KARAVOKYROS, « Instituer la désinstitutionnalisation : les conditions d'existence des malades mentaux dans la cité. A propos de l'institution du soin hors des établissements spécialisés » in Pierre DELION éd., Psychose, vie quotidienne. Et psychothérapie institutionnelle ; *Éditions Érès*, 2006, pp.35-42

Dimitri KARAVOKYROS, « Le rôle du Syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques dans la mise en place du secteur » ; Sud/Nord 1/2010 (n° 25), pp.97-104

Lionel MAHIER, Hubert BOUVRY, « Financement de la psychiatrie de secteur. Interview de M. Bauduret » ; *L'Information psychiatrique*, Vol.61-n°7, septembre 1985, pp.907-915

Charles BRISSET, « Amalgame ou méconnaissance ? À propos du livre de Max Lafont : L'extermination douce » ; *Psychiatrie française*, n°4, août-septembre 1987, p.111-115.

Charles BRISSET, « À propos de l'extermination douce de M. Lafont : un scandaleux amalgame du journal Le Monde » ; *L'Évolution Psychiatrique*, 52, 4, octobre 1987, p. 959-965

Maurice CAPUL, « Une personne centrale: André Chaurand (1908-1981) » ; *Empan*, 2008/3, n°71

Maurice CAPUL, Jacques PINEAU, « L'enfance inadaptée en quête d'histoire. L'exemple de Toulouse Saint Simon (1950-1975) », *Empan*, vol. 82, no. 2, 2011, pp.125-132

Roger GENTIS, « Cinquante ans: zoom arrière » in Jean-Paul ARVEILLER (dir.) ; Pour une psychiatrie sociale, *Éditions Érès* «Hors collection», 2002 (), p.111-119

Stanislaw TOMKIEWICZ, « Depuis Saint-Alban jusqu'à la crise du secteur, parcours d'un naïf » in Marcel SASSOLAS (dir.) ; Malaise dans la psychiatrie ; Éditions Érès « Hors collection », 2004, p.55-66

Charles ALEZRAH, « Réflexions tirées de la lecture des rapports Demay et Couty », *L'Information Psychiatrique*, vol. Volume 85, no. 6, 2009, pp. 509-517

Georges JOVELET, « Le Secteur en minuscule, une colère majuscule », *L'information Psychiatrique*, vol. Volume 85, no. 6, 2009, pp. 537-548

Isabelle MONTET, Marc BÉTREMIEUX, « L'organisation psychiatrique mise au régime de la simplification sanitaire », *L'Information Psychiatrique*, vol. Volume 84, no.4, 2008, pp. 277-280

Nicole GARRET-GLOANEC, Hélène BRUN-ROUSSEAU, Marc BÉTREMIEUX, « Rapport Couty, Secteur et psychiatrie infanto-juvénile », *L'Information Psychiatrique*, vol. Volume 85, no. 6, 2009, pp. 549-557

Marc BÉTREMIEUX, « Quelle psychiatrie dans un système de santé moderne ? », *L'Information Psychiatrique*, vol. Volume 91, no. 5, 2015, pp. 359-363

Jean BENOIT, « Des intentions généreuses, des modalités d'application imprécises » ; *Le Monde*, 6 avril *1974*

Emmanuel DELILLE « L'organo-dynamisme d'Henri Ey: l'oubli d'une théorie de la conscience *considéré dans ses relations avec l'analyse existentielle »,* L'Homme & la Société*, vol. 167-168-169, no.1, 2008, pp. 203-219*

Emmanuel DIGONNET, Angelo POLI, « Psychiatrie publique: plaidoyer pour le secteur » *in* Hervé BOKOBZA (dir.) ; *La psychiatrie en péril* ; Éditions Érès «Hors collection», 2006, pp.161-175

Jean GARRABÉ, « La dimension sociale de la psychiatrie française » *in* Jean-Paul ARVEILLER (dir.) *; Pour une psychiatrie sociale ;* Éditions Érès «Hors collection», 2002, pp.55-61

Serge GAUTHIER, « Philippe Paumelle, homme de pensée et d'action, et la fondation du treizième » *in* Colette CHILAND et *al*., *Le souci de l'humain: un défi pour la psychiatrie* ; Éditions Érès « Hors collection », 2010(), pp. 9-30

Paul BEQUART, « L'ASM 13: genèse et développement » *in* Colette CHILAND et *al*. *Le souci de l'humain: un défi pour la psychiatrie* ; Éditions Érès «Hors collection», 2010(), pp.31-38

Vassilis KAPSAMBELIS, « Cinquante ans après: la crise du secteur. Quelques réflexions en guise de conclusion » *in* Colette Chiland *et al*. *Le souci de l'humain: un défi pour la psychiatrie*, Éditions Érès «Hors collection», 2010, pp.427-448

Vassilis KAPSAMBELIS, « Le centre de psychanalyse de ASM 13 », *Adolescence*, vol. t.35 1, no.1, 2017, pp.21-34

Simon Daniel KIPMAN, « Quelques réflexions sur l'évolution possible de la sectorisation » in Alain PIDOLLE et al ; Droit d'être soigné, droits des soignants, *Éditions Érès*, Etudes, recherches, actions en santé mentale en Europe, 2003 (), pp.169-171

Antonio ANDREOLI, HESS L, Gaston GARRONE ; « Après le secteur, au-delà du secteur ? » ; *L'Information psychiatrique,* 1986, 62, 8, 975-995

Bernard BASSET, « L'introuvable politique de santé mentale en France » ; Actualité et dossier en santé publique *n°84, septembre 2013*

Benjamin-Joseph LOGRE, « La grande misère des hôpitaux psychiatriques» ; *L'Information* psychiatrique*, 24, 7, avril 1948, pp.179-181*

Caroline MANGIN-LAZARUS, « Maurice Dide (Paris 1873-Buchenwald 1944). Des "Idéalistes *passionnés" à la Résistance » ;* L'Information psychiatrique*, 72, 8, 1996, pp.766-775*

Isabelle BILLIARD, « Les pères fondateurs de la psychopathologie du travail en butte à l'énigme du travail » ; *Cliniques méditerranéennes*, vol. n° 66, n° 2, 2002

Daniel SIBERTIN-BLANC, Marion AZOULAY, « Politique et pratique de secteur sont-elles pertinentes aujourd'hui ? », *L'information psychiatrique*, vol. Volume 89, no. 2, 2013, pp. 127-133

Isabelle MONTET, Jean-Claude PÉNOCHET, « Critique du rapport Milon : une médecine de pointe et des GLC contre une psychiatrie obscurantiste », *L'Information Psychiatrique*, vol. Volume 85, no. 6, 2009, pp. 491-493

Alexis LEPETIT, Aurélie BERGER-VERGIAT, « Le rapport Robiliard ; révolution, rénovation ou déception ? », *L'Information Psychiatrique*, vol. Volume 90, no. 4, 2014, pp. 289-293

Clément BONNET, « De la circulaire de février 1958 à la loi de mars 2002 », Jean-Paul ARVEILLER, *Pour une psychiatrie sociale. 50 ans d'action de la Croix-Marine ;* Éditions Érès, 2002

Samuel BOUSSION, «Le premier congrès international de Psychiatrie infantile (Paris, 1937), ou le baptême d'une spécialité ambitieuse», *Revue d'histoire de l'enfance « irrégulière »*, 18, 2016, pp.57-80

André CASTELLI, « Un hôpital psychiatrique sous Vichy » ; *Chimères*, juin 1996

Patrick CLERVOY, Maurice CORCOS, «Le surréalisme, aiguillon de la psychiatrie dynamique» ; *Perspectives psy* ; 2001; 40(1) pp.50-57

Jean-Christophe COFFIN, « Le travail dans les services rend-il malade ? L'analyse du psychiatre Louis Le Guillant dans les années 1950-1960 », *Le Mouvement Social*, vol. No 211, no. 2, 2005

Pierre DELION, «Tosquelles et Oury, parce que c'était eux...» ; *Chimères* 2014/3 (n°84), pp.20-28

Claude-Olivier DORON, «La maladie mentale en question» ; *Les Cahiers du Centre Georges Canghuilem*, 2008/1(n°2), pp.9-45

Serge VALLON, «Lucien Bonnafé en quelques dates», *VST - Vie sociale et traitements*, vol. No 78, no. 2, 2003, pp. 9-9

Laurent GAVELLE, «Lucien Bonnafé. Un psychiatre à l'assaut des bastilles», *VST - Vie sociale et traitements*, vol. No 80, no. 4, 2003, pp.51-52

Gérard MASSÉ, Markus ZWINGENBERGER. « Les sorties d'essai: évolution et perspectives », *L'Information Psychiatrique*, vol. Volume 82, no. 6, 2006

Gérard MASSÉ, « Pour une lecture attentive et sans préjugés du rapport Couty », *L'Information Psychiatrique*, vol. Volume 85, no. 6, 2009, pp. 567-569

Serge GAUTHIER, **«** Actualité de Philippe Paumelle. »; *L'Information Psychiatrique* ; Février 2003 ; Volume 79 (n°2), pp.151-159

Caroline GUIBET LAFAYE, « Entre défense des droits et logique sécuritaire : l'ambivalence du traitement politique du psychiatrique. » *Tétralogiques*, Presses universitaires de Rennes, mars 2017

Maurice GUYADER, «"Vive l'espérance"»; Éditions Érès, *Vie sociale et traitements* 2003/2 (n°78), pp.10-15

Claudine ESCOFFIER-LAMBOTTE, « Les asiles de la mort. Quarante mille victimes dans les hôpitaux psychiatriques pendant l'Occupation » ; *Le Monde*, 10 juin 1987

Jacques NEVOUX, « Hommage à Lucien BONNAFÉ 15 octobre 1912-14 mars 2003 » ; *Vie sociale et traitements* 2012/4 n°116, pp.140-142

Jean-Paul TACHON, « Secteurs et destin des secteurs » ; *L'Information* P*sychiatrique* ; 62, 7, 1986, 867-877

Henri VERMOREL, Madeleine VERMOREL, « De l'asile à la politique de secteur : l'évolution des institutions et des soins psychiatriques à Bassens », *L'Information Psychiatrique* 2012/9 (Volume 88), pp.759-770

Bernard GUITTON, Bernard BOUSSAT, Jean-Pierre ESCAFFRE, Michel GUILLOU ; « Maladie mentale, secteur et population générale » ; *L'Information Psychiatrique,* 1986, 62, 8, 937-939

Roger AMIEL, Jean-Louis ARMAND-LAROCHE, « Les établissements extra-hospitaliers» ; *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 37956 A^{10}, 3-1970, pp.1-10

Michel THUILLEAUX, «Sur quelques fondements historiques et philosophiques du secteur en psychiatrie» ; *Sud/Nord*, 2006/1 (n°21), pp.89-101

Pierre BRISSOT, « La saignée en médecine : entre illusion et vertu thérapeutiques » *; Bulletin de l'Académie. Nationale de Médecine,* 2017, 201, n°4-5-6, pp.919-928

Jean-Michel HAVET, «Travail et maladies mentales : un aperçu historique» ; *La Lettre du Psychiatre* - Vol. IV - n° 5 - septembre-octobre 2008

Michal MINARD, Edmond PERRIER, «Éditorial», *Sud/Nord*, vol. no19, no1, 2004, p.8

Donna EVLETH, «La bataille pour l'ordre des médecins, 1944-1950» ; *Le mouvement social*, 2009/4 (n°229), pp.61-77

BIEDER J., MULLIER-SYS T, «Elèves infirmiers psychiatriques; *L'Information* P*sychiatrique»*, 1977, n°53, 10

Marcel JAEGER, «L'idéologie du travail salutaire et son envers» ; *Les Temps Modernes* n°347, Gallimard, juin 1975, p.1677 sq.

Marcel JAEGER, Le gardiennage psychiatrique de la Révolution française au Front populaire" ; *L'Information Psychiatrique* , 1982, 58, 6, pp.769-786

Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 1. L'antimythe Jean-Baptiste Pussin », *VST - Vie sociale et traitements* 2016/3 (no 131), p. 104-119

Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 2. Personnel laïc et personnel religieux », *VST - Vie sociale et traitements* 2016/4 (no 132), p. 105-115

Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 3. La constitution d'une profession », *VST - Vie sociale et traitements* 2017/1 (No 133), p. 104-123

Marcel JAEGER, « Aux origines de la profession d'infirmier psychiatrique. 4. La formation des infirmiers », *VST - Vie sociale et traitements* 2017/2 (No 134), p. 109-126

André MEYLAN, «L'infirmier des hôpitaux psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession» ; *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°1, 1975, pp.62-73. *L'Information Psychiatrique,* Vol.51, n°2, 1975, pp.193-202. *L'Information Psychiatrique*, Vol.51, n°3, 1975, pp.323-332

Anne-Marie LEYRELOUP, «Entre hier et aujourd'hui, le métier d'infirmier en psychiatrie», *Sud/Nord*, vol. 25, no. 1, 2010, pp. 121-128

Annick PERRIN-NIQUET, « La formation infirmière en psychiatrie, balbutiements, avatars et perspectives » ; *Soins Psychiatrie,* Vol 31, no 267-mars-avril 2010, pp.7-8

Évelyne DIEBOLDT, « Anna Hamilton (1864-1935), l'excellence des soins infirmiers », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 131, no. 4, 2017, pp. 85-100

Florence ROMEDER, « Autour de la formation aux diagnostics infirmiers, quelle dynamique d'accompagnement ? », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 99, no. 4, 2009, pp. 97-116

Jacques HOCHMANN, Jean GUYOTAT, « La mise en place du CES de psychiatrie à Lyon : un témoignage », *L'Information psychiatrique*, vol. Volume 88, no. 7, 2012, pp.515-520

Aude VAN EFFENTERRE, « Formation en pédopsychiatrie en France : historique, actualités et réflexions », *L'Information psychiatrique*, vol. Volume 89, no. 7, 2013, p.600

Claude QUÉTEL, «L'asile d'aliénés en 1900 » ; *L'Histoire*, 1978, pp.25-34

Claude QUÉTEL, Olivier BONNET, «La surmortalité asilaire en France pendant l'Occupation» ; *Nervure*, IV, 2 mars 1991, pp.22-32

André ZYSBERG, « On a toujours soigné les fous », *L'Histoire*, 1980, pp.74-75

Valérie WAZINIAK, «Qu'est-ce qu'on fabrique ?», *Pratiques en santé mentale*, vol. 63e année, no. 3, 2017, pp. 60-61

Romain LIBERMAN, « Le sort de l'enfance inadaptée » ; *Le Monde*, 16 juillet 1976

Elisabeth ROUDINESCO, « Jean Ayme » ; *Le Monde*, 15 avril 2011

Dora B. WEINER «La psychiatrie entre le roman et l'histoire: le cas Pinel», *L'information psychiatrique*, volume 82, no.9, 2006, pp.757-762

«Marie Demay », *L'information psychiatrique*, vol. volume 92, no. 3, 2016, pp. 253-254

Patrice KRZYZANIAK, «Il y a quarante ans disparaissait Georges Daumézon», *VST - Vie sociale et traitements*, vol. 144, no. 4, 2019, pp. 116-121

Géraldine GOULIER, Olivier ANDLAUER, Daniel SECHTER, « Politique et psychiatrie, quelle place dans la formation ? », *L'Information Psychiatrique*, volume 89, no. 8, 2013, pp.685-693

France MESLE, Jacques VALIN, « La population des établissements psychiatriques : évolution de la morbidité ou changement de stratégie médicale ? » ; *Population*, 1981 36-6, pp.1035-1068

Idelette DE BURES, «A propos de la loi sur les aliénés du 30 juin 1838 : histoire de la psychiatrie» ; *Histoire des sciences médicales*, 2006, Vol.40, pp.301-304, Arodan, 2006 – Société française d'histoire de la médecine

Antoine GANCIA, «De Saint-Pons à Sainte-Marie » ; *Lou Sourgentin*, n°225, février 2017, pp.24-25

Gilles PECOUT, «Cavour, Napoléon III et le rattachement de Nice à la France» *in* Histoire et archéologie méditerranéennes sous Napoléon III. Actes du 21e colloque de la Villa Kérylos à Beaulieu-sur Mer les 8 et 9 octobre 2010. Paris, *Académie des Inscriptions et Belles-Lettres*, 2011, pp.1-21

Nicolas SAINTE-FARE-GARNOT, L'Hôpital Général de Paris. Institution d'assistance, de police, ou de soins ? ; *Histoire, économie et société*, 1984, 3e année, n°4. Santé, médecine et politiques de santé, pp. 535-542

Renée MABIN, Dominique MABIN, «Art, folie et surréalisme à l'Hôpital psychiatrique de Saint-Alban-sur-Limagnole pendant la guerre de 1939-1945» ; *Mélusine*, mars 2015

Marion ROCHET, «Saint-Alban-sur-Limagnole: un hôpital psychiatrique dans la guerre» ; *L'Information Psychiatrique*, 72, 8, 1996, pp.758-765

Philippe CHARDIN, «"N'est pas fou qui veut"? La simulation des délires mentaux par André Breton et Paul Éluard dans "Les Possessions"» ; *Revue d'histoire littéraire de la France*, 2011/3 (Vol.111), pp.653-665

Luc VIGIER, «Aragon/Breton : jeux de coécriture en 1922 et 1928» ; *Genesis* 41 | 2015, Presses universitaires de Paris Sorbonne, 2015, pp.145-153

Olivier DOUVILLE « Expérience du rêve et expérimentations surréalistes », *Psychologie Clinique*, vol. 41, no**.1,** 2016, pp.95-108
Jean-Gabriel NORDMANN, « Antonin Artaud et le surréalisme » ; *Europe*, **n°** 475-476, Novembre**-***Décembre 1968*

Marguerite BONNET, «La rencontre d'André Breton avec la folie: Saint-Dizier, août-novembre 1916» *in* «Folie et psychanalyse dans l'expérience surréaliste», sous la direction de Fabienne HULAK ; *Art et psychanalyse*, Z'éditions, Nice, 1992, pp.115-135

Jean-Philippe CATONNE, « Georges Canguilhem et la médecine » *in Raison présente*, n°149-150, 1er trimestre 2004, pp.231-247

Luigi ONNIS « Franco Basaglia : 25 ans après, encore précurseur ? », *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, vol. 29, No 2, 2002, pp.257-263

Giovanna GALLIO, « La découverte de la réalité. Sartre, « maître » de Basaglia », *Les Temps Modernes*, vol. 668, no. 2, 2012, pp.64-103

Robert SOLÉ, « L'homme qui voulait supprimer l'asile », *Le Monde*, Dimanche 31 août-Lundi 1er septembre 1980, p.12

Mathilde GOANEC, « Fous à délier » ; *Le Monde diplomatique*, janvier 2015

Agnès BERTOMEU, «Revue des incompris revue d'histoire des oubliettes: Le Réveil de l'Horloge de Célestin Louis Maxime Dubuisson poète aliéniste» ; *Société d'Etudes et de Recherches en Psychiatrie (SERHEP)*, 1, septembre 2015

Michal MINARD, Edmond PERRIER, «Éditorial», *Sud/Nord*, vol. no 19, no1, 2004

Denis POIZAT, « Chez les fous », hommage à Albert Londres », *Reliance*, vol. No 19, no. 1, 2006, pp.7-8

Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, « Les soins contraints en psychiatrie et la question de l'intervention du juge: héritages, enjeux, débats (1838-1990)» *in* Nathalie GILOUX, Marion PRIMEVERT, *Les soins psychiatriques sans consentement*, LEH Édition, Collection Actes et séminaires, Bordeaux, 2017, pp.41-58

Jacques CANTIER, « Les camps d'internement dans l'Algérie de Vichy » *in Exils et migrations ibériques au XXe siècle*, n°3, 2009. Sables d'exil. Les républicains espagnols dans les camps d'internement au Maghreb (1939-1945) sous la direction de Andrée BACHOUD et Bernard SICOT, pp.36-53

Lydie COUTURIER, « L'enfermement des aliénés : l'asile de Stephansfeld (Bas-Rhin, 1835-1860) et la loi de 1838 », *Revue d'histoire de la protection sociale*, vol. 7, no. 1, 2014, pp.58-79

Aude FAUVEL, « Avant-propos », revue no 141, *Romantisme*, mars 2008, pp.3-9

Yves TERNON, Introduction à « Libéralisation de la destruction de vies qui ne valent pas d'être vécues par K. L. Binding et A. E. Hoche », *Revue d'Histoire de la Shoah*, vol. 183, no. 2, 2005, pp. 227-231

Karl BINDING, Alfred HOCHE « Libéralisation de la destruction de vies qui ne valent pas d'être vécues » *in Revue d'Histoire de la Shoah*, vol. 183, no. 2, 2005, pp. 231-264

François BON, « Chez les fous, jour de visite», Tiers Livre Editeur, sur le site internet www.tierslivre.net, 1ère mise en ligne 2 janvier 2012 et dernière modification le 29 mars 2012

Marie-Amélie LOMBARD-LATUNE, « Chez les fous » ; *Le Figaro*, 20 juillet 2012

Marijke GIJSWIJT-HOFSTRA, Harry OOSTERHUIS, Joost VIJSELAAR, Hugh FREEMAN, Cecile AAN DE STEGGE, "Psychiatric cultures compared : Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century" ; *Amsterdam University Press*, Amsterdam, 2005

Thèses et mémoires

Patrice KRZYZANIAK, *Georges Daumézon (1912-1979): un camisard psychiatre et pédagogue: une contribution singulière aux sciences de l'éducation*. Université Charles de Gaulle – Lille III, 2017

Danielle PAPIAU, *Psychiatrie, psychanalyse et communisme. Essai de sociobiographie des psychiatres communistes (1924 –1985)* ; Université Paris 10 Nanterre, 2017

Patricia SINCLAIR LEGG, *The impact of war and occupation in psychiatric hospitals in France 1939 to 1944* (*L'impact de la guerre et de l'Occupation sur les hôpitaux psychiatriques en France 1939-1944)* ; University of Southampton (Université de Southampton), History (Histoire), 2017

Cyril HAZIF-THOMAS, *La liberté de choix des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques* ; Université de Rennes, 2016. Publication chez LEH Edition, Collection Thèse, 2016

Marie-Claude DEVILLIÈRES, *Du secteur psychiatrique au territoire de santé*, Université de Grenoble, Institut d'Études Politiques de Grenoble, 2013

Magali COLDEFY, *De l'asile à la ville: une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France* ; Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, 2010

Nicolas HENCKES, *Le nouveau monde de la psychiatrie française : les psychiatres, l'état et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970* ; Sociologie. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (EHESS), 2007

Jérémy CHARLIER, *Evolutions de traitements des psychoses* ; Thèse de pharmacie présentée à l'Université Nancy 1, 2005

Alexandre LUNEL, Organisation des professions médicales sous l'Ancien régime : entre corporatisme et autorité royale : XVIe siècle-XVIIIe siècle ; Université Paris 2 Panthéon-Assas, 2004

Pauline RHENTER, *De l'institutionnel au contractuel: psychiatrie publique et politiques de santé mentale en France (1945-2003)* ; Lyon 2, 2004

Elise GATESOUPE, De l'aliéné...au malade mental...au malade. A partir de l'histoire de l'hôpital psychiatrique de Bonneval, 1950-2004 ; Mémoire de DEA «Politiques sociales et société», Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne, année 2003-2004

Frédéric DUCLOS, *L'asile d'aliénés des Alpes-Maritimes et la vie à l'asile de 1860 à 1914*. Mémoire de maîtrise, histoire contemporaine, Université de Nice - Sophia-Antipolis 1996

Joëlle GUERS-GUILHOT, *Alternatives en psychiatrie. De l'Histoire à l'évaluation (six secteurs dans la Loire)* ; Lyon 3, 1992

Jean-Louis DESCHAMPS, *1838-1990: immobilisme ou mutation du droit. Origines et fond premier de la législation française en matière de psychiatrie publique* ; Grenoble 1, 1991

Philippe MARIN, *Les activités extra-hospitalières en psychiatrie. Analyse juridique et éléments de gestion* ; Bordeaux 1, 1989

Max LAFONT, *Déterminisme sacrificiel et victimisation des malades mentaux. Enquête et réflexion au* sujet de la surmortalité liée aux privations dans les hôpitaux psychiatriques pendant la période de la *Seconde Guerre mondiale*, Faculté de médecine de l'Université Claude Bernard, Lyon, 1981

Jacques MAGHERINI, *Contribution à l'histoire de la psychiatrie dans la région niçoise* ; Faculté de médecine de Nice, 1980

André MEYLAN, *L'infirmier des Hôpitaux Psychiatriques. Recherche sur ses origines et contribution à l'histoire de sa profession*. Faculté de médecine de Lyon, 1966

Maurice ROCHAIX, *Essai sur l'évolution des questions hospitalières : de la fin de l'ancien régime à nos jours : contribution à l'étude des problèmes hospitaliers contemporains* ; Université de Bourgogne-UFR de droit et de sciences politiques, 1957

Georges DAUMÉZON, *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés* ; Faculté de Médecine de Paris, 1935

Sources

Normes juridiques

Normes européennes

Directive 77/452/CEE du Conseil, du 27 juin 1977, visant à la reconnaissance mutuelle des diplômes, certificats et autres titres d'infirmier responsable des soins généraux et comportant des mesures destinées à faciliter l'exercice effectif du droit d'établissement et de libre prestation de services

Directive 77/453/CEE du Conseil, du 27 juin 1977, visant à la coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant les activités de l'infirmier responsable des soins généraux

Normes françaises

Constitution française du 4 octobre 1958

Lois et ordonnances

Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés

Ordonnance du 18 décembre 1839 relative à l'administration et à la surveillance des établissements publics et privés consacrés aux aliénés

Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme de la législation hospitalière

Loi n°54-439 du 15 avril 1954 sur le traitement des alcooliques dangereux pour autrui

Loi n°68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier

Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

Loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées

Loi n°75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales

Loi n°78-11 du 4 janvier 1978 modifiant **et** complétant certaines dispositions de la n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et de la n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et portant dérogation, à titre temporaire, pour certains établissements hospitaliers publics ou participant au service public hospitalier, aux règles de tarification ainsi que, pour les soins donnés dans ces établissements, aux modalités de prise en charge.

Loi n°83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat

Loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la Sécurité sociale

Loi n°83-645 du 13 juillet 1983 Le rapport sur le 9ème plan de développement économique, social et culturel est approuvé en tant qu'il définit pour la période 1984-1988 les choix stratégiques, les objectifs et les grandes actions. (première loi de plan)

Loi n°83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n°83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat

Loi n°83-1180 du 24 décembre 1983 définissant les moyens d'exécution du 9ème Plan de développement économique, social et culturel (Deuxième loi de Plan)

Loi n°83-1186 du 29 décembre 1983 portant modification de dispositions relatives aux relations financières et aux transferts de compétences entre l'Etat et les collectivités locales

Loi n°84-5 du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier

Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social

Loi de finances n°85-1403 du 30 décembre 1985

Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

Loi n°86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de la santé

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Ordonnance n° 2000-548 du 15 juin 2000 relative à la partie Législative du code de la santé publique

Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Textes réglementaires

Décret n°53-1186 du 29 novembre 1953 portant réforme des lois d'assistance

Décret n°55-571 du 20 mai 1955 sur la prophylaxie des maladies mentales pris dans le cadre des pouvoirs spéciaux accordés au gouvernement par la loi 55349 du 02-04-1955

Décret n°56-284 du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions d'autorisation des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux (annexe XXIII concernant les cliniques privées psychiatriques)

Décret n° 56-907 du 10 septembre 1956 portant révision du code de la santé publique annexé au décret n° 53-1001 du 5 octobre 1953

Décret n°58-1202 du 11 décembre 1958 relatif aux hôpitaux et hospices publics

Décret n°70-198 du 11 mars 1970 modifiant le décret n°61-946 du 24 août 1961 relatif au recrutement, à la nomination et au statut des praticiens à plein temps des établissements hospitaliers publics, à l'exception des hôpitaux ruraux et des centres hospitaliers régionaux faisant partie des centres hospitaliers et universitaires.

Décret n°73-54 du 11 janvier 1973 relatif à la carte sanitaire et aux commissions nationale et régionale de l'équipement sanitaire

Décret n°76-389 du 15 avril 1976 complétant le n° 56-284 du 9 mars 1956 modifié fixant les conditions techniques d'agrément des établissements privés de cure et de prévention pour les soins aux assurés sociaux par l'annexe XXXII bis concernant les conditions techniques d'agrément des centres d'action médico-sociale précoce

Décret n°80-284 du 17 avril 1980 relatif aux établissements publics et privés assurant le service public hospitalier

Décret n°83-744 du 11 août 1983 portant réforme du financement et de la gestion des établissements hospitaliers publics et privés participant au service public hospitalier

Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique

Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique

Décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 relatif à la sixième partie (Dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code

Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

Code de la santé publique 2020, Dalloz, 34ème édition

Circulaire du 5 août 1839 du ministre de l'Intérieur concernant l'exécution des articles 1, 25, 26, 27 et 28 de la loi du 30 juin 1838

Circulaire du 13 octobre 1937 relative à la réorganisation de l'assistance psychiatrique dans le cadre départemental

Circulaire ministérielle du 5 février 1938**.** Règlement modèle du service intérieur des hôpitaux psychiatriques et son annexe

Circulaire ministérielle relative au régime des aliénés du 7 décembre 1938

Circulaire n°61 du 1er mars 1949 relative à l'organisation des services libres pour le traitement des malades mentaux

Circulaire n°109 du 5 juin 1950 relative aux services pour malades mentaux difficiles

Circulaire n°41 du 28 février 1951 relative au fonctionnement des services libres des hôpitaux psychiatriques

Circulaire n°51.68 du 17 septembre 1951 concernant les «services libres» annexés aux Hôpitaux Psychiatriques publics ou privés

Circulaire n°133 du 4 octobre 1955 (dispensaires d'hygiène mentale)

Circulaire du 24 mars 1956 relative à l'établissement du deuxième programme quadriennal d'équipement sanitaire et social 1958-1961 dans le domaine de l'hygiène sociale

Circulaire DGS/HS 476-7 du 4 juin 1957 ayant pour objet l'organisation des sorties d'essai dans les hôpitaux psychiatriques

Circulaire du 4 février 1958 portant organisation du travail des malades mentaux en traitement dans les hôpitaux psychiatriques, non parue au Journal officiel

Circulaire du 5 décembre 1958 relative à l'humanisation des hôpitaux

Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens (non parue au Journal officiel)

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales (ministère de la Santé Publique et de la Population)

Circulaire du 17 juillet 1963 relative à la politique de secteur en matière de lutte contre les maladies mentales (ministère de la Santé Publique et de la Population)

Circulaire n°12 du 24 janvier 1969 relative à la bisexualisation des hôpitaux psychiatriques

Circulaire n°148 du 18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie (ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale)

Circulaire n°156 du 8 février 1971 relative à la sectorisation des hôpitaux psychiatriques et au transfert des malades mentaux (ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale)

Circulaire n°431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et la toxicomanie (ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale)

Circulaire n°443 du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents

Circulaire DGS/2030 du 12 décembre 1972 relative à la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies

Circulaire DGS/891/MS 1 du **9 mai 1974** relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique (ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale)

Circulaire DGS 892 MS 1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile (ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale)

Circulaire n°1467 du 6 mai 1975 (contrôle des dépenses d'hygiène mentale)

Circulaire du 4 juin 1985 relative à la préparation de la campagne budgétaire des établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux sous compétence tarifaire de l'Etat pour 1986

Circulaire n°165/DH/8D du 31 octobre 1986 relative à l'application des articles 9 à 14 de la loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985

Circulaire n° 86-612 du 23 juillet 1986 relative à la mise en place du conseil départemental de santé mentale institué par l'article 8 de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 et défini par les articles 3 à 7 du décret n° 86-602 du 14 mars 1986

Circulaire n°90-5 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale

Arrêté du 2 mai 1947 portant création d'une commission d'études des problèmes de santé mentale

Arrêté du 4 février 1958 relatif à l'organisation du travail thérapeutique dans les hôpitaux psychiatriques

Arrêté du 10 novembre 1969 modifiant l'arrêté du 30 décembre 1968 portant création d'un certificat d'études spéciales de psychiatrie

Arrêté du 10 avril 1970 fixant les modalités de l'examen probatoire pour l'accès aux fonctions d'infirmier et élève infirmière, dans les hôpitaux psychiatriques départementaux et interdépartementaux, ainsi que dans les quartiers psychiatriques des hôpitaux et hospices publics

Arrêté du 6 mai 1970 relatif à la formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique

Arrêté du 14 mars 1972 sur fixant les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies

Arrêté du 3 juin 1980 relatif aux indices de besoins concernant les équipements psychiatriques

Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement

Rapports

Jean-Etienne Dominique ESQUIROL, *Des établissements des aliénés en France, et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés* ; Mémoire présenté à Son Excellence le Ministre de l'intérieur en septembre 1818, Paris, Imprimerie de Madame Huzard, mars 1819

Paul SÉRIEUX, *L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse* ; Paris, Imprimerie municipale, 1903

Julien RAYNIER, «Assistance aux aliénés» *in* Rapport présenté par l'inspection générale des services administratifs, Melun, Imprimerie administrative, 1923, pp.195-361

Jean LAUZIER, Julien RAYNIER, *La Construction et l'aménagement de l'hôpital psychiatrique et des asiles d'aliénés* ; Note publiée à l'Édition de l'aliéniste français, 1935

Charles HAYE, Jean LAUZIER, *L'hygiène et la prophylaxie mentale bases de l'assistance psychiatrique* ; rapport au Conseil supérieur de l'Assistance publique, février 1937

Organisation mondiale de la Santé. Série de rapports techniques ; no. 73 ; L'hôpital psychiatrique public : troisième rapport du Comité d'experts de la santé mentale [réuni à Genève du 24 au 29 novembre 1952]. Genève, 1953, 40 pages

Tâche d'Hygiène Mentale dans la psychiatrie de secteur ; Rapport présenté au Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française de Tours par le Docteur Henri DUCHÊNE ; Masson, 1959

Louis LE GUILLANT, Lucien BONNAFÉ, Hubert MIGNOT, Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques : rapport d'assistance présenté au congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, LXIIe session, Marseille 7-12 septembre 1964 ; Paris, Masson, 1964

François BLOCH-LAINÉ, *Etude du problème général de l'inadaptation des personnes handicapées* / Rapport présenté au Premier ministre ; Paris, La Documentation française, 1969

Rapport de la Cour des comptes au ministère de la Santé ; Journaux Officiels, Paris, 1976

Rapport annuel de l'Inspection Générale des Affaires Sociales 1977-1978, « les établissements sanitaires et sociaux»

Pierre GALLOIS, Alain TAÏB, *De l'organisation du système de soins : Rapport au Ministre de la Santé* ; Paris, La Documentation Française, 1981, 256 pages

Marie DEMAY, Jean DEMAY ; *Une voie française pour une psychiatrie différente* ; Rapport établi à la demande de M. Jack RALITE, ministre de la Santé, Juillet 1982

Franck CHAUMON, Nicole VACHER ; *Psychiatrie et justice* ; Mission interministérielle Recherche-expérimentation, MIRE ; La Documentation française, Paris, 1988

Rapport de la Cour des comptes sur la lutte contre les maladies mentales ; Journal officiel, Documents administratifs, Paris, 1988

François ZAMBROWSKI, *Moderniser et diversifier les modes de prise en charge de la psychiatrie française* ; La Documentation française, Paris, 1989

Gérard MASSÉ, *La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale* ; Rapport établi à la demande de M. Bruno DURIEUX, ministre délégué auprès du ministre des Affaires sociales et de l'Intégration, chargé de la Santé ; Éditions Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes, 1992

Prévention et soins des maladies mentales. Bilan et perspectives ; Rapport présenté au nom du Conseil économique et social par M. Pierre JOLY, rapporteur ; Séance des 1er et 2 juillet 1997 ; Journal Officiel de la République Française du jeudi 24 juillet 1997

Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Rapport présenté à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la santé et des sports. Etabli par Monsieur Edouard COUTY, Conseiller Maître à la Cour des Comptes, Janvier 2009

Alain MILON, *Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France* ; Office Parlementaire d'évaluation des politiques de santé, Avril 2009

L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » (2005-2010) ; Rapport public thématique ; Cour des comptes ; La documentation Française, décembre 2011

Rapport d'information enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 décembre 2013 en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie ; Rapporteur : M. Denys ROBILIARD

Rapport relatif à la santé mentale ; Rapport établi à la demande de Madame Marisol TOURAINE, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes et présenté par M. Michel LAFORCADE, directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle Aquitaine ; octobre 2016

Alain LOPEZ, Gaëlle TURAN-PELLETIER, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, Tome 1 Rapport, Tome 2 Annexes ; Inspection Générale des Affaires Sociales, N°2017-064R, Novembre 2017

Rapport de l'Académie Nationale de Médecine : *Soigner les maladies mentales : pour un plan de mobilisation nationale*, rapporteur ; Jean-Pierre OLIÉ, Juin 2019

Rapport d'information déposé par la Commission des affaires sociales en conclusion de la mission relative à l'organisation de la santé mentale et présenté par Mesdames les Rapporteures Caroline FIAT et Martine WONNER, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 septembre 2019

Jurisprudence

Arrêt de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) Section 5, du 16 octobre 2008, Requête nº 5608/05

Arrêt du Conseil d'Etat, Section sociale, décision n°356065 du 17 mai 1994

Arrêt du Conseil d'État, Section du contentieux, 4ème Sous-section, décision nº 109323 du 27 novembre 1995

Arrêt de la Cour administrative d'appel de Paris, 4ème Chambre, Arrêt nº 94PA01525 du 24 septembre 1996

Arrêt de la Cour administrative d'appel de Paris, 1ère Chambre A, Arrêt nº 00PA00274 du 3 février 2005

Arrêt de la Cour Administrative d'Appel de Nancy (3ème Chambre) n°96NC00847 du 15 juin 2000

Avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Délibération nº 88-112 du 25 octobre 1988 portant avis sur un projet d'arrêté du Ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale concernant un système d'information dénommé ASEPSY sur les modalités de prise en charge des patients suivis dans les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile

Avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Délibération nº 90-116 du 20 novembre 1990 concernant la demande d'avis présentée par le Centre Hospitalier spécialisé de Clermont-de-l'Oise relative à la gestion des dossiers médicaux

Avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Délibération nº 90-117 du 20 novembre 1990 portant avertissement au directeur du Centre Hospitalier spécialisé de Clermont-de-l'Oise

Avis de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Délibération nº 91-011 du 5 février 1991 complétant la Délibération nº 90-116 du 20 novembre 1990 concernant la demande d'avis présentée par le Centre Hospitalier spécialisé de Clermont de l'Oise relative à la gestion des dossiers médicaux

Archives

Archives Nationales

Côte 20110342/16 – 20110342/24 (Direction générale de la santé)
Côte 20110342/10 – 20110342/9 (Direction générale de la santé)
Côte 19910084/28 (Bureau de la psychiatrie (direction générale de la santé))
Côte 19910084/29 (Bureau de la psychiatrie (direction générale de la santé))
Côte 19910084/30 (Bureau de la psychiatrie (direction générale de la santé))
Côte 19910084/31 (Bureau de la psychiatrie (direction générale de la santé))

Centre Hospitalier Sainte-Marie (Nice)

Rapports d'activités des années 1941 à 1980

Colloques

Influence de la culture sur l'évolution de la psychiatrie (France, Italie). Sur les traces de... Franco BASAGLIA et Lucien BONNAFÉ ; Rencontres Européennes avec le futur composé, Culture et psychiatrie ; 21 au 24 septembre 2011 ; Actes du colloque du 22/09/2011: Auditorium de l'Hôtel de Ville de Paris ; Auteur: Le Futur Composé ; Document en ligne (http://irts-idf.bibli.fr/doc_num.php?explnum_id=138), 2011

François Bloch-Lainé, fonctionnaire, financier, citoyen : actes de la journée d'études "Regards d'historien(ne)s sur la vie et la carrière de François Bloch-Lainé", tenue à Bercy le 25 février 2003 / [organisée par le Comité pour l'histoire économique et financière de la France], Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie ; sous la direction de Michel Margairaz ; avant-propos de Jean-Michel Bloch-Lainé ; Paris, Comité pour l'histoire économique et financière de la France, 2005

Débats Parlementaires

Compte-rendu intégral, Assemblée nationale, 43ème séance, 2ème séance, 15 mai 1985, discussion du projet de loi n°1291 adopté par le Sénat (Journal Officiel, pp 1297- 134

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES PRINCIPALES ABRÉVIATIONS……..p.4
SOMMAIRE.....p.6

INTRODUCTION.....p.7

Première partie: La construction d'une nouvelle organisation des soins psychiatriques: des circulaires Rucart de 1937-1938 à la circulaire du 15 mars 1960……p.24

Chapitre 1: Aux origines de la sectorisation psychiatrique en France……..p.26

Section1: Les fondements modernes du secteur psychiatrique……....p.27

Paragraphe1: Les circulaires Rucart (13 octobre 1937 et 7 décembre 1938)…….....p.30

Paragraphe 2 : les références idéologiques de la sectorisation psychiatrique……..……p.53

A/ Le mouvement surréaliste et la folie**…….....**p.54

B/ L'après-guerre et le désaliénisme……...…...p.62

C/ La psychothérapie institutionnelle…….…..….p.67

Section 2: Lucien Bonnafé, fondateur du désaliénisme et bâtisseur du secteur psychiatrique……..…p.75

Paragraphe 1: L'influence fondamentale de « l'hécatombe des aliénés » sur la construction du désaliénisme……..…p.79

A/ Lucien Bonnafé et la mort massive des aliénés pendant l'Occupation…….……p.80

a) L'abandon à la mort des aliénés : une lente et difficile reconnaissance……p.82

b) Lucien BONNAFÉ, contempteur de l'ineffable……..…….p.95

c) Lucien BONNAFÉ, fer de lance du désaliénisme……..…p.97

B/ Un psychiatre résistant……...…p.101

C/ Engagement militant et réflexions sur la philosophie du secteur psychiatrique……....p.108

a) Une radicalité partagée……p.109

b) L'opiniâtre combat pour l'humanisme en psychiatrie……p.110

Paragraphe 2: la nécessaire rupture avec l'aliénisme……...p.114

A/ L'Hôpital de Saint-Alban, laboratoire expérimental du désaliénisme ……...p.116

a) Saint-Alban, lieu de résistance et d'accueil……..p.117

b) L'expérience de l'Hôpital de Saint-Alban ou la matrice saint-albanaise ……p.123

B/ / L'après-guerre et l'opposition à l'organisation asilaire……..p.130

Chapitre 2: La mise en place d'une planification sectorielle en psychiatrie……p.144

Section 1: La circulaire originelle du 15 mars 1960……p.146

Paragraphe 1: La promulgation de la circulaire……..p.148

A/ la genèse de la circulaire du 15 mars 1960……p.154

B/ Une circulaire, fruit d'une collaboration juridico-médicale réussie……....p.174

C/ L'autre circulaire du 15 mars 1960……..……..p.191

Paragraphe 2: Les conséquences de la circulaire pour les psychiatres et les structures de soins……...p.203

A/ Le corps des psychiatres divisé……p.205

a) Une minorité de psychiatres satisfaits……p.206

b) L'hostilité de la majorité du corps psychiatrique……p.208

B/ Le développement des structures extrahospitalières prôné……p.212

Section 2: L'égalité de traitement des patients et la prise en charge de proximité……..……...p.218

Paragraphe 1: Le refus radical de la ségrégation des malades mentaux ……....p.219

Paragraphe 2: La progressive construction administrative du secteur psychiatrique (1960 à 1972)…….p.224

A/ Une difficile mise en place de la sectorisation psychiatrique (1960-1968)……p.225

B/ Le choc de mai 1968 et ses conséquences positives sur le développement de la sectorisation psychiatrique…….p.228

C/ L'élaboration du secteur psychiatrique infanto-juvénile…….p.231

Paragraphe 3: La construction administrative et juridique de la profession d'infirmier de secteur……p.236

A/ La lente évolution historique d'une profession déconsidérée……p.238

a) Du geôlier à l'infirmier d'asile d'aliénés……p.241

b) Georges DAUMÉZON et les *Considérations statistiques sur la situation du personnel infirmier des asiles d'aliénés……*p.255

B/ Une construction parallèle à celle de la sectorisation psychiatrique……p.270

a) La situation des infirmiers psychiatriques dans l'immédiat après-guerre et l'action décisive de Georges DAUMÉZON…..p.271

b) La poursuite de la construction légale de la profession d'infirmier psychiatrique……p.279

Deuxième partie: La pérennisation de la sectorisation psychiatrique….p.288

Chapitre 1: Une absence de loi-cadre préjudiciable à la psychiatrie française (de la circulaire du 14 mars 1972 à la loi du 25 juillet 1985)……..p.289

Section 1: La politique conventionnelle……p.291

Paragraphe 1: Le cadre juridique des conventions de secteur…….……p.292

A/ La nature des conventions de secteur……....p.292

a) Les aspects positifs de la répartition de moyens……..p.293

b) La nature juridique des contrats hospitaliers……...p.297

B/ Le relatif échec de la politique conventionnelle……..…p.298

Paragraphe 2**:** L'exemple de l'Hôpital Sainte-Marie à Nice…....p.303

A/ Un asile français ordinaire (de 1860 à 1945)……..…p.304

B/ La mise en place de la sectorisation psychiatrique et de la convention de secteur……..p.309

Section 2: L'importance des textes législatifs sanitaires non spécifiques à la psychiatrie……...p.315

Paragraphe 1: La loi « fourre-tout » du 31 juillet 1968……....p.316

Paragraphe 2**:** La loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière……..p.323

A/ L'instauration de la carte sanitaire et de la classification des établissements publics de santé……..…p.324

B/ L'apport majeur de la loi du 31 décembre 1970 à l'organisation de la psychiatrie en France……....p.326
a) Sur la sectorisation psychiatrique……..…...p.327
b) Sur les établissements de soins publics et privés…..…….....p.328

Paragraphe 3: La loi du 30 juin 1975 relative au handicap…...p.331

A/ Handicap et sectorisation psychiatrique……..…p.345
B/ Une loi contestée par les psychiatres……p.347

Chapitre 2: La consécration législative d'une réalité médicale et structurelle……p.355

Section 1: Les prémices d'une sectorisation psychiatrique sous l'angle législatif: le rapport Demay……..p.357

Paragraphe 1: Un contexte favorable ?.....p.360

Paragraphe 2: Un rapport court et novateur……p.365

Paragraphe 3 : Le rapport Demay : un apport finalement symbolique ?.....p.431

Section 2: Vers une «légalisation» du secteur psychiatrique : les lois de 1985……p.434

Paragraphe 1: Le contexte politique et budgétaire du projet de loi……..…p.443

Paragraphe 2: La navette parlementaire comme symbole d'une contestation partisane…….....p.445

A/ L'exercice de la navette parlementaire lors du vote de la loi du 31 décembre 1985……...p.446
B/ Les contestations partisanes……p.450

a) Une opposition feutrée de la droite et du centre……p.451

b) La franche opposition du Parti Communiste Français au projet de loi……p.456

Paragraphe 3: Le vote par l'Assemblée nationale de la loi relative à la sectorisation psychiatrique et ses implications réglementaires……...p.460

A/ Le vote du 20 décembre 1985 par l'Assemblée nationale……....p.461

B/ Les décrets d'application de la loi du 31 décembre 1985..…p.463

a) Le rôle instituant du décret 86-602 du 14 mars 1986……. p.463

b) Le décret n°90-1042 du 20 novembre 1990……..…p.472

CONCLUSION……..…p.475

BIBLIOGRAPHIE ET SOURCES……..…p.493

ANNEXES……..p.543

Annexes

1) Ecrits surréalistes de Lucien BONNAFÉ

2) Lettre ouverte aux médecins des asiles de Robert DESNOS

3) Le cimetière des fous de Paul ÉLUARD

4) Circulaire ministérielle du 13 octobre 1937

5) Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens (non parue au Journal officiel

6) Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales (ministère de la Santé Publique et de la Population)

7) Arrêté du 14 mars 1972 sur fixant les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies

8) Circulaire n°431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et la toxicomanie (ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale)

9) Circulaire DGS/891/MS 1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique (ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale)

10) Circulaire DGS 892 MS 1 du 9 mai 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile (ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale)

11) Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique

12) Loi n°68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier (article 25)

13) Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social (article 8)

14) Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

Ecrits surréalistes de Lucien Bonnafé

L'alphabet de Sylvain Forestier, du nom de résistant de Lucien Bonnafé (pris en hommage à Auguste Forestier, figure de l'art brut et patient de l'Hôpital de Saint-Alban), a été publié par en italien sous le titre *L'alphabet d'Esté.*

L'alphabet de Sylvain Forestier

***A**ccepte de*
***B**riser le*
***C**arcan*
***D**ans lequel tu laisses*
***E**nfermé celui qu'en excluant comme*
***F**ou du cercle de tes semblables, derrière tels*
***G**arde-fous, tu récuses comme sujet*
***H**umain.*
***I**l peut te montrer un*
***J**ardin*
***K**aléidoscopique d'images reflétant plus de*
***L**umière que tu n'acceptes d'en voir dans ce*
***M**onde*
***N**eutralisateur.*
***O**ù*
***P**arce*
***Q**u'il fait résonner les échos d'une*
***S**ouffrance que tu veux étrangère à la*
***T**ienne, il provoque la peur*
***U**niformisatrice à*
***V**ouloir l'embarquer dans le*
***W**agon opaque où les*
***X**énophobes masquent les*

Y*eux accusateurs des*

Z*ombies, zingaris, zozos, à zoner hors d'ici.*

Lettre ouverte aux médecins des asiles

« Messieurs,

Les lois de la coutume vous concèdent le droit de mesurer l'esprit. Cette juridiction souveraine, redoutable, c'est avec votre entendement que vous l'exercez. Laissez-nous rire. La crédulité des peuples civilisés, des savants, des gouvernants pare la psychiatrie d'on ne sait quelles lumières surnaturelles. Le procès de votre profession est jugé d'avance. Nous n'entendons pas discuter ici la valeur de votre science, ni l'existence douteuse des maladies mentales. Mais pour cent pathogénies prétentieuses où se déchaine la confusion de la matière et de l'esprit, pour cent classifications dont les plus vagues sont encore les seules utilisables, combien de tentatives nobles pour approcher le monde cérébral où vivent tant de vos prisonniers ? Combien êtes-vous, par exemple, pour qui le rêve du dément précoce, les images dont il est la proie sont autre chose qu'une salade de mots?

Nous ne nous étonnons pas de vous trouver inférieurs à une tâche pour laquelle il n'y a que peu de prédestinés. Mais nous nous élevons contre le droit attribué à des hommes, bornés ou non, de sanctionner par l'incarcération perpétuelle leurs investigations dans le domaine de l'esprit.

Et quelle incarcération ! On sait- on ne sait pas assez – que les asiles, loin d'être des asiles, sont d'effroyables geôles, où les détenus fournissent une main-d'œuvre gratuite et commode, où les sévices sont la règle, et cela est toléré par vous. L'asile d'aliénés, sous le couvert de la science et de la justice, est comparable à la caserne, à la prison, au bagne.

Nous ne soulèverons pas ici la question des internements arbitraires, pour éviter la peine de dénégations faciles. Nous affirmons qu'un grand nombre de vos pensionnaires, parfaitement fous suivant la définition officielle, sont, eux aussi, arbitrairement internés. Nous n'admettons pas qu'on entrave le libre développement d'un délire, aussi légitime, aussi logique que tout autre succession d'idées ou d'actes humains. La répression des réactions antisociales est aussi chimérique qu'inacceptable en son principe. Tous les actes individuels sont antisociaux. Les fous sont les victimes individuelles par excellence de la

dictature sociale ; au nom de cette individualité qui est le propre de l'homme, nous réclamons qu'on libère ces forçats de la sensibilité, puisqu'aussi bien il n'est pas au pouvoir des lois d'enfermer les hommes qui pensent et agissent.

Sans insister sur le caractère parfaitement génial des manifestations de certains fous, dans la mesure où nous sommes aptes à les apprécier, nous affirmons la légitimité absolue de leur conception de la réalité, et de tous les actes qui en découlent.

Puissiez-vous vous en souvenir demain matin à l'heure de la visite, quand vous tenterez sans lexique de converser avec ces hommes sur lesquels, reconnaissez-le, vous n'avez d'avantage que celui de la force. »

Texte rédigé par Robert Desnos sous l'influence d'Antonin Artaud. Publié le 15 avril 1925 dans le numéro 3 de La Révolution surréaliste

Le cimetière des fous

Ce cimetière enfanté par la lune
Entre deux vagues de ciel noir
Ce cimetière archipel de mémoire
Vit de vents fous et d'esprits en ruine

Trois cents tombeaux réglés de terre nue
Pour trois cents morts masqués de terre
Des croix sans nom corps du mystère
La terre éteinte et l'homme disparu

Les inconnus sont sortis de prison
Coiffés d'absence et déchaussés
N'ayant plus rien à espérer
Les inconnus sont morts dans la prison

Leur cimetière est un lieu sans raison

Paul Eluard, *Asile de Saint-Alban*, 1943

Ce poème figure sur la stèle centrale du cimetière du CHS de Saint-Alban aujourd'hui Centre Hospitalier François TOSQUELLES

Circulaire du 13 Octobre 1937 relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental

J'ai l'honneur de vous faire connaître qu'à plusieurs reprises, mon attention s'est trouvée appelée sur le nombre toujours croissant des malades atteints de troubles mentaux, sur l'encombrement des établissements qui leur sont destinés, et souvent aussi sur le nombre exagéré de malades qui sont confiés aux soins d'un même médecin.

Jusqu'à ce jour, et pour des raisons très diverses, la lutte pour la prophylaxie mentale est restée sur un plan inférieur par rapport aux moyens engagés pour combattre les autres fléaux sociaux. Or, les maladies mentales, soignées précocement, sont aussi curables que les maladies physiques, et la prophylaxie leur est applicable au même titre, avec les mêmes possibilités de résultats positifs.

Je ne saurais trop insister sur l'importance thérapeutique, économique et sociale que présente le traitement précoce des psychopathies.

Faute d'avoir reçu à temps le traitement approprié à son état, un aliéné indigent, facilement curable au début de sa maladie, devient un danger pour lui-même et pour son entourage, au point de nécessiter son placement d'office dans un asile, où il reste parfois sa vie durant, imposant ainsi une charge lourde et improductive aux collectivités.

Telles sont les raisons pour lesquelles le Conseil supérieur de l'Assistance publique a été saisi de cette question, et c'est conformément aux conclusions qu'il a unanimement adoptées (Fasc. 145, 10 février 1937), que je vous prie de bien vouloir envisager, d'accord avec votre Conseil général, la réorganisation de l'Assistance aux malades mentaux de votre département, sur les bases suivantes :

1° Création d'un dispensaire d'hygiène mentale avec consultations externes dans les centres importants ;

2° Institution d'un service social à l'aide d'assistantes spécialisées ;

3° Organisation de services libres d'observation et de traitement où des soins précoces pourront être assurés à l'aide d'un personnel médical et infirmier qualifié ;

4° Développement et modernisation des services fermés, qui, le plus souvent, existent déjà et sont soumis aux dispositions tutélaires de la loi du 30 juin 1838.

Pour vous permettre d'apporter au Conseil général toutes précisions utiles et mettre l'Assemblée départementale en mesure de discuter utilement de cet important problème, je crois devoir commenter rapidement les différents points de ce programme.

DISPENSAIRE PSYCHIATRIQUE

Le but essentiel de ce dispensaire est un rôle de dépistage et de triage ; il s'exerce à l'aide de consultations externes organisées, suivant les circonstances locales, soit à l'hôpital psychiatrique du département, soit pour les principaux centres, par les soins de l'0ffice public d'hygiène sociale. S'intégrant ainsi dans un cadre déjà connu du public, ces consultations fonctionneront en liaison étroite avec les services d'inspection départementale d'hygiène, d'inspection médicale des écoles, des enfants assistés, des

laboratoires régionaux et des œuvres privées éventuelles. Les médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques seraient chargés du fonctionnement de ces consultations, conformément à l'article 12 du décret du 5 avril 1937. L'accord nécessaire et l'étroite collaboration de toutes ces Organisations de la protection de la santé publique, sont assurés, sous le contrôle de votre autorité, par le Comité départemental de coordination sanitaire et sociale, dans lequel, par extension de ma circulaire du 16 septembre 1937, sera appelé à siéger au moins un des médecins psychiatres du département.

SERVICE SOCIAL
L'action du dispensaire psychiatrique doit être complétée par celle d'un service social assuré par une ou plusieurs assistantes spécialisées.
Sous la direction des médecins consultants ou traitants, celles-ci feront les enquêtes, assureront les liaisons nécessaires, veilleront à la réadaptation sociale des malades en sortie d'essai, procureront un traitement plus hâtif avec de meilleures chances de guérison.

Les Sociétés de patronage pour aliénés rendent à ce point de vue les plus grands services dans les rares départements français où elles existent.
Je vous invite à user de toute votre influence pour en favoriser la création.

SERVICES OUVERTS
Ces services, non soumis au régime légal de 1838, sont destinés à hospitaliser les malades atteints de troubles psychiques qui ne présentent pas de réactions dangereuses pour leur entourage et qui n'élèvent pas de protestations à l'égard de leur hospitalisation. L'hospitalisation précoce des psychopathes dans de tels services, par suite de l'absence des formalités d'admission, permet une prophylaxie efficace, évite à un grand nombre de malades un internement toujours pénible et décharge les services de médecine générale de divers hôpitaux et hospices du département.

Le plus souvent, ce sera à proximité de l'hôpital psychiatrique de votre département qu'il sera le plus intéressant de placer ces pavillons libres d'observation et de traitement.

J'insiste sur ce fait que ces services publics ne pourront être confiés qu'à des médecins ayant satisfait au concours des médecins des hôpitaux psychiatriques. Vous aurez donc à m'aviser de la création de tout service ouvert de ce genre, afin que mon administration vous désigne un médecin du cadre des hôpitaux psychiatriques et que je puisse faire procéder à l'étude des règlements de ces services ouverts et les approuver.

SERVICES FERMÉS
Ces services sont soumis aux dispositions de la loi de 1838. Il apparaît indispensable que chaque département possède son ou ses établissements spécialisés : tout malade mental devant pouvoir trouver à proximité les soins spécialisés dont il a besoin. A l'exemple des Vosges, de la Haute-Saône, des Hautes-Pyrénées, de la Vienne, je serais heureux de voir les départements qui ne possèdent pas encore sur leur territoire d'hôpital psychiatrique, envisager la création de tels établissements.

Je vous rappelle, à ce sujet, que suivant les principes adoptés déjà par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, il serait souhaitable que dans tous les établissements chaque service, placé sous l'autorité même médecin-chef, ne comprenne pas un nombre de malades supérieur à 400, pour un mouvement d'entrées et de sorties annuelles inférieur à 200.

Des exceptions ne pourraient être spécialement autorisées que par mes soins.

Au cas où ces chiffres seraient dépassés dans les établissements de votre département, vous auriez à envisager la création des postes nécessaires, en tenant compte de l'extension des consultations et de l'organisation des Services ouverts.

ASSISTANCE AUX ENFANTS ANORMAUX

L'assistance aux enfants anormaux, arriérés et déficients est l'objet de mes préoccupations particulières. Je considère qu'on doit en amorcer la réalisation en même temps que l'organisation de la prophylaxie mentale dans le cadre de chaque département. Vous veillerez à ce qu'une organisation de dépistage des enfants déficients d'âge scolaire soit instituée par l'adjonction de consultations de neuro-psychiatrie infantile, aux consultations psychiatriques des dispensaires. Un tel organisme devrait fonctionner avec la collaboration de l'inspection médicale des écoles et avec le concours de membres de l'enseignement et d'assistantes spécialisées.

Par la suite, en dehors du développement souhaitable des classes de perfectionnement dont le fonctionnement dépend du Ministère de éducation nationale, il y aura lieu d'étudier la possibilité de la création de services libres médico-pédagogiques départementaux ou interdépartementaux.

Je sais que beaucoup de Conseils généraux ont déjà porté leur effort dans le sens que je viens d'indiquer, et qu'un grand nombre de réalisations, dues à l'initiative de l'autorité préfectorale ou des Assemblées départementales, pourraient s'intégrer facilement dans ce programme.

J'attache cependant le plus grand prix aux nouveaux efforts qui vont être entrepris pour réorganiser l'assistance psychiatrique dans votre département, et vous voudrez bien me faire connaître les mesures déjà prises et les organismes déjà créés dans le cadre du programme adopté par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, indiquant également quelles propositions il vous semblera possible de faire au Conseil général pour compléter l'organisation éventuellement existante.

Vous aurez, par la suite, à me tenir au courant des dispositions arrêtées par l'Assemblée départementale.

Le Ministre, Marc RUCART

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE 7e bureau.

CIRCULAIRE DU 15 MARS 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens.

(Non parue au Journal officiel.)

Circulaire abrogée : néant.

Circulaire modifiée ou complétée : circulaire n° 236 c du 10 octobre 1953.

Le ministre de la santé publique et de la population à Messieurs les préfets, les directeurs départementaux de la santé, les directeurs départementaux de la population, Les directeurs, médecins-directeurs et médecins-chefs des hôpitaux psychiatriques départementaux, des hôpitaux psychiatriques autonomes, des hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics et des quartiers psychiatriques.

Par circulaire du 10 octobre 1958, j'ai souligné la nécessité d'établir, notamment pour les hôpitaux et hospices et des hôpitaux psychiatriques, un plan directeur, tendant à préparer et à coordonner les travaux d'équipement à entreprendre, dans un avenir plus ou moins proche, dans l'établissement d'hospitalisation considéré.

En vous envoyant les instructions concernant les hôpitaux et hospices, je vous ai indiqué que celles relatives aux hôpitaux psychiatriques seraient adressées ultérieurement.

Vous les trouverez ci-jointes en annexe.

Pour les hôpitaux, le programme qui doit être établi préalablement à l'établissement du pian directeur consiste en l'énumération des services établie suivant les différentes disciplines médicales qu'il est nécessaire de prévoir dans l'établissement.

A l'hôpital psychiatrique, le problème se pose différemment puisque, sauf pour quelques rares exceptions, l'ensemble des pavillons sont appelés à recevoir des malades relevant des mêmes méthodes thérapeutiques. L'établissement du programme se présente donc essentiellement sous l'aspect de la détermination de la capacité d'hospitalisation à obtenir, après exécution des travaux de modernisation. Par circulaire séparée concernant l'organisation de la lutte contre les maladies mentales, toutes directives utiles vous sont fournies sur le programme d'équipement d'un département en organismes de prévention, d'hospitalisation et de postcure. L'établissement du plan directeur de l'hôpital psychiatrique ne pourra donc intervenir qu'après l'établissement du plan idéal d'équipement départemental en matière de lutte contre les maladies mentales.

Je n'ignore pas que, dans certains établissements, le plan directeur de l'hôpital psychiatrique a, d'ores et déjà. été dressé. Il conviendra d'examiner dans chaque cas si le plan d'équipement adopté pour le département reste sans répercussion sur le plan directeur précédemment établi pour l'hôpital psychiatrique existant, afin d'éviter, en particulier, tout double emploi.

L'objectif du plan directeur, qui sera établi conformément aux principes généraux énoncés à l'annexe 1 de la présente circulaire, est la mise en place d'un ensemble cohérent, répondant aux nécessités des thérapeutiques modernes, et assurant aux malades des conditions d'hospitalisation satisfaisantes. Il s'agit de rechercher un meilleur fonctionnement en assurant le regroupement de certains services, la suppression ou la reconversion des locaux vétustes, la création des pièces ou des services dont l'absence freine actuellement l'évolution de trop d'établissements.

Le rôle de l'architecte en ce domaine est prépondérant. Cependant, comme en matière de programme, il s'agit essentiellement d'un travail d'équipe, auquel chacun des chefs de service intéressés (directeur, médecins-chefs, économe) doit apporter sa collaboration. Le directeur ou le médecin-directeur devra en ce domaine assurer la coordination entre les différents points de vue exprimés. Le plan directeur ainsi élaboré sera soumis, pour avis, au. directeur départemental de la santé et au directeur départemental de la population pour les questions qui les concernent. Il devra, bien entendu, m'être soumis pour approbation.

Les dispositions prévues dans la circulaire du 10 octobre 1958 concernant la rémunération des architectes sont applicables pour l'établissement du plan directeur des hôpitaux psychiatriques.

En ce qui concerne l'exécution des projets proprement dits, qui interviennent après l'établissement du plan directeur, vous trouverez ci-joint (annexe 11), un certain nombre de recommandations concernant les solutions qui doivent être retenues pour traiter quelques points de détail de l'aménagement des hôpitaux psychiatriques.

Le ministre de la santé publique et de la population,
CHENOT

ANNEXE 1.

PRINCIPES GENERAUX CONCERNANT L'ETABLISSEMENT DU PLAN-DIRECTEUR

CHAPITRE 1

Documents nécessaires à l'établissement du plan-directeur.

L'étude doit être effectuée en partant des renseignements concernant :
La ville où l'hôpital psychiatrique est implanté •

L'établissement lui-même.

La ville où l'hôpital psychiatrique est implanté.

Les mêmes documents que ceux prévus par la circulaire du 10 octobre 1958 concernant le plan-directeur des hôpitaux et hospices vous sont nécessaires pour vous permettre, en particulier, de tenir compte des sujétions qui seraient imposées à l'établissement par le plan d'urbanisme de la ville.

b) L'établissement.

Les documents indispensables qui doivent être remis à l'architecte pour l'établissement du plan-directeur sont :

Un plan de masse à 0,002 mm indiquant :

— l'orientation ; — la surface des terrains ;

— les courbes de niveau ;

— l'indication des vents dominants ,

— l'emplacement et la désignation de tous les services et des bâtiments ;

— un relevé à 1 cm par mètre, établi pour chaque niveau des bâtiments existants.

Le plan de masse et le relevé des locaux existants constituent des documents de base que chaque établissement doit avoir préalablement fait dresser et qu'il doit fournir à l'architecte pour lui permettre d'établir le plan-directeur. Ils constituent des documents de travail indispensables pour tous ceux (directeurs, médecins-chefs, économes, etc.) qui participent à l'établissement et à la réalisation du plan-directeur et qui doivent ainsi pouvoir en disposer.

Un relevé de la capacité optimum et maximum de chacun des pavillons et leur répartition par services médicaux actuellement et à prévoir.

Un programme aussi détaillé que possible des lits et des services à prévoir, pour répondre aux besoins du secteur desservi. La définition de la notion de secteur en matière d'hôpitaux psychiatriques est donnée dans la circulaire concernant l'organisation de la lutte contre les maladies mentales.

CHAPITRE 11

Considérations générales

SECTION I. REMARQUES PRÉLIMINAIRES

L'étude du plan-directeur doit être effectuée en vue de se rapprocher au maximum de la conception exigée des hôpitaux psychiatriques neufs, soit :

— formule village unités de 25 lits groupées en pavillons de 50 lits au maximum, répartis sur le terrain sans rigidité, en réservant les vues ,

— implantation des services généraux de telle façon qu'ils ne gênent pas les malades par leur proximité (vents dominants, bruits, etc.) ,

— bioc technique à proximité suffisante des pavillons d'hospitalisation ,

— centre social constituant une sorte de centre au village, relativement rapproché de l'administration et largement ouvert sur l'extérieur ; à proximité du centre social, terrain de sports ;

— services généraux dont l'implantation doit tenir compte à la fois des exigences médicales et des nécessités de la vie économique d'une collectivité importante.

SECTION II. PLAN DE MASSE

Cette étude doit tenir compte, également, du plan de masse actuel.

Etant donné un hôpital psychiatrique ancien composé de bâtiments disparates, la première question concerne : — les bâtiments à conserver ; — les bâtiments à détruire dans un avenir plus ou moins lointain : —les bâtiments à construire éventuellement.

a) Les bâtiments à conserver.

Ce sont les bâtiments à partir desquels doit se faire la réorganisation.

Ils servent de base à l'établissement du plan directeur.

'Il s'agit, en général, des bâtiments principaux et non des constructions aberrantes, qui ont poussé au gré des années et dont le devenir est à discuter.

Cependant, dans certains cas, ces constructions peuvent être valables s'il est possible de les intégrer sans inconvénient dans le plan directeur. Mais dans d'autre cas, le maintien de ces bâtiments ne pourra intervenir que grâce à un changement de l'affectation qu'ils recevaient précédemment et qui permettra une amélioration du fonctionnement de l'établissement sur le plan général.

Dans le cadre de l'étude du plan directeur, l'affectation donnée à chaque bâtiment doit être discutée pour obtenir, compte tenu des remarques ci-après, une meilleure organisation.

3) Les bâtiments à détruire.

Ce sont ceux qui, par leur ancienneté, une mauvaise implantation ou leur contexture, devront disparaître dans un avenir plus ou moins lointain.

4) Bâtiments à construire.

La construction de bâtiments d'hospitalisation ne doit être envisagée que si les études effectuées dans le cadre du plan d'équipement du département ont conclu en ce sens.

SECTION III. — PROBLÈMES A RÉSOUDRE

Ils sont différents de ceux qui se posent pour l'établissement du plan directeur d'un hôpital et qui ont été traités dans la circulaire du 10 octobre 1958. En effet, le traitement des maladies mentales n'implique pas l'alitement systématique des sujets. De ce fait, les conditions d'hospitalisation des malades mentaux imposent une conception architecturale en pavillons séparés de capacité d'hébergement relativement réduite, et non la conception en « bloc » qui est retenue la plupart du temps pour l'hôpital. Ainsi, les adaptations à effectuer à l'hôpital psychiatrique existant sont à considérer dans le cadre d'un parti architectural répartissant les divers éléments de l'établissement sur un pian horizontal et non sur un plan vertical.

Les problèmes les plus courants à résoudre lors de l'établissement du plan-directeur d'un hôpital psychiatrique sont énumérés ci-dessous, l'étude de chacun d'eux fait l'objet d'une section du chapitre III suivant.

– Adaptation du plan de masse.

– Dissémination des locaux spécialisés, tels que pharmacie, labo, consultations spécialisées, qui doivent être regroupés en un « bloc technique ».

111. — Absence ou insuffisance des locaux nécessaires à chaque équipe médico-sociale (assistante sociale, secrétaire médicale, internes, surveillant, psychologue, etc...) qui doivent être créés, développés ou regroupés.

IV.— Insuffisance, inadaptation ou vétusté de certains locaux tels que pavillon d'administration, services généraux et internat, logements pour le personnel divers.

– — Absence de centre social.

– — Pavillons d'hospitalisation comportant un nombre trop élevé de malades, non scindés en unités de soins et ne répondant plus par leur structure et leur disposition aux techniques hospitalières psychiatriques.

Vous trouverez ci-dessous les directives générales concernant le règlement de ces différents problèmes,

CHAPITRE III

Etude des problèmes à régler dans le cadre de l'établissement du plan directeur.

SECTION I. — ADAPTATION DU PLAN MASSE

§ 1.— Composition générale du plan.

On trouvera vraisemblablement dans l'étude des plans d'anciens établissements le problème de la construction dite « en bouchon » obstruant de façon totale ou partielle l'accès intérieur de l'établissement qu'il est souhaitable de dégager le plus possible. On évitera, autant que possible, les constructions situées immédiatement à l'entrée et contre lesquelles le visiteur viendrait buter. On s'efforcera, au contraire, d'aérer l'accès de l'hôpital de façon à réduire, dans toute la mesure du possible, l'effet de claustration qui se produit bien souvent dans les hôpitaux anciens et dans les parties de plan dites « parties de plan

enfermées ».

Dans d'autres cas, l'entrée s'ouvre sur un espace vide. Il convient d'étudier si l'emplacement de cet accès doit être modifié ou si la composition du plan est à transformer. Parfois également, l'établissement ne forme pas un tout suffisamment structuré et doit être recomposé en recherchant un centre d'intérêt (centre social par exemple).

II est nécessaire de rechercher une disposition donnant à l'établissement un caractère accueillant, en s'efforçant de supprimer tous les éléments susceptibles de donner à l'hôpital psychiatrique un aspect carcéral.

Les espaces verts seront ménagés dans la perspective de leur utilisation par les malades.

§ 2. — Problèmes posés par les accès.

1 ^{0} Nombre des accès.

On doit s'efforcer de limiter le nombre des accès au minimum indispensable, tant dans un but de commodité pour le personnel et les visiteurs que pour des raisons économiques (augmentation du personnel de conciergerie, coulage, etc.). Deux accès, l'un réservé à l'entrée des matières premières pour les services généraux, l'autre aux visiteurs et au personnel, doivent être considérés comme suffisants. Compte tenu du plan directeur retenu et, notamment des possibilités de circulation, ces deux entrées pourront souvent être confondues.

2^{0} Accueil du public.

Il est nécessaire de trouver à côté de la loge du concierge une petite salle d'attente où le visiteur sera orienté vers la partie de l'hôpital où il doit se rendre.

Cette orientation sera facilitée par l'affichage d'un plan, protégé des intempéries, suffisamment clair et précis. Des signalisations et les écriteaux nécessaires seront placés à l'intérieur de l'hôpital, permettant au visiteur de trouver son chemin.

La loge du concierge doit être reliée par téléphone aux divers pavillons et à l'administration.

3. — Circulations.

Les problèmes des circulations à l'hôpital psychiatrique conçu sous la forme du village doivent faire l'objet d'une étude attentive pour permettre un accès facile :

— des malades et de leurs familles entrant au pavillon d'administration ;
— des familles aux pavillons de traitement où le malade est hospitalisé ;
— des malades vers le centre social et le bloc technique ;
— du personnel entre les pavillons et l'extérieur ; — des produits et marchandises dans les services généraux.

Le tracé des circulations, tout au moins en ce qui concerne les pavillons d'hospitalisation, doit être effectué en tenant compte de la commodité, en évitant le plus possible la rigidité qui éloignerait l'hôpital psychiatrique de la conception du « village » qu'il est désirable de lui donner.

Dans le cadre de l'étude de ce tracé, il conviendra d'étudier l'emplacement à arrêter pour la morgue qui doit être placée en dehors de la zone d'hospitalisation et comporter une sortie discrète sur l'extérieur.

En ce qui concerne les circulations à l'intérieur de l'établissement, il faut distinguer :

1 [0] Les circulations générales ,

2[0] Les circulations secondaires.

– [0] Circulations générales.

Elles seront carrossables, de façon à ce que les voitures puissent les emprunter. Mais elles doivent se limiter, dans toute la mesure du possible, à des parcours réduits, en raison de leur prix de revient élevé.

Elles disposeront d'un éclairage de nuit.

Leur finition ne sera jamais achevée avant la totale réalisation des ouvrages et elle ne sera parfaite qu'après le passage des derniers véhicules lourds destinés à alimenter le chantier.

– [0] Circulations secondaires.

Elles comprennent les circulations de promenade et les circulations de fonction. On prendra soin d'éviter la possibilité d'une circulation des véhicules à moteurs dans ces voies qui sont exclusivement réservées aux malades.

Dans le cadre de l'étude des circulations, il conviendra de prévoir, si possible, à la limite des interdictions de circuler, des parkings suffisamment vastes pour voitures (visiteurs et personnels). L'organisation et l'utilisation de ces parkings sont des problèmes de discipline intérieure.

Des emplacements abrités seront situés à proximité de ces parkings pour permettre de garer les scooters et les motocyclettes. Le problème posé par le garage à bicyclettes et à vélomoteurs est traité à la section VI « Pavillons d'hospitalisation ù.

Les passages souterrains entre les pavillons sont à proscrire et les galeries couvertes sont généralement superflues.

SECTION II. DISSÉMINATION DES LOCAUX SPÉCIALISÉS

La dissémination des locaux tels que pharmacie, laboratoire, consultations spécialisées et en particulier les consultations de radiologie et de chirurgie comporte sur le plan fonctionnel des inconvénients graves par la perte de temps qu'elle entraîne, de même que par l'accroissement du personnel qu'elle exige.

Il est donc nécessaire de regrouper ces locaux dans un même bâtiment dit « bloc technique » qui présente en outre l'avantage d'assurer une meilleure liaison entre les praticiens des différentes disciplines qui viennent y exercer.

On aura intérêt à schématiser ce bloc en deux zones. :

. —Zone technique (pharmacie, laboratoire, éventuellement bibliothèque médicale et salle de conférences) où n'ont pas accès les malades.

B. Zone clinique, qui au contraire, leur est destinée : tous les cabinets de spécialistes, chirurgie, radio, physiothérapie, stomatologie, E. E. G., O. R. L., ophtalmologie, psychologie, etc., ainsi que la consultation d'hygiène mentale

intégrée dans le service départemental d'hygiène sociale.

Chaque fois que la pharmacie et les laboratoires existants seront insuffisants ou mal adaptés, leur regroupement auprès du bloc doit être réalisé.

Compte tenu de la possibilité de l'évolution des techniques, il convient de concevoir ce bloc de telle façon qu'il reste facilement transformable et extensible.

Il a paru précédemment nécessaire, ainsi que les directives en ont été données dans la circulaire n° 148 du 21 août 1952, de prévoir que chaque hôpital psychiatrique serait doté d'un bloc chirurgical lui permettant de faire assurer sur place les interventions.

Depuis cette date, les possibilités thérapeutiques propres à la psychiatrie ont sensiblement évolué. Par ailleurs, l'amélioration du dépistage permet de plus en plus d'admettre les malades à l'hôpital psychiatrique dès l'apparition de leurs troubles. Ainsi le malade traité à l'heure actuelle à l'hôpital psychiatrique ne présente-t-il plus les mêmes caractéristiques que le sujet en traitement il y a quelques années. De ce fait, l'hospitalisation temporaire du malade mental à l'hôpital général, en vue d'une intervention ne présente plus, dans la plupart des cas, les inconvénients constatés précédemment.

Ainsi, il semble à l'heure actuelle préférable de prévoir que les interventions chirurgicales seront effectuées à l'hôpital le plus proche. Il suffira, en conséquence, dans la plupart des cas, de prévoir au bloc médical une installation simple, pour faire face aux interventions de petite chirurgie, à la confection des plâtres et, éventuellement dans des cas particuliers, à la pratique d'interventions courantes.

Il faut, cependant, tenir compte de l'éloignement éventuel de l'hôpital psychiatrique par rapport à l'hôpital et de l'importance de la population traitée à l'établissement psychiatrique.

Lorsqu'un bloc chirurgical s'avère indispensable, ce qui sera rare, il devra être conforme aux normes hospitalières en 12 matière. Dans ce cas, il y aura intérêt à créer ce bloc en liaison avec un pavillon d'hospitalisation, afin que le transport du malade après l'opération puisse être effectué sans difficulté.

SECTION III. ABSENCE OU INSUFFISANCE DES LOCAUX NÉCESSAIRES A CHAQUE ÉQUIPE MÉDICO-SOCIALE

II est nécessaire de prévoir pour chaque service médical, un ensemble de bureaux suffisant pour l'équipe médico-sociale appelée à. y travailler, c'est-à-dire : médecin chef, surveillant général, assistante sociale, secrétaire médicale, internes, psychologue. C'est là que s'organise la vie du service, que s'établissent les contacts entre les différentes catégories de personnel et que s'effectuent le classement des archives médicales, certains examens cliniques et la réception des familles par le médecin et ses collaborateurs. Le bureau du médecin chef doit être suffisamment vaste pour permettre les réunions de l'équipe médico-sociale. Une salle d'examen clinique et une salle d'attente doivent être également créées dans cet ensemble.

Diverses formules peuvent être envisagées pour l'implantation de ces « P. C. » médicaux. Ils peuvent être tous groupés au bloc technique. Ils peuvent être au contraire réalisés séparément dans le cadre de chaque service médical ; chacun d'eux est alors créé à proximité d'un des pavillons d'hospitalisation du service médical intéressé ou directement rattaché à un de ces pavillons.

SECTION IV. INSUFFISANCE, INADAPTATION OU VÉTUSTÉ DU PAVILLON D'ADMINISTRATION, DES SERVICES GÉNÉRAUX ET DE L'INTERNAT

§ 1 er .Pavillon d'administration

Dans bien des cas, l'évolution actuellement constatée dans le mouvement de la population des hôpitaux psychiatriques entraîne une insuffisance des locaux affectés à l'administration.

En dehors des bureaux qu'on y trouve généralement, destinés au directeur ou médecin-directeur, économe, secrétaire de direction, etc., il convient de prévoir un bureau pour la mécanographie, un bureau pour l'administrateur provisoire, une pièce pour le secrétaire à la tutelle. Le problème des archives devra également être étudié. Lors de l'étude du pavillon d'administration, il conviendra de ne pas perdre de vue que certains de ces bureaux (directeur ou médecin directeur) doivent être regroupés afin de faciliter au maximum les démarches administratives des familles, notamment lors de l'admission du malade.

Dans ce but, en liaison directe avec ces bureaux, il sera souhaitable d'aménager une petite salle d'attente accueillante et un bureau pour l'hôtesse.

La salle de réunion pour la commission de surveillance devrait pouvoir être affectée à un autre usage entre les séances de cet organisme.

2. —Services généraux.

Rien ne les distingue de ceux qui sont créés dans un hôpital. Il convient d'insister sur le fait que la cuisine doit disposer de locaux de cuisine diététique. Le problème du garage pour le matériel roulant doit être également étudié.

Traditionnellement, un certain nombre de malades ont été appelés à travailler dans les services généraux qui ont conservé de ce fait, une conception peu mécanisée. Compte tenu de l'évolution actuelle des méthodes thérapeutiques, entraînant notamment une rotation accélérée du mouvement de la population, l'utilisation de cette main-d'œuvre va en se réduisant de plus en plus. Il convient donc de prévoir désormais un fonctionnement des services généraux d'hôpitaux psychiatriques identique à celui des hôpitaux.

3. — Internat et logements de personnel divers.

- Internat : il est indispensable de prévoir une salle de garde, une office, une salle à manger et un salon de lecture pour l'ensemble des internes en fonctions dans l'établissement.

D'autre part, les logements des internes doivent être conçus sous la forme d'une juxtaposition de cellules adaptables suivant les besoins (célibataires, ménages sans enfants, ménages avec enfants).

L'importance que revêt l'aménagement d'un internat convenable, au moment où le recrutement d'internes soulève des difficultés particulières, doit être particulièrement soulignée. Les besoins doivent être étudiés sur la base minima de deux internes par médecin-chef.

- Logements de personnel divers : dans le cadre de l'établissement du

plan directeur, il conviendra d'étudier la possibilité de créer des logements pour assistantes sociales, infirmiers et infirmières et élèves infirmiers stagiaires. L'existence de tels logements est, en effet, susceptible dans bien des cas de remédier aux difficultés de recrutement actuellement constatées pour ces catégories de personnel.

SECTION V. CENTRE SOCIAL

C'est là que sont réunies la plupart des possibilités de distractions offertes aux hospitalisés et que doivent se tenir les activités sociales des malades. Le centre social ne doit pas être un endroit que l'on montre aux visiteurs, mais un lieu de vie collective permanente. li ne peut être implanté n'importe où ; son emplacement doit être choisi de telle sorte qu'il devienne effectivement la zone attractive la plus vivante de l'hôpital, avec larges vues sur l'extérieur.

C'est là que les malades trouveront : salon de coiffure, cafeteria, où ils peuvent éventuellement prendre leur repas avec leur famille • éventaires de sucreries, cartes postales, journaux, travaux des malades, etc.

Il comporte aussi des ateliers de travail thérapeutique, une bibliothèque, des salles de jeux bruyants et tranquilles, une salle de conférences et de spectacles, une salle de réunion, la chapelle et, le cas échéant, les locaux réservés aux autres cultes.

— —

Si le centre social se trouve à proximité du terrain de sports comme il est souhaitable, il comprendra en outre une salle de gymnastique et une installation de douches.

Les dispositions architecturales doivent combiner ces divers éléments d'une manière aussi attrayante que possible.

Le problème de la création du foyer du personnel infirmier pourra être étudié à cette occasion, dans le cas où une autre solution n'aurait pu être trouvée.

SECTION VI. PAVILLON D'HOSPITALISATION

§ 1 er .Considérations générales.

Il n'est pas nécessaire de prévoir l'aménagement de services spéciaux pour malades agités, tranquilles, etc., les pavillons sont, sous les réserves indiquées ci-dessous. à moderniser suivant le même schéma, établi d'une façon suffisamment souple pour permettre l'application de toutes les méthodes thérapeutiques.

Deux cas spéciaux sont cependant à prévoir :

— pavillons pour déficients mentaux et séniles.
Cette question est traitée au paragraphe 3 de la présente section ;

— pavillons pour malades difficiles. médico-légaux ou non, répondant à la définition fournie pour la catégorie III visée par la circulaire n° 109 du 5 juin 1950. Ils sont à prévoir sur le plan régional ou plurirégional et n'entrent donc pas dans le cadre de la présente instruction.

Dans certains cas, il a paru précédemment nécessaire d'étudier une conception architecturale spéciale pour l'hospitalisation des tuberculeux et des malades placés en services libres. Compte tenu des observations qui suivent,

cette conception n'a plus à être retenue.

— les malades tuberculeux ne nécessitent pas un pavillon spécialement conçu, les bacillifères en très petit nombre, après un dépistage systématique poursuivi quelques années, étant facilement réunis, durant le temps où ils sont contagieux, dans une unité ordinaire, particulièrement bien choisie pour répondre aux nécessités médicales du traitement et de l'isolement de cette catégorie de malades ;

— services libres . il était apparu précédemment nécessaire, lorsque la création de services libres dans chaque hôpital psychiatrique a été préconisée, de prévoir qu'ils seraient séparés des pavillons du service fermé et qu'ils seraient dotés d'une entrée particulière. Il avait également été précisé primitivement que le service libre organisé dans un établissement ne pourrait être confié qu'à un seul médecin chef de service.

A l'heure actuelle, compte tenu de l'évolution constatée tant dans les pays voisins du nôtre que dans certains hôpitaux psychiatriques de notre pays en ce qui concerne le recrutement des malades et les méthodes d'hospitalisation et de traitement, il s'avère indispensable d'ouvrir au maximum l'hôpital psychiatrique en réduisant progressivement le service fermé à quelques pavillons.

En conséquence, chaque service médical doit comporter un service libre. Dans le cadre d'une modernisation des locaux, aucune distinction n'est à faire sur le plan architectural entre les pavillons du service libre et ceux du service fermé.

Il n'y a plus lieu de rechercher un accès différent pour le service libre.

§ 2.— Principes pour l'aménagement des pavillons anciens

a) Etude des niveaux et des escaliers

Il convient d'étudier chaque pavillon d'hospitalisation jugé comme suffisamment en bon état pour être conservé en vue de le scinder en unités de soins qui ne devront pas dépasser vingt-cinq lits.

Cette étude devra être menée en tenant compte .

1 0 Du nombre de niveaux que comporte le pavillon ; 2 0 Du nombre des escaliers,

1 0 En ce qui concerne les nivecusc :

— aucun bâtiment d'hospitalisation comportant déjà deux niveaux ne pourra être surélevé , — l'aménagement des combles ne pourra être envisagé pour y créer des locaux de nuit que lorsque le pavillon ne comporte qu'un seul niveau et que les chambres particulières ou collectives qui y seraient créées satisferont aux exigences réglementaires en matière d'éclairement et de cubage d'air.

D'autre part, chaque fois que l'aménagement des combles au deuxième étage a été effectué, il conviendra, dans le cadre de l'étude entreprise, de concevoir l'utilisation des locaux pour les malades sur la base du rez-de-chaussée et du premier étage uniquement. Les locaux du deuxième étage pourront être reconvertis, éventuellement en ateliers d'ergothérapie, salles de jeux, etc. dans la mesure où ces locaux disposent d'un cubage d'air et d'un éclairement suffisant. Ils pourront ainsi compenser partiellement l'insuffisance des locaux de jour normalement installés au rez-de-chaussée.

En conformité avec la réglementation concernant la lutte contre l'incendie, les escaliers doivent être en « dur » et non en bois (décret n o 54-856 du 13 août 1954, arrêté du 13 août 1954). Le maintien des situations existantes sur ce point engage gravement la responsabilité de la collectivité propriétaire dans le cas où des accidents se produiraient de ce fait.

Aussi dans bien des cas, la création d'escaliers nouveaux est nécessaire.

Le sectionnement des pavillons en unités de soins, dans les conditions précisées ci-dessous, nécessite également en général la création d'escaliers nouveaux.

L'étude devra donc être effectuée dans chaque cas particulier afin de tenir compte à la fois des exigences techniques et de celles de la protection contre l'incendie.

Enfin, sauf cas exceptionnel, compte tenu de la disposition à deux niveaux retenue, il n'y a pas à prévoir d'ascenseurs.

Des indications complémentaires, concernant des détails d'exécution, sont fournis à ce sujet à l'annexe II, chapitre 1 er .

b) Etude de l'unité de soins

Une unité de soins doit comprendre, outre les locaux d'hospitalisation de jour et de nuit nécessaires à vingt-cinq malades maximum, les pièces médicales et les pièces de service indispensables pour assurer son autonomie de fonctionnement.

1 0 Locaux d'hospitalisation:

Dans la construction des hôpitaux psychiatriques neufs, les normes de

surfaces qui ont été retenues pour permettre la détermination de la capacité d'hospitalisation sont les suivantes :

Chambres collectives 6 rn^2 par malade.

Salle de séjour3 m^2 par malade.

Atelier d'ergothérapie 2 m^2 par malade. Salle à manger 1 m^2 par malade.

Chambre individuelle 9 m^2 par malade.

Le quart des lits doit être organisé en chambres individuelles.

C'est sur ces bases que la modernisation des pavillons existants doit être effectuée pour permettre la mise en œuvre des moyens thérapeutiques actuels dans des conditions satisfaisantes.

L'aménagement des locaux d'hospitalisation doit tenir compte des remarques suivantes .

Chambres individuelles : on recherchera spécialement des solutions rendant impossible l'installation d'un deuxième lit dans la chambre.

Sur la base de la norme rappelée plus haut. une unité de soins de vingt-cinq lits doit comporter au moins six chambres individuelles.

Les deux tiers de ces chambres (soit quatre au moins) doivent comporter un lavabo individuel..

Quelques chambres protégées et surtout insonorisées devront être créées par groupe d'unités de soins, afin de permettre l'isolement momentané d'un malade ou la mise en œuvre d'un traitement particulier.

Chambres collectives : l'étude doit être effectuée de façon à scinder les grands dortoirs existants en chambres de trois à six lits, six lits constituant un maximum à ne pas dépasser.

Elles doivent, dans toute la mesure du possible; être boxées et comporter des armoires individuelles fixes.

– [0] Sanitaires :

Dans chaque unité de soins, les installations sanitaires autres que les lavabos des chambres individuelles sont groupées à proximité des locaux d'alitement et se composent, au minimum, des éléments suivants :

— un lavabo pour trois lits ou fraction de ce nombre ;
— un bidet et une douche pour neuf lits ou fraction de ce nombre ,
— une salle de bains ne comportant qu'une baignoire ;
— un W.-C. pour dix lits ou fraction de ce nombre;
— un bac de lavage pour le petit linge et un séchoir.

– [0] Pièces médicales et pièces de service :

En ce qui concerne les locaux divers nécessaires à l'autonomie d'une unité, les exigences formulées en matière de constructions nouvelles sont les suivantes :

— un bureau de chef de pavillon ,
— une pièce polyvalente ;
— une lingerie avec placards et penderie;
— un vestiaire des malades ; — des placards de rangement nécessaires ;
— un office, situé à côté de la salle à manger, avec si possible, accès direct à l'extérieur. Il devra être conçu de telle facon que certaines préparations culinaires simples puissent y être effectuées et que l'installation d'un frigidaire y soit possible. Le problème du rangement des poubelles, ainsi que des objets usagés, emballages, etc., qui doivent être jetés, doit être particulièrement étudié.

Les exigences qui viennent d'être rappelées en ce qui concerne le nombre des pièces annexées ou des installations nécessaires doivent être prises en considération dans l'étude de l'aménagement de chacune des unités de soins. Il convient, en effet, de tendre, dans toute la mesure du possible, à organiser les pavillons anciens suivant les directives ci-dessus rappelées.

D'autre part, le pavillon neuf de cinquante lits doit comprendre en plus des locaux propres à chacune des deux unités :

— bureau du médecin ,
— salle de réception des familles;

— pièce de traitement ; — vestiaire du personnel.

Il doit être entendu que, en aucun cas, dans le cadre de la modernisation d'un pavillon existant, ces pièces ne pourront être communes à plus de deux unités de soins.

Enfin, un local annexé à chacun des pavillons d'hospitalisation devra être prévu pour le garage des bicyclettes.

c) Etude des extérieurs des pavillons.

Les « cours » des malades devront être aménagées en jardins ; sauf circonstances exceptionnelles tenant à la nature du sol, le revêtement complet en dur (macadam, etc.) de ces jardins est à éviter.

Les « sauts de loups » doivent être supprimés dans tous les services suffisamment évolués. La clôture de ces jardins doit être conçue sous la forme la plus agréable possible. On s'efforcera d'éviter les formes géométriques trop régulières. Les hauts murs sont à proscrire.

Dans toute la mesure du possible, il conviendra d'organiser un jardin popre à chacune des unités de soins du pavillon.

Les détails d'aménagement des cours-jardins sont traités à l'annexe II.

§ 3. — Service des déficients mentaux et des séniles.

Ces pavillons se caractérisent par une construction sur un seul niveau.

Les normes se surface à appliquer en ce domaine sont semblables aux normes générales précisées ci-dessus.

Les conditions dans lesquelles ces services sont éventuellement à créer sont déterminées par la circulaire de ce jour concernant l'organisation de la lutte contre les maladies mentales.

Ces services doivent se trouver à l'écart dans la composition. Ils réunissent ceux qui n'ont jamais été, ou ne sont plus, aptes à la vie mentale, ceux qui relèvent de techniques différentes de celles employées chez « les malades mentaux » proprement dits.

Ils comprennent les locaux : — des enfants arriérés de bas niveau ; — des oligophrènes adultes ; — des malades séniles.

a) Locaux des enfants arriérés de bas niveau, dits inéducables (pour garçons et filles).

La conception architecturale du pavillon des enfants inéducables devra s'inspirer des principes suivants .

Les dispositions des locaux de jour et de nuit permettront de séparer les enfants de chaque sexe en groupes de huit à douze suivant leur âge mental, leur âge physique et leur capacité d'adaptation.

Les sanitaires particulièrement développés seront situés à proximité immédiate de chaque salle de séjour ou d'alitement, afin de nécessiter le minimum de déplacement de la nart du personnel lors des toilettes fréquentes des enfants. Ils comporteront des appareils adaptés à la taille de ces derniers, des cuves de lavage à bonne hauteur pour un usage commode, des réserves de linge.

De même les lingeries et réserves à linge sale avec évacuation facile vers

l'extérieur seront spécialement étudiées.

La large ventilation de tous les locaux ainsi que la possibilité de lavage des sols seront prévues.

Une petite infirmerie mixte sera aménagée en position séparée (IC p. 100 des lits environ). Elle peut être mixte s'il s'agit d'enfants de moins de treize ans, à condition toutefois que filles et garçons de plus de six ans disposent de chambres collectives distinctes.

Enfin, pour l'un et l'autre sexe, une partie des locaux de jour devra être aménagée en « salle de classe » du type jardin d'enfants, avec extension possible vers l'extérieur.

b) Des oligophrènes adultes hommes et femmes.

L'existence de tels services évitera une nouvelle désadaptation lors du passage, du fait de leur âge, des enfants arriérés dans les services d'adultes, lorsque toute réadaptation sociale s'est révélée impossible. Ils empêcheront, d'autre part, une promiscuité souvent néfaste entre oligophrènes et « malades mentaux » et s'inspireront des considérations qui précèdent.

c) Locaux des malades séniles.

L'opportunité de la création d'une section spéciale destinée aux vieillards est un problème technique qui ne peut être résolu d'une façon systématique dans tous les établissements : elle est fonction de la proportion des vieillards dans la population du secteur desservi par l'hôpital psychiatrique.

Si cette proportion n'est pas très élevée, il est possible de répartir les vieillards dans les diverses unités de soins avec les autres malades, quitte à prévoir pour eux à l'intérieur de ces unités des locaux relativement indépendants, l'éventail des âges de la population de l'unité ne fait alors que refléter la situation démographique moyenne.

Il est à noter, en effet, que la proportion de personnes âgées de plus de soixante ans dans la population française s'établit actuellement à 16 p. 100 environ.

Si au contraire la proportion des vieillards est plus importante, le vieillissement de la population des unités entrave la mise en œuvre des thérapeutiques réadaptatives et on doit alors envisager la création à l'hôpital d'une section réservée aux vieillards. Dans ce cas cette section doit comprendre plusieurs unités pour permettre un classement des vieillards selon leur degré de sociabilité.

A titre d'exemple, on trouvera :

— une unité destinée aux vieillards qui restent capables d'un repérage suffisant pour aller et venir sans se perdre — unité à portes ouvertes où pourront être organisées toutes activités correspondantes à l'état physique et aux capacités restantes des malades ;

— une unité de niveau intermédiaire où le jardin devra être clos pour éviter des errances dangereuses et où des activités simples pourront encore être proposées ;

— une unité de bas niveau où les problèmes de sociabilité ne se posent pratiquement plus et où on cherchera seulement à freiner la dégradation et le gâtisme.

Les vieillards sont, dans la population de l'hôpital psychiatrique, ceux qui exigent habituellement le plus de soins physiques — les unités destinées aux

vieillards doivent donc être particulièrement bien pourvues de tout le personnel et le matériel qui est nécessaire pour mettre en œuvre des techniques médicales d'exploration et de soins.

L'aménagement d'unités destinées aux vieillards tiendra compte de leurs handicaps moteurs elles seront toujours construites en rez-de-chaussée, de plain-pied avec le jardin. Les sols seront lavables mais ni froids, ni durs, ni glissants. Les W.-C. comporteront des accoudoirs. Des baignoires assises avec marche d'accès devront être utilisées.

Le mobilier sera choisi en fonction de ces handicaps moteurs — pas de tables. ni de fauteuils bas. Le chauffage sera particulièrement étudié pour tenir compte de la frilosité habituelle des vieillards. Des mains courantes seront prévues dans les couloirs.

Le cadre architectural évitera un modernisme qui écarte le vieillard de tout ce qui lui est familier.

On recherchera une disposition qui tienne compte des difficultés d'orientation du vieillard diminué : les salles de jour, les pièces de couchage, les sanitaires seront proches les uns des autres.

Dans les unités de bas niveau l'aération et la désodorisation seront particulièrement soignées.

Tout en prévoyant bien entendu toutes les installations sanitaires nécessaires, il est préférable d'éviter tout aménagement spécial, tel que tables de lavage qui ont pu être installées dans certains établissements et qui sont plus destinés à s'adapter au gâtisme qu'à rechercher les moyens de le combattre.

On cherchera aussi à éviter aux familles visitant leur malade le spectacle de la déchéance des cohospitalisés et les boxes sont ici plus indispensables que partout ailleurs

MINISTËRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET
DE LA POPULATION

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
PUBLIQUE
7ème bureau.

CIRCULAIRE DU 15 MARS 1960

relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

(Non parue au Journal officiel.)

Circulaires abrogées, modifiées ou complétées : néant.

Le ministre de la santé publique et de la population à Messieurs les préfets, les directeurs départementaux de la santé, les directeurs départementaux de la population, les directeurs administratifs, médecins-directeurs et médecins-chefs des hôpitaux psychiatriques autonomes départementaux privés, faisant fonctions d'établissements publics et des quartiers psychiatriques (pour exécution chacun en ce qui le concerne).

Au cours des dernières années, les données du problème de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales ont, dans notre pays, été sensiblement modifiées. En effet, des thérapeutiques et des méthodes nouvelles ont été mises au point, permettant notamment de réduire sensiblement la durée d'hospitalisation. Des efforts importants ont été entrepris pour améliorer les conditions de vie et de soins des malades hospitalisés notamment grâce à l'ouverture de services libres, à l'augmentation des effectifs du personnel médical, paramédical et soignant, à l'organisation de la formation professionnelle des élèves infirmiers et infirmières. La modernisation des locaux des établissements existants (hôpitaux psychiatriques autonomes, hôpitaux psychiatriques départementaux, quartiers psychiatriques, hôpitaux psychiatriques privés faisant fonction de publics) (1) a été commencée en même temps que la construction d'établissements neufs est progressivement réalisée. Enfin, la mise en place dans chaque département d'un réseau de dispensaires d'hygiène mentale dont le rôle va en s'accentuant, s'est accélérée grâce à la réforme du financement de ces organismes effectuée par le décret du 20 mai 1955.

NOTE. (1) Ces différentes catégories administratives d'établissements ne seront pas distinguées dans le cadre de la présente circulaire ; les termes « hôpital psychiatrique » ou « établissement psychiatrique » seront employés pour désigner indifféremment l'un ou l'autre de ces établissements qui, du point de vue technique, sont exactement comparables.

La conjugaison de ces éléments nouveaux a eu pour résultat .

— de modifier considérablement les caractéristiques présentées par la population admise à l'hôpital psychiatrique ainsi que par la population présente, comparativement à la période écoulée. Non seulement le malade entre à l'hôpital psychiatrique à la suite d'un dépistage effectué de plus en plus précocement au dispensaire, mais

il sort dans un délai beaucoup plus rapide, grâce aux thérapeutiques modernes et à la surveillance de postcure organisée au dispensaire d'hygiène mentale. Par ailleurs, dans la plupart des établissements la sortie de sujets hospitalisés depuis de longues années a pu intervenir ;

— de transformer corrélativement le rôle joué par l'établissement psychiatriques qui, de plus en plus, devient un hôpital spécialisé pour maladies mentales et non plus un « asile » où étaient placées les personnes considérées comme dangereuses pour la société.

Dans ces conditions, l'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure.

Le moment paraît donc venu de faire le point de l'organisation à prévoir pour permettre de réaliser de nouveaux progrès dans la lutte contre les maladies mentales.

La présente circulaire a pour but de définir la politique à suivre dans chaque département, au cours des années à venir, pour permettre la mise en place d'un dispositif mieux adapté et plus efficace que jusqu'à présent, et constituant véritablement une organisation de la lutte contre les maladies mentales.

Ce dispositif consiste essentiellement à diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur de chacun desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance de postcure.

Il va sans dire qu'un tel objectif ne peut être atteint d'emblée ; les difficultés matérielles sont en effet nombreuses et ne pourront se résoudre que peu à peu ; mais chaque département doit prendre conscience très nettement de ce que toutes les réalisations partielles qui pourront être envisagées dans le domaine de la lutte contre les maladies mentales devront désormais s'intégrer dans le cadre du programme général qui sera établi selon les instructions de la présente circulaire. Seule la convergence des efforts dans un sens bien défini permettra de réaliser un jour, et partout, une organisation entièrement satisfaisante.

La détermination de ce programme suppose l'étude préalable d'un certain nombre d'éléments ; elle s'implique en outre un inventaire précis des ressources disponibles et des besoins à prévoir. Ces deux points seront examinés successivement dans les deux premiers chapitres ; un troisième chapitre donnera le schéma détaillé du dispositif à instituer. Enfin, dans un quatrième chapitre seront développées quelques considérations pratiques.

CHAPITRE 1er. — BASE DE L'ETUDE ET DOCUMENTS NECESSAIRES

L'étude de l'organisation à prévoir doit s'effectuer sur la base des besoins et des ressources du département considéré et non sur la base de plusieurs départements ou d'une région.

Le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est en effet de séparer le moins possible la malade de sa famille et de son milieu. Il ne saurait être question, en conséquence, de calculer les besoins d'un département en tenant compte des malades que son hôpital psychiatrique hospitalise actuellement au titre d'autres départements. Par contre, comme il est précisé au chapitre III, à l'intérieur du département, le programme théorique tendra à déterminer plusieurs secteurs géographiques qui devront. être dotés à plus ou moins longue échéance d'un équipement complet en organismes de prévention, d'hospitalisation et de postcure.

Pour établir le programme d'organisation, il convient de disposer d'un certain nombre d'éléments sur la situation démographique et économique du département ; ces éléments sont les suivants :

— Carte du département sur laquelle sera indiqué le ou les hôpitaux psychiatriques existants dans la ou les zones qu'ils ont à desservir ;

— Tableau sommaire précisant la répartition de la population du département par arrondissement et dans les principales agglomérations ;

— Tableau de la répartition par âge de la population du département ;

— Précisions sur les moyens de communication.

Les grandes voies du réseau routier et ferré seront soulignées sur la carte du département.

Toutes indications utiles sur les moyens de communication existant devront' être précisées dans une note annexe.

CHAPITRE II. — INVENTAIRE DES RESSOURCES DISPONIBLES ET DES BESOINS A PREVOIR

Considérations générales.

Dans la plupart des cas, le problème immédiat qui apparaît le plus préoccupant est l'encombrement du ou des hôpitaux psychiatriques existants. A priori, ce problème paraît devoir être aggravé dans l'avenir par l'exécution de travaux de modernisation, à réaliser suivant les directives contenues dans la circulaire séparée concernant le plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens. Ces travaux auront, en effet, pour résultat de réduire d'une façon sensible les possibilités d'encombrement des établissements au-delà de leur capacité réglementaire. Dans certains cas même, à plus ou moins longue échéance, ces réalisations sont susceptibles d'avoir pour résultat de réduire

la capacité réglementaire d'hospitalisation.

C'est pourquoi la construction de lits nouveaux à l'hôpital psychiatrique existant paraît, à première vue, la seule solution permettant de régler les problèmes posés par l'encombrement actuel et à prévoir.
Il n'est pas question de rejeter totalement cette solution a priori et dans tous les cas ; mais on ne doit la retenir, dans les conditions précisées au chapitre IV, qu'après une étude approfondie de tous les problèmes posés par l'organisation de la lutte contre les maladies mentales dans le département.
A cet effet, il convient de déterminer avec une approximation suffisante les besoins actuels et à prévoir du département en matière d'hospitalisation des malades mentaux, en tenant compte sur ce point du dispositif qui doit être organisé pour réduire au minimum le nombre des hospitalisations effectuées et leur durée. Ce dispositif exposé ci-dessous a pour but d'intégrer l'établissement psychiatrique dans un ensemble extra-hospitalier assurant le dépistage, les soins sans hospitalisation et la surveillance de postcure.

SECTION I. Besoins actuels et à prévoir.

A. — HOSPITALISATION

II y a lieu d'envisager successivement le problème des enfants et celui des adultes.

1 ^{0} Enfants.

Deux catégories d'enfants ont leur place à l'hôpital psychiatrique, en raison, soit du fait qu'il s'agit de sujets nécessitant la mise en œuvre de traitements psychiatriques, soit du fait qu'ils relèvent de techniques de rééducation analogues à celles qui sont requises pour le traitement des malades mentaux proprement dits.
— Enfants nécessitant la mise en œuvre de traitements psychiatriques .
11 est indispensable de créer des services de neuro-psychiatrie infantile, où seront traités en service libre les enfants du département d'implantation atteints de troubles mentaux. Le nombre de sujets à prévoir en ce domaine est relativement réduit, et une bonne organisation de ce service doit permettre une rotation rapide. C'est dire que l'importance du nombre de lits à prévoir pour ce type de sujets est faible.
— Enfants relevant de techniques de rééducation :
L'hospitalisation des enfants arriérés profonds du département est du rôle de l'hôpital psychiatrique chaque fois qu'une autre solution ne peut être retenue (établissement spécialisé public ou privé, hospice, etc.).
Les types de services d'enfants répondant à la définition de l'I. M. P. (enfants éducables et semi-éducables) doivent, par contre, de préférence, être créés à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique. Cette solution est souhaitable tant pour le sujet lui-même que pour le fonctionnement de l'établissement psychiatrique.
Cependant, dans l'immédiat, la suppression des I. IVI. P. existant dans le cadre des hôpitaux psychiatriques ne peut être envisagée en raison de l'insuffisance de l'équipement en la matière dans la plupart des départements, à moins que cette suppression ne soit compensée par la création de nouvelles possibilités d'hospitalisation pour les catégories d'enfants intéressées.

De toute manière l'extension de ces I. M. P. ou la création de services de même nature rattachés à des établissements psychia triques doit être évitée dans toute la mesure du possible. En tout état de cause, l'établissement psychiatrique ne doit desservir que les besoins propres au département dans lequel il est implanté.

2 ^{0} Adultes.

L'étude à effectuer doit tenir compte des éléments suivants :

a) Origine démographique des malades.

Il convient tout d'abord d'étudier l'origine démographique de la population traitée à l'hôpital psychiatrique considéré. Cette étude permettra, dans un certain nombre de cas, de voir que, dans un avenir plus ou moins rapproché, l'effectif de la population hospitalière sera sensiblement réduit.
En effet, l'encombrement de certains établissements tient .
soit au fait que le ou les départements voisins ont été jusqu'à présent insuffisamment équipés ou même dépourvus de formation spécialisée : c'est le cas de l'hôpital psychiatrique qui est appelé à desservir en totalité ou en partie plusieurs départements, en vertu d'une convention précédemment passée à cet effet, ou d'un accord tacite ; soit au fait que l'établissement a été appelé précédemment à recevoir par transfert collectif des malades originaires d'autres départements. Un certain nombre de ces malades y restent encore en traitement actuellement, mais il n'est plus prononcé de nouvelles admissions au titre de ces départements.

L'étude entreprise devra faire abstraction de ces malades « étrangers » au département. Il faut rappeler, en effet, que la loi du 30 juin 1838 a fait obligation à chaque département d'assurer l'hospitalisation de ses ressortissants et qu'une collectivité départementale n'a pas à prendre en charge les dépenses entraînées par les travaux d'équipement rendus nécessaires par la présence à l'établissement de malades relevant d'une autre collectivité.
D'ailleurs, dans bien des cas, la mise en service d'hôpitaux psychiatriques en construction ou en cours d'étude permettra d'apporter, dans un délai plus ou moins rapide, la solution à l'encombrement actuel ou à prévoir dans un certain nombre d'hôpitaux psychiatriques existants.

b) Amélioration du « rendement » de l'établissement.

Dans l'étude des besoins tels qu'ils se manifestent actuellement, il conviendra de ne pas perdre de vue que l'aménagement de l'équipement des hôpitaux psychiatriques et le développement des moyens thérapeutiques a pour conséquence, chaque fois que les efforts entrepris en ce sens ont pu être suffisamment poussés, une réduction des durées de séjour et une diminution de la « sédimentation hospitalière».
C'est ainsi que, ces dernières années, l'augmentation de la population hospitalisée, que l'on constatait depuis la fin de la dernière guerre, a pu être, dans un certain nombre de cas, freinée d'une façon très nette ; il a même été possible d'obtenir une réduction légère de l'effectif des malades présents, malgré l'augmentation considérable du nombre des admissions enregistrées au cours de

ces dernières années. C'est ainsi, pour prendre un exemple, que pour tel hôpital psychiatrique, le tableau comparatif suivant peut être dressé :

	1938	1958
Population présente.	728	699
Entrées et réintégrations .	141	781
Sorties définitives. .	88	715

Dans cet exemple, qui est loin d'être unique, on peut donc relever une réduction légère de la population traitée, alors que le nombre des entrées s'est accru de 450 p. 100 pendant la période considérée cependant que le nombre des sorties était augmenté de plus de 700 p. 100.

c) Vieillards.

Dans la détermination des besoins à satisfaire pour les adultes, une place particulière devra être faite au problème des personnes âgées.
En principe, la place des personnes âgées est à leur foyer et, éventuellement, dans les maisons de retraite.
Ce n'est qu'exceptionnellement lorsqu'elles présentent des troubles mentaux relevant de traitements psychiatriques, qu'elles doivent être adressées à l'hôpital psychiatrique. Dans la plupart des cas, une hospitalisation effectuée dans des conditions satisfaisantes, mettant en œuvre les techniques nécessaires, qui réclament d'ailleurs un personnel relativement important, devrait permettre de rendre la personne âgée à son foyer dans un délai relativement rapide.
En tout état de cause, l'insuffisance de l'équipement du département desservi en matière de maisons de retraite ne peut être la justification de besoins élevés en ce domaine à l'hôpital psychiatrique.
Je vous rappelle, par ailleurs, que, ainsi que je l'ai indiqué par circulaire du 24 mars 1956 concernant l'établissement du deuxième plan d'équipement sanitaire, il n'est pas question de créer des « hospices » psychiatriques pour malades chroniques.
3 ^{0} Eléments chiffrés.
La norme arrêtée par les experts de l' O. M. S. concernant le chiffre optimum de capacité d'hospitalisation s'établit, pour les pays d'Europe occidentale, à 3 lits pour 1.000 habitants. Ce pourcentage englobe à la fois les besoins concernant les adultes et les enfants relevant de la neuro-psychiatrie infantile.
L'équipement français s'élève, compte tenu des travaux en cours, à 2,1 lits pour 1.000 habitants sur la base d'une population de 45 millions d'habitants. Or, dans un certain nombre de pays voisins du nôtre, l'équipement disponible dépasse largement la norme visée par 1' O. M. S.
Cet élément doit donc entrer en ligne de compte pour la détermination de l'équipement optimum dont le département doit être doté.

B. PRÉVENTION, TRAITEMENTS AMBULATOIRES ET POST-CURE

Les besoins réels en lits d'hospitalisation doivent être corrigés compte tenu des organismes extra-hospitaliers existants ou à créer grâce auxquels on peut, soit éviter l'hospitalisation, soit la réduire au minimum.
Parmi ces moyens, il faut citer :

— le dispensaire d'hygiène mentale ;
- l'hôpital de jour ; — le foyer de post-cure ; — les ateliers protégés.

1) Le dispensaire d'hygiène mentale.

Le schéma théorique suivant peut être fourni pour un département d'importance démographique moyenne :

Il est nécessaire de prévoir au chef-lieu un centre d'hygiène mentale doté de locaux propres ; il peut être installé soit dans des locaux indépendants, soit, ce qui paraît préférable, dans un dispensaire polyvalent. Ce centre doit fonctionner au minimum quatre fois par semaine. Dans bien des départements le dispensaire, situé à l'intersection de deux secteurs, confié à deux équipes médico-sociales distinctes, devra être conçu de telle façon que ces deux équipes puissent y exercer en même temps.

Dans toutes les villes de plus de 20.000 habitants, un dispensaire doté de locaux individuels dans un dispensaire polyvalent est également à prévoir. Suivant l'importance de la zone desservie, le travail en deux équipes doit, le cas échéant, être prévu.

Dans les départements à densité démographique peu importante, certaines agglomérations de plus de 10.000 habitants et même certains gros bourgs représentant des pôles attractifs pour la population environnante doivent être dotés d'un dispensaire d'hygiène mentale ou d'une section spécialisée dans un dispensaire polyvalent.

Enfin, des consultations doivent pouvoir être assurées dans certaines communes suivant une fréquence variable.

2) Hôpital de jour.

Des établissements de ce genre existent depuis longtemps dans certains pays étrangers (Angleterre, Hollande, Etats-Unis).

Deux sont en cours de création dans la région parisienne.

L'hôpital de jour est un organisme de traitement, où les malades sont traités dans la journée, pour regagner leur foyer chaque soir.

Il est possible de mettre en œuvre dans les établissements de ce genre la plupart des thérapeutiques modernes à l'exception de celles (insulinothérapie par exemple) qui nécessitent une hospitalisation complète des sujets.

La création et le fonctionnement d'un hôpital de jour sont relativement peu onéreux puisque les dépenses purement hôtelières sont réduites, en principe, au seul repas de midi et que la permanence du personnel soignant n'est pas à prévoir de jour et de nuit.

Ce type de formation est appelé, tout au moins dans les grosses agglomérations, à rendre des services extrêmement importants. Permettant la mise en œuvre de la psychothérapie, de la chimiothérapie, etc., le traitement en « hôpital de jour », chaque fois qu'il est possible, évite la coupure entre le malade et sa famille et, partant, la désadaptation sociale du sujet.

La création d'établissements de ce type doit donc être envisagée dans toutes les zones à densité démographique importante. Le fonctionnement financier de ces établissements est à prévoir sur la base d'un prix de journée, comme dans un établissement d'hospitalisation.

3) Foyers de post-cure.

Dans trop de cas, la sortie de certains malades se heurte à des difficultés d'ordre médico-social : parfois le malade est dépourvu de famille, parfois le retour du sujet dans un foyer dès sa sortie présente de sérieux inconvénients. Un milieu de transition est alors nécessaire, pour assurer la réadaptation du malade dans les meilleures conditions possibles.
C'est à cette nécessité que répond le foyer de post-cure.
Conçu sous une forme familiale (20 à 30 lits en moyenne), les malades y trouvent la solution aux problèmes de la vie courante (logement et repas). Ils peuvent, pendant leur séjour au foyer reprendre contact avec leur métier, mais une surveillance médicosociale est exercée pendant cette période de transition sur leur état de santé.

4) Ateliers protégés

Il s'agit d'ateliers où les malades, tout en gagnant leur vie, restent sous surveillance médico-sociale. Ce type d'ateliers peut être créé notamment dans le cadre de l'hôpital de jour ou du foyer de post-cure.
Hôpitaux de jour, foyers de post-cure, ateliers protégés sont des réalisations qui tenteront surtout les organisations privées désintéressées agissant en liaison avec les médecins des hôpitaux psychiatriques, dans le domaine de l'hygiène mentale. Mais rien n'empêche les collectivités publiques intéressées d'en poursuivre elles-mêmes la réalisation.
La mise en place de ces organismes, qui permet de réduire dans une certaine mesure l'importance des besoins en matière d'équipement hospitalier, est peu onéreuse et peut donc, en règle générale, être effectuée relativement facilement.
Le programme d'organisation à établir doit donc insister tout particulièrement sur le dispositif extra-hospitalier à mettre en place en ce domaine.

CHAPITRE 111. ORGANISATION DU DISPOSITIF DE LUTTE CONTRE LES MALADIES MENTALES

Les besoins du département en lits et en organismes de prévention, de traitement et de post-cure étant ainsi déterminés, il convient d'étudier l'organisation à prévoir pour cet ensemble.
Ce problème consiste à examiner la place que doit prendre l'établissement psychiatrique existant dans l'organisation départementale de la lutte contre les maladies mentales et à déterminer les répercussions éventuelles que les mesures adoptées entraîneront, tant sur le fonctionnement de l'établissement que sur l'équipement du département en matière de lits pour malades mentaux.
Les buts à atteindre sont les suivants.
1 ^{0} Entreprendre les soins des malades mentaux à un stade plus précoce, avec de plus grandes chances de succès, et apporter aux anciens malades un appui médico-social efficace leur évitant des récidives. Cette conception entraîne la nécessité de confier à la même équipe médico-sociale la charge du malade en cure hospitalière et en pré et post-cure. Il est, en effet, indispensable que le malade sorti de l'hôpital psychiatrique retrouve au dispensaire, au foyer de postcure, le médecin qui l'a traité à l'hôpital psychiatrique. C'est la condition même pour qu'il accepte cette post-cure. Par ailleurs, nul plus que le médecin de

l'hôpital psychiatrique n'est intéressé au but poursuivi qui est d'éviter des hospitalisations inutiles ;
2^0 Eviter la désadaptation qu'entraîne l'éloignement du malade de son milieu naturel. Il est donc nécessaire que les établissements, qu'il s'agisse de l'hôpital psychiatrique, de l'hôpital de jour ou du foyer de post-cure, soient facilement accessibles pour la population qu'ils desservent.

1. Organisation générale.

Pour atteindre ces buts, l'établissement psychiatrique doit desservir désormais une aire géographique bien délimitée et proportionnée à son importance, appelée Secteur. Dans bien des cas, le secteur desservi par l'établissement psychiatrique sera le département d'implantation. Chaque service ou groupe de services de l'hôpital psychiatrique doit prendre en charge une partie déterminée de ce secteur, que l'on peut appeler « sous-secteur » et qui doit, par ailleurs, être dotée des organismes de traitement, de prévention et de post-cure nécessaires. A titre indicatif, un service de deux cents lits, recevant des malades des deux sexes, comportant son service libre, peut prendre en charge, sur la base de trois lits pour 1.000 habitants fixée par l'Organisation mondiale de la santé, un sous-secteur de 67.000 habitants environ. En fait, les premières années, les populations desservies devront être bien supérieures en nombre, compte tenu du nombre de lits disponibles et de l'insuffisance du nombre de médecins spécialisés.
La notion d'établissement ou de service pour un seul sexe ne peut être maintenue dans ce cadre. Les médecins chefs devront se voir confier un service leur permettant de recevoir les malades des deux sexes qu'ils auront dépistés au dispensaire et qu'ils auront à suivre en post-cure, dans les divers organismes créés (foyers de post-cure, etc.).

Une telle organisation ne soulève aucun problème de principe. Seules des contingences locales peuvent s'opposer à cette modification ou la retarder. Cette question ne devra pas être perdue de vue, de façon à ce que, chaque fois que cela s'avérera possible et, notamment, à l'occasion d'une redistribution des services, rendue nécessaire pour l'arrivée d'un nouveau médecin chef, elle trouve une solution conforme aux présentes instructions.
Dans le cas où, dans l'immédiat, cette solution ne peut être retenue, une liaison étroite devra être assurée entre les deux médecins-chefs qui seront appelés à effectuer des consultations dans le même sous-secteur,
Dans cette organisation, le médecin du service d'hospitalisation qui assure les consultations d'hygiène mentale et prend en charge des organismes extrahospitaliers visés au chapitre II, travaille également en équipe avec le personnel propre au service (assistantes sociales, psychologues, secrétaires, etc.). La caractéristique de la politique de secteur est que chaque membre de l'équipe extra ou intrahospitalière a des contacts quasi journaliers avec tous les autres.
Ainsi est réalisée de la façon la plus satisfaisante la continuité des soins ; chaque fois que cela est possible, l'hospitalisation ou la réhospitalisation est évitée ; l'insertion ou la réinsertion du malade est faite dans les meilleures conditions, grâce à la connaissance que l'équipe médico-sociale a pu acquérir, non seulement du malade, mais encore du milieu économique et social du secteur et, notamment, des ressources de logement et des diverses possibilités

d'emploi qu'il offre.

11. Cas particuliers.

Dans certains cas, il a été créé dans le département un poste de psychiatre départemental, chargé des dispensaires d'hygiène mentale. Parfois également, un service de neuropsychiatrie fonctionne dans un centre hospitalier. Enfin, dans certains départements, il a été fait appel à des médecins de clientèle privée pour assurer certaines consultations d'hygiène mentale.

Il convient d'intégrer ces activités dans l'organisation de secteur qui doit être mise en place, compte tenu des remarques ci-après :

a) Psychiatre départemental.

Dans la plupart des cas, ces postes ont été créés dans des départements dépourvus d'hôpitaux psychiatriques et pour pallier provisoirement, dans une certaine mesure, cette absence d'équipement spécialisé.

Lors de la création de l'établissement, il convient d'examiner si le maintien du poste est nécessaire, compte tenu du nombre de médecins affectés à l'hôpital psychiatrique.

Dans le cas d'un département d'importance démographique moyenne, qui sera doté d'un équipement satisfaisant en lits pour malades mentaux et en personnel médical, le maintien du poste en tant que psychiatre départemental ne sera pas envisagé, les praticiens attachés à l'établissement pouvant assurer, dans le cadre défini ci-dessus, le fonctionnement des consultations d'hygiène mentale.

Dans le cas de départements importants par leur densité démographique ou lorsque la création du poste de psychiatre départemental sera intervenue ou est envisagée pour pallier certaines contingences locales, deux cas seront à distinguer :

La création du poste a été rendue nécessaire par le besoin d'intensifier les consultations pour adultes :

Premier cas : il est indispensable que l'activité du titulaire du poste s'intègre dans l'organisation de « secteur » précédemment définie. Il doit donc d'abord être chargé d'un service d'adultes à l'hôpital psychiatrique et assurer les consultations du secteur correspondant à l'importance de son service.

Il sera chargé, en plus de certaines tâches extra-hospitalières dans le cadre de la lutte contre les maladies mentales sur le plan départemental (consultations anti-alcooliques, consultations d'hygiène mentale proprement dites, etc.). Ces tâches devront s'intégrer dans la politique générale du secteur. Compte tenu de ce surcroît d'attributions, le service dont il sera chargé dans le cadre de l'hôpital psychiatrique et dans son prolongement extra-hospitalier pourra être réduit par rapport à celui confié à ses collègues de l'établissement.

Deuxième cas. Le psychiatre départemental est essentiellement chargé de consultations pour enfants :

L'intéressé doit alors, parallèlement, être chargé d'un ou plusieurs établissements pour enfants inadaptés du département et notamment du ou des services d'enfants entrant dans les catégories visées au chapitre II, existant éventuellement à l'hôpital psychiatrique.

Son activité en consultations d'hygiène mentale pour adultes, dans le cas où elle resterait nécessaire, devra s'intégrer dans le travail confié à un des médecins chefs de l'hôpital psychiatrique.

b) Service de neuro-psychiatrie.

(Bien entendu, les services de cliniques des villes de faculté, qui doivent assumer un rôle très particulier, ne sont pas visées par les directives qui suivent.)

Il convient d'examiner dans chaque cas la possibilité d'harmoniser l'activité du service de neuro-psychiatrie avec l'activité de secteur organisée à partir des services de l'hôpital psychiatrique.
Certes, le service hospitalier de neuro-psychiatrie ne pourra pas, dans certains cas, assurer le traitement de tous les malades mentaux d'un secteur déterminé. Il convient donc d'étudier une formule souple qui permette, en confiant à ce service des fonctions particulières pour le traitement hospitalier de certains malades dans un secteur donné, de faire participer le chef de ce service aux tâches extra-hospitalières de ce même secteur en étroite liaison avec le médecin de l'hôpital psychiatrique qui recevra des malades de même origine démographique qui ne pourraient être traités, en raison de l'importance de leurs troubles, dans le service de neuro-psychiatrie. Cette conception s'oppose donc d'une façon absolue au fonctionnement du service de neuro-psychiatrie en service de triage.

Dans tous les cas où il existe, dans le département, un service hospitalier de neuro-psychiatrie et un hôpital psychiatrique, le directeur départemental de la santé devra se pencher tout particulièrement sur le problème de la coordination entre ces deux services, dans l'esprit des indications qui précèdent.

c) Médecins de clientèle privée.

Compte tenu de l'insuffisance numérique du personnel médical de l'hôpital psychiatrique du département, susceptible d'effectuer des consultations d'hygiène mentale, il a été parfois fait appel à des médecins de clientèle privée pour assurer des dispensaires.

Cette activité doit, de la même façon, être intégrée dans le travail confié aux équipes desservant chaque secteur du département.

CHAPITRE IV. SOLUTIONS PRATIQUES ET MODALITES D'ETABLESSEMENT DU PROGRAMME

1. Solutions pratiques.

L'étude effectuée pour déterminer, dans le cadre de l'organisation du secteur à prévoir, l'équipement optimum en lits et en organismes divers de prévention, de traitement et de postcure fera apparaître la nécessité de la création de nouveaux dispensaires, de foyers de postcure, d'hôpitaux de jour, et permettra par ailleurs de déterminer le nombre de lits d'hospitalisation dont le département doit disposer.

a) Organismes extra-hospitaliers.

Aucun département ne peut se considérer comme étant dans une situation satisfaisante à cet égard ; partout ces organismes doivent être développés, ou même créés de toutes pièces.

Même dans les départements où le problème de l'hospitalisation des malades semble devoir être prochainement résolu (par exemple par la construction d'un hôpital psychiatrique neuf, ou par le rapatriement devenu possible des malades étrangers au département hospitalisés jusqu'alors à l'hôpital psychiatrique) le problème de la mise en place d'un dispositif extra-hospitalier satisfaisant reste encore entier.

Ce n'est qu'au prix de la création de ce dispositif que l'hôpital psychiatrique pourra éviter un encombrement progressif. Il ne faut pas perdre de vue que la plupart des malades mentaux posent des problèmes médico-sociaux importants qui ne sont pas réglés par l'hospitalisation, et même que l'hospitalisation rend plus aigus encore. L'absence du dispositif extra-hospitalier nécessaire, soit en interdisant, soit même simplement en retardant la sortie de ces malades, entraînerait inéluctablement à plus ou moins brève échéance une surpopulation de l'hôpital psychiatrique, annihilant ainsi les efforts faits par la collectivité.

J'insiste sur le fait que la mise en place des organismes extrahospitaliers ci-dessus énumérés, en liaison avec les services d'hospitalisation, est un élément très important de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales ; tant que ces organismes n'existent pas, les soins dispensés par l'hôpital ne peuvent être qu'incomplets.

b) Equipement en lits.

Il est bien évident que, sur le plan général, malgré la mise en place des organismes de pré et postcure et l'accélération du « rendement » des hôpitaux psychiatriques, le nombre de lits dont notre pays dispose pour l'hospitalisation des malades mentaux est très insuffisant. Dans bien des départements le hiatus restera marqué entre la population hospitalisée à prévoir et le nombre de lits modernisés dont l'hôpital psychiatrique disposera.

En règle générale, la meilleure solution consistera à construire ces lits nouveaux non par extension de l'établissement existant, mais par création d'une nouvelle formation spécialisée à un autre pôle

démographique du département, soit sous la forme d'un hôpital psychiatrique départemental, voire privé faisant fonction de public, si le nombre de lits nécessaires est égal ou supérieur à 300, soit sous la forme d'un quartier psychiatrique rattaché à un hôpital général si ce nombre est inférieur à 300, et dans la mesure où la structure de l'hôpital s'y prête. Cette dernière formule présente à la fois l'intérêt d'être relativement économique en ce qui concerne la construction et de faciliter le « quadrillage » souhaitable à l'organisation de la politique de secteur.

Lorsqu'on s'orientera vers la création d'un quartier psychiatrique ne comportant qu'un nombre de lits restreints, il ne faudra pas perdre de vue que cet organisme devra être mis en mesure de traiter la totalité des malades mentaux du secteur qu'il desservira et non pas seulement une certaine catégorie d'entre eux ; autrement dit, la formule des services d' « aigus » rattachés à un hôpital général déversant leurs « chroniques » sur l'hôpital psychiatrique départemental est à proscrire.

Ce n'est qu'après l'étude de cette organisation future des soins aux malades mentaux dans le cadre du département que l'on pourra déterminer la capacité réglementaire vers laquelle tendra l'hôpital psychiatrique existant à travers la réalisation de son plan directeur de modernisation.

Dans certains cas, la construction de nouveaux pavillons à l'hôpital psychiatrique existant sera envisagée pour assurer le « volant » nécessaire à la modernisation des pavillons anciens. Ces réalisations ne pourront être envisagées qu'avec prudence, et seulement dans la mesure où elles ne risquent pas de gêner la réorganisation de l'équipement psychiatrique du département.

11. — Modalités d'établissement du programme

Le programme d'équipement et d'organisation du département, fixant les buts à atteindre pour doter le département d'un dispositif extra et intra-hospitalier suffisant sera établi, suivant le cas, dans les conditions suivantes :

– Département pourvu d'un ou plusieurs hôpitaux psychiatriques.

Ce programme sera proposé par les médecins chefs de service. Il sera établi par le directeur départemental de la santé, assurant la coordination entre les différents points de vue exprimés.

– Département dépourvu de tout équipement psychiatrique et doté d'un psychiatre départemental

– Le programme sera proposé par le psychiatre départemental. 11 sera établi par le directeur départemental de la santé.

c) Département dépourvu d'hôpital psychiatrique et ne comportant pas un poste de psychiatre départemental.

Le programme sera établi par le directeur départemental de la santé.

Dans les trois cas visés ci-dessus le programme devra bien entendu être arrêté par le préfet et adopté par le conseil général.

Aux termes de cette procédure, il me sera soumis pour approbation par les soins de l'autorité préfectorale, accompagné des renseignements visés au chapitre I[er].

Mes services sont à votre disposition, dans le cas où des problèmes particuliers seraient à régler, pour vous donner tous les conseils qui vous seraient utiles pour l'établissement de ce programme, préalablement à sa présentation -devant le conseil général.

Au moment où l'importance prise par les maladies mentales parmi les fléaux sociaux apparaît chaque jour plus préoccupante, j'appelle tout particulièrement votre attention sur l'intérêt qui s'attache à ce que l'étude qui est demandée soit effectuée dans le plus court délai possible.

Le ministre de la santé publique,
CHENOT

Modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et tes toxicomanies.

Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale,

Vu les dispositions du code de la santé publique, et notamment le livre 111, titres IV, V et VI ;

Vu ka loi n [o] 68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier en son article 25 ;

Vu la loi n [o] 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière ;

Vu le décret n [o] 61-848 du 24 août 1961, modifié par le décret n [o] 70-198 du 11 mars 1970, relatif au recrutement, à la nomination et au statut des praticiens à plein temps des établissements hospitaliers publics ;

Vu l'arrêté du 20 septembre 1971,

Arrête :

Art. I [L]". L'organisation du service public de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies est fixée par un règlement départemental, pris par arrêté préfectoral, après avis du conseil général, et consultation du médecin inspecteur régional de la santé ainsi que des représentants des institutions et du personnel appelés y participer.

Art. 2. Le règlement départemental détermine dans le cadre de la carte sanitaire établie par le ministère de la santé publique et de la sécurité sociale, la division du département en secteurs géographiques de psychiatrie générale de base et de psychiatrie infanto- juvénile. II prévoit éventuellement des modalités particulières adap• tées aux nécessités spécifiques de la lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

En raison de circonstances locales, certaines zones frontières d'un département pourront être rattachées des départements voisins.

Art, 3. En vue de répondre aux besoins de la population et d'assurer la continuité des soins aux malades, de la prévention à la postcure, le secteur doit comporter une équipe pluri-disciplinaire placée sous la responsabilité d'un médecin psychiatre chef de secteur, ainsi que des institutions hospitalières et extra-hospitalières diversifiées. Ces dernières peuvent desservir plusieurs secteurs.

Toutes dispositions seront prises pour une utilisation optimale des organismes sectoriels et intersectoriels et pour l'établissement de liaisons étroites entre, d'une part, les équipes et organismes éventuellement spécialisés, d'autre part, les équipes sectorielles.

Art. 4. — La responsabilité technique du médecin chef de secteur s'exerce dans le respect des prérogatives du département en matière d'organisation de la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies, et de celles de la commission administrative et du directeur en ce qui concerne l'activité hospitalière.

Art. 5. — Pour chacun des secteurs une convention est passée entre le département et l'hôpital appelé à apporter son concours à la mise en place et au fonctionnement de la sectorisation (annexe).

Cette convention fixe notamment :

L'effectif médical et paramédical de chaque équipe de secteur ; Les établissements, services ou organismes que le département et l'hôpital mettent à la disposition du médecin chef de secteur pour accomplir ses tâches de prévention, de soins et de postcure, ainsi que ceux dans lesquels il peut être amené à intervenir ;

Les obligations de services des médecins chefs de secteur et éventuellement des personnels participant au fonctionnement du secteur ;

Les dépenses que les cosignataires (département et hôpital) se rembourseront.

Art. 6. — Les activités de secteur ne peuvent donner lieu à rémunération supplémentaire.

En attendant que soit réalisé l'équipement optimum de chaque département, en personnel et en institutions, les médecins chefs, leurs assistants et adjoints, devront assumer la charge de plusieurs secteurs, selon des divisions géographiques adaptées aux circonstances du moment.

Ladite convention n'est pas exclusive de conventions complémentaires que les cosignataires pourraient, soit ensemble soit individuellement, conclure avec d'autres établissements, services ou organismes concourant à la• lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme ou les toxicomanies, pour préciser les modalités d'intervention de l'équipe et leurs incidences financières.

Art. 7. — Le présent arrêté sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 14 mars 1972.

ROBERT BOULIN.

PROJET DE CONVENTION DE SECTEUR

Convention entre le département de représenté par le préfet. et l'hôpital de représenté par le directeur.

Vu l'arrêté préfectoral du portant règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies ;

Vu la délibération en date du de la commission administrative de l'hôpital de il est convenu et arrêté ce qui suit :

Article I [er].

Le département de et l'hôpital de assurent conjointement le fonctionnement médical, administratif et financier du secteur de psychiatrie générale (ou de psychiatrie infantile) n [o] fixé par l'arrêté préfectoral du

Article 2.

Le département met à la disposition dudit secteur les moyens du service départemental d'hygiène mentale et, le cas échéant, des organismes conventionnés, mentionnés sur la liste annexée au présent arrêté.

Article 3.

L'hôpital de met à la disposition du secteur le service X pour l'hospitalisation des malades adultes résidant dans ce secteur.

(Ou « le service Y pour l'hospitalisation des enfants et adolescents »...) (i).

A titre provisoire il devra répondre avec les moyens dont il dispose aux demandes de malades relevant de secteurs non encore pourvus de t'équipement utile et, le cas échéant, à celles émanant de personnes sans domicile connu ou en déplacement.

Article 4.

Le médecin chef de secteur assisté d'une équipe assure la pleine responsabilité médicale et technique du secteur tant pour sa partie hospitalière que pour sa partie extra-hospitalière, dans les conditions précisées à l'article (2) du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies et en se conformant au tableau de service figurant en annexe.

Article 5.

L'effectif médical et paramédical de l'équipe de secteur est fixé comme suit :

Article 6.

Le département s'engage à rembourser à l'hôpital les dépenses supportées au titre de l'activité extra-hospitalière.

Celles-ci comprennent :

Frais de personnel. Rémunération des psychiatres, rémunérations des membres de l'équipe appartenant au personnel hospitalier (assistantes sociales, infirmières, psychologues, etc.), le cas échéant rémunération du personnel de la pharmacie, du personnel administratif, du personnel des services généraux, primes de service, sécurité sociale, charges sociales, indemnités représentatives de frais, frais divers de personnel (un état de ce personnel est joint à la présente convention).

Les produits consommés. Matières et fournitures consommables, produits pharmaceutiques et de laboratoire, et les prestations de service correspondantes.

Impôts et taxes.

Travaux, fournitures et services' extérieurs, primes d'assurance.

Transports et déplacements.

Frais divers de gestion.

Frais financiers. Intérêt des emprunts, amortissements provisions.

(I) Ou, selon les cas : des secteurs n [o] X et Y ou du secteur no et des cantons de

(2) II s'agit de l'article 4 de l'arrêté ministériel

Comptes de la classe 8. Charges imputables aux exercices antérieurs, charges exceptionnelles, dotation au fonds de roulement.
Ces prévisions de dépenses et de recettes font l'objet d'un budget annexe dans la comptabilité de l'hôpital.
Le compte administratif de l'établissement comportera une section correspondant à la gestion des services mis à la disposition du département.

Article 7

Le département fera trimestriellement à l'hôpital une avance des frais précisés ci-dessus correspondant aux deux tiers du montant de la dépense du trimestre précédent.

Article 8.

Le département contractera une assurance responsabilité pour la couverture de l'ensemble des risques encourus par le personnel ou de son fait appelé à exercer son activité dans le cadre de l'organisation prévue par le règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies.

Article 9.

La présente convention est conclue pour la durée d'une année et renouvelable par tacite reconduction. Elfe ne pourra être valable ment résiliée que sur préavis de six mois au maximum.

Circulaire du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies.

Paris, le 14 mars 1972.

Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale à messieurs tes préfets de région, les préfets des départements, les chefs des services régionaux de l'action sanitaire et sociale, tes médecins inspecteurs régionaux de la santé, les directeurs départementaux de l'action sanitaire et sociale et tes médecins inspecteurs de la santé (pour exécution).

Circulaires complétées :

N O 133 du 20 mai 1955 (Sur les dépenses d'hygiène mentale), n o 310 du 15 mars 1960 (Programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales et l'alcoolisme), n o 208 du 28 mai 1963 (Préparation du V e Plan d'équipement sanitaire), 27 août 1963

(Arriérés profonds et déments séniles), n o 8 du 8 janvier 1969 (Recensement de l'équipement des secteurs), n o 12 du 24 janvier 1969 (Bisexualisation des hôpitaux psychiatriques),20 août 1970 (Constructions normalisées industrialisées), n o 99 du 4 septembre 1970, chapitre 2 (Au sujet du statut des praticiens à plein temps des établissements hospitaliers publics de 2 e catégorie), n D 148 du 18 janvier 1971 (Elaboration de la carte de l'équipement psychiatrique), n o 1575 du 24 septembre 1971 (Personnes âgées).

De nombreuses directives, rappelées ci-dessus, vous ont déjà fait part de la politique sanitaire à appliquer en vue de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales et l'alcoolisme, organisation dont les contours, à la lumière d'expériences encore récentes, se sont peu à peu précisés et dont l'apport se révèle indéniablement bénéfique, tant pour les malades que pour la collectivité.
L'intervention de textes récents nous oblige à prévoir une organisation basée sur un règlement départemental dont les grandes lignes ont été tracées par l'arrêté du 14 mars 1972 et qui sera complété par des conventions de secteur.

Il me paraît nécessaire d'accompagner l'arrêté précité et le modèle de convention qui y est annexé du rappel de quelques notions de base, et de quelques commentaires.

I. — La sectorisation

1. La sectorisation constitue un des éléments essentiels de ra politique sanitaire à appliquer en vue de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales et l'alcoolisme. Avec le développement des toxicomanies au cours de ces dernières années, elle concerne également les soins aux toxicomanes, pour lesquels le recours au médecin psychiatre est souvent nécessaire.
L'attachement des autorités sanitaires à cette politique a d'ailleurs été affirmé et réaffirmé depuis plus de dix ans.
La loi n o 68-690 du 31 juillet 1968, en son article 25, pose les principes de la coordination des actions de prévention, de traitement et de postcure.
Le décret n Q 70-198 du 11 mars 1970 (modifiant le décret n o 61-946 du 24 août 1961) concernant le statut à plein temps des praticiens des hôpitaux de catégorie se réfère au secteur dans son article 4, et par mes circulaires du 4 septembre 1970 et 18 janvier 1971 j'ai insisté sur la nécessité de procéder à la mise en place de la sectorisation.
Enfin, l'obligation de classement des services hospitaliers en I er et 2 e groupe, selon les critères dégagés par l'arrêté interministériel du 20 septembre 1971 (paru au Journal officiel du 25 septembre 1971) commande une détermination juridique nette de l'organisation départementale.

Le « secteur » constitue la base du service public destiné à répondre à la demande de soins de la population qui y réside.
C'est donc tout d'abord une aire géographique tenant compte des conditions démographiques à l'intérieur de laquelle est organisée la distribution des soins psychiatriques aux malades qui en ont besoin. Ceux-ci sont soit des consultants externes, soit des hospitalisés dans les hôpitaux généraux, ou dans les hôpitaux psychiatriques, ou dans les hospices, ou dans tous autres établissements.
Le secteur est constitué de divers services destinés à permettre l'exercice des activités de prévention, de cure (y compris les traitements ambulatoires) et de post-cure que nécessite l'état du malade. li est confié à un médecin psychiatre chef de secteur qui a la responsabilité d'une équipe composée de médecins, assistantes sociales, psychologues, infirmières, etc. Outre les soins, ce médecin, assisté de l'équipe, doit assurer les liaisons utiles avec tous ceux qui peuvent contribuer à la réadaptation et la réinsertion sociale des malades et, notamment, les médecins praticiens, les services sociaux de base, le service unifié de l'enfance, les médecins conseils de la sécurité sociale, les employeurs et les services de reclassement professionnel, les mouvements d'anciens malades, l'appareil judiciaire le cas échéant, etc. (une note annexe fournit quelques précisions sur l'équipe).

2. Création du secteur :

La création du secteur est un acte important. Jusqu'à présent, le programme d'organisation départementale (P. O. D.) déterminant le nombre et la répartition des secteurs résultait d'une simple délibération du conseil général approuvant les propositions du préfet établies en accord avec l'administration centrale. L'objectif de ce programme était de déterminer te découpage des secteurs et leur équipement en lits et places.
Désormais, selon les dispositions de l'arrêté ministériel du 14 mars 1972, il fera l'objet d'un véritable règlement d'ensemble, déterminé par arrêté préfectoral, et concernant aussi bien les modalités administratives, techniques et financières de fonctionnement du service de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies que• l'équipement en locaux.
La portée du règlement départemental est donc beaucoup plus large que celle du P. O. D.
L'existence officielle de ce règlement permettra notamment l'intervention de conventions de création de secteur réglant les échanges de services et les prestations financières entre les organismes impliqués.
Le découpage sectoriel et l'équipement envisagé qu'il s'agisse de secteurs de psychiatrie générale ou d'intersecteurs de psychiatrie infanto-juvénile — devront se faire dans le cadre de la carte sanitaire, elle-même établie dans des conditions qui seront définies ultérieurement, en application de l'article 44 de la loi n ^{o} 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. En attendant, l'avis technique du médecin inspecteur régional de la santé sera toujours requis, et c'est le P. O. D. approuvé qui servira de base. D'autre part, il conviendra de ne pas perdre de vue la nécessité d'une harmonisation progressive du secteur psychiatrique avec les différents types de secteurs sanitaires ou sociaux existants ou à créer.
Je crois devoir souligner que la mise au point du règlement départemental, objet d'études attentives de la part des instances intéressées, nécessitera de larges consultations, à l'initiative du directeur départemental de l'action sanitaire et sociale et du médecin inspecteur départemental de la santé, notamment des médecins et des représentants des hôpitaux. Souvent, il y aura également intérêt à prendre l'avis des représentants du personnel et d'institutions appelées à concourir à l'application de la politique de secteur.
Il semble en effet que le bon fonctionnement d'un organisme aussi complexe que le secteur nécessite un large consensus des participants.
Je ne verrais par ailleurs que des avantages à ce que, au plan de la région, des commissions techniques, en permettant des rencontres de médecins, de directeurs d'hôpitaux, facilitent les échanges de vues sur les problèmes de l'organisation des soins, des équipements et des personnels. Dans une discipline qui ne comporte pas de consultants régionaux, mais où la mise en place des structures va soulever de nombreux problèmes, il me paraît utile qu'un organisme Qualifié puisse donner des avis et préconiser des solutions marquées, pour une région, d'une certaine unité de vues. Il est demandé aux médecins inspecteurs régionaux de la santé, en liaison avec les chefs des services régionaux de l'action sanitaire et sociale, de

prendre toutes initiatives en ce domaine.
Le règlement départemental de sectorisation comportera en annexe une carte des secteurs sur laquelle seront portés les établissements, services et organismes utilisés directement par les équipes pour accomplir leurs tâches de prévention de soins et de post-cure, ainsi que ceux dans lesquels lesdites équipes peuvent être amenées à intervenir.
II devra, en attendant que soit atteint l'équipement optimum en institutions et en personnel, prévoir des étapes intermédiaires de façon que la totalité du département soit desservie par l'organisation mise en place.

Outre qu'elles sont indispensables, les indications précises sur I organisation de chaque secteur permettront aux médecins psychiatres de service public de poser leur candidature à un poste en connaissance de cause.
La gestion des secteurs peut être envisagée selon des modalités diverses, exposées dans la note annexe n ^{o} 2.
Elle est en tout cas fortement conditionnée par les conventions examinées dans le chapitre ci-après.

— LES CONVENTIONS

Pour chaque secteur, ka convention de base est conclue entre le préfet (direction départementale de l'action sanitaire et sociale) et le directeur de l'hôpital dans lequel se trouve le service de psychiatrie. Je précise bien que l'hôpital peut être soit un centre hospitalier, soit un hôpital psychiatrique, soit un centre hospitalier et universitaire, même dans le cas où, ne possédant pas encore de locaux d'hospitalisation de psychiatrie, l'hôpital assure La charge d'un médecin psychiatre chef de secteur. Les deux cosignataires pourront signer à leur tour une convention avec d'autres établissements hospitaliers ou institutions privées situés dans le secteur. Ces établissements rembourseront soit à l'hôpital, soit au département les dépenses entraînées par les prestations de service dont ils sont bénéficiaires.
Un modèle de convention se trouve annexé à l'arrêté du 14 mars 1972 ainsi que le prévoit l'article 4 du décret n ^{o} 70-198 du 10 mars 1970.

J'attire votre attention sur le fait que les conventions à passer devront être conçues de telle sorte qu'elles ne jettent pas l'exclusive contre ce qui existe déjà, et qui souvent, à côté de l'hôpital et des dispensaires, comprend des organismes privés. à but non lucratif et comporte le concours de médecins d'exercice libérai, de psychologues et rééducateurs rémunérés à la vacation.
De telles ressources constituent un apport utile à un service dont l'équipement en personnel et en établissements est généralement déficitaire. Mais l'intérêt de cet apport serait très accru si certaines actions ne faisaient jamais double emploi.
C'est pourquoi les conventions vous aideront à faire entrer dans un ensemble ordonné et cohérent des organismes qui, tout en pouvant rester « intersectoriels » comme ce sera bien souvent le cas, devront s'intégrer dans le dispositif d'ensemble et établir des relations étroites de complémentarité (et non de concurrence) avec le service public,
Il vous appartiendra d'ailleurs de refuser le concours financier du budget départemental d'hygiène mentale aux institutions ou services qui continueraient à agir isolément, en ordre dispersé •et hors du cadre d'ensemble.
Les médecins vacataires s'intégreront également à l'équipe de secteur et l'on ne devra plus voir des dispensaires assurés, par roulement, par les différents médecins à temps plein ou à temps partiel qu'utilise le département, afin de sauvegarder une illusoire égalité entre les médecins, au détriment de l'intérêt des malades. Quant au personnel paramédical, il devra avoir la possibilité de suivre les malades dont il a la charge et de connaître leur évolution, où que soient ces malades.
Les conventions seront périodiquement révisées, au fur et à mesure de la mise en place de locaux et de personnel qui s'effectuera dans le cadre des dispositions arrêtées par le règlement départemental.

II. — EN TERMINANT, JE VOUDRAIS ÉVOQUER QUELQUES POINTS PARTICULIERS

1. Problème des hôpitaux.

J'insiste afin que les hôpitaux généraux, et notamment les hospices, soient associés au secteur. De nombreuses hospitalisations dans les services de psychiatrie seraient évitées si les médecins psychiatres, appelés par leurs confrères, allaient voir les malades dans les services de médecine. De même, il est indispensable que les médecins psychiatres assurent des visites régulières dans les hospices maintenant dénommés maisons de santé ou de cure médicale, où, éventuellement, des centres de géronto-psychiatrie devront être créés ainsi que le recommande la circulaire n° 1575 du 24 septembre 1971 Trop souvent, les médecins attachés à ces établissements ou à des services de médecine envoient des vieillards atteints de troubles caractériels sur les hôpitaux psychiatriques alors que ces malades requièrent des soins médicaux que les hôpitaux psychiatriques ne peuvent pas leur donner. Désormais, aucun malade ne devrait sauf urgence être évacué d'un hôpital ou d'un hospice sur un hôpital ou service de psychiatrie sans l'avis préalable du médecin psychiatre qui assure les visites régulières de ces établissements.

J'ajoute que, dans nombre de maisons de santé ou de cure médicale, aussi bien que dans les unités de géronto-psychiatrie, il serait opportun d'utiliser du personnel psychiatrique, ou de former du personnel aux techniques de relation avec les vieillards atteints de troubles mentaux.

1. La psychiatrie infantile.

Pour la psychiatrie infantile et l'organisation des inter-secteurs permettant des actions plus spécifiques en faveur des enfants et adolescents, il convient de vous reporter aux directives de ma circulaire déjà citée n° 99 du 4 septembre 1970 (chap. 2).

Toutefois, cette organisation soulevant des problèmes délicats en raison de la multiplicité d'organismes s'occupant d'enfants sans unité de vues ni souvent conscience des problèmes se posant au moment où les enfants atteignent l'âge adulte, une autre circulaire vous apporte les informations utiles.

2. Les services spécialisés.

Tout en reconnaissant la valeur des services sectoriels de psychiatrie générale, il m'est arrivé de préconiser la création de réseaux spécialisés, pour les alcooliques notamment. Nul ne peut discuter l'intérêt de ces services spécialisés, qui facilitent la recherche et permettent l'évolution des thérapeutiques.

En premier lieu, la loi du 15 avril 1954, dont je regrette qu'elle soit encore peu ou pas appliquée, a prévu la création de centres ou sections de rééducation pour alcooliques, autonomes (il en existe un) ou annexés à des hôpitaux généraux ou psychiatriques.

En second lieu, devant la surcharge des équipes de secteurs (parfois réduites à un médecin venant de l'hôpital et une assis. tante sociale départementale), il est apparu que celles-ci ne pouvaient faire face de façon satisfaisante aux nécessités de post-cures longues et difficiles, sans lesquelles la rechute après désintoxication est quasi fatale. C'est pourquoi je vous ai engagé à constituer une équipe d'infirmiers chargés de suivre les buveurs désintoxiqués après leur sortie de l'hôpital, de bons résultats ayant été constatés dans les départements où de tels réseaux ont été mis en service. Mais il va de soi gue les services spécialisés manqueraient à leur tâche s'ils omettaient de prendre tous les contacts qui s'imposent avec les équipes de base ; ils ne sont pas aptes en effet à régler tous les problèmes que pose un alcoolique à son entourage, et bien souvent la famille en particulier les enfants — doivent faire l'objet d'une aide médico-sociale importante.

Je vous rappelle également que, dans le cadre de la prévention de l'alcoolisme, il y a lieu d'envisager et de favoriser la création de consultations médico-diététiques, comportant des médecins de différentes disciplines, notamment des psychiatres.

Enfin, il n'est pas impossible que certains départements soient amenés à créer une « Equipe drogue » chargée de centraliser et mener les actions spécifiques de lutte contre les toxicomanies. Mais dans tous les cas, ces équipes devront rester en liaison étroite avec les équipes de secteur, qui, également, seront

appelées à prendre en charge des toxicomanes (en cure ambulatoire ou post. cure.)

Je pense, pour conclure, devoir souligner que mon premier souci, à l'occasion des présentes instructions, a été de prévoir des structures imposant le respect des principes de base, tout en vous laissant la plus grande latitude dans les modalités d'organisation.
Il s'agit, en effet, non de codifier un système rigide, mais de permettre une adaptation au but poursuivi des situations locales, essentiellement variables d'un département à l'autre, et d'utiliser toutes les ressources, souvent encore trop cloisonnées à l'heure actuelle et parfois même anarchiques, pour assurer une continuité véritable de la prise en charge du malade, ainsi que les soins à toutes les personnes en ayant besoin, où qu'elles soient.

ROBERT BOULIN

— ANNEXES

ANNEXE 1

INDICATIONS CONCERNANT L'ÉQUIPE DE SECTEUR

Vous souhaiteriez certainement que soit défini ici L'équipe de secteur », terminologie correspondant à un idéal souvent fort éloigné de la réalité.

Il est impossible toutefois d'en donner la composition type, étant donné que la taille et la composition de l'équipe sont appelées à varier en fonction de situations locales : étendue des secteurs, concentration ou dispersion de ia population, équipement général du département, dimensions du service de base (et poids éventuel des « chroniques » à l'hôpital), fonction d'enseignement assurées par les médecins, de monitorat par les infirmiers, etc.

En tout état de cause l'équipe doit être pluridisciplinaire et comporter des médecins, infirmiers, assistantes sociales, psychologues en ce qui concerne la psychiatrie générale des secteurs de base. Pour la psychiatrie infantile un personnel spécifique : éducateurs et rééducateurs en particulier doit en outre être prévu.

Il faut aussi compter que plus il y a de temps passé en déplacements, plus l'équipe doit être fournie ; de même, si le secteur comporte des hôpitaux, hospices et I. M. P. dont elle doit assurer la surveillance ; de même si le service hospitalier est très restreint (comme parfois lors d'un démarrage) et qu'il faut multiplier les soins en extra-hospitalier, etc.

L'équipe, en tous cas, recouvre la notion de travail en commun pour un personnel qui, bien que d'origine et de statut divers comprend l'intérêt des objectifs poursuivis en vue de la réadaptation des maladies.

En fixant un « calendrier le département et les administrations hospitalières pourront envisager les créations de postes indispensables à l'application du règlement départemental.

ANNEXE II

ORGANISATION DU SECTEUR

Différents schémas d'organisation peuvent être envisagés :

L'hôpital gère la totalité des institutions et personnels du secteur, avec délégations départementale. Je ne suis pas opposé à ce système, sous réserve que le département n'abandonne pas son rôle de contrôle, de coordination et d'animation.

Une institution de secteur, relevant directement ou indirectement du service départemental d'hygiène mentale (par exemple une association privée) gère toutes les institutions. Ce système du type association de santé mentale du 13' arrondissement est rare• ment réalisable ou doit rester limité.

La troisième éventualité, gestion mixte du secteur sous l'égide du département et de l'hôpital sera pour les raisons historiques évidentes la plus fréquente. Il est vraisemblable que les hôpitaux seront peu à peu amenés à gérer la totalité ou la quasi-totalité des institutions à prix de journée » : notamment hôpitaux de jour, foyers de postcure, centres d'aide par le travail, soins domicile, dont la gestion isolée pose des problèmes de coût et de personnel difficiles résoudre.

La plupart des départements tiendront à conserver la gestion des dispensaires (d'ailleurs souvent polyvalents) et du service social d'hygiène mentale, dont les frais de fonctionnement font l'objet de dépenses d'aide sociale du groupe I, réparties entre l'Etat et les départements.

Ce système est valable s'il ne crée pas deux blocs fermés et antagonistes.

II demande en fait l'intervention de multiples conventions : outre celle obligatoirement passée entre le département et l'hôpital il conviendra d'en prévoir entre les institutions privées et le département ou entre ces institutions et l'hôpital suivant les cas.

En toute hypothèse, la convention département-hôpital doit bien préciser les points relatifs à l'intervention des personnels (y compris les infirmiers) celui de l'hôpital dans le secteur et les - dispensaires, celui du département à l'hôpital afin d'établir la collaboration et le travail d'équipe qui s'avèrent indispensables. C'est ainsi que les assistantes sociales hospitalières ne devront plus être considérées comme un personnel semi-administratif n'ayant pas le droit de sortir de l'hôpital alors que leur rôle véritable consiste en démarches et interventions extra-hospitalières qu'il leur est parfois impossible d'accomplir.

Circulaire du 16 mars 1972 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents,

Paris, le 16 mars 1972.

Le ministre de la santé publique de la sécurité sociale et le secrétaire d'Etat à l'action sociale

et à la réadaptation, à Messieurs les préfets de région, les préfets, les chefs des services régionaux de l'action sanitaire et sociale, les directeurs départementaux de l'action sanitaire et sociale et Les médecins inspecteurs régionaux et départementaux de la santé.

Circulaires complétées :

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales ;

Circulaire du 16 avril 1964 relative aux modalités de financement des centres médico-psycho-pédagogiqr.es répondant aux exigences posées par l'annexe XX XII au décret n° 56-284 du 9 mars 1956.

Directive générale n° 105 du 25 mai 1969 sur l'organisation d'un service unifié de l'enfance au sein des directions départementales de l'action sanitaire et sociale ;

Circulaire du 16 mars 1970 relative à la préparation du VIème plan d'équipement social ;

Circulaire du 20 juillet 1970 relative aux instituts médicopédagogiques et aux instituts médico-professionnels ;

Circulaire n° 99 du 4 septembre 1970 relative à l'application du décret n° 70-198 du 11 mars 1970 modifiant le décret n° 61-946 du 24 août 1961 relatif au recrutement, à la nomination et au statut des praticiens à plein temps des établissements hospitaliers publics à l'exception des hôpitaux ruraux et des centres hospitaliers régionaux faisant partie de centres hospitaliers et universitaires ;

Circulaire n° 148 du X18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie.

Circulaire modifiée :

Circulaire du 27 août 1963 relative aux mesures particulières à prendre, dans le cadre de ta lutte contre les maladies mentales, en ce qui concerne les arriérés profonds et les déments séniles.

Dans sa rédaction primitive, l'annexe XXIV au décret n° 56-284 du 9 mars 1956, relative aux

conditions techniques d'agrément des établissements privés pour enfants inadaptés avait établi une classification des enfants mentalement inadaptés. Elle avait distingué en particulier :

D'une part, ceux qui étaient atteints de maladies évolutives et qui devaient être traités dans des sections d'hôpitaux psychiatriques ou dans des maisons de santé pour maladies mentales.

D'autre part, ceux qui étaient atteints de déficience à prédominance intellectuelle liée à des troublés neuro-psychiques et qui étaient justiciables de placements dans des instituts médico-pédagogiques et médico-professionnels, à l'exception toutefois des plus gravement atteints appelés arriérés profonds.

Cette distinction s'est concrétisée au niveau des attributions de directions différentes du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale.

Cependant, un certain nombre de difficultés sont apparues :

Certaines découlaient d'une séparation trop rigoureuse entre maladies et déficience mentale ainsi que d'une catégorisation trop formelle au sein de la déficience mentale. Ceci avait des répercussions sur l'existence de beaucoup d'établissements dont les conditions d'admission et le fonctionnement étaient empreints d'une rigidité incompatible avec la réalité des besoins. Dans d'autres cas, on assistait parfois à la création d'établissements dont l'existence, l'importance ou l'implantation ne répondaient pas toujours à une nécessité. Enfin, on a constaté dans certains cas une dispersion des efforts entrepris, donc un gaspillage de l'équipement et du personnel, et ceci sans toujours couvrir les besoins les plus urgents.

C'est pourquoi il est nécessaire de promouvoir une action concertée en vue du regroupement dans un même ensemble fonctionnel des différents courants qui se sont manifestés dans le passé.

La circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales avait inauguré en ce domaine une politique de secteur qu'il convient maintenant de développer et d'harmoniser avec les autres « secteurs » d'action sanitaire et sociale intéressant l'enfance et l'adolescence.

Pour parvenir à cet objectif, il importe de bien préciser ta raison d'être du secteur psychiatrique, et en particulier du secteur de

psychiatrie infanto-juvénile : celui-ci n'est pas pure entité abstraite et statique mais il se définit par l'action d'une équipe dans une aire géographique donnée dont la situation, la délimitation sont en rapport direct avec la nature des besoins à satisfaire et des actions à entreprendre.

La présente circulaire a pour objet :

D'indiquer les progrès en matière de psychiatrie infanto.juvénile dont on doit tenir compte si l'on veut poursuivre une politique efficace ;

De fixer de nouveaux objectifs : la réalisation, dans le cadre de secteurs déterminés, des actions de prévention primaire de dépistage, de diagnostic, de traitement et d'éducation spécialisée ;

D'insister sur l'importance du bilan diagnostic ;

D'envisager d'une manière critique le problème des établissements ;

D'aborder, enfin, le problème de la continuité de l'action.

I. — LES PROGRÈS EN MATIÈRE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE

La nosographie traditionnelle distinguait, en les opposant, déficiences mentales, maladies mentales, et troubles du caractère, recoupés d'ailleurs à un autre niveau par d'autres catégories, par exemple celle des délinquants ou celle des inadaptés scolaires. C'est ainsi qu'un même enfant pouvait être étiqueté par les uns « caractériel », par les autres « débile mental », par d'autres « inadapté scolaire », par d'autres enfin « délinquant ».

On reconnaissait avant tout la masse des déficients de l'intelligence avec, d'une part, les grands arriérés dits inéducables, et, d'autre part, tes débiles dits semi-éducables et éducables. La manière dont on les classait était basée sur la détermination du rapport entre l'âge mental et l'âge réel, obtenu au moyen de tests de niveau intellectuel, c'est-à-dire sur la détermination du quotient intellectuel.

Les psychoses constituaient presque une curiosité médicale digne d'être rapportée dans les publications savantes. Le parti pris de rechercher chez l'enfant des symptômes analogues à ceux connus chez l'adulte faisait des psychoses infantiles une rareté.

Quant aux autres désordres que pouvait présenter un enfant, ils étaient généralement attribués à des « défauts » imputables à des traits caractériels plus ou moins constitutionnels ou à de simples erreurs éducatives.

Cette conception des affections mentales de l'enfant apparaît aujourd'hui simpliste dans certains de ses aspects du fait de l'évolution des connaissances. Sans en faire l'inventaire, on peut dire que la nosographie en psychiatrie infantile a dû être remaniée par la prise de conscience de certaines évidences :

L'enfant est un être dont la personnalité est foncièrement différente de celle de l'adulte. II possède une pathologie mentale propre ;

La personnalité d'un enfant est soumise à une évolution. Elle est en perpétuel remaniement. Elle se modifie suivant son rythme particulier et sous l'action des influences extérieures, qu'elles soient fastes ou néfastes ; c'est ainsi que le milieu ou l'environnement peuvent constituer des facteurs de troubles très importants en influant en particulier sur le développement affectif. Les schémas antérieurs s'en sont trouvés bouleversés :

La notion d'inéducabilité ne peut plus être retenue a priori, car elle ne répond pas toujours à une réalité comme l'ont démontré les actions entreprises dans certains services ;

La signification du quotient intellectuel doit être réenvisagée :

Chez un même déficient intellectuel, et pour un même test, le quotient intellectuel est susceptible de changer dans le temps. Il ne faut donc jamais inscrire à titre définitif un débile mental dans une tranche définie d'une classification quantitative établie d'après le seul quotient intellectuel,

Un quotient intellectuel inférieur à la normale ne peut à lui seul être l'indice du degré, voire de l'existence d'une débilité mentale irrémédiable.

Par opposition aux états d'arriération et de débilité mentale qui, pour de nombreux auteurs, demeurant dans leur essence des déficits intellectuels fixés, pris dans la personnalité et d'expression précoce, le champ des troubles évolutifs de la personnalité n'a cessé de s'élargir :

Psychoses infantiles aux aspects cliniques particuliers et divers. Domaine extrêmement complexe

aux frontières imprécises et parfois discutées, Elfes peuvent revêtir le masque d'arriérations mentales ;

Névroses infantiles dont l'expression clinique peut réaliser une perturbation évidente de la relation avec le monde mais d'autres fois se traduire par des signes d'apparence banale, tels qu'une énurésie ou une difficulté d'apprentissage de la lecture.

Le problème se complique du fait de l'association possible d'un déficit intellectuel et d'un trouble évolutif de la personnalité. Cette situation rend compte de l'évolution relativement favorable de certaines déficiences intellectuelles lorsqu'on accorde l'attention indispensable aux surcharges psychotiques et névrotiques.

En ce qui concerne enfin les enfants considérés comme « caractériels », ils sont envisagés aujourd'hui sous d'autres rubriques : par exemple celles de la névrose, de la prépsychose et dans les formes moins graves, celles des troubles réactionnels, tels ceux qui sont consécutifs à une difficulté d'adaptation à la scolarité ou à des difficultés socio-familiales.

II. — LES NOUVEAUX OBJECTIFS

La politique de secteur en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales de l'enfance et de l'adolescence vise à améliorer les actions actuellement entreprises dans le domaine de la prévention primaire, du traitement et des mesures d'adaptation socio-éducatives.

A. — Son cadre.

1 0 Limitation géographique.

Il doit être déterminé de telle façon que l'enfant ou l'adolescent puisse être pris en charge tout en continuant à vivre dans son milieu familial ou, en cas d'impossibilité d'en être • peu éloigné. Cette limitation des distances permet également à une équipe médico-sociale, grâce à des déplacements restreints, non seulement d'avoir un meilleur rendement, mais aussi de prendre en charge des institutions diversifiées et implantées en des endroits distincts. 2 0 Importance démographique.

La circulaire n o 148 du 18 janvier 1971 relative à la lutte contre les maladies mentales et à l'élaboration de la carte sanitaire dans le domaine de la psychiatrie a rappelé que les secteurs « enfants » devaient correspondre à trois secteurs de psychiatrie générale. Ils sont ainsi appelés à répondre aux besoins d'une population d'environ 200.000 habitants. Mais il faut souligner que ce chiffre de 200.000 habitants n'a pas été choisi après une étude scientifique ; il tient compte d'un état de pénurie et ne permet de couvrir qu'un minimum de besoins. Il est d'autre part évident que la détermination de ka population exacte du secteur devra être effectuée dans chaque cas particulier en tenant le plus grand compte des réalités socio-économiques. Le fait notamment que la population d'un département soit inférieure à 200.000 habitants n'est pas un obstacle à la création d'un secteur. Il constitue néanmoins la trame indispensable à partir de laquelle on peut envisager de créer chaque fois que c'est possible, des sous-secteurs rapprochant davantage les institutions du sujet concerné et de sa famille. C'est à ce dernier niveau que I’ articulation devrait être la plus étroite avec, d'une part, les équipes de psychiatrie générale et, d'autre part, avec les pédiatres et les médecins scolaires œuvrant dans les circonscriptions d'action sanitaire et sociale prévues par la directive générale n o 105 du 25 mai 1969. D'autre part, afin de favoriser la coordination entre le secteur social et le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, le chiffre idéal que l'on pourrait proposer pour une population dépendant d'un sous-secteur de psychiatrie infanto.juvénile devrait être peu élevé.

3 0 Population concernée.

Face à un problème psychiatrique authentique et difficile on ne saurait considérer de limite d'âge inférieure pour la prise en charge de la population infantile. Pour les très jeunes enfants la seule question qui se pose est de réaliser la concertation nécessaire avec le pédiatre.

Par ailleurs, le sujet déjà suivi par une équipe de psychiatrie infanto.juvénile pourra continuer de l'être s'il est besoin, jusqu'à l'entrée dans l'âge adulte, tout en retenant l'âge limite de seize ans comme principe général.

Le traitement de l'enfant implique nécessairement une action avec les parents et éventuellement une

action sur ceux-ci. II y a lieu de souligner l'importance de cette dernière dimension. Il s'agit souvent d'une simple guidance mais parfois d'une véritable thérapie accomplie avec le consentement des familles.

B. — Son but.

II consiste à réaliser au mieux l'ensemble des actions préventives, telles qu'elles ont été définies par l'Organisation mondiale de la santé :

1 [0] Rappel des différents types de prévention.

a) La prévention primaire concerne l'action à entreprendre pour prévenir l'apparition des troubles. A ce niveau, le psychiatre n'est qu'un consultant. II doit, en tant qu'expert, coopérer avec tous les spécialistes concernés, qu'il s'agisse des médecins (obstétriciens, pédiatres, médecins des services P. M. I. et de santé scolaire) ou plus généralement de tous ceux dont l'action permet une meilleure adaptation de l'enfant et du milieu dans lequel il vit.

b) La prévention secondaire concerne le dépistage et la lutte contre les maladies mentales avant l'apparition de troubles manifestes.

A ce stade, le psychiatre est un agent de la prévention responsable du diagnostic, mais l'action à entreprendre n'est pas forcément psychiatrique et il peut être amené à collaborer à une action socio. éducative, particulièrement souhaitable dans les groupes sous privilégiés.

c) La prévention tertiaire vise grâce aux effets du traitement à limiter les séquelles et incapacités consécutives à la maladie. Elle cherche dans la mesure du possible à éviter la chronicité des troubles et leurs conséquences sur la famille. A ce stade le psychiatre organise l'action à entreprendre et traite les cas dont il a à connaitre, au profit des divers organismes sociaux qui ont pu lui signaler les situations pathogènes.

2 [0] Conditions dont dépend la qualité des actions préventives.

a) Le dépistage précoce des diverses désadaptations et inadaptations :
Réserves faites des consultants directs amenés par leurs parents, il faut citer les enfants pour lesquels une consultation a été demandée par les médecins praticiens, les commissions médico-pédagogiques, le service d'aide sociale à l'enfance, le juge des enfants et d'une façon générale les services sociaux. Le dépistage précoce implique que des liaisons étroites soient assurées à tous ces niveaux, et notamment avec les services publics de protection maternelle et infantile et ceux de santé scolaire.
L'apport Tu pédiatre est indispensable, car l'examen clinique du nouveau-né et du nourrisson nécessite une formation spécifique et une longue expérience.
L'apport du médecin scolaire n'est pas moins essentiel car il est spécialiste du milieu scolaire.
Ceci permet de comprendre la nécessité du travail en équipe pluridisciplinaire.

b) Le diagnostic précoce qui comporte la réalisation de bilans diagnostics dont l'étude sera envisagée plus loin.

c) Le traitement et la rééducation précoces : Selon les modalités les mieux appropriées à l'état du sujet.

111. — LE BILAN DIAGNOSTIC

A. — Ses caractéristiques.

Il comporte :
L'examen psychiatrique clinique du sujet concerné qui inclut l'entretien prolongé avec ses parents et qui

est complété, le cas échéant, par les conclusions de médecins appartenant à d'autres disciplines : pédiatrie, audiologie, phoniatrie, etc. ;

L'examen psychologique clinique et psychotechnique ;

L'étude sociale comportant une investigation approfondie dans le milieu de vie de l'enfant, réalisée par l'assistance sociale en liaison avec toutes les personnes éventuellement concernées, par exemple les éducateurs, les travailleuses familiales, les animateurs socioculturels, etc.

S'il y a lieu, l'étude de la situation scolaire (niveau, aptitude, comportement).

Ces différentes approches doivent obligatoirement s'intégrer dans une étude synthétique du cas et tenir compte également, s'il y a lieu, de rapports particuliers, tels ceux qui peuvent être présentés par des éducateurs spécialisés.

B. — Ses moyens.

Le bilan diagnostic peut être effectué dans différents cadres institutionnels :

10 II s'agit avant tout de centres de consultations :

Les dispensaires d'hygiène mentale ; Les consultations externes des hôpitaux ; Les centres médico-psychopédagogiques.

II faut signaler enfin que la création de centres dits d'action médico-sociale précoce — c'est-à-dire permettant le dépistage et la prise en charge médico-psychoéducative précoce de maladies ou déficiences mentales, motrices ou sensorielles est actuellement envisagée. Leur articulation avec le secteur de psychiatrie infanto-juvénile devra se poser dans les mêmes termes que pour les centres précédents.

2 ^{0} Mais parfois aussi d'un service de psychiatrie infanto-juvénile, d'un hôpital de jour où sera pratiquée une observation continue.

c. — Ses suites.

1 ^{0} La détermination des actions à entreprendre. Le médecin responsable de l'équipe psychiatrique pourra être amené :

Soit à transmettre un simple conseil aux parents ; un- avis au . médecin traitant ou à un médecin de service public et, sous réserve de l'accord de la famille, un avis à la commission médico-pédagogique ou à une autorité judiciaire ;

Soit à prolonger sur place l'action entreprise ;

Soit à conseiller le placement de l'enfant dans une structure scolaire d'adaptation ou d'éducation spéciale. Dans ce cas, il est éminemment souhaitable qu'un psychiatre membre du secteur de psychiatrie infanto-juvénile participe aux délibérations de la commission médico-pédagogique compétente afin que celle-ci puisse posséder ensemble des informations appelées à guider ses choix ;

Soit à orienter vers un cadre plus spécialisé relevant du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale et où pourront seulement être entreprises des actions complexes conformes aux besoins du sujet en cause.

2 ^{0} Le choix des modes de cure.

Etant donné que la classification des établissements sera envisagée plus loin, on précisera seulement les principes appelés à guider le choix du médecin :

a) Maintenir l'enfant dans son milieu familial et dans son milieu scolaire habituels, chaque fois que c'est possible du point de vue médical et du point de vue social.

Comme corollaire à la règle précédente, donner la préférence, sauf indication contraire, aux traitements pratiqués dans les centres de cure ambulatoire et dans les centres à séjour partiel (hôpital de jour, externat médico-pédagogique et médico-professionnel). Le développement et l'augmentation du nombre de ces centres qui sont appelés à couvrir la majorité des besoins doit donc revêtir un caractère prioritaire.

b) Apprécier à leur juste valeur les troubles de la personnalité : souvent ils sont plus importants à considérer que les chiffres du quotient intellectuel, et conduisent à placer l'enfant dans un centre de psychiatrie infanto.juvénile possédant des moyens thérapeutiques importants. C'est pour ce motif que parmi les arriérés profonds, il convient de différencier des formes homogènes peu évolutives, par opposition à des formes dysharmoniques susceptibles d'évoluer favorablement si l'on met en œuvre des moyens appropriés. Les premières relèvent de centres spécialisés pour arriérés profonds (au sens de l'étude publiée par le centre technique national pour l'enfance et l'adolescence inadaptées), les secondes relèvent, tout au moins pendant une période initiale de traite• ment, d'un centre de psychiatrie infanto-juvénile bien équipé. En réalité, la distinction doit être nuancée car les liaisons entre ces deux catégories de centres doivent être très étroites de manière qu'aucun enfant ne soit étiqueté « arriéré profond » avant une observation suffisante en milieu psychiatrique et que des échanges entre les deux structures se réalisent en fonction des besoins. Ici encore la préférence ira à l'externat plutôt qu'à l'internat.

IV. LES ÉTABLISSEMENTS

A. —Les centres de diagnostic et de traitement ambulatoire.

Ils constituent la pièce maîtresse du dispositif de psychiatrie infanto-juvénile car la majorité des sujets qui relèvent d'une thérapeutique psychiatrique peuvent être accueillis dans ces centres.

1° Le dispensaire d'hygiène mentale.

L'existence d'un centre de diagnostic et de traitement ambulatoire pour enfants crée dans la population une demande considérable. Après quelques années de fonctionnement, un dispensaire d'hygiène mentale exige parfois une présence médicale à temps complet dès que l'on ne se contente plus de faire des certificats de placement ou de prescrire quelques médicaments et si l'on dispose, au contraire, de réels moyens d'action, c'est pourquoi ce dispensaire devrait toujours être conçu, quant à l'organisation architecturale, l'équipement et le personnel, de façon à assurer la mise en œuvre de psychothérapies, de rééducations orthophoniques et de rééducations psychomotrices.

Il y a lieu de souligner le caractère itinérant de l'équipe, Elle doit sortir des murs du dispensaire pour exercer une action à domicile, comme le prévoit l'exposé des motifs du décret du 20 mai 1955 sur la prophylaxie des maladies mentales, et d'une façon plus générale dans le milieu. Ceci reste valable pour tous les types de centres de diagnostic et de traitement qui ne doivent pas se borner à un travail de consultation classique avec la seule approche « en cabinet »

Le dispensaire d'hygiène mentale est l'élément de base du dispo sitif de secteur. C'est lui, à ce titre, qui devrait être chargé de centraliser la documentation. Il y a intérêt à disposer de plusieurs dispensaires par secteur afin d'être au plus près de la population à desservir.

2 [0] La consultation hospitalière externe.

Elle peut être conçue de deux manières différentes suivant l'objectif poursuivi :
D'une part elle peut fonctionner de ta même façon qu'un dispensaire d'hygiène mentale. II est alors indispensable qu'elle possède comme lui une aire géographique de recrutement déterminée. S'il en était autrement, elle serait submergée par le nombre des demandes de consultations et ik serait bien difficile à l'équipe psychiatrique de disposer du temps suffisant' pour effectuer des examens dans de bonnes conditions et pour assurer la continuité de l'action.

Mais ce peut être aussi une consultation orientée dans des domaines particuliers (par exemple épileptologie, infirmité motrice cérébrale, phoniatrie, etc.). Elle peut rendre des services d'autant plus grands qu'elle s'appuie sur l'équipement très spécialisé et coûteux dont seul peut disposer un grand hôpital ainsi que sur la présence d'un personnel médical très averti.

Seul le premier type de consultation doit être considéré comme une institution de secteur. Le deuxième type entre dans une catégorie à part dans une politique de planification départementale, régionale ou interrégionale. Il faut préciser enfin que la consultation d'enfants doit être distincte de la consultation d'adultes, comme dans les dispensaires.

3 [0] Le centre médico.psycho.pédagogique.

II accueille--des enfants et des adolescents dont l'état nécessite une intervention complexe comportant des actions d'ordre médical, psychologique et pédagogique étroitement associées.

Sa situation est parfois ambiguë vis-à-vis du dispensaire d'hygiène mentale soit parce que les responsables de ce centre en font une institution identique dans sa conception et son fonctionnement à un dispensaire d'hygiène mentale, soit parce qu'un dispensaire d'hygiène mentale insuffisamment équipé se décharge des traitements ambulatoires sur un centre médico-psycho-pédagogique voisin.

Il faut absolument éviter la multiplication de centres de diagnostic et de traitement ambulatoire qui se concurrenceraient inévitablement, entraînant une dispersion des efforts et un accroissement de la charge financière sans profit pour personne. C'est pourquoi messieurs les préfets devront éviter de signer des conventions concernant des centres médico-psycho-pédagogiques dont la création serait à l'origine d'un double emploi.

On peut être amené à choisir en un endroit donné entre un dispensaire d'hygiène mentale et un centre médico-psycho-pédagogique dans la mesure où ils s'adressent à la même clientèle et ont des objectifs identiques. Mais, dans ce cas, on ne peut opter pour le centre médico-psycho-pédagogique gue s'il est appelé à fonctionner en liaison avec l'équipe du secteur de lutte contre les maladies mentales et s'il s'intègre dans le dispositif de diagnostic et de cure ambulatoire du secteur.

Il y a lieu de signaler enfin un projet de création de centres d'action médico-sociale précoce, ayant pour objectif le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants d'âge préscolaire qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci.

De tels centres, pour avoir leur pleine efficacité, devront s'inscrire dans le dispositif présentement évoqué. Ceci suppose, d'une part, la présence au sein des équipes concernées d'un psychiatre appartenant à l'équipe de secteur de psychiatrie infanto-juvénile et, d'autre part, un dispositif permettant, si nécessaire, la continuité des interventions de l'enfant sans qu'il y ait de rupture à l'âge de six ans. La meilleure façon de résoudre ce problème serait d'intégrer l'équipe de psychiatrie infanto-juvénile par exemple grâce à une articulation entre les dispensaires d'hygiène mentale et le centre d'action médicale précoce. Ceci aurait en outre pour avantage d'éviter des concurrences inutiles et des doubles emplois.

B. Les établissements à séjour partiel.

Ce mode de fonctionnement ne doit pas avoir pour conséquence de limiter à l'extrême l'aire géographique de recrutement. Aussi est-il indispensable d'utiliser éventuellement un car pour assurer le transport des enfants qui fréquentent ces établissements.

1 ^{0} L'hôpital de jour

II peut soit faire partie intégrante d'un centre de psychiatrie infantile comportant à la fois une hospitalisation continue et une hospitalisation à séjour partiel, soit en être distinct.

11 accueille les sujets atteints de maladie mentales évolutives : psychoses, névroses graves, déficiences intellectuelles dysharmoniques avec troubles prévalents de la personnalité quel que soit le chiffre du quotient intellectuel s'agit d'enfants ou d'adolescents dont l'état requiert la mise en œuvre de thérapeutiques médicales complexes et intensives. Il faut pouvoir disposer de toutes les techniques de la psychiatrie infanto-juvénile et en particulier des techniques d'inspiration psychanalytique.

La primauté de la dimension thérapeutique est donc indiscutable. Ceci n'exclut pas, bien au contraire, la présence d'un personnel éducatif et enseignant qui s'intègre à l'action thérapeutique.

Le personnel •spécialisé d'un• hôpital de jour est nombreux et très diversifié. Il s'ensuit que c'est un établissement à prix de journée assez élevé qui ne doit être créé qu'à bon escient.

2 ^{0} L'externat médico-pédagogique

Il accueille des enfants atteints de déficiences intellectuelles. En fait, les établissements existants ne répondent pas toujours à cette définition. Dans l'état actuel la dénomination officielle rend mal compte de la nature réelle du fonctionnement. Il est hors de doute, par exemple, que certains centres dénommés externats médico-pédagogiques constituent de véritables institutions thérapeutiques alors qu'en contrepartie l'ouverture hâtive d'hôpitaux de jour dans des régions déshéritées risque d'aboutir à la création de centres au fonctionnement insuffisant faute du personnel nécessaire.

II est certain aussi que du fait de la rareté des institutions de psychiatrie infanto.juvénile à orientation essentiellement thérapeutique, et également du fait de confusions en matière de diagnostic, la population des instituts médico-pédagogiques est souvent hétérogène ; elle comprend un certain nombre de pseudo-débiles ou de débiles présentant des troubles évolutifs associés de la personnalité pour lesquels il conviendrait d'entreprendre une action médicale importante.

Il est souhaitable de clarifier cette situation. L'externat médicopédagogique est en principe un établissement où s'exerce essentiellement une pédagogie sous contrôle médical, avec rééducation des troubles instrumentaux isolés. Mais cette position doit être quelque peu nuancée en fonction de l'imbrication fréquente de troubles associés de la personnalité, situation qui ne saurait s'accommoder de

structures trop rigides.

Il importe, au moment du bilan 'diagnostic, d'apprécier, comme il a été dit plus haut, l'importance des troubles associés de la personnalité. Lorsqu'ils sont peu profonds et peu évolutifs, il est moins onéreux de placer le sujet concerné dans un externat médico-pédagogique plutôt que dans un hôpital de jour, à condition que la présence médicale y soit- suffisante et qu'on puisse y entreprendre, s'il y a lieu, des psychothérapies qui, dans ce cas, sont peu intensives. Lorsqu'on procède ainsi, on peut assister, dans certaines limites, à un relèvement progressif -du quotient intellectuel. II faut donc éviter que les critères d'admission soient trop restrictifs quant au chiffre du quotient intellectuel. De même, on devrait pouvoir admettre dans les externats médico-pédagogiques des enfants déficients mentaux dont les troubles associés ne requièrent pas obligatoirement le placement dans un centre spécialisé dans le traitement et la rééducation de ces troubles (certains infirmes moteurs cérébraux, certains épileptiques, certains déficients sensoriels, par exemple).

Là aussi, il faut que les critères d'admission ne soient pas trop restrictifs.

3 0 L'externat médico-professionnel

Il est ka suite logique et indispensable de l'externat médico-pédagogique. C'est un établissement charnière qui poursuit l'action déjà entreprise et prépare l'insertion socio-professionnelle du sujet devenu adulte.

Il assure non seulement une éducation gestuelle orientée vers l'activité professionnelle mais aussi, éventuellement, une véritable formation préprofessionnelle adaptée, autant que possible, aux conditions réelles de travail dans le monde moderne pour tous ceux qui se révèlent capables d'en bénéficier.

L'équipement des externats médico-professionnels devrait permettre l'accueil de sujets dysharmoniques, mais relativement stabilisés par le traitement en centre de psychiatrie infanto-juvénile, comme c'est le cas pour beaucoup d'adolescents ayant présenté, antérieurement, des troubles évolutifs de la personnalité.

c. —Les établissements à séjour continu.

1 0 Le service hospitalier de psychiatrie infanto-juvénile.

Les indications générales d'admission sont les mêmes que pour l'hôpital de jour. Mais il accueille plus particulièrement sujets dont le maintien en milieu familial ne peut être envisagé, soit du fait d'un rejet de l'entourage, soit en raison du lieu de résidence de la famille et dans l'éventualité où un placement familial spécialisé n'a pu être trouvé à proximité d'un hôpital de jour. Il est destiné également aux sujets pour lesquels une surveillance médicale continue est indispensable ou pour lesquels il y a lieu de pratiquer des investigations complexes qui requièrent un personnel et un équipement hautement spécialisés. Comme dans l'hôpital de jour, le personnel doit comprendre des éducateurs et des enseignants spécialisés.

II est indispensable qu'il soit implanté dans l'agglomération la plus importante du secteur et, quel que soit le lieu de son fonctionnement, qu'il soit articulé - avec les services d'un hôpital psychiatrique et ceux d'un hôpital général. En particulier il doit bénéficier des personnels et de l'équipement qu'offre ce dernier : services de pédiatrie, de neurologie, d'endocrinologie, de neuro-radiologie, laboratoires de biologie, de génétique.

Dans les zones géographiques ne disposant pas de cet équipement hospitalier de psychiatrie infanto-juvénile à séjour continu, il peut être fait appel à titre provisoire aux services déjà existants d'un établissement placé hors secteur de manière à ne pas retarder la mise en place rapide des équipes de psychiatrie infanto.juvénile. Ceci ne doit pas toutefois aboutir à un morcellement des services de psychiatrie infanto-juvénile existants. Il est rappelé, par ailleurs que les médecins psychiatres dans hôpitaux, et en particulier ceux qui sont chargés de la psychiatrie infanto-juvénile, peuvent être nommés pour ordre sur divers établissements, que ces derniers comportent ou non un service de psychiatrie infanto-juvénile.

2 ^{0} L'institut médico-pédagogique et l'institut médico-professionnel fonctionnant en internat.

Ce sont des établissements médico-éducatifs qui accueillent des enfants et des adolescents atteints de déficiences intellectuelles, lorsque les familles de ces derniers résident en des lieux éloignés d'une localité importante ou lorsqu'elles sont pathogènes, ce qui pose le problème d'une séparation de l'enfant ou de l'adolescent.

Les indications générales d'admission sont donc généralement les mêmes que celles des externats médico-pédagogiques et médico-professionnels. Lorsqu'il est situé dans une localité importante, un même établissement peut donc comprendre à la fois un internat et un externat.

Ces établissements avec internat doivent être implantés en un lieu géographique d'un accès aisé et relativement proche du domicile des parents dans le but de favoriser les visites de ces derniers. Ils doivent être articulés avec le dispositif des secteurs de psychiatrie infanto.juvénile.

D. — Les établissements de suite.

Ils sont destinés aux adolescents et aux sujets ayant atteint l'âge adulte ne pouvant pas être intégrés dans un milieu socio-professionnel normal

1 ^{0} L'hôpital psychiatrique d'adultes.

Y sont placés les sujets très gravement déficitaires que l'on est obligé de maintenir dans une structure psychiatrique. La mise en œuvre de traitements et d'éducation spécialisée précoces devrait entraîner la raréfaction de ces cas.

2 ^{0} Le travail en milieu protégé.

Sa réalisation est indispensable pour les sujets dont les déficiences sont telles qu'elles ne peuvent leur permettre de s'insérer dans le monde habitue] du travail.

Sans cet aboutissement l'action si longue et si coûteuse entreprise jusque là déboucherait sur une impasse.

Plusieurs types d'institution sont à envisager. Ils correspondent à différents niveaux :

a) Le centre d'aide par le travail.

Il est destiné aux sujets qui ne peuvent fournir qu'un rende• ment très faible. Le développement de ces centres constitue un problème majeur et urgent mais qui ne doit être résolu qu'en tenant compte de -la densité réelle des sujets relevant de ces centres appelés à fonctionner en relation étroite avec l'équipe du secteur de lutte contre les maladies mentales.

b) L'atelier protégé :

A l'inverse du centre d'aide par. le travail, l'atelier protégé s'adresse à des sujets ayant un rendement suffisant pour que l'établissement puisse atteindre un certain équilibre économique : cette notion de rendement n'est pas obligatoirement liée à la notion de niveau mental. Un quotient intellectuel relativement bas n'exclut pas la possibilité de se livrer à un travail productif sur un poste de travail convenant à la personnalité du sujet concerné, c'est un fait dont il y a lieu de tenir compte lorsqu'on organise un atelier protégé, en diversifiant les postes de travail. Tout doit être entrepris pour qu'un déficient mental puisse accéder à une vie socio-professionnelle aussi proche qu'il est possible de la

normale.

c) Le secteur protégé intégré dans un cadre normal de travail :

La création de sections situées à l'intérieur des entreprises et spécialement aménagées répond le mieux à l'exigence qui vient d'être énoncée ci-dessus.

3 ^{0} Le foyer.

Nombre de déficients mentaux n'accéderont jamais à une vie totalement autonome ; ils auront besoin d'une tutelle plus ou moins étroite. On doit donc se pencher sur leur devenir social lorsqu'ils n'auront plus de famille ou, pour certains ayant atteint l'âge de vingt ans, lorsque prendra fin un placement nourricier de l'aide sociale ou tout autre placement en milieu spécialisé.

De même le travail en milieu protégé n'est pas toujours compatible avec le retour chaque soir dans la famille lorsqu'existent des difficultés de communication.

L'existence de foyers revêt donc un caractère d'absolue nécessité.

Ces foyers ne sont pas seulement lieu d'hébergement. Là doit être poursuivie l'action éducative avec des ouvertures très larges sur l'extérieur. Là aussi doit s'exercer une surveillance psychiatrique indispensable, en liaison avec l'équipe du secteur de lutte contre les maladies mentales. Que les déficients mentaux soient placés dans un foyer spécialisé ou dans un foyer de jeunes travailleurs de type habituel, l'intervention d'un service de suite est indispensable suivant les modalités les mieux appropriées.

v. —LA CONTINUITÉ DE L'ACTION

Cette continuité est indispensable. Sans qu'il y ait de hiatus temporel, elle permet d'harmoniser les actions entreprises pendant une durée souvent longue qui peut recouvrir dans certains cas l'ensemble de l'enfance, de l'adolescence et même de l'âge adulte — et d'éviter ainsi pour les sujets concernés des facteurs d'inadaptation supplémentaires de façon à permettre à tout moment la réinsertion en milieu normal. Elle ne met naturellement pas en cause le libre choix du médecin.

A.La coordination est améliorée par :

1 ^{0} L'institution d'ensembles cohérents d'établissements.

En psychiatrie, il est difficile de séparer diagnostic et thérapeutique. Déjà le bilan diagnostique initial comporte une amorce de traitement. Par la suite, les actions médicales et éducatives portant sur le sujet et son milieu vont fréquemment apporter des correctifs au diagnostic qui avait été posé au début. De même la progression en âge va transformer la personnalité des sujets. Les modalités des interventions sont donc appelées à subir, à un moment qui n'est pas toujours prévisible, des modifications.

C'est pourquoi, il faut mettre en place dans ha zone géographique correspondante à la population concernée un dispositif permettant d'éviter la discontinuité de l'action par l'institution de groupements cohérents d'établissements.

Grâce à ce dispositif, un sujet pourra être à tout moment admis dans le type d'établissement qui lui convient, sur place sauf cas particulier. Une telle structure n'est concevable que si elle est sectorisée, c'est-à-dire si les lits et places ne sont pas immobilisés par des sujets provenant d'autres régions géographiques.

Il faut souligner que ce dispositif ne doit pas être limité aux établissements relevant du seul ministère de la santé publique et de la sécurité sociale, mais au contraire comprendre des établissements relevant du ministère de l'éducation nationale ou du ministère du travail. C'est ainsi que des passages aisés doivent pouvoir s'établir dans les deux sens entre instituts médico-pédagogiques et classes de perfectionnement. De même l'existence de classes à petit effectif dites classes de réadaptation est seule susceptible de permettre à un enfant ou à un adolescent traités en hôpital de jour de reprendre une scolarité dans un cadre normal.

C'est pourquoi une circulaire interministérielle ultérieure établie par le ministère de la santé publique et de la sécurité sociale et par le ministère de l'éducation nationale viendra compléter les

présentes instructions en précisant les liaisons fonctionnelles qui devraient s'établir entre les établissements et organismes contribuant à la lutte contre les maladies et déficiences mentales relevant de l'un et de l'autre département.

2" La création de groupements d'établissements.

Il y a lieu de rappeler les groupements préconisés dans la circulaire du 20 juillet 1970 relative aux instituts médico-pédagogigues et aux instituts médico-professionnels :

Le rassemblement dans un même institut médico•éducatif d'un institut médico-pédagogique et d'un institut médico-professionnel ;

Le jumelage d'un institut médico-professionnel et d'un centre d'aide par le travail.

REPUB

Mais d'autres formules de groupement peuvent également être envisagées :

L'association d'un service de psychiatrie infanto-juvénjle à séjour complet d'un hôpital de jour devrait être la règle.

L'équipement hospitalier de base proposé par le ministère de la santé publique et de la sécurité sociale comprend :

Vingt-quatre places en hôpital de jour ; Soixante-seize places en séjour complet ;

Seize lits pour les cas aigus ;

Douze lits pour les sujets non valides ;

Quarante-huit Lits pour les hospitalisations de longue durée, compte non tenu des kits de suite.

L'association à l'hôpital de jour d'un centre de diagnostic et de traitement ambulatoire permet à la même équipe psychiatrique d'assumer sur place le diagnostic et la post-cure.

L'implantation d'un hôpital de jour doté des moyens indispensables pour entreprendre une action médicale intensive, en annexe d'un externat médico-pédagogique, lorsque n'existe pas dans la même localité un hôpital de jour rattaché à un service hospitalier de psychiatrie à séjour continu. Ceci permet de ne pas limiter les admissions dans l'externat médico-pédagogique aux seuls déficients mentaux exempts de -tout trouble évolutif grave de la personnalité grâce à la présence de moyens médicaux importants qui peuvent être utilisés dans l'ensemble de l'institution.

Le jumelage d'un institut médico-professionnel et d'un atelier protégé. Cela permet de mieux harmoniser la formation professionnelle avec le type d'activité professionnelle réalisé dans l'atelier protégé.

Il y a lieu de souligner les avantages de caractère général qui découlent de tels groupements, quelle qu'en soit d'ailleurs la nature ; ce sont, outre le maintien pour un même sujet de la continuité de la relation qui s'est établie avec l'équipe thérapeutique et éducative,

l'utilisation à temps plein sur place des différents personnels, et la diminution des frais généraux dans la gestion financière (en particulier lorsque les établissements sont gérés par une même association ou collectivité publique).
Cependant, par le jeu de groupements, on peut être amené à envisager la création de « complexes d'établissements » importants ce qui n'est pas sans risques. [l faut éviter les groupements humains trop considérables sur une même assiette géographique, surtout si elle est restreinte. On palliera cet inconvénient. par un fractionnement de l'ensemble en des points géographiques distincts quoique assez proches les uns des autres, tout en maintenant l'unité de gestion.

B. — La coordination des équipes psychiatriques :

Le secteur de psychiatrie infanto.juvénile doit être articulé d'une part avec les secteurs de psychiatrie générale et d'autre part avec les structures dévolues à l'enfance inadaptée qui sont inévitablement concernées.
Vont ainsi intervenir au sein d'une même population d'une part des psychiatres des hôpitaux publics exerçant les uns dans des secteurs de psychiatrie générale, les autres dans des secteurs de psychiatrie infantile, et par ailleurs des psychiatres recrutés par des associations privées gestionnaires d'établissements.
II faut donc concilier la diversité des interventions avec la nécessité de poursuivre une action unitaire et pour cela il importe d'organiser la concertation entre les psychiatres de toutes origines et les travailleurs sociaux intéressés sous l'égide des autorités préfectorales représentées par le directeur de l'action sanitaire et sociale et le médecin inspecteur départemental de la santé et avec le concours du médecin chef du secteur de psychiatrie infanto-juvénile et de l'inspecteur adjoint au directeur de l'action sanitaire et sociale chargé des problèmes de l'enfance.
Cependant il est certain que, lorsque les associations privées gestionnaires d'établissements de l'enfance inadaptée sollicitent le concours de psychiatres des hôpitaux publics psychiatres de secteur, l'unité et la continuité de l'action sont assurées dans les conditions les plus favorables. Lorsque cette éventualité se présente, l'autorité préfectorale doit demander les créations de postes nécessaires. Mais tout psychiatre des hôpitaux publics affecté à un établissement de l'enfance inadaptée doit avoir en même temps une activité de secteur comprenant pour le moins des consultations dans un dispensaire d'hygiène mentale.

Les orientations définies dans la présente circulaire ont pour objet d'apporter aux autorités responsables les éléments destinés à les guider dans l'élaboration au niveau de chaque département du dispositif de lutte contre les maladies et déficiences mentales de l'enfant et de l'adolescent. Elies constituent un fait nouveau en ce qu'elles visent à assurer la synthèse des actions poursuivies auparavant d'une façon isolée dans des domaines dont la séparation rigoureuse apparaît aujourd'hui artificielle.
A la base de ce dispositif est mis l'accent sur le diagnostic et le traitement précoces et corollairement sur la mise en place d'équipes de psychiatrie infanto-juvénile en nombre suffisant.
Le deuxième grand principe dont il y a lieu de tenir compte est l'organisation de la concertation, grâce quoi il sera possible d'éviter la dispersion des efforts et l'anarchie dans les prises en charge.
Dans cette perspective synthétique il est indispensable d'aller au-delà de la seule articulation entre le secteur de lutte contre les maladies mentales et celui dit de l'enfance inadaptée. Des relations étroites doivent être nouées également avec la pédiatrie (et en parti culier les services de protection maternelle et infantile), la santé scolaire, les commissions médico-pédagogiques, les services de l'éducation nationale, les autorités judiciaires et enfin un grand nombre de services sociaux (centres sociaux, clubs de prévention, etc.).
C'est à partir de ces liaisons et des actions concertées qui en seront l'aboutissement, que la planification des besoins exprimés et des interventions qu'ils impliquent, sera poursuivie avec cohérence et efficacité.
Se trouve posé en particulier le problème de la place de l'équipe du secteur de psychiatrie infanto-juvénile dans le secteur unifié de l'enfance prévu par la directive générale n ^{o} 105 du 25 mai 1969

ayant pour but de coordonner les activités relatives à la protection maternelle et infantile, à la santé scolaire, à l'aide sociale à l'enfance, à la prévention sociale de l'enfance en danger et à l'enfance inadaptée.

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile qui ne constitue qu'un des aspects du dispositif général d'organisation psychiatrique devra s'articuler d'une façon particulièrement étroite avec les institutions déjà intégrées dans le secteur unifié de l'enfance. Sans en être exclu et sans s'y dissoudre il y occupera une position charnière et y jouera un rôle prépondérant vis-à-vis des -enfants mentalement handicapés en particulier pour toutes les formes évolutives dont on sait qu'elles posent au premier chef le problème de la maladie mentale de l'adulte.

Le secteur de psychiatrie infanto.juvéniie n'a pas en effet pour seul objet de résoudre des problèmes actuels mais aussi de prévenir l'inadaptation de l'âge adulte qui menace de nombreux sujets. II est donc aussi l'un des éléments du dispositif général de lutte contre les maladies mentales.

Quoi qu'il en soit, le programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies et déficiences mentales des enfants et des adolescents soulèvera générale. ment des problèmes complexes. Pour les résoudre, il serait extrêmement souhaitable que soit créée à l'initiative

de MM. les préfets (directions de l'action sanitaire et sociale) et en vue de l'étude des programmes départementaux, une commission administrative et technique comprenant en particulier le médecin inspecteur départemental de la santé, le médecin chargé de la santé scolaire et le médecin chargé de la protection maternelle et infantile auprès du département, l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale chargé des problèmes de l'enfance, tes médecins psychiatres chefs de secteur, des représentants de l'éducation nationale de la justice et du centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées. Il conviendra également que soient associées aux travaux de cette commission les psychiatres privés dont le concours à la politique concertée mise en œuvre est indispensable.

Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale, ROBERT BOULIN.

Le secrétaire d'Etat à l'action sociale et à la réadaptation, MARIE-MADELEINE DIENESCH.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Direction générale de la santé.
Direction de la protection sanitaire. DGS/891/MS 1.

CIRCULAIRE DGS/891/MS 1 DU 9 MAI 1974
relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique.

(Non parue au Journal officiel.)

Circulaires complétées :
— circulaire DGS/4311MS 1 du 14 mars 1972 ;
— circulaire DGS/443/MS 1 du 16 mars 1972 ; — circulaire DGS/2030/MS 1 du 12 décembre 1972 ; — circulaire DGS/1262/MS 1 du 6 juillet 1973 ; — circulaire DGS/78/MS 1 du 15 janvier 1974.

Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale à
Messieurs les préfets régionaux,

Messieurs les médecins inspecteurs régionaux de la santé ; Messieurs les chefs régionaux de l'action sanitaire et sociale ;

Messieurs les préfets,

Messieurs les directeurs de l'action départementaux de la santé. Messieurs les médecins inspecteurs de la santé.

(Pour exécution.)

Les années 1972-1973 représentent une étape importante dans l'évolution de la lutte contre les maladies mentales en France avec la publication de l'arrêté du 14 mars 1972, organisant la protection de la santé mentale sur la base de la sectorisation, avec les circulaires relatives à l'organisation et à l'équipement des départements, avec l'effort accompli pour recruter un plus grand nombre de psychiatres à temps plein pour mettre en place les organisations départementales.

L'équipe de secteur pourra être renforcée de médecins vacataires si, sur le secteur, existent de vastes établissements de personnes âgées (maison de retraite, foyer, section d'hospice, maison de cure médicale ou établissements divers tels que centres d'hébergement).

A propos des établissements pour personnes âgées, je vous rappelle que vous devez user de votre influence pour que le médecin chef de secteur joue dans ces organismes et auprès du responsable généraliste, le rôle de consultant. Le psychiatre ou l'un des membres de son équipe — doit être à même d'y apporter l'aide et le soutien psychiatriques qui peuvent être jugés nécessaires que ce soit à l'égard des personnes âgées elles-mêmes, soit à l'égard du personnel pour compléter sa formation.

Dans la mesure cependant, où certains sujets sans domicile fixe dits « sans secteurs hébergés ou non dans des établissements du type mentionné ci-dessus, relèvent d'une hospitalisation psychiatrique, ils doivent être répartis aussi également que possible entre les différents services et hôpitaux. Ce problème est particulièrement aigu à Paris et dans certaines métropoles régionales, qui comportent une nombreuse population vagabonde et désocialisée chez laquelle les troubles aigus ne sont pas rares.

Mais chaque fois qu'une réhospitalisation s'impose, il faut s'efforcer de faire bénéficier le malade d'une permanence d'admission dans le service qui l'a précédemment traité, afin de le rattacher à une équipe de secteur.

Quoi qu'il en soit de ce point particulier, le volume des tâches personnalisées et diversifiées auxquelles le psychiatre de secteur, animateur de l'équipe, doit faire face au fur

et à mesure du développement de l'extra-hospitalier, n'est plus à démontrer.

Afin que ce technicien conserve la disponibilité requise à la fois près du malade et dans la communauté, il conviendra, dès que le statut en cours de préparation le permettra, d'introduire dans les équipes des psychiatres ». Ces médecins devront assurer des soins dans le cadre d'un secteur déterminé et non pas se disperser dans les institutions de plusieurs secteurs.

Les internes. — En attendant la mise au point d'un statut actuellement à l'étude, les fonctions d'assistant quand le poste créé n'a pas été pourvu, sous réserve qu'ils remplissent certaines conditions de qualification) (3' année du C. E. S. de psychiatrie).

Il est bien entendu que dans tous les cas, l'interne reste placé sous la responsabilité du chef de service.

Le personnel infirmier. — Il importe en attendant l'intervention des nouveaux textes prévus, de ne pas pénaliser en diminuant leur effectif théorique, les services qui réussissent à faire baisser leur õüTîfiñ71'activité de ce personnel devant s'exercer également à l'extérieur de l'hôpital.

L'assistante sociale. — Est indispensable pour assurer les nécessaires liaisons et coordinations à tous les niveaux (soignants, soignés, familles, autres services sociaux, employeurs, etc.).

La liaison entre l'équipe psychiatrique de secteur et la circonscription de service social est un difficile problème qui ne peut être résolu qu'en fonction de considérations d'ordre local. Mais il mérite toute votre attention.

Par ailleurs le système sectoriel nécessitant le déplacement sur l'aire du secteur des divers personnels de l'équipe, et notamment Cependant, il est remarqué que pour certains malades, la gratuité non motivante, constitue un obstacle thérapeutique.

Dans ces conditions, et même dès lors qu'un dispensaire préexiste, je ne vois que des avantages à instaurer parallèlement les deux systèmes qui ne sont pas exclusifs l'un de l'autre, mais complémentaires.

Dans tous les cas, il conviendra, bien entendu, de veiller à ce que les locaux répondent aux impératifs de la technique dans le domaine considéré.

{Pour ce qui est de l'équipement extra-hospitalier proprement dit des expériences variées doivent être menées afin de définir des structures les mieux adaptées aux besoins des divers types de secteurs : urbains, ruraux ou mixtes.

Selon les circonstances on donnera la préférence soit à la concentration de toutes les institutions extra-hospitalières en un centre de santé mentale de secteur, ce qui offre des facilités d'exploitation, soit 'à une formule dispersée qui favorise une meilleure intégration à la population, avantage considérable dans la perspective de prévention et de réadaptation.

b) Services d'hospitalisation

Aucune augmentation du nombre de lits des hôpitaux psychiatriques existants ne saurait plus être tolérée. La modernisation nécessaire de ces établissements a, au contraire, pour corollaire, une réduction de leur capacité, ce dont on ne peut que se féliciter.

Il convient de rappeler en effet que le service d'hospitalisation doit être organisé par unités de soins de 25 lits, comportant un nombre suffisant de chambres individuelles et entraînant en tout cas la suppression des grande dortoirs.

L'unité d'hospitalisation doit, rappelons-le, avoir libéralisé son fonctionnement, ouvert ses portes. Un même bâtiment peut recevoir des malades des deux sexes sous certaines précautions.

Ces conditions réalisées, il convient alors d'examiner l'opportunité d'installer de petites unités_ pouvant éventuellement être fermées. Ce dispositif répond en effet des besoins thérapeutiques précis ; il s'adresse notamment à des malades posant des problèmes

particuliers dont l'état requiert momentanément une restructuration en espace clos mais ne justifie pas, pour autant, leur renvoi vers des services spécialisés pour malades difficiles (malades de la catégorie 3 définis par la circulaire n° 109 du 5 juin 1950).

De toute façon, un secteur doit disposer d'un service hospitalier tel qu'il soit pratiquement impossible de malades les plus lourds sur d'autres formations.

Lorsque la réduction de la population d'un hôpital spécialisé en psychiatrie (qu'elle soit liée à la limitation de son territoire de recrutement ou à l'extension du travail extra-hospitalier) laisse des lits disponibles, il serait hautement souhaitable d'y créer, dans le cadre de la carte sanitaire, des unités médicales et, éventuellement chirurgicales actives en vue de faciliter une collaboration plus étroite entre psychiatres et médecins de toutes disciplines, ce qui ne peut qu'être profitable tant aux malades qu'au corps médical. Bien entendu, une telle conversion suppose un aménagement fonctionnel des locaux,

Ainsi des modifications sont parfois souhaitées dans la disposition géographique des secteurs ou des intersecteurs. Il importe d'avancer prudemment en ce domaine et de procéder à un examen attentif de la question, menée par les conseils départementaux de santé mentale en tenant compte notamment des secteurs sanitaires créés en application du décret n° 7354 du 11 janvier 1973, ceci, afin d'aboutir progressivement à une harmonisation.

En outre, je souhaite que les psychiatres privés soient appelés à participer, dans cette assemblée à l'élaboration de la politique de secteur dans la mesure où ces derniers apportent une contribution personnelle à la marche du service public et qu'ils apportent leur concours à des établissements médico-sociaux.

4° Gestion et financement.

En matière d'hygiène mentale, on ne peut délimiter nettement les actions de prévention, de soins et de post-cure, celles-ci étant particulièrement imbriquées.

Le secteur psychiatrique réalise en fait, une action thérapeutique complexe dans laquelle rôle prioritaire : l'hospitalisation désormais moins fréquente ne constitue en toute hypothèse ct pour un nombre important de cas qu'un moment du traitement. C'est ainsi que, dans certains départements, 45 p. 100 des malades n'ont jamais été hospitalisés.

Parallèlement au développement des activités extra-hospitalières on enregistre donc une diminution importante du taux d'occupation des lits auparavant suroccupés à 110 ou 120 p. 100 par des malades qu'un système asilaire avait chronicisés.

Je me suis préoccupé des conséquences financières de ce problème et ai prescrit des études pour examiner les modalités d'un financement mieux adapté aux activités sectorielles, avec apport éventuel de la sécurité sociale. Il est bon de rappeler ici que, en tout état de cause, l'état participe à 83 p. 100 en moyenne aux dépenses des services départementaux d'hygiène mentale.

Par ailleurs, il importe que, tout en évitant les exigences superflues, la gestion de la psychiatrie publique ne fasse pas obstacle aux conduites thérapeutiques les plus propres à écourter les séjours, ã—favoriser la restauration de la sociabilité et, partant, le retour au circuit économique.

A cet égard, je souligne que les psychiatres de secteur ne doivent pas méconnaître les prérogatives des autorités de tutelle et le devoir très strict pour celles-ci d'exiger des justifications aux dépenses à engager et d'apprécier de façon objective les résultats obtenus. La crédibilité des méthodes employées passe par cette exigence.

Le conseil général, appelé à voter les crédits d'hygiène mentale, serait mieux à même d'en apprécier le volume utile s'il était représenté aux conseils de santé mentale de secteur (en particulier au niveau des réunions départementales), plaque tournante de l'information.

A l'occasion des présentes instructions, je tiens à préciser les points suivants :

1. La sectorisation ne peut, vis-à-vis du malade, être impérative, Ce principe fondamental

de l'éthique médicale revêt une importance particulière en psychiatrie où l'action psychothérapique est avant tout basée sur la confiance du malade en son médecin, et sur une relation duelle privilégiée.

ANNEXE

EXTRAIT DE CONVENTION

Art. 5. — Le médecin chef de secteur assisté de son équipe, telle qu'elle est définie ci-après, assure la pleine responsabilité médicale et technique du secteur tant pour sa partie hospitalière que pour sa partie extrahospitalière dans les conditions précisées à l'article 4 de l'arrêté ministériel du 14 mars 1972, reprises dans le règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies et en se conformant au tableau de service.

Art. 8. Les personnels titulaires du centre hospitalier de

……

affectés à l'équipe de secteur délibération du conseil d'administration, le préfet, à faire usage de leur véhicule personnel pour les besoins de l'activité extrahospitalière. Ils bénéficieront, à ce titre, dans le cadre des dispositions prévues à l'article précédent (§ 5) d'une indemnité kilométrique dans les conditions et aux taux prévus par le décret n° 656 du 12 octobre 1971 et l'arrêté de la même date rendus applicables aux agents des établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics par circulaire n° 170/DH/4 du 8 mai 1972 du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale.

Ils devront, au préalable, justifier d'assurance garantissant d'une manière illimitée leur responsabilité personnelle aux termes des articles 1382, 1383 et 1384 du code civil, ainsi, éventuellement, que la responsabilité du centre hospitalier y compris le cas où celui-ci est engagé vis-à-vis des personnes transportées. La police devra comprendre, en outre, l'assurance contentieux. Les primes d'assurance restent à la charge des intéressés.

Les risques non compris dans l'assurance obligatoire, notamment le vol, l'incendie, les dégâts de toutes sortes subis par le véhicule et la privation de jouissance consécutive à ces dégâts ne peuvent donner droit à aucune indemnité à la charge du centre hospitalier. Les agents qui n'estiment pas nécessaire de contracter à cet effet des assurances complémentaires devront reconnaître officiellement qu'ils sont leur propre assureur pour tous les risques non couverts par l'assurance obligatoire.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Direction générale de la santé.
Sous-direction de la protection sanitaire. DGS/892/MS 1.

CIRCULAIRE DGS 892 MS 1 DU 9 MAI 1974 relative à la mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile.

(Non parue au Journal officiel.)

Circulaires complétées :
— circulaire DGS/431/MS 1 du 14 mars 1972.
— circulaire DGS/443/MS 1 du 16 mars 1972.
— circulaire DGS/ 2030/ MS 1 du 12 décembre 1972. —
circulaire DGS/1262/MS 1 du 6 juillet 1973.
- circulaire DGS/78/MS 1 du 15 janvier 1974. —
circulaire DGS/891/MS 1 du 9 mai 1974.

Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale
à

Messieurs les préfets régionaux,
Messieurs les médecins inspecteurs de régionaux de la santé
Messieurs les chefs régionaux de l'action sanitaire et sociale .

Messieurs les préfets,
Messieurs Les directeurs de l'action sanitaire et sociale.
Messieurs les médecins inspecteurs départementaux de la santé.
(Pour exécution.)

La circulaire n ° 443 du 16 mars 1972 a très explicitement défini les buts et les moyens de la sectorisation en psychiatrie infantile.

Sans revenir sur les termes ni l'esprit du texte en question je rappelle que le dispositif en la matière, tant préventif que curatif a pour bases essentielles : — des actions très précoces, menées de façon coordonnée, constamment adaptées à l'évolution des troubles en cause ; — la concertation permanente des techniciens, responsables à divers titres d'enfants et d'adolescents mentalement handicapés ou inadaptés ; — la complémentarité des actions et des institutions dans une prise en charge globale et optimale.

— 2 —

Cependant, alors qu'un certain nombre d'intersecteurs ont été mis en place, je constate la persistance de problèmes locaux souvent liés à des situations de fait,

difficiles à redresser.

C'est pourquoi il m'apparaît nécessaire de vous préciser les orientations à prendre et la politique sanitaire à poursuivre dans le domaine considéré.

1 [0] Les catégories nosographiques utilisées dans les classifications usuelles ne rendent pas compte du dynamisme évolutif des organisations pathologiques de l'enfant. Elles ne sauraient conduire à ce qu'un enfant donné soit placé de façon irrémédiable dans une catégorie immuable. Bien au contraire les moyens mis à la disposition des équipes de santé mentale doivent permettre un dépistage précoce et une thérapie intensive d'où découleront des modifications suffisantes du tableau clinique qui permettront souvent le classement de l'enfant dans une catégorie différente ou le retour pur et simple à la morale.

2 [0] La nature et la forme de l'équipement en lits hospitaliers sont actuellement difficiles à fixer avec précision compte tenu des écarts marqués selon les régions dans le mode d'exercice. Néanmoins, les directives suivantes peuvent être retenues :

— dans les départements où un équipement de psychiatrie infanto-juvénile programmé et financé a reçu l'agrément des équipes de psychiatrie infantile, il importe d'en hâter la mise en place ;

— dans tous les cas il y a nécessité de créer ou de conserver des moyens d'hospitalisation, localisés de façon valable. Le nombre restreint de lits nécessaires aux soins doit en faciliter l'implantation en zone urbaine. Quand le service est situé dans le cadre d'un centre hospitalier ou d'un hôpital spécialisé en psychiatrie, il doit conserver une autonomie d'accès et des espaces suffisants pour l'évolution des enfants.

— dans les zones où aucun équipement n'a été .programmé il importe de réaliser rapidement une première tranche restreinte de 20 à 25 lits même si l'on trace d'emblée l'esquisse d'une organisation plus étoffée. Il importe ici de rappeler qu'une priorité doit être accordée à une meilleure utilisation des places existantes, dans les établissements médico. éducatifs en médico-professionnels : la limite entre les structures dites de

l'enfance inadaptée et les structures thérapeutiques à vocation sanitaire devant se préciser progressivement en vue d'une nécessaire complémentarité. En même temps, une priorité absolue doit être accordée à la mise en place des établissements de secteur, fonctionnant en externat ;

— le modèle de fonctionnement doit être constitué par des établissements de bonne qualité, disposant d'un encadrement valable et de moyens thérapeutiques suffisants. Trop de services psychiatriques pour enfants restent encore conçus comme des garderies sans moyens d'action réelle.

— Les commissions régionales d'hospitalisation devront veiller à ce que tous les établissements ou services en projet soient réellement indispensables à La sectorisation et à ce qu'ils soient effectivement intégrés dans ce dispositif qui tend à réaliser un système cohérent sans double emploi ni carence.

3 [0] L'accent doit être mis, dans le fonctionnement des structures de santé mentale dévolues à l'enfance, sur les critères fonctionnels qui conduisent par exemple à mettre un plus grand nombre d'agents spécialisés dans les unités de vie réservées aux enfants les plus jeunes : cette question se trouve actuellement à l'étude. Une meilleure qualification et une formation en cours d'emploi du personnel paraissent indispensables.

4 [0] L'âge limite des enfants pris en charge par les équipes de pédopsychiatrie doit être apprécié avec souplesse. La limite réglementaire de seize ans ne doit pas constituer un obstacle à ce que des enfants plus jeunes soient reçus dans des structures dévolues aux adultes et surtout à ce qu'au-delà de l'âge de seize ans les adolescents soient encore traités par les équipes de psychiatrie infantile.

L'avis technique des médecins responsables doit ici prévaloir sur toute autre considération. En ce domaine comme en d'autres, la décision sera prise par accord mutuel entre l'équipe de psychiatrie infantile et l'équipe de psychiatrie générale concernée.

5 [0] J'attire tout particulièrement votre attention sur l'importance croissante du nombre des inadaptations graves observées actuellement chez les adolescents et notamment chez les jeunes privés de soutien familial auquel des organismes sont obligés de se substituer.

Pour la prise en charge de ces jeunes adultes en équilibre instable, risquant à tout moment de verser dans la pathologie mentale ou la délinquance (ou même les deux, ce dernier versant pouvant être l'expression de troubles mentaux méconnus) la création de foyers spécialisés et de clubs de prévention représente une première urgence dans la plupart des cas.

Cependant, il s'agit en l'occurrence d'une solution tardive qui constitue en fait un palliatif « a posteriori » dont l'efficacité reste très aléatoire.

A l'évidence une prévention vigilante, en liaison avec les équipes de secteur doit s'instaurer plus précocement vis-à-vis des enfants qui, par suite d'une carence socio-familiale notoire représentent une population à haut risque.

6 [0] Une collaboration étroite s'est déjà établie en diverses régions entre l'école et les équipes de santé mentale ; il convient de la poursuivre mais aussi de développer de façon prioritaire la collaboration avec les -pédiatres, les généticiens (services de P. M. I., crèches, service de pédiatrie, pédiatres ou omnipraticiens d'exercice privé, etc.) et avec le. service de santé scolaire.

7 [0] Les centres médico-psycho-pédagogiques et prochainement les centres d'action médico-sociale précoce devront être associés de la façon la plus étroite au dispositif de secteur. On doit étudier également à bref délai, les modalités d'articulation même partielle des établissements médico-éducatifs. Ils devront notamment figurer dans les avenants de la convention de secteur.

B [0] Les locaux de consultation apparaissent parfois insuffisants, non seulement par leur équipement mais par leur nombre. Il importe de favoriser le développement d'antennes à partir d'une consultation d'hygiène mentale par exemple, de manière à ce que la population trouve à proximité les moyens nécessaires pour un bilan ou une cure ambulatoire. A ce propos on rappelle qu'un dispensaire d'hygiène mentale peut prendre place dans le cadre d'un centre hospitalier ou d'un hôpital local ou d'un hôpital spécialisé en psychiatrie.

	Classification	No du texte
SP 5 533	**7393**	

Journal officiel du 19 mars 1986

Décret no 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement,

Vu le code de la sécurité sociale ,

Vu le code de la santé publique;

Vu le code de procédure pénale;

Vu la loi no 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière ;

Vu la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 modifiée relative aux institutions sociales et médico-sociales ;

Vu la loi n° 85-772- du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, et notamment son article 8 ;

Vu la loi de finances pour 1986 (no 85-1403 du 30 décembre 1985), et notamment son article 79 •

Vu la loi no 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

Vu la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986 adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé, et notamment ses articles 4, 25 et 74 ;

Vu le décret no 84-1196 du 28 décembre 1984 modifié relatif aux départements hospitaliers ,

Vu l'avis du Conseil supérieur des hôpitaux ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale .
Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ,

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète:

TITRE 1er
DISPOSITIONS GENERALES

Art. Ier. — Les secteurs psychiatriques prévus par le premier alinéa de l'article 5 de la loi du 31 décembre 1970 susvisée sont appelés:

a) Secteurs de psychiatrie générale lorsqu'ils répondent principalement aux besoins de santé mentale d'une population âgée de plus de seize ans;

b) Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile lorsqu'ils répondent aux besoins de santé mentale des enfants et adolescents ;chaque secteur de psychiatrie infanto-juvénile correspond à une aire géographique desservie par un ou plusieurs secteurs de psychiatrie générale;

c) Secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire lorsqu'ils répondent aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements relevant d'une région pénitentiaire.

Art. 2. - Dans chaque département, le représentant de l'Etat, après avis du conseil départemental de santé mentale fixe, pour chaque secteur psychiatrique visé aux a b de l'article ci-dessus, la liste des établissements comportant ou non des possibilités d'hébergement qui participent à la lutte contre les maladies mentales ainsi que la nature et l'implanta tian de leurs équipements.

Cette liste concerne à la fois service public hospitalier les services dépendant de l'Etat et tes personnes morales de droit public ou privé avant passé avec l'Etat une convention selon les modalités prévues à l'article L. 326

du code de la santé publique.

TITRE 11

LE CONSEIL DEPARTEMENTAL DE SANTE MENTALE

Art. 3. — Outre les avis qu'il est appelé à donner selon les dispositions de l'article L. 326 du code de la santé publique et de l'article 2 du présent décret, le conseil départemental de santé mentale peut être également consulté sur l'ensemble des problèmes relatifs à l'organisation et au fonctionnement des équipements et services de lutte contre les maladies mentales, ainsi que sur les projets de création d'établissements sociaux et médico-sociaux visés à l'article 3 de la loi du 30 juin 1975 susvisée, lorsque ces établissements accueillent des malades ou handicapés mentaux.

Art. 4. — Le conseil départemental de santé mentale comprend :

1° Le commissaire de la République du département ,

2° Trois fonctionnaires de l'Etat désignés par le commissaire de la République du département, dont le médecin inspecteur de la santé chargé des problèmes de santé mentale dans le département;

3° Le médecin conseil régional du régime général de sécurité sociale ou un médecin conseil désigné par lui et cinq représentants des régimes d'assurance maladie, dont trois désignés par la caisse régionale d'assurance maladie, un par la caisse de mutualité sociale agricole et un par la caisse mutuelle régionale dans le ressort desquelles siège le conseil départemental de santé mentale .

4° Trois conseillers généraux désignés par le conseil général, dont un membre du conseil d'administration d'un centre hospitalier spécialisé

5° Un directeur de centre hospitalier spécialisé et un directeur d'établissement hospitalier public comportant une ou plusieurs unités de psychiatrie, désignés par le commissaire de la République du département ;

6° Deux maires du département ,

7° Un directeur d'établissement de soins privés pour malades mentaux, s'il en existe ,

8° Six psychiatres appartenant au cadre des praticiens hospitaliers publics, dont au moins deux chefs de département, s'il en existe, deux psychiatres exerçant dans un secteur infanto-juvénile et un enseignant hospitalier, s'il en existe ;

9 0 Six médecins libéraux ou exerçant dans des institutions privées .

a) Deux médecins généralistes ,

b) Deux psychiatres exerçant dans des établissements privés à but non lucratif, dont un psychiatre exerçant dans un établissement pour enfants ou adolescents ;

c) Deux psychiatres libéraux, dont, s'il y a lieu, un psychiatre exerçant dans un établissement de soins privés pour malades mentaux ;

10° Six représentants des personnels de santé mentale non médicaux travaillant dans un établissement assurant le service public hospitalier, dont au moins trois infirmiers ;

11° Un représentant de chacune des deux organisations de familles de malades mentaux les plus représentatives du département.

Art. 5. — Chaque membre du conseil départemental de santé mentale a un suppléant désigné dans les mêmes conditions.

Les maires sont soit désignés par l'association départementale des maires, soit, s'il n'existe pas d'association des maires ou s'il en existe plusieurs, élus par le collège des maires du département à la représentation proportionnelle à la plus forte moyenne sans adjonction ni suppression de nom et sans modification de l'ordre de présentation. Sur chaque liste, les sièges sont attribués aux candidats d'après l'ordre de présentation. Le vote peut avoir lieu par correspondance. Le collège des maires est

convoqué par le commissaire de la République.

Les membres mentionnés aux paragraphes 7 à 10 de l'article 4 sont choisis parmi les personnes figurant sur des listes proposées par les organisations les plus représentatives dans le département.

La liste des membres titulaires et suppléants du conseil ainsi composé est dressée par arrêté du commissaire de la République.

Le mandat des membres titulaires et suppléants mentionnés aux paragraphes 7 à 11 de l'article 4 est de cinq ans. Il est renouvelable.

Art. 6. - Le conseil départemental de santé mentale est présidé par le commissaire de la République du département ou son représentant.

Art. 7. - Le conseil départemental de santé mentale se réunit au moins deux fois par an sur convocation du commissaire de la République du département. Son secrétariat est assuré par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

TITRE 111

ORGANISATION TECHNIQUE DU SERVICE PUBLIC DE LÜITE CONTRE LES MALADIES MENTALES ET SECTORISATION PSYCHIATRIQUE.

Art. 8. — Chaque établissement assurant le service public hospitalier auquel sont rattachés un ou plusieurs secteurs psychiatriques est responsable de la lutte contre les maladies mentales dans ce ou ces secteurs.

Art. 9. — La prévention, le diagnostic et les soins prévus à l'article L. 326 du code de la santé publique et à l'article 4 ter de la loi du - 31 décembre 1970 modifiée sont assurés notamment .

1 0 Dans des services spécialisés comportant ou non des possibilités d'hébergement total, ou d'hébergement de jour ou de nuit ,

2° A la résidence des patients •

3 0 Dans les établissements sanitaires, sociaux ou médicosociaux où résident les patients;

4° Par des séjours thérapeutiques temporaires;

5° Par des actions d'information auprès de la population et des professionnels concernés.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste de ces équipements et services.

Art. 10. — Chaque secteur de psychiatrie générale ou infanto-juvénile est placé sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier assisté d'une équipe pluridisciplinaire et désigné, qu'il s'agisse d'un département ou d'une unité fonctionnelle, selon les modalités prévues par le décret no 84-1196 du 28 décembre 1984 modifié susvisé.

Toutefois, dans l'attente de l'installation des organes prévus aux articles 3 et 10 -de ce décret, le praticien qui exerce les responsabilités afférentes aux fonctions de chef de service assume également la responsabilité du secteur.

Art. 11. - Dans chaque région pénitentiaire sont créés un ou plusieurs secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, rat tachés pour chacun à un établissement hospitalier public désigné par arrêté du ministre chargé de la santé, après consultation du garde des sceaux, ministre de la justice. Chacun de ces secteurs comporte notamment un service médico-psychologique régional aménagé dans un établissement pénitentiaire et qui peut assurer en outre, par convention avec le représentant de l'Etat, une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies mentionnée aux articles L. 355-1 et L. 355-14 du code de la santé publique. La convention fixe notamment les modalités de prise en charge par l'Etat des frais correspondants.

Le secteur est placé sous l'autorité d'un psychiatre hospitalier désigné selon les modalités prévues à l'article 10 ci-dessus et assisté d'une équipe pluridisciplinaire relevant du centre hospitalier de rattachement.

Un règlement intérieur type, arrêté par le garde des sceaux, ministre de la justice, et par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, précise les missions des services médico-psychologiques régionaux et fixe leur organisation et leurs modalités de fonctionnement et de coordination avec les responsables des secteurs de psychiatrie

générale et de psychiatrie infanto-juvénile ainsi qu'avec les intervenants et organismes sanitaires et sociaux travaillant en milieu carcéral.

Art. 12. — Ne font pas partie des secteurs définis à l'article Ier les unités pour malades difficiles, à vocation interrégionale, implantées dans un centre hospitalier spécialisé et qui assurent l'hospitalisation à temps complet des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mises en œuvre que dans une unité spécifique.

Le fonctionnement de ces unités est déterminé dans les conditions fixées par les dispositions de l'article L. 328 du code de la santé publique.

Art. 13. — Le ministre de l'économie, des finances et du budget, le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'intérieur et de la décentralisation, le ministre de l'agriculture, le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, le secrétaire d'Etat auprès du ministre de l'économie, des finances et du budget, chargé du budget et de la consommation, et le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, chargé de la santé, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 14 mars 1986.

LAURENT FABIUS

Par le Premier ministre.

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement,

GEORGINA DUFOIX

Le ministre de l'économie, des finances et du budget,

PIERRE BÉRÉGOVOY

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
MICHEL CRÉPEAU.

Le ministre de -l'intérieur et de la décentralisation,

PIERRE JOXE

Le ministre de l'agriculture,
HENRI NALLET

Le secrétaire d'Etat auprès du ministre de l'économie, des finances et du budget, chargé du budget et de la consommation,

HENRI EMMANUELLI

Le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, chargé de la santé,

EDMOND HERVÉ.

LOI n' 68-690 du 31 juillet 1968 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier (I).

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur

TITRE 1 er

Dispositions relatives aux personnels.

t. 1•r.— Dans des conditions qui seront déterminées par décret pris en Conseil d'Etat, pourront être intégrés, dans la limite de sept emplois, dans l'un des corps des personnels scientifiques du laboratoire central de recherches vétérinaires prévus au décret n o 64-642 du 29 juin 1964, les personnels justifiant des titres ou qualités ci-après :

— fonctionnaire spécialiste des travaux de laboratoire concernant l'inspection sanitaire et qualitative des viandes et des denrées d'origine animale, ayant appartenu au corps des vétérinaires inspecteurs de la préfecture de police et des services vétérinaires municipaux intégrés dans le corps des vétérinaires
inspecteurs, en vertu des dispositions du décret n o 67-1200 du 21 décembre 1967 pris en application de l'article _3 de la loi n o 65-543 du 8 juillet 1965 relative aux conditions nécessaires à la modernisation du marché de la viande ;

— agent du cadre scientifique appartenant au personnel de la station expérimentale d'aviculture de Ploufragan (Côtes-du Nord), en fonction à la date de publication de la présente loi ;

— agent spécialisé dans l'étude des virus aphteux de type exotique.

Art. 2. — Les personnels technique et administratif en fonction à la date de publication de la présente loi à la station expérimentale d'aviculture de Ploufragan (Côtes-du-Nord) seront

Loi n o 68-690.

TRAVAUX PRÉPARATOIRES (1) Assemblée nationale :

Projet de loi no 5 ;

Rapport de M. Rivain, au nom de la commission des finances (no 45) ;
Discussion et adoption, après

déclaration d'urgence, le 19 juillet 1968.

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n° 218 (1967-1968) ;

Rapport de M. Pellenc, au nom de ta commission des finances, no 218 bis (1967-1968) ;

Discussion et adoption le 20 juillet 1968.

Assemblée nationale :

Proie' de lei, modifié par le Sénat, no 202 ;

Rapport de M. Rivain, au nom de ta commission mixte paritaire {no 205) ;

Discussion et adoption le 23 1968.

Sénat :

Rapport de M. Pellenc, au nom de la commission mixte paritaire, no 225 (1967-1968) ;

Discussion et adoption [e 241968.

intégrés, dans les conditions qui seront fixées par décret pris en Conseil d'Etat, dans des corps de titulaires ou de contractuels des services extérieurs du ministère de l'agriculture.

Art. 3. Les agents spéciaux supérieurs du ministère de l'intérieur, en fonction au 1er janvier 1968, pourront être intégrés dans le corps des secrétaires d'administration de ce département.

Un décret en Conseil d'Etat fixera les modalités et les conditions de ces intégrations.

Art. 4. — Les chargés de mission contractuels, non retraités, en fonction au 1er janvier 1967 au service national de la protection civile, pourront être titularisés dans le corps des chefs de division, attachés principaux et attaches de préfecture.

Le nombre des bénéficiaires des titularisations prévues à l'alinéa précédent ne pourra excéder 14.

Un décret en Conseil d'Etat fixera les modalités et les conditions de ces titularisations.

Art. 5. Sont validées les mesures individuelles d'intégration, ainsi que les nominations intervenues, depuis le 1er janvier 1961, dans les corps des contrôleurs divisionnaires et des surveillantes en chef des postes et télécommunications.

Les dispositions statutaires qui se substitueront au décret n° 64-954 du 11 septembre 1964, portant statut particulier du corps des surveillantes en chef des postes et télécommunications, prendront effet à compter de la date d'application de la présente loi.

Art. 6. — Sont validées les nominations prononcées en vertu. des dispositions de l'arrêté du secrétaire d'Etat aux postes, télégraphes et téléphones et du secrétaire d'Etat à la présidence du conseil chargé de la fonction publique, en date du 16 mai 1957, relatif à l'établissement de listes spéciales d'admission aux emplois, en vue de pourvoir les postes vacants en Algérie.

7. — Sont validés les résultats du deuxième concours spécial d'assistanat en médecine des hôpitaux de Paris, ouvert le 5 décembre 1960, ICS nominations qui l'ont suivi ainsi que, en tant que de besoin, et par voie de conséquence, celles qui ont été prononcées à la suite des concours du médicat des hôpitaux de Paris ouverts au titre des années 1959 à 1962 et des concours hospitalo-universitaires organisés en application de l'article 66 du décret n° 60-1030 du 24 septembre 1960 modifié.

TITRE II

Dispositions d'ordre fiscal.

Art. 8. — L'article 127 du code général des impôts est abrogé.

Art. 9. — L'article 214, 1-3, du code général des impôts est abrogé.

Art. 10. — L'article 220-3 du code général des impôts est abrogé.

Art. 11. — Par dérogation aux dispositions du 1 de l'article 39 *quaterdecies* du code général des impôts, la plus value nette à court terme réalisée à la suite de la perception d'indemnités d'assurances ou de l'expropriation d'immeubles figurant à l'actif, peut être répartie, par parts égales, sur l'année de sa réalisation et sur les neuf années suivantes, dans la mesure où elle provient, soit d'éléments amortissables selon le mode linéaire sur une période supérieure à cinq ans, soit d'éléments amortissables selon le mode dégressif sur une période supérieure à huit ans.

La plus-value nette à court terme visée à l'alinéa précédent ne peut pas excéder le montant global de la plus-value nette à court

terme de l'exercice.

Par dérogation aux dispositions de l'article 39 *quindecies* du code général des impôts, l'imposition de la plus-value nette à long terme réalisée à la suite de la perception d'indemnités d'assurances ou de l'expropriation d'immeubles figurant à l'actif est différée de deux ans. Toutefois, en cas de cessation d'activité, l'imposition de la plus-value dont il s'agit est immédiatement établie.

Art. 12. — A compter du janvier 1968, les dispositions de l'article 6-3 de la loi n ^{o} 66-10 du 6 janvier 1966 sont étendues

aux opérations effectuées et aux prestations fournies pour les besoins

« Les dispositions prévues au présent article ne sont cependant pas applicables lorsque le transfert intervient dix ans ou plus après l'achèvement de travaux d'aménagement ou si le vendeur ou ses auteurs ont utilisé l'immeuble cédé à titre de résidence principale pendant les cinq années précédant la cession.

Art. 24. — Les établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics, dont les personnels sont astreints à un stage de formation professionnelle organisé par l'école nationale de la santé publique, versent à cette école une participation . proportionnelle au nombre de leurs lits pour couvrir la charge financière des traitements et indemnités, Y compris les indemnités à caractère familial, ainsi que les charges sociales qui s'y rapportent, servis aux stagiaires pendant la durée de leur stage.

Un décret pris sur le rapport du ministre d'Etat chargé des affaires sociales et du ministre de l'économie et des finances fixe les conditions d'application du présent article.

Art. 25. 1. Les hôpitaux psychiatriques, les sanatoriums et préventoriums publics constituent des établissements publics départementaux ou interdépartementaux auxquels sont applicables les dispositions des articles L. 679 à L. 685 du code de la santé publique.

Les établissements visés à l'alinéa précédent, fonctionnant actuellement comme des services non personnalisés des collectivités publiques, les établissements psychiatriques autonomes, l'établissement national de bienfaisance de Saint-Maurice et

l'établissement national de Zuydcoote seront, dans l'année qui suivra la promulgation de la présente loi, érigés, par décret, en établissements publics départementaux ou interdépartementaux ou rattachés à un établissement public d'hospitalisation existant. Les biens affectés à leur fonctionnement, ainsi que les droits et obligations les concernant sont transférés de plein droit aux nouveaux établissements publics ou aux établissements de rattachement.

Afin d'assurer la coordination des actions de prévention, de traitement et de postcure dans chaque département, l'hôpital psychiatrique, le sanatorium, le préventorium et, le cas échéant, l'hôpital dont dépend le service de psychiatrie, de phtisiologie ou de pneumo-phtisiologie, sont tenus de s'associer avec les collectivités publiques ou les personnes morales de droit privé gestionnaires des établissements ou services de prévention, de soins et de postcure.

n. — Les médecins des hôpitaux psychiatriques et les médecins des services de lutte contre la tuberculose, en fonction à la date de promulgation de la présente loi, dans l'un quelconque des établissements ou services visés au paragraphe I ci-dessus et aux articles L. 219, L. 235 et L.326 du de la santé publique sont, sauf option contraire, soumis, à compter du 1 er janvier 1968, aux dispositions de l'article L. 685 dudit code et des textes pris pour son application. Ils auront la faculté de demander à conserver leur situation statutaire antérieure, avec maintien du traitement et des indemnités qui lui sont attachés.

Les médecins des établissements visés au paragraphe ci-dessus assurent respectivement, dans le cadre de leurs obligations de service :

— dans les dispensaires d'hygiène mentale des services départementaux d'hygiène sociale, le dépistage et la prophylaxie des maladies mentales et déficiences mentales et de l'alcoolisme ainsi que la postcure ;

— dans les dispensaires antituberculeux des services départementaux d'hygiène sociale, le dépistage et la prophylaxie de la tuberculose ainsi que la postcure des malades.

Les personnels titulaires des établissements ou services visés au paragraphe I (2' alinéa) ci-dessus, autres que les médecins, demeurent ou sont soumis aux dispositions du livre IX du code de la santé publique et de ses textes d'application.

Toutefois, les personnels qui avaient, à la date de promulgation de la présente loi, la qualité de fonctionnaires de l'Etat, ou de la ville de Paris, pourront demander à conserver leur situation statutaire antérieure et à être placés en service détaché auprès de l'établissement qui assurera leur rémunération dans le cadre des dispositions en vigueur dans leur corps d'origine.

111. — Les délibérations des commissions administratives des établissements visés au paragraphe I et 2[c] alinéa) ci-dessus relatives à ka fixation des effectifs du personnel médical sont soumises à l'approbation du ministre d'Etat chargé des affaires sociales.

Toutes dispositions contraires au présent article sont abrogées. Des décrets en Conseil d'Etat fixeront les conditions d'application du présent article. Les dispositions qui précèdent seront insérées dans le code de la santé publique par décret en Conseil d'Etat. Ce décret procédera, le -cas échéant, aux aménagements de forme qui seraient nécessaires.

TITRE VI

Dispositions diverses d'ordre économique.

Art. 26. — Sont validées les dispositions du décret n [o] 60-1144 du 27 octobre 1960.

La validation de ce décret aura effet jusqu'à son remplace• ment par un décret qui devra intervenir au plus tard le 31 décembre 1968.

Art. 27. Les biens meubles et immeubles appartenant â l'Etat et exploités par l'atelier militaire de construction d'Irigny (Rhône), et dont la désignation fera l'objet d'un inventaire, sont dévolus en toute propriété à la Régie nationale des usines Renault avec effet du 1 [er] décembre 1967.

Le fonds de dotation de la Régie nationale des usines Renault est augmenté d'un montant égal à la valeur des biens apportés par I ‘État en application de l'alinéa précédent, soit : 25.435.272 F.

Art. 28. I. — Le deuxième alinéa de l'article 2 de la loi n [o] 64-706 'du 10 juillet 1964 est remplacé par les dispositions suivantes :

« La constatation du caractère de calamités

agricoles des phénomènes définis à l'alinéa précédent, pour une zone et pour une période déterminées, fait l'objet d'un arrêté conjoint du ministre de l'agriculture et du ministre de l'économie et des finances, pris sur proposition du préfet après consultation de la commission nationale des calamités agricoles prévue à l'article 13 ci-après ».

II. — Le deuxième alinéa de l'article 4 de la loi n ^{o} 64-706 du 10 'juillet 1964 est modifié comme suit :

« Peuvent seuls prétendre au bénéfice de ladite indemnisation, les sinistrés justifiant que les éléments principaux de l'exploitation étaient assurés contre l'un au moins des risques reconnus, dans le cadre de la région, normalement assurables, par arrêté interministériel pris sur proposition de la commission nationale des calamités agricoles ».

Art. 29. — I-ÆS producteurs-vendeurs de fruits, de légumes ou de fleurs bénéficient sur les marchés municipaux de détail d'un droit global d'attribution d'emplacement de vente minimal de 10 p. 100 des surfaces pouvant faire l'objet de concessions.

Ce droit est exercé nominativement par les producteurs-ven. deurs à l'occasion de chaque répartition suivant l'ordre chronologique de présentation de leurs demandes à l'organisme répartiteur des emplacements.

Art. 30. — La dotation du fonds d'expansion économique de la Corse est accrue du produit des perceptions fiscales non encore restituées au 1 ^{er} janvier 1968 et qui sont ou seront reconnues restituables par application de l'article 16 du décret du 24 avril 1811.

L'affectation des perceptions visées par le présent article au fonds d'expansion économique de la Corse libère l'administration de son obligation de restitution et de tous recours ou actions autres qu'en paiement des dépens judiciaires ayant trait à ces perceptions.

Art. 31. Les dispositions législatives et réglementaires interdisant aux collectivités locales de prendre en charge la totalité des dépenses afférentes au classement des voies privées dans le domaine public sont abrogées.

Ila présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 31 juillet 1968.

Par le Président de la République : C. DE GAULLE.

Le Premier ministre,
MAURICE COUVE DE MURVILLE.

Le ministre de l'économie et des finances,
FRANÇOIS ORTOLI.

LOI no 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social (1)

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,
L'Assemblée nationale a adopté,
Le Conseil constitutionnel a déclaré conforme à la
Constitution,
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

TITRE Ier
MESURES RELATIVES A LA PROTECTION SOCIALE

CHAPITRE 1 er
Mesures relatives à la famille, à l'enfance et aux droits de la femme

Art. 1er. - I. - Le premier alinéa de l'article 187-1 du code pénal est ainsi rédigé :
« Sera puni d'un emprisonnement de deux mois à deux ans et d'une amende de 3 000 F à 40 000 F ou de l'une de ces deux peines seulement tout dépositaire de l'autorité publique ou citoyen chargé d'un ministère de service public qui, à raison de l'origine d'une personne, de son sexe, de ses mœurs, de sa situation de famille ou de son appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée, lui aura refusé sciemment le bénéfice d'un droit auquel elle pouvait prétendre. »

II. - Les 10 et 20 de l'article 187-2 du code pénal sont ainsi rédigés :
« 10 Par toute personne physique à raison de sa situation de famille, de son origine nationale, de son sexe, de ses mœurs, de son appartenance ou de sa non-appartenance,, vraie ou supposée, à une ethnie, une race ou une religion déterminée ;
« 20 Par toute personne morale à raison de la

situation de famille, de l'origine nationale, du sexe, des mœurs, de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une race ou une religion déterminée, de ses membres ou de certains d'entre eux. »

III. - Les 10, 20 et 30 de l'article 416 du code pénal sont ainsi rédigés :

« 1° Toute personne fournissant ou offrant de fournir un bien ou un service qui, sauf motif légitime, l'aura refusé soit par elle-même, soit par son préposé, à raison de l'origine de celui qui le requiert, de son sexe, de ses mœurs, de sa situation de famille ou de son appartenance ou de sa non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée, ou aura soumis son offre à une condition fondée sur l'origine, le sexe, les mœurs, la situation de famille, l'appartenance ou la non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ;

« 2° Toute personne qui, dans les conditions visées au 10, aura refusé un bien ou un service à une association ou à une société ou à un de ses membres, à raison de l'origine, du sexe, des mœurs, de la situation de famille ou de l'appartenance ou de la non-appartenance de ses membres ou d'une partie d'entre eux à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée ;

« 3° Toute personne amenée par sa profession ou ses fonctions à employer, pour elle-même ou pour autrui, un ou plusieurs préposés qui aura refusé d'embaucher ou aura licencié une personne à raison de son origine, de son sexe, de ses mœurs, de sa situation de famille ou de son appartenance ou de sa non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée, ou aura soumis une offre. d'emploi à une condition fondée sur l'origine, le sexe, les mœurs, 'la situation de famille, l'appartenance ou la non-appartenance à une ethnie, une nation, une race ou une religion déterminée. »

IV. - L'article 416-1 du code pénal est ainsi rédigé :

« Art. 416-1. - Les peines énoncées à l'article 416 sont également applicables à quiconque aura, par son action ou son omission, contribué à rendre plus difficile l'exercice d'une quelconque activité économique dans des conditions normales :

« 1° Par toute personne physique à raison de sa situation de famille, de son origine nationale, de son sexe, des ses mœurs, de son appartenance ou de sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une race ou une religion déterminée ;
« 2° Par toute personne morale à raison de la situation de famille, de l'origine nationale, du sexe, des mœurs, de l'appartenance ou de la non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une race ou une religion déterminée, de ses membres ou de certains d'entre eux. »

V. - Il est inséré dans le code de procédure pénale un article 2-6 ainsi rédigé :
« Art. 2-6. - Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits, se proposant par ses statuts de combattre les discriminations fondées sur le sexe ou sur les mœurs, peut exercer les droits reconnus à la partie civile en ce qui concerne les infractions prévues par les articles 187-1, 187-2, les 1^{0} et 2^{0} de l'article 416 et de l'article 416-1 du code pénal et celles relatives au refus d'embauche, au licenciement ou à l'offre d'emploi définis par le 30 de l'article 416 du code pénal et de l'article L. 123-1 du code du travail. »

Art. 2. Il est inséré, après l'article 100-2 du code de la famille et de l'aide sociale, une section II bis ainsi rédigée :

Section II bis. - Accueil de l'enfant étranger en vue de son adoption

« Art. 100-3. - Les personnes qui souhaitent accueillir, en vue de son adoption, un enfant étranger doivent demander l'agrément prévu à l'article 63 du présent code. Cet agrément est réputé être accordé si l'administration ne s'est pas prononcée dans un délai de six mois à compter du jour de la demande. »

Art. 3. - I. - Pour les personnes affiliées à l'assurance personnelle à la suite d'un divorce pour rupture de la vie commune, la cotisation

mentionnée à l'article 5 de la loi no 78-2 du 2 janvier 1978 relative à la généralisation de la sécurité sociale est mise à la charge du conjoint qui a pris l'initiative du divorce, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat

II. - Les dispositions du paragraphe I du présent article sont applicables aux personnes divorcées pour rupture de la vie commune dont le divorce a été prononcé à compter du 1er janvier 1976.
111. - L'article 16 de la loi no 75-618 du 11 juillet 1975 relatif au recouvrement public des pensions alimentaires est abrogé.

Art. 4. - L'article 9 de la loi no 85-17 du 4 janvier 1985 relative aux mesures en faveur des jeunes familles et des familles nombreuses est complété par un alinéa ainsi

« Les articles L. 557 à L.- 559 du code de la sécurité sociale sont applicables dans le cas où les infractions qu'ils définissent se rattachent aux prêts institués par le présent article. »

Art. 5. - Le deuxième alinéa de l'article L. 561-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
« Les. mêmes règles sont applicables en cas de non. remboursement d'un prêt subventionné ou consenti à quelque titre que ce soit par un organisme débiteur de prestations familiales, la caisse nationale des allocations familiales ou les caisses centrales de mutualité sociale agricole. »

Art. 6. - Les prêts prévus par l'article 9 de la loi no 85-17 du 4 janvier 1985 précitée, lorsqu'ils sont attribués à des fonctionnaires et agents de l'Etat, font l'objet de modalités particulières de gestion et de financement déterminées par décret.

Art. 7. - A l'article 2-3 du code de procédure pénale, les mots : « infractions définies à l'article 312 du code pénal » sont remplacés par les mots : « infractions définies aux articles 312, 331, 332, 333 et 334-2 du code pénal ».

CHAPITRE II

Mesures relatives à la protection de la santé

Art. 8. - I. - L'article L. 326 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
« Art. L. 326. - La lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention, de diagnostic et de soins.
« A.cet effet exercent leurs missions dans le cadre de circonscriptions géographiques, appelées secteurs psychiatriques, les établissements assurant le service public hospitalier, les services dépendant de l'Etat, ainsi que toute personne morale de droit public ou privé ayant passé avec l'Etat une convention précisant les objectifs poursuivis, tes catégories de bénéficiaires, les moyens mis en Œuvre et, le cas échéant, les relations avec les autres organismes agissant dans le domaine de la santé mentale.
« 11 est institué un conseil départemental de santé mentale qui comprend notamment des représentants de l'Etat, des collectivités territoriales, des caisses d'assurance maladie, des représentants des personnels de santé mentale, des établissements d'hospitalisation publics ou privés.
« Dans chaque département, le nombre, la configuration des secteurs psychiatriques, la planification des équipements comportant ou non des possibilités d'hospitalisation nécessaires à la lutte contre les maladies mentales sont déterminés, après avis du conseil départemental 'de santé mentale, conformément aux dispositions des articles 5, 31, 44, 47 et 48 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.
« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »
II. – 1° Le titre V du livre III du code de la santé publique est ainsi rédigé : « Titre V : Lutte contre l'alcoolisme ».

2° L'article L. 355-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art.' L. 355-1. - L'Etat organise et coordonne la prévention et le traitement de l'alcoolisme, sans préjudice du dispositif prévu à l'article L. 326 du présent code.
« Les dépenses entraînées par l'application du présent article sont à la charge de l'Etat sans préjudice de la participation des régimes d'assurance maladie aux dépenses de soins. »

Art. 9. - L'article L. 487 du code de la santé publique est ainsi rédigé :
« Art. L. 487. - Réserve faite des dérogations prévues à l'article L. 491, nul ne peut exercer la profession de masseur-kinésithérapeute, c'est-à-dire pratiquer le massage et la gymnastique médicale, s'il n'est muni du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute institué par l'article L. 488 du présent titre. Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale.
« La définition du massage et de la gymnastique médicale est précisée par un décret en Conseil d'Etat, après avis de l'Académie nationale de médecine. »

LOIS

LOI no 85-1468 du 31 décembre 1985 relative è la sectorisation psychiatrique (l)

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,

L'Assemblée nationale a adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Art. Ier. - Le premier alinéa de l'article 5 de la loi no 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière est ainsi rédigé .

« Il est institué, dans les conditions prévues à l'article 44 de la présente loi, une carte sanitaire de la France déterminant des régions et des secteurs sanitaires ainsi que des secteurs psychiatriques. »

Art. 2. - Les quatrième et cinquième alinéas (10 et 20) de l'article 44 de la loi no 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée sont ainsi rédigés .

« 10 Les limites des régions et des secteurs sanitaires ainsi que celles des secteurs psychiatriques visés par l'article L. 326 du code de la santé publique ;

« 20 Pour chaque région sanitaire, pour chaque secteur sanitaire et pour chaque secteur psychiatrique, la nature, l'importance et l'implantation des installations comportant ou non des possibilités d'hospitalisation, nécessaires pour répondre aux besoins de santé de la population. »

Art. 3. - Il est inséré, après l'article 4 bis de la loi n ^{o} 70-1318 du 31 décembre 1970 précitée, un article 4 ter ainsi rédigé :

« Art. 4 ter. - Chaque établissement assurant le service public hospitalier et participant à la lutte contre les maladies mentales est responsable de celle-ci dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés. Il met à la disposition de la population, dans les secteurs psychiatriques qui lui sont rattachés, des services et des équipements de prévention, de diagnostic et de soins. Ces services exercent leurs activités non seulement à l'intérieur de l'établissement mais aussi en dehors de celui-ci.

Art. 4. - L'article L. 326-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 326-2. - Dans chaque département, un ou plu• sieurs établissements assurant le service public hospitalier sont habilités par le représentant de l'Etat à soigner les personnes qui sont atteintes de maladies mentales et qui relèvent du chapitre III du présent titre. »

Art. 5. - A compter du I ^{er} janvier 1986, les services publics mentionnés à l'article L. 326 du code de la santé publique sont mis à la disposition et placés sous la responsabilité des établissements assurant le service public hospitalier désignés par le représentant de I ‘État dans le départe• ment.

Ces établissements prennent en charge les dépenses exposées par ces services dans la lutte contre les maladies mentales.

Les dépenses de lutte contre les maladies mentales imputées sur le budget du département continuent à y être inscrites jusqu'au 31 décembre 1986 ; un décret en Conseil .d'Etat détermine

celles d'entre elles pour lesquelles cette inscription sera maintenue au-delà de cette date.

Le représentant de l'Etat dans le département fixe te montant des remboursements et des acomptes éventuels à verser aux collectivités territoriales par les établissements mentionnés au premier alinéa du présent article en raison de leurs dépenses de lutte contre les maladies mentales. Il détermine aussi, le cas échéant, les acomptes à verser à ces établissements par ta caisse à qui incombe le règlement de la dotation globale hospitalière.

Art. 6. - A compter du 1er janvier 1987, tes biens, meubles et immeubles affectés aux services publics de lutte contre les maladies mentales et nécessaires à l'exercice de leurs activités sont mis à la disposition des établissements mentionnés à l'article précédent selon les modalités déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Art. 7. - A compter du janvier 1986, les dépenses de chaque personne morale de droit privé participant à la lutte contre les maladies mentales dans les conditions définies à. l'article L. 326 du code de la santé publique sont l'objet, au titre de cette action, d'une dotation globale annuelle qui est à la charge des régimes d'assurance maladie.

La dotation est fixée par le représentant de l'Etat dans le département dans les conditions définies à l'article 8 de la loi no 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale et à l'antépénultième alinéa de l'article 22 de la loi no 70-1318 du 31 décembre 1970 pré-: citée. Cette dotation est révisée selon les mêmes modalités s'il se produit en cours d'année une modification importante et imprévisible dans les conditions économiques ou' dans les exigences de la lutte contre les maladies mentales menée par ces personnes morales.

Les conditions dans lesquelles l'avis des organismes d'assurance maladie au sujet de la dotation globale est recueilli, les modalités de versement de cette dotation et la, répartition de celle-ci entre les régimes obligatoires d'assurance maladie sont celles applicables à la dotation globale de l'établissement responsable du secteur.

Le représentant de l'Etat dans le département décide si des acomptes doivent être versés par la caisse chargée d'assurer le règlement de la dotation globale ; it fixe le montant de ces acomptes.

Art. 8. - Les fonctionnaires et stagiaires des collectivités territoriales qui exercent une activité de lutte contre les maladies mentales mentionnée à l'article L. 326 du code de la santé publique sont, å compter du 1 er janvier 1986, mis à la disposition des établissements désignés par le représentant de l'Etat dans le département. Ils continuent à être régis par les statuts qui leur sont applicables lors de I ‘entrée en vigueur de la présente loi.

Art. 9. - Les fonctionnaires et les stagiaires visés à l'article 8 ci-dessus peuvent opter pour le maintien de leur statut ou pour leur intégration dans les corps et emplois de la fonction publique hospitalière. Ceux d'entre eux qui auront opté pour le maintien de leur statut sont, à compter du Ier janvier 1987, ou de la date de leur titularisation si celle-ci est postérieure, détachés d'office dans les corps et emplois de la fonction publique hospitalière. S'ils n'optent pas pour le maintien de leur statut, les fonctionnaires mentionnés à l'article 8 ci-dessus sont, à compter du 1er janvier 1987, intégrés dans les corps ou emplois de la fonction publique hospitalière. Les agents qui auront, au I er janvier 1987, la qualité de stagiaire seront intégrés à la date à laquelle ils seront titularisés.

Art. 10. - Par dérogation à l'article 9 ci-dessus, les fonctionnaires des collectivités territoriales qui, à la date de publication de la présente loi, ont, en vertu des dispositions de l'article 122 de la loi no du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, opté pour le statut de fonctionnaire de l'Etat, conservent le bénéfice de cette option s'ils la confirment dans un délai déterminé. Ils sont, à compter du 1er r janvier 1987, détachés d'office dans les corps ou emplois de la fonction publique hospitalière.

Toutefois, lorsqu'il n'existe pas de corps d'accueil dans la fonction publique de l'Etat, les intéressés seront intégrés à compter du Ier janvier 1987 dans les corps ou emplois de la fonction publique hospitalière. Dans le cas où, avant une date déterminée, ils auraient demandé à conserver leur statut, ils seront détachés d'office dans les corps ou emplois de la fonction publique hospitalière.

Art. I I. - Les dispositions des articles 8 et 9 ci-dessus sont applicables aux fonctionnaires et aux stagiaires recrutés pour exercer une activité de lutte contre les maladies mentales par les collectivités territoriales entre la date de publication de la présente loi et le r janvier 1987.

Art. 12. - S'il est mis fin au détachement-à la demande de l'autorité auprès de laquelle le fonctionnaire a été détaché et pour une cause autre qu'une faute commise dans l'exercice des fonctions, l'intéressé est immédiatement réintégré dans son corps ou emploi d'origine.

Art. 13. - Les agents non titulaires des collectivités territoriales qui exercent une activité de lutte contre les maladies mentales mentionnée à l'article L. 326 du code de la santé publique sont, à compter du Ier janvier 1986 ou à compter de la date de leur recrutement si celui-ci a lieu au cours de l'année 1986, mis, pour une période ne pouvant excéder la date d'expiration de leur engagement, à la disposition des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article 5.

A l'issue de la période de mise à disposition, les intéressés sont recrutés en qualité d'agent non titulaire par l'établissement d'hospitalisation public désigné par le représentant de l'Etat dans le département. Ils conservent, à titre personnel, les conditions de rémunération dont ils bénéficiaient au moment de leur recrutement.

Pour l'application aux agents visés aux alinéas précédents des mesures transitoires de titularisation concernant les agents non titulaires des établissements d'hospitalisation publics, les services accomplis en qualité d'agent non titulaire des collectivités territoriales sont considérés comme services accomplis dans les établissements d'hospitalisation publics.

Art. 14. - LZS médecins vacataires départementaux qui exercent une activité de lutte contre les maladies mentales sont, à compter du Ier janvier 1986, mis à la disposition des établissements responsables de la lutte contre les maladies mentales pour une période ne pouvant excéder la date d'expiration de leur engagement.

A l'issue de la période de mise à disposition, les médecins visés à l'alinéa précédent sont recrutés par l'établissement d'hospitalisation public désigné par le représentant de l'Etat dans le département. Ils conservent, à titre personnel, les conditions de rémunération dont ils bénéficiaient auparavant. Les médecins vacataires pourront bénéficier, pour l'accès aux emplois hospitaliers à plein temps ou à temps partiel, d'aménagement des conditions de recrutement déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Art. 15. - Un décret en Conseil d'Etat détermine, en tant que de besoin, les mesures d'application de la présente loi.

La présente loi sera exécutée comme loi de I ‘État.
Fait à Paris, le 31 décembre 1985.

FRANÇOIS MITTERRAND

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
LAURENT FABIUS

Le ministre de l'économie, des finances et du budget,
PIERRE BÉRÉGOVOY

Le ministre de l'intérieur et de la décentralisation,
PIERRE JOXE

Le ministre des affaires sociales el de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement.
GEORGINA DUFOIX

Le secrétaire d'Etat auprès du Premier ministre, chargé de la fonction publique et des simplifications administratives,
JEAN LE GARREC

Le secrétaire d'Etat auprès du ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement, chargé de la santé,
EDMOND HERVÉ

(I) Travaux préparatoires : loi no 85-1468.
Assemblée nationale :
Projet de loi no 3098 •
Rapport de M. Chanfrault, au nom de la commission des affaires culturelles, no M [6 :
Discussion les 9 et 10 décembre 1985 ;
Adoption, après déclaration d'urgence, le 10 décembre 1985. Sénat :
Projet de loi. adopté par l'Assemblée nationale, no 171 (1985-1986) ; Rapport de M. Collard, au nom de ta commission des affaires sociales, no 181 (1985-1986);
Discussion et adoption le 13 décembre 1985.
Assemblée nationale:
Rapport de M. Chanfrault, au nom de la commission mixte paritaire, no 3201. Sénat.
Rapport de M. Collard, au nom de la commission mixte paritaire. n ° 221 (1985-1986).
Assemblée nationale :
Projet de loi, modifié par le Sénat, no 3191,
Rapport de M. Chanfrault, au nom de la commission des affaires culturelles, n ° 3214 ;
Discussion et adoption le 18 décembre 1985. Sénat :
Projet de loi, adopté avec modifications par l'Assemblée nationale en deuxième et nouvelle lecture, n° 249 (1985-1986) ;
Rapport de M. Fourcade, au nom de la commission des affaires sociales, no 255 (1985-1986) ;
Discussion et rejet le 20 décembre 1985.
Assemblée nationale :
Projet de loi, rejeté par le Sénat en deuxième et nouvelle lecture, n° 3283 ;
Rapport de M. Chanfrault, au nom de la commission des affaires culturelles, no 3288 ;
Discussion et adoption le 20 décembre 1985.

La sectorisation psychiatrique en France. Histoire d'une construction juridique et médicale.

La légalisation de la sectorisation psychiatrique en France procéda d'un long mûrissement idéologique. Avant 1945, l'organisation de la psychiatrie reposait sur le modèle asilaire malgré le développement des soins et des structures extrahospitaliers. Suite à la défaite de juin 1940, les hôpitaux psychiatriques subirent de sévères pénuries et les malades psychiques moururent massivement. Les Journées psychiatriques nationales de 1945 et 1947 permirent à de jeunes psychiatres d'exprimer leur volonté réformatrice et de construire les fondements de ce qui devint, par la circulaire du 15 mars 1960, la politique de sectorisation psychiatrique. Cette circulaire pionnière résulta de la coopération entre hauts fonctionnaires de la santé publique et psychiatres conseillers ministériels. Puis, les pouvoirs publics œuvrèrent par voie réglementaire pour développer la politique de sectorisation psychiatrique car le cadre législatif demeurait la loi du 30 juin 1838. La sectorisation psychiatrique se réalisa en l'absence d'une loi propre mais elle bénéficia de l'apport de textes législatifs indirectement relatifs à la santé mentale. La psychiatrie de secteur avait donc besoin d'une loi-cadre pour renforcer sa légitimité. Avant l'adoption de cette loi, fut remis le rapport Demay qui, le premier, proposa des mesures se référant directement à l'esprit des fondateurs de la psychiatrie de secteur. La loi relative à la sectorisation psychiatrique fut votée le 20 décembre 1985 et promulguée le 31. Cette loi ne fit pas l'unanimité dans le corps médical car certains y virent un manque d'ambition politique. Pourtant, elle demeure, à ce jour, le texte législatif de référence en matière d'organisation psychiatrique.

Mots-clés : sectorisation psychiatrique, secteur psychiatrique, organisation de la psychiatrie, législation psychiatrique, histoire de la psychiatrie