



HAL
open science

Réformer la psychiatrie, organiser les pratiques de secteur. La construction de la psychiatrie de secteur dans “ l’expérience du treizième arrondissement ”

Nicolas Henckes

► To cite this version:

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. hal-01163556

HAL Id: hal-01163556

<https://hal.science/hal-01163556>

Submitted on 14 Jun 2015

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

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

Nicolas HENCKES

CERMES

**Réformer la psychiatrie,
organiser les pratiques de
secteur.**

La construction de la psychiatrie de secteur
dans « l'expérience du treizième
arrondissement ».

Convention MiRe
Programme Sciences biomédicales, Santé, Société
MiRe / INSERM / CNRS

Je dois, au seuil de ce travail, remercier les responsables de l'ASM13, et tout particulièrement son directeur, M. Bonnet, de m'avoir ouvert les portes de leur association et donné libre accès à ses archives. La richesse des fonds d'archives de l'ASM13 n'aurait en effet pas été pour moi la même sans la possibilité que j'ai eue de les consulter dans des conditions de confort exceptionnelles. Que soient également remerciés les membres de l'équipe administrative de l'association, au centre Philippe Paumelle comme à l'hôpital de l'Eau Vive, ainsi que la responsable de la bibliothèque de l'hôpital, pour la place qu'elles m'ont fait dans leurs murs et le temps qu'elles ont bien voulu consacrer à sortir leurs cartons et vider pour moi leurs armoires.

Ce travail n'aurait pas été possible non plus sans l'accueil que m'ont réservé les médecins, soignants, fonctionnaires ou représentants de l'administration que j'ai interrogés, et dont le travail fait l'objet de ce rapport. Le travail de remémoration qu'ils ont fait pour moi constitue une source irremplaçable. C'est avec chaleur que je veux leur exprimer ma reconnaissance de m'avoir accordé leur temps et d'avoir répondu avec patience à mes questions.

Table des matières

Introduction.....	5
Note méthodologique.....	11
Abréviations utilisées pour les références	13
Ch. 1. La construction de l'ASM et le projet de psychiatrie de secteur.	17
La réforme des hôpitaux psychiatriques à partir de 1945 : vers la politique de sectorisation.	17
Réorganiser la psychiatrie dans la Seine. La question de la coordination des hôpitaux psychiatriques et des dispensaires de l'OPHS.	23
La création de l'ASM.	28
La construction du dispositif du treizième arrondissement et la planification de « l'expérience ».....	35
Ch. 2. Le centre de santé mentale : de l'hygiène mentale à la prise en charge de patients au long cours.	51
Du dispensaire d'E. Toulouse au centre de santé mentale du treizième arrondissement.	52
Le dispensaire : hygiène sociale et hygiène mentale.	52
Difficiles consultations d'adultes dans la Seine.	61
Les débuts des consultations adultes et le travail d'urgence.	66
La psychiatrie communautaire façon treizième.	73
« Comment attirer la personne pour que, finalement, on ait un petit peu de relations ».....	78
Centre de consultation ou centre de santé mentale ?	78
La place de la psychanalyse au centre de santé mentale.....	80
Le travail de secteur : le travail auprès des familles et le travail d'urgence.	89
Ch. 3. Les « thérapeutiques actives » et le travail sur les institutions de jour dans les années 1960 : psychothérapie institutionnelle et réadaptation professionnelle.....	107
L'hospitalisation psychiatrique en question : des thérapeutiques actives à l'extrahospitalier, 1945-1960.....	109
Rendre les séjours à l'hôpital psychiatrique « intensifs » : les thérapeutiques actives dans les hôpitaux psychiatriques.	109
Après l'hospitalisation : l'organisation de la post-cure	114
La relance du travail sur l'hospitalisation dans la deuxième moitié des années 1950.	118
Hôpitaux de jour et ateliers. Les institutions de jour du treizième arrondissement.	124

L'hôpital de jour : du travail thérapeutique à la psychothérapie institutionnelle	124
La réadaptation dans le treizième arrondissement.....	140
Ch. 4. Vers un cadre nouveau pour l'action de secteur : la routinisation du fonctionnement institutionnel, la participation des soignants et le problème de l'encombrement.	157
Organiser la décision, faire participer les soignants : le problème de la gestion des besoins de l'arrondissement.	158
Le problème de l'encombrement.	172
Conclusion	179
Bibliographie	183

Introduction

Ce rapport décrit les premières années du dispositif de psychiatrie de secteur de « l'expérience du treizième arrondissement », à Paris à partir de la fin des années 1950 et jusqu'au milieu des années 1970. Il vise à constituer une première approche sociologique des transformations des pratiques psychiatriques depuis la fin de la seconde guerre mondiale.

La psychiatrie de secteur s'est imposée en France à partir du début des années 1960 comme l'alternative au dispositif asilaire élaboré depuis le milieu du XIXe siècle. La promulgation, par le ministère, 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 » marque bien le début de cette expérience globale, qui va renouveler en profondeur les rapports entretenus à la psychiatrie et à la maladie mentale dans notre société. Si des expériences locales, de dimensions toutefois réduites, ont eu lieu dès le milieu des années 1950 – notamment en Savoie, mais également dans certains services parisiens – c'est en effet à la fin des années 1950 et au début des années 1960 qu'est décidé et est commencé à être mis en œuvre le couplage systématique de moyens extrahospitaliers aux services psychiatriques hospitaliers, avec la perspective d'aboutir à une réduction significative du recours à l'hospitalisation grâce au développement ambitieux des prises en charge en dehors de l'hôpital. La circulaire du 15 mars 1960 sanctionne ce tournant. Sans être en effet le premier texte à encourager le développement, pour les substituer d'une manière ou d'une autre aux hôpitaux psychiatriques, de structures telles que les dispensaires ou les foyers de post-cure, elle proposait pour la première fois la formule qui constituera dès lors le principe de base de la psychiatrie de secteur : confier les équipements psychiatriques mis à la disposition de secteurs de population réduits à une unique équipe pluridisciplinaire, qui est chargée d'assurer la prise en charge de l'ensemble des problèmes psychiatriques de la population. Les départements devaient donc être divisés, dans les termes de la circulaire, en « sous-secteurs », affectés à des services hospitaliers, et dotés des structures extrahospitalières. La circulaire proposait également une liste des équipements susceptibles d'être créés dans les secteurs, qui incluaient des innovations telles que les hôpitaux de jour ou les ateliers thérapeutiques.

L'application sur le terrain de la sectorisation psychiatrique telle qu'elle était organisée par la circulaire fut toutefois longue. D'un point de vue pratique, la circulaire proposait que les acteurs locaux réfléchissent en amont à l'organisation de leurs secteurs. La démarche de sectorisation participait en effet d'une logique de planification et de rationalisation des équipements psychiatriques. Les préfets devaient arrêter des « programmes d'équipements et d'organisation des départements » (POD), qui visaient à organiser sur le terrain la carte des besoins et à prévoir l'organisation des secteurs. Cette première étape devait permettre dans un second temps de guider la mise en place de la sectorisation.

Les années 1960 furent marquées à la fois par l'élaboration, dans une collaboration étroite des psychiatres avec les pouvoirs publics des programmes d'organisation départementaux, et par les premières expériences sur le terrain s'appuyant sur la circulaire – dont l'expérience du treizième arrondissement. Celles-ci permettaient de constater la radicale nouveauté des pratiques psychiatriques de secteur. C'est dans leur cadre que se sont développés les pratiques et les savoirs opératoires qui dans un second temps allaient être déployés dans l'ensemble des secteurs français.

La mise en œuvre des POD, en revanche, s'est révélée dans un premier temps décevante, même si un diagnostic précis reste sans doute à faire. C'est en tous les cas dans les années 1970 que la sectorisation est généralisée, grâce à des incitations ministérielles, prises notamment dans la suite de trois textes importants parus en 1968¹, mais également à partir du travail fait dans les premières expériences, et dans le contexte d'un renouvellement générationnel du groupe des psychiatres. C'est alors un double travail qui a été mené tout au long de la décennie, sur le terrain et au sein de la Commission des maladies mentales, de mise en forme et d'ajustement des pratiques de secteur. La sectorisation psychiatrique et la psychiatrie de secteur ont ainsi été élaborées dans un va et vient entre le terrain et une action menée au plus haut niveau, entre un travail local sur les pratiques, et la production de normes dans des arènes professionnelles et administratives. Les années 1980 ont confirmé cette dynamique, qui a été sanctionnée à la fois par une réforme de l'organisation institutionnelle des secteurs² – autour de la question du financement de l'extrahospitalier – et par un nouveau catalogue des dispositifs qui pouvaient être mis en place dans les secteurs³.

Au-delà de ces enjeux organisationnels, les secteurs psychiatriques ont sans doute été, à partir de leur création, le cadre d'une série de transformations parmi les plus importantes qu'ait connues une discipline médicale en France durant ces cinquante dernières années. La caractéristique essentielle de la sectorisation telle qu'elle s'est mise en forme à partir des années 1960 et 1970 est en effet la manière dont elle a permis l'articulation d'une série de transformations qui ont affecté des mondes sociaux différents. Sans prétendre en faire une liste exhaustive, on peut, en anticipant sur la suite de ce rapport, citer quelques éléments importants : la

¹ La loi du 3 janvier 1968 sur les incapables majeurs, mais surtout la création du certificat de psychiatrie, et la loi du 31 juillet 1968, qui intègre les hôpitaux psychiatriques au cadre des hôpitaux généraux.

² Loi du 25 juillet 1985

³ Arrêté du 14 mars 1986.

« révolution pharmacologique », l'apparition puis la généralisation rapide de la chimiothérapie des psychoses ; la diffusion de la psychanalyse, et plus généralement de la psychologie et des techniques psychothérapeutiques au sein de la psychiatrie – et plus généralement au sein de la société ; les transformations du monde du handicap ; ou encore la planification sanitaire et la volonté de contrôler plus étroitement le développement, puis la gestion du dispositif de santé. En trente ans, entre le début des années 1960 et la fin des années 1980, le nombre des psychiatres est passé de 300 dans les hôpitaux psychiatriques à plus de 5000 dans les secteurs. Le paysage des professions paramédicales a explosé, avec la professionnalisation des infirmiers psychiatriques, la multiplication des psychologues et des psychanalystes ou encore la diversification des intervenants de l'animation. La géographie de la psychiatrie a été bouleversée, avec la substitution, aux véritables cités psychiatriques que constituaient les asiles construits jusque dans la première moitié du siècle, d'unités d'hospitalisation de dimensions réduites et mieux insérées dans le tissu social.

C'est par la manière dont il permettait de faire travailler ensemble des acteurs issus de mondes différents que le secteur psychiatrique a joué un rôle crucial dans l'articulation de ces différentes évolutions. Il faut toutefois insister sur un autre point, qui est plus fondamental. La psychiatrie de secteur a constitué une transformation en profondeur des conditions de prise en charge des malades mentaux. Réduction du nombre et de la durée des hospitalisations, et développement des prises en charge en extrahospitalier en sont évidemment la dimension la plus importante. Mais ces éléments quantitatifs rendent mal l'évolution des pratiques de prises en charge, et plus généralement des trajectoires de maladie, et du travail qu'elles appellent des professionnels de la psychiatrie comme de l'ensemble des acteurs impliqués dans la maladie mentale. En trente, dans les secteurs, c'est la place de la maladie mentale dans nos sociétés qui a été bouleversée.

Une sociologie de la sectorisation psychiatrique devrait étudier la psychiatrie de secteur à partir de ces transformations et de ce qu'elles impliquent pour tous leurs acteurs. Elle devrait également analyser les enjeux de la diffusion et de la généralisation de pratiques qui reposent sur une série d'arrangements qui, si ils correspondent bien à des transformations profondes situées à distance de la production du travail psychiatrique, ont également une dimension locale forte.

Ce rapport se donne, à l'égard de cette perspective d'ensemble, des objectifs plus mesurés. Le projet de recherche initial était d'étudier la mise en place de la sectorisation dans un département. Il s'agissait d'analyser, à partir d'une étude de cas, la manière dont les différents équipements du secteur avaient été mis en forme sur le terrain. La perspective était de retracer les enjeux de l'appropriation, localement, d'une innovation institutionnelle, en restituant à la fois le travail fait par les acteurs sur les dispositifs de soin et la manière dont ce travail était modelé par l'ensemble des contraintes, et notamment les contraintes gestionnaires, qui pèsent sur le travail psychiatrique.

L'étude préliminaire a amené à faire évoluer sensiblement ce projet, en faisant apparaître la nécessité de distinguer et de prendre en compte plus nettement différents niveaux d'intégration de la production du soin psychiatrique. Ces niveaux comprennent en effet le niveau du travail à l'intérieur de l'une ou l'autre

des institutions du secteur, celui de l'intégration à l'échelle du secteur et de son organisation d'ensemble, celui, enfin, du monde social de la psychiatrie de secteur. Il est vite apparu que la perspective simple dans laquelle se plaçait le projet de départ – celle d'un processus *top down*, où un modèle développé au niveau du monde social était *appliqué* localement – devait être corrigée par la prise en compte du travail spécifique des acteurs à chacun de ces niveaux. Ainsi que l'a montré la sociologie des sciences, la possibilité de résoudre des problèmes comme ceux que posent la maladie mentale repose sur un alignement des différents niveaux d'organisation du travail psychiatrique, alignement qui ne se réduit pas seulement à un processus de transposition simple des pratiques⁴. La complexité des dispositifs mis en place dans le cas des secteurs repose en particulier sur un travail d'articulation qui, dans le cas du treizième arrondissement, était institutionnalisé dans un certain nombre de dispositifs. Cette dimension complexe, multiniveau, pourrait-on dire, du travail de secteur me paraît être reflétée par la polysémie du terme même de secteur, tel qu'il était employé par les acteurs du treizième arrondissement. Le terme de secteur pouvait être en effet employé dans le treizième arrondissement dans une variété de sens différents :

- le secteur renvoyait à un dispositif de prise en charge de la psychose au long cours, que P. Paumelle, le principal entrepreneur du treizième arrondissement s'efforçait de théoriser dans ses écrits ;

- le travail de secteur correspondait toutefois également plus spécifiquement au travail des équipes de secteur : dans le dispositif du treizième arrondissement les équipes de secteur étaient les équipes pluridisciplinaires, basées au centre de santé mentale, qui avaient la responsabilité de la continuité des soins aux patients du treizième arrondissement ;

- le secteur correspondait à l'organisation de l'ensemble des dispositifs du treizième arrondissement ;

- le secteur était le territoire sur lequel planifier et organiser les pratiques de secteurs. Il constituait également pour les psychiatres, en tant qu'ensemble de population, un acteur collectif, susceptible d'être impliqué en tant que tel dans le cadre de pratiques « communautaires » ;

- la psychiatrie de secteur correspondait à une organisation de la profession, « horizontale », par opposition à l'organisation « verticale » de la médecine générale⁵ ;

- la sectorisation psychiatrique était enfin une politique de santé mentale, qui alliait des objectifs de développement de l'équipement psychiatrique à une organisation de sa planification et de sa gestion, à partir de l'idée de coordination des services extrahospitaliers et hospitaliers – dimension que j'ai évoqué plus haut.

D'un autre côté il apparaissait nécessaire de reconstituer précisément le travail fait sur les différents éléments mis en place à l'intérieur des secteurs, qui, je l'ai constaté d'emblée, est presque totalement à constituer. On sait en effet peu de chose sur la manière dont des dispositifs comme les hôpitaux de jour, les dispensaires ont vu le jour et ont été utilisés par les psychiatres français après la

⁴ Fujimura, 1987

⁵ Brisset, 1972

seconde guerre mondiale. La reconstitution, à partir de sa création, en 1958, de l'histoire du treizième arrondissement, vise ainsi à poser les premiers jalons de cette histoire.

Considérée généralement comme la « vitrine » ou le « prototype » de la psychiatrie de secteur à partir des années 1960 et jusque dans les années 1970, « l'association de santé mentale et de lutte contre l'alcoolisme dans le treizième arrondissement » - j'utiliserai dans la suite de ce rapport le sigle ASM -, fondée par Philippe Paumelle en 1958 est, je l'ai évoqué, l'une des expériences pionnières de sectorisation psychiatrique dans les années 1960. Par l'importance des moyens qu'elle mobilisa, le nombre des initiatives qui y furent prises, en même temps que l'ambition des réflexions engagées par ses entrepreneurs, le treizième arrondissement a été de fait l'un des lieux où la psychiatrie s'est faite à partir des années 1960. La radicalité des choix faits par ses entrepreneurs en font par ailleurs une loupe grossissante qui permet de saisir certains des enjeux profonds des transformations que je me suis attaché à décrire jusqu'ici. L'histoire de l'organisation de la psychiatrie dans le treizième arrondissement me semble rendre possible une lecture de l'histoire de la psychiatrie de secteur dans ses premières années d'existence. Elle permet également d'éclairer certains des choix qui furent faits dans d'autres secteurs lorsque la politique de sectorisation s'est appliquée dans les années 1970.

J'ai fait le choix de centrer ce rapport sur la création du dispositif du treizième arrondissement et sa première décennie d'existence. La psychiatrie des années 1960 peut paraître éloignée aujourd'hui, l'intérêt du récit que je vais faire n'être pas évident, et je veux préciser sur ce point le sens de la démarche entreprise dans ce travail. Il ne s'agira pas ici de faire la chronique de ce qui apparaît aujourd'hui à de nombreux psychiatres comme un âge d'or de la psychiatrie française, que ce soit pour participer à la célébration de cette période révolue, ou au contraire démystifier ce que l'on pourrait – par bien des aspects, à juste titre – considérer comme une vision trop heureuse de cette période⁶. Il me semble au contraire que la compréhension des mouvements à l'œuvre durant les années 1960 peuvent constituer un éclairage important sur la psychiatrie d'aujourd'hui, la manière dont elle est pratiquée et les valeurs que portent ses acteurs. A cela deux raisons au moins : d'une part c'est dans le cadre de ces secteurs que se sont formés les psychiatres qui constituent aujourd'hui encore le gros des effectifs du groupe des psychiatres français. D'autre part, le fonctionnement et l'organisation des dispositifs psychiatriques s'inscrivent dans un temps long. La psychiatrie actuelle repose encore dans une large mesure sur les dispositifs qui ont été élaborés dans les années 1960 et 1970. Comprendre les conditions de leur genèse me semble une première étape nécessaire pour comprendre certaines des tensions auxquelles ces dispositifs sont soumis aujourd'hui.

Cette démarche justifie le plan que j'ai suivi, et en particulier le choix que j'ai fait de centrer l'analyse sur deux des dispositifs de l'association – les institutions de jour, et le centre de santé mentale. Il ne s'agit pas en effet de décrire en détail l'histoire des différents dispositifs mis en place dans le treizième arrondissement,

⁶ Jean Ayme parle ainsi, pour caractériser les deux décennies 1960 et 1970 en psychiatrie, de la « période des conquêtes » et de la « période de l'édification », par contraste avec des années 1980 et 1990 marquées par « la défense des acquis » Ayme, 1995

mais de cerner le travail effectué dans certains des endroits clefs où les choses se sont faites, où les problèmes ont été travaillés. Je ne cherche pas à reconstituer le détail de la vie d'un secteur, mais à comprendre la manière dont se sont faites certaines des transformations majeures qui ont affecté la psychiatrie. Les pratiques de secteur mises en place à partir du centre de santé mentale, et les institutions de jour de ce point de vue devaient être examinées de près, quitte à laisser dans l'ombre certains des aspects les plus importants pour la mémoire de l'ASM : dans les années 1960, c'est d'abord là que la psychiatrie de secteur s'est faite.

J'ai, dans ce rapport, tâché de comprendre la manière dont les dispositifs du treizième arrondissement étaient construits, élaborés, mis en forme. J'ai prêté attention en particulier au rôle que jouent les différents groupes de professionnels et de fonctionnaires dans la transposition et le façonnement des outils et des dispositifs du treizième arrondissement. La notion d'entrepreneurs de la psychiatrie de secteur joue un rôle important dans les analyses qui vont suivre. J'emprunte cette notion à la sociologie interactionniste, qui l'a introduite pour rendre compte du rôle que jouent dans certains mondes sociaux certains acteurs clefs, qui font de la défense d'une cause le moteur d'une tentative de transformer de manière globale les normes en vigueur dans ce monde social⁷. Les entrepreneurs d'un monde social sont animés par une vision utopique de la manière dont devrait fonctionner ce monde. Ils sont également engagés dans un certain nombre d'actions concrètes, dont le but est de convertir à leur cause l'ensemble des membres de ce monde social. Leur action repose sur une éthique intransigeante et ils éprouvent un certain détachement à l'égard du détail des procédures et des règles que doit normalement suivre le cours des choses dans le monde dans lequel ils vivent. Ces caractéristiques sont également celles des responsables du treizième arrondissement, par la manière dont ils pensaient leur projet dans le cadre d'une transformation globale de la psychiatrie. Cela ne les empêchait pas d'être confrontés à la réalité du travail psychiatrique. La tension entre ce projet réformateur global et les enjeux locaux des pratiques psychiatriques est une dimension cruciale de ce rapport.

Ce rapport comprend quatre chapitres.

Le premier chapitre analyse les enjeux de la création de l'association de santé mentale du treizième arrondissement. Il la situe au croisement du travail du groupe que j'appelle le groupe des psychiatres de *l'Information psychiatrique*, et des enjeux de la réorganisation de la psychiatrie parisienne. Le chapitre présente ensuite dans ses grandes lignes l'architecture du dispositif du treizième arrondissement et les enjeux de son organisation d'ensemble.

Les deux chapitres suivants présentent deux monographies des institutions du treizième arrondissement, le centre de santé mentale et les institutions de jour. J'ai cherché à décrire les étapes de l'appropriation, à chaque fois, par les psychiatres des dispositifs en question, et le fonctionnement et l'évolution de ces dispositifs au cours de la première décennie d'existence au sein de l'ASM. Je mets en évidence en particulier la manière dont les projets qui supportaient ces dispositifs

⁷ Becker, 1985 (1963)

à leur création ont évolué au cours de la décennie dans un processus d'ajustement progressif aux problèmes posés par la maladie chronique.

Le dernier chapitre évoque rapidement une série de transformations qui ont affecté l'organisation du dispositif du treizième arrondissement à la fin de la décennie 1960 et qui ont résulté de l'ouverture de l'ensemble de ses structures.

Note méthodologique.

La recherche sur laquelle s'appuie ce rapport s'est déroulée en deux phases.

Dans une première phase j'ai cherché à dresser une sorte de carte, indispensable à la compréhension de cette histoire, des enjeux recouverts par le problème de la sectorisation psychiatrique. Cette phase m'a permis de préciser le cadre temporel de l'étude et de faire un premier repérage des principaux acteurs et institutions impliqués dans le processus d'élaboration de la sectorisation psychiatrique. Elle m'a servi également, et cela n'a pas été le moindre de son apport, à me familiariser avec les manières de penser et de poser les problèmes des professionnels de la psychiatrie sur cette époque. Je l'ai déjà souligné, et j'y reviendrai longuement dans ce rapport, comprendre la spécificité du travail mis en œuvre par les psychiatres sur leurs dispositifs de soin a été en effet l'un des enjeux essentiels de l'ensemble de cette recherche.

Ce travail s'est appuyé d'abord sur une revue de la littérature psychiatrique et plus largement médicale. J'ai ainsi dépouillé systématiquement à partir de 1945 et jusqu'aux années 1970 la revue des médecins des hôpitaux psychiatriques, *l'Information psychiatrique*, et j'ai réalisé des sondages dans les autres revues importantes de l'époque : *l'Evolution psychiatrique*, les *Annales médico-psychologiques*, *l'Hygiène mentale*, la *Revue pratique de psychologie de la vie sociale et de l'hygiène mentale*, *Techniques hospitalières*, le *Médecin Français*, la *Revue d'hygiène et de médecine sociale*... J'ai également réalisé durant cette première phase une première série de 19 entretiens avec des témoins importants de l'époque, psychiatres et fonctionnaires du ministère.

La deuxième phase, qui a commencé au printemps 2003, a été consacrée à la recherche sur l'expérience du treizième arrondissement proprement dite. Cette phase a reposé principalement sur l'exploitation des archives de l'Association, ainsi que sur une nouvelle série d'entretiens avec des acteurs du treizième arrondissement.

23 entretiens ont été réalisés durant cette phase. Comme les entretiens de la phase préliminaire, ces entretiens étaient dans chaque cas des entretiens longs, qui ont été enregistrés et intégralement retranscrits. Ces entretiens permettaient d'obtenir des informations sur le fonctionnement du dispositif du treizième arrondissement, mais également d'interroger les représentations, les trajectoires personnelles. Ils ont été réalisés avec des représentants de l'ensemble des catégories de personnels de l'association – médecins, mais également infirmiers, moniteurs, et représentants de l'administration. Ils ont été complétés par des discussions informelles avec certains soignants rencontrés au cours du travail d'archives, à l'hôpital ou au centre de santé mentale.

Il faut dire d'autre part quelques mots sur les archives du treizième arrondissement. En raison de l'importance de la réflexion menée par les entrepreneurs de l'ASM sur leurs pratiques, et peut-être surtout de l'importance que prenait cette réflexion pour la production même des soins, les archives de l'ASM constituent un ensemble particulièrement riche. Les entrepreneurs de l'ASM avaient en effet à cœur de valoriser leur travail, qui a ainsi donné lieu à de nombreuses publications, rapports, présentations. L'écriture, ou plus généralement la production d'inscriptions⁸, est toutefois également une dimension du travail psychiatrique, et singulièrement du travail psychiatrique tel qu'il était conçu dans le treizième arrondissement. Outre la conservation des informations nécessaires au suivi des patients – dans les dossiers médicaux -, l'écriture participait en effet de la réflexivité qui était mise en œuvre par les soignants et qui constituait une dimension essentielle de leur travail. Rédiger l'histoire d'un cas, dresser un compte rendu de réunion avaient ainsi une importance cruciale pour la conduite même des soins dans le treizième arrondissement.

Ces archives donnent toutefois un reflet inégal du travail au sein des différents éléments du dispositif complexe de l'ASM. La possibilité d'écrire dépendait des conditions du travail, ainsi que des disponibilités en temps et en personnel. Le travail de secteur, dont l'urgence était une caractéristique essentielle et qui reposait par ailleurs sur une plus grande autonomie des soignants, se prêtait ainsi moins à l'écriture que, dans bien des cas, le travail en institution. De manière générale, la possibilité de réserver du temps à l'écriture était un luxe qui ne put être acquis dans l'association qu'après un certain degré de développement. Aussi la nature des archives est-elle différente pour les premières années d'existence de l'association, jusqu'à la fin de la décennie 1960, et pour les années suivantes. De manière générale la décennie 1960 est moins riche en archives que la période suivante. Les comptes rendus des réunions de direction concernent ainsi essentiellement la période des années 1970, et datent du moment où l'association bénéficiait d'un secrétariat plus important. En revanche, la publication par l'association de rapports d'activité très documentés coïncide avec sa phase d'extension, durant les années 1960.

Le contenu de ces inscriptions reflète par ailleurs la vision que les acteurs avaient de leur travail. La routinisation d'une technique thérapeutique, un parti pris doctrinal peuvent amener à la disparition des références à l'utilisation de cette technique dans les comptes-rendus d'activité. La faible place donnée aux médicaments, aux méthodes de convulsivothérapie dans ce rapport, alors que les uns et les autres étaient une dimension essentielle des traitements mis en œuvre et du travail des soignants dans l'association, reflète ce point. Un dernier élément enfin est le problème de la conservation et de l'accès aux archives : si j'ai pu accéder facilement aux archives de l'hôpital, à Soisy-sur-Seine, et à celles de l'administration de l'association, il ne m'a pas été possible d'accéder à d'éventuelles archives contenues dans d'autres structures de l'arrondissement.

Ces réserves faites, les archives de l'ASM que j'ai exploitées jusqu'à présent contenaient plusieurs types de documents :

⁸ Latour et Woolgar, 1996 (1979)

- les rapports d'activité de l'association et les comptes rendus des réunions de son conseil d'administration, ainsi que certains documents de comptabilité. La collection des rapports d'activité de l'association couvre toutefois seulement la période 1961-1972.

- des comptes rendus de réunion internes à l'association : « collège médical » et « institutionnel », réunion de direction de l'hôpital et de l'extrahospitalier, etc. Je décris dans le 4^e chapitre l'architecture de la direction de l'association tel qu'elle s'est mise en place dans le courant de la décennie. Certains de ces comptes rendus de réunions étaient des transcriptions intégrales des discussions, prise en dactylo par une secrétaire.

- des documents internes à l'association : circulaires, correspondance...

- des documents cliniques et statistiques enfin : outre les articles publiés dans les revues psychiatriques, entrent dans cette catégorie les thèses de médecine réalisées au sein de l'ASM, ainsi que les travaux réalisés par les soignants de l'association dans le cadre de la formation complémentaire. Les entrepreneurs de l'association ont en effet créé à l'ouverture de l'hôpital une structure d'enseignement destinée aux soignants, le « centre de perfectionnement » (CP). Le centre de perfectionnement dispensait un enseignement qui durait deux ans, qui était suivie en plus des heures de travail, et qui débouchait sur un diplôme. Cette formation fut dans un premier temps exigée de l'ensemble des personnels soignants de l'hôpital, à l'exception d'un petit noyau de soignants expérimentés, recrutés pour le lancement des institutions. Le diplôme du CP n'avait pas de valeur en dehors de l'association, mais à l'intérieur de celle-ci il était nécessaire pour accéder aux postes de responsabilité. Les soignants, pour obtenir le diplôme du centre, devaient assister à des séminaires, et devaient également rédiger un court mémoire. Il semble qu'il n'y avait pas de consignes précises pour la rédaction de ces mémoires, et de fait les mémoires avaient des formes très variées. Les soignants devaient en tous les cas y analyser leur expérience du soin. La collection des mémoires du CP couvre la période 1965-1982.

Je n'ai en revanche pas cherché à avoir accès aux dossiers médicaux. Si leur consultation pose d'évidentes questions d'ordre déontologique, leur exploitation pose également des problèmes méthodologiques d'échantillonnage, que je n'ai pas abordés jusqu'à présent – et qui sont rendus particulièrement complexes dans le cas du treizième arrondissement, les différentes institutions de l'association produisant et conservant leur propre dossier.

L'exploitation des archives de l'ASM a par ailleurs été complétée par celle des archives du service d'hygiène mentale de la préfecture de la Seine, aux Archives de Paris (versement 1513W), ainsi que par des sondages dans les archives du ministère de la santé, conservées au Centre des Archives Contemporaines, à Fontainebleau (versements 19790704, 19910084, 19950092, 19950093, et 19950173).

Abréviations utilisées pour les références

AP : archives de Paris.

CA : Conseil d'Administration de l'ASM

CI : Réunion du Conseil institutionnel

CM : Réunion du Conseil médical
CS : Conseil de surveillance de l'hôpital.
Dir. : Réunion de direction de l'hôpital
DirEH : Réunion de direction de l'extrahospitalier
Mémoire CP : Mémoire pour le centre de perfectionnement.
RA : Rapport d'activité de l'ASM

Ch. 1. La construction de l'ASM et le projet de psychiatrie de secteur.

Je décris dans ce chapitre la création de l'ASM et la manière dont ses entrepreneurs ont construit progressivement son projet au début et au cours de la décennie 1960. La création de l'ASM se situe au carrefour de transformations qui s'opèrent en même temps dans deux mondes qui communiquent mais qui évoluent pour une part avec leur logique propre. D'un côté les débats sur la réforme de l'hôpital psychiatrique qui courent depuis le début du siècle commencent à recevoir un début de réalisation dans le cadre des politiques de planification hospitalière qui se mettent en place dans le courant de la décennie 1960. Au niveau de la région parisienne, la réorganisation d'un dispositif touffu oblige à .

La première partie de ce chapitre est consacré à la description de ce double contexte. Dans la seconde partie du chapitre je change d'angle d'approche et prends le point de vue des entrepreneurs de l'association pour examiner la manière dont ils ont construit ce qui va devenir dans la suite le projet de l'ASM : constituer à la fois un laboratoire pour la psychiatrie de secteur, un modèle pour la psychiatrie parisienne et un dispositif de prise en charge de l'ensemble des pathologies mentales du treizième arrondissement.

La réforme des hôpitaux psychiatriques à partir de 1945 : vers la politique de sectorisation.

Il n'est pas nécessaire de décrire ici en détail les mouvements réformateurs de la psychiatrie à partir de 1945, d'autant que je reviendrai sur certains de leurs aspects au moment d'analyser les structures du treizième arrondissement, qui héritèrent largement des discussions et des expériences lancées dans le cadre de ces mouvements. Il faut tout de même rappeler le cadre général dans lequel ils se sont développés, dans la mesure où celui-ci est l'un des éléments de la création du treizième arrondissement. Je l'ai dit en introduction, et on y reviendra plus longuement plus loin, pour les entrepreneurs de l'ASM, le projet qu'ils cherchaient à mettre en place dans le treizième arrondissement n'avait en effet de sens que dans la perspective d'une réforme globale de la psychiatrie.

Dans les années 1950, l'organisation de la psychiatrie en France reposait encore largement sur les dispositions élaborées au cours du siècle précédent et fixées par la loi de 1838. On en connaît l'architecture d'ensemble : un tissu d'asiles départementaux prennent en charge les « aliénés », déclarés tels par un certificat médical, à la demande des familles ou de l'autorité publique. L'admission dans les asiles se fait uniquement sous le régime de l'internement. Interné, l'aliéné est mis à l'isolement, placé sous tutelle et, évidemment, contraint à subir ce régime auquel seul l'accord entre le médecin, la famille et les autorités publiques peuvent mettre fin. Les médecins des asiles forment quant à eux un corps de médecins fonctionnaires, soumis à la tutelle tatillonne des préfets, et qui n'ont guère de perspectives en dehors de leurs services.

Les témoins de l'époque ont raconté, notamment dans le livre d'entretiens réalisé par L. Murard et F. Fourquet⁹, la manière dont la Libération vit enfler un mouvement de vive critique de ce système asilaire. Ces discussions, dans le contexte du bouillonnement de la Libération, furent suffisamment profondes pour être vécues par leurs protagonistes immédiats comme une véritable « révolution psychiatrique ». Elles se situaient pourtant dans le prolongement de débats déjà bien entamés avant la guerre. Depuis en fait la fin du XIXe siècle, réformer les asiles paraissait en effet une nécessité. Les projets se succédaient au parlement pour réformer la loi de 1838, et des expériences, comme celle du service libre d'Edouard Toulouse, à Sainte Anne, étaient encouragées sur le terrain. A nouveau, il ne s'agit pas d'entrer dans le détail de ces discussions et de ces expériences, mais il faut souligner rapidement la manière dont, globalement, les unes et les autres se cristallisaient autour de deux questionnements importants, qui, en 1945, étaient toujours d'actualité – et qui jusqu'à un certain point marquent encore, il me semble, la psychiatrie aujourd'hui :

- d'une part un questionnement d'ordre clinique. Ces débats reposaient en effet sur la prise de conscience de l'existence de populations qui jusqu'alors n'étaient pas prises en charge, et pour lesquelles il fallait développer de nouvelles pratiques. En marge de la psychiatrie asilaire, on imaginait que la psychiatrie pût se faire dans un cadre nouveau : services « libres » ou « ouverts », c'est-à-dire non soumis à la loi de 1838, et laissant la possibilité aux patients de décider d'eux-mêmes de leur hospitalisation ; dispensaires, sur lesquels je reviendrai dans le prochain chapitre ; ou encore structures de post-cure, tels que les patronages pour anciens malades. Mais en réalité il y avait une grande incertitude sur la qualification de ces populations nouvelles, et c'était cette incertitude qui nourrissait les débats entre psychiatres. Plusieurs tentatives d'en donner une définition globale furent ainsi faites depuis la fin du XIXe siècle – les « demi-fous » ou les « petits mentaux » - mais aucune, de fait, ne parvint à s'imposer durablement.

- d'autre part un questionnement d'ordre professionnel. Si de telles populations avaient besoin de soin, alors qui, c'est-à-dire quel(s) groupe(s) professionnel(s), devait les prendre en charge, sous quelle juridiction devaient-elles entrer ? On sait en effet, grâce aux travaux des historiens de la profession psychiatrique, que les psychiatres des hôpitaux constituaient, depuis la fondation de la discipline, au

⁹ Fourquet et Murard, 1975

début du XIXe siècle, un groupe mobilisé¹⁰. Ces travaux ont également mis en évidence la concurrence qu'ils entretenaient avec les médecins des hôpitaux. De fait c'est bien là que se situait l'enjeu principal de la dispute : fallait-il confier la responsabilité de ces populations au corps des médecins des hôpitaux psychiatriques, ou devait-on placer les nouveaux équipements que l'on prévoyait de construire sous la juridiction des médecins des hôpitaux ?

A la Libération, c'est donc à la reprise de ces discussions que l'on assiste, dans un contexte il est vrai profondément transformé par rapport à l'avant-guerre.

D'abord avec de nouveaux acteurs. La guerre, en effet, a permis l'émergence de nouvelles figures, et en particulier d'un nouveau groupe qui va jouer jusqu'aux années 1960 un rôle fondamental dans les discussions autour des réformes de l'hôpital psychiatrique, et que j'appellerai dans la suite de ce rapport le groupe de *l'Information psychiatrique*, d'après le titre de la revue qui constitue dès lors la principale arène de leurs échanges. Ce groupe était constitué de jeunes psychiatres des hôpitaux psychiatriques, formés dans les années 1920 et 1930 à l'internat des hôpitaux psychiatriques de la Seine, et qui pour certains d'entre eux accédèrent à la Libération à des postes de responsabilité, que ce soit au sein du syndicat des psychiatres des hôpitaux, ou auprès du ministère de la santé. Le groupe de *l'Information psychiatrique* formait la nouvelle élite du corps des médecins des hôpitaux psychiatriques. Ce groupe fonctionnait sur un mode largement informel : ceux d'entre ses membres qui furent interrogés par Fourquet et Murard dans les années 1970 ont raconté la manière dont leurs rencontres se faisaient chez l'un ou l'autre d'entre eux, en marge de congrès et colloques, ou bien au cours des visites qu'ils se rendaient les uns aux autres pour observer leurs travaux¹¹. Mais il constituait un groupe de psychiatres mus par la même volonté de faire évoluer la psychiatrie, et qui avaient en commun une même vision de leur métier, fondée sur la spécificité de la psychiatrie tel qu'elle pouvait se faire dans le cadre sans doute à rénover de la loi de 1838, mais qui devait conserver son autonomie à l'égard du reste de la médecine.

En 1945, l'archaïsme et la sclérose qui frappaient le système des asiles s'imposaient peut-être davantage encore à ces jeunes psychiatres qu'à leurs aînés avant la guerre. Mais c'était également la vétusté des murs qui commençait à être criante : les établissements, en 1945, dataient en effet souvent de la seconde moitié du XIXe siècle, et, faute d'entretiens, étaient, selon tous les témoignages de l'époque, dans un réel état de misère.

Pour les psychiatres de *l'Information psychiatrique* il fallait donc à la fois donner un nouveau cadre légal à la pratique psychiatrique – d'où la nécessité de réformer l'encadrement juridique de l'internement, en en donnant la maîtrise au psychiatre pour en faire une mesure réellement thérapeutique – et par ailleurs rénover en profondeur à la fois l'organisation du système hospitalier et les hôpitaux eux-mêmes – en rénovant les établissements, mais en capitalisant également les expériences tentées dans les années 1920 et 1930 et celles qui avaient été faites à l'étranger depuis la guerre.

¹⁰ Voir en particulier les travaux de Ian Goldstein et ceux de Robert Castel : Goldstein, 1997, Castel, 1976; Castel, 1982.

¹¹ Fourquet et Murard, 1975 pp 76-87.

Les hôpitaux psychiatriques devaient être au cœur de ces réformes. Par rapport aux réformateurs d'avant guerre, les psychiatres du groupe de l'information psychiatres voulaient en effet faire bénéficier largement les populations traditionnelles des hôpitaux psychiatriques de la réorganisation du dispositif. Dans leur perspective, les services ouverts et les dispensaires devaient ainsi pouvoir accueillir les malades mentaux atteints de pathologies lourdes comme celles qu'ils rencontraient dans leurs services. Il ne fallait pas a priori tracer de frontière entre les populations qui devaient pouvoir bénéficier des services psychiatriques ouverts et les populations des hôpitaux psychiatriques. Ces réformes, enfin, prenaient sens dans le cadre d'une vision globale du rôle que devait jouer la psychiatrie dans la société, vision héritée en partie de l'hygiénisme de l'entre-deux-guerres, mais qui était également profondément marquée par le rôle qu'avait joué la psychiatrie anglaise pendant la guerre au service de l'armée britannique¹².

Il est important de saisir la forme que les acteurs de l'époque firent prendre à ce projet réformateur. Réformer la psychiatrie pouvait se faire de multiples manières, et de fait, plusieurs moyens furent expérimentés dans les années qui suivirent la Libération. Les psychiatres de *l'Information psychiatrique* étaient pragmatiques, et leur projet pouvait être implémenté à des niveaux différents. Après avoir joué la carte d'une solution législative globale, c'est de manière pragmatique qu'ils se rallièrent à une stratégie que l'on pourrait qualifier de petits pas, qui les amena à travailler les pratiques au plus près du terrain dans une collaboration étroite avec leurs tutelles administratives. Pour les psychiatres de *l'Information psychiatrique* élaborer un texte de loi, réorganiser la psychiatrie d'un département, ou réaménager un service hospitalier constituaient en fait trois moyens différents pour parvenir à un même résultat. Reconstituer précisément la chronologie des événements entre 1945 et les années 1960 sortirait du cadre de ce rapport, mais il faut en donner quelques indications, qui sont importantes pour comprendre la manière dont les entrepreneurs du treizième arrondissement construisirent leur projet.

Au début de l'année 1945, le ministère semble s'être dit ouvert à l'idée de promulguer une ordonnance pour réorganiser la psychiatrie, à l'image de celles qui furent prises pour la tuberculose ou pour organiser la sécurité sociale. D'importants débats eurent alors lieu, notamment au sein de Journées Psychiatriques Nationales, organisées à l'instigation du mouvement du *Médecin Français* de R. Debré¹³. Les psychiatres de *l'Information psychiatrique* élaborèrent un projet de loi qu'ils firent adopter par les membres du syndicat des médecins des hôpitaux psychiatriques. Ce texte se situait dans le prolongement des textes qui avaient été discutés avant la guerre, mais il allait plus loin dans l'assouplissement des conditions de l'hospitalisation. Les projets des psychiatres de *l'Information psychiatrique* ne faisaient toutefois pas l'unanimité dans la profession, et ils ne réussirent pas à ce moment-là à imposer leur texte. Mais une collaboration fructueuse fut dès lors entamée avec les fonctionnaires de la

¹² Daumézon, 1946

¹³ Le mouvement du Médecin Français, dirigé par Robert Debré, s'était imposé à la fin de la guerre comme l'unique représentant de la résistance médicale. C'est en son sein que fut élaboré à la Libération le premier projet de réorganisation des hôpitaux universitaires, dont la réforme de 1958 s'inspira fortement. Sur les mouvements de la résistance médicale, voir Simonin, 1997

direction de l'hygiène sociale, qui s'institutionnalisa à la fin de la décennie au sein d'une commission du conseil permanent d'hygiène sociale, la Commission des Maladies Mentales (CMM), et qui dura jusqu'aux années 1960.

La CMM était placée auprès du directeur de l'hygiène sociale au ministère et devait en particulier examiner l'ensemble des textes réglementaires pris par le ministère qui concernaient la psychiatrie. Elle pouvait se saisir elle-même de questions qu'elle jugeait d'actualité. Elle réunissait des psychiatres, qui étaient choisis par les fonctionnaires du ministère, et des membres de l'administration centrale. La collaboration qu'ils entamaient au sein de cette commission constituait bien pour les psychiatres de *l'Information psychiatrique* une perspective nouvelle d'arriver à leur fin. C'était également un changement de stratégie : la réforme de la psychiatrie ne se ferait plus par une loi, mais par des textes réglementaires ; elle ne reposerait plus sur le parlement, mais sur les techniciens du ministère de la santé. Participer à la CMM assurait aux psychiatres de *l'Information psychiatrique*, qui étaient de fait majoritaire au sein de la commission, un contrôle relativement serré de ce qui allait être fait.

La commission s'attela en fait d'abord à rénover les hôpitaux psychiatriques, et son premier chantier fut la reconstruction des hôpitaux psychiatriques détruits durant la guerre. Plus largement cette période de reconstruction hospitalière déboucha sur les discussions sur la psychothérapie institutionnelle, ainsi que sur les expériences de CTRS, à la fin des années 1940¹⁴. Ces discussions et ces expériences ne bouleversaient pas le visage de la psychiatrie, mais elles préparaient le terrain des expériences de psychiatrie de secteur, à partir des années 1960. Dans les années 1950, elles apparurent toutefois rapidement dépassées par plusieurs éléments qui renouvelaient les données du problème :

. Un renouvellement du groupe, avec l'arrivée d'une nouvelle génération de psychiatres, qui avaient été les internes des premiers membres du groupe de *l'Information psychiatrique*. C'étaient ces jeunes psychiatres qui avaient été, concrètement, les principaux acteurs des expériences hospitalières des membres du groupe de *l'Information psychiatrique* dans les années 1940 et 1950. Ils étaient donc profondément engagés dans ce mouvement de réforme, mais pouvaient être également davantage que leurs aînés conscients des limites des améliorations qui pouvaient être apportés aux seuls hôpitaux. Un autre trait important caractérisait ces jeunes psychiatres, leur intérêt pour la psychanalyse et leur implication dans les sociétés de psychanalyse. Si leurs aînés n'étaient pas nécessairement rétifs à la psychanalyse, ils en avaient toutefois une connaissance éloignée et souvent seulement intellectuelle, alors que les sociétés de psychanalyse recrutaient leurs membres essentiellement chez les praticiens de cabinet. Dans les années 1950 cette situation commençait à évoluer, et on commençait à rencontrer des psychiatres des hôpitaux qui participaient activement aux débats psychanalytiques, et qui cherchaient à penser plus systématiquement que leurs aînés leurs pratiques à partir de la psychanalyse. La psychanalyse insufflait ainsi un sang neuf dans les discussions psychiatriques et pour ces jeunes psychiatres elle permettait de renouveler en profondeur le projet réformateur de leurs aînés.

¹⁴ Pour un récit de ces expériences, voir Fourquet et Murard, 1975.

. Le second élément fut la mise en place par de la planification sanitaire. A partir du début des années 1950 le ministère lança en effet, dans le cadre du deuxième Plan de modernisation et d'équipement, une politique de planification hospitalière ambitieuse, qui visait à la fois à rénover, moderniser et agrandir le parc hospitalier, et à le rationaliser. La planification a joué un rôle important pour la psychiatrie, qui figurait au demeurant parmi les priorités des premiers plans en termes financiers. Elle permettait en effet de prendre conscience plus concrètement des besoins. Elle obligeait à dresser des perspectives à moyen terme sur la manière dont on voulait organiser la psychiatrie. Elle permettait ainsi aux acteurs de se livrer à un exercice prospectif qui, peut-être mieux qu'une loi, leur donnait les moyens d'organiser effectivement comme ils le souhaitaient le visage de la psychiatrie.

. Le troisième élément fut le lancement d'une politique de promotion de l'extrahospitalier plus offensive, dans un contexte où la psychiatrie française commençait par ailleurs à acquérir de nouveaux outils – je vais revenir sur ce point dans les chapitres suivants. En mai 1955, le gouvernement prit un décret pour inscrire les dépenses d'hygiène mentale – soit le financement des consultations de dispensaire – en dépenses obligatoires, tandis que plusieurs textes, dont la circulaire de 1960 était en fin de compte l'aboutissement, encourageaient le développement de diverses structures extrahospitalières. La politique d'équipement hospitalier n'était pas abandonnée, mais les travaux de préparation du plan faisaient apparaître que les constructions hospitalières ne parviendraient que difficilement à éponger les besoins. Les hôpitaux psychiatriques, qui s'étaient vidés pendant la guerre, voyaient leurs effectifs augmenter rapidement, et l'on voyait revenir le spectre de la situation d'avant la guerre, où le nombre des patients hospitalisés excédaient de beaucoup les normes théoriques. Le premier plan d'équipement sanitaire et social prévoyait ainsi qu'il faudrait, pour éponger les besoins à l'horizon 1957, construire 40 000 lits. Cela constituait un projet démesuré, et de fait le premier plan se donna l'objectif, plus réaliste, mais qui néanmoins ne fut pas tenu, de la création de 5600 lits et de la rénovation de 8500 lits. Dans ces conditions, l'extrahospitalier apparaissait, pourvu qu'on l'organisât systématiquement, comme un moyen de réduire les besoins en hospitalisation. La circulaire de 1960, en demandant aux départements d'adopter des programmes d'organisation et d'équipement qui devaient prendre en compte à la fois l'hospitalier et l'extrahospitalier visait à cet effet.

La création de l'ASM se situait dans ce triple contexte. Œuvre de la nouvelle génération des psychiatres de *l'Information psychiatrique*, elle visait à travailler les nouveaux outils d'une psychiatrie non hospitalière dans un contexte où l'hôpital psychiatrique ne pouvait plus être la solution à tous les besoins en psychiatrie. Il faut toutefois comprendre comment, précisément, les entrepreneurs du treizième arrondissement parvinrent à dresser une équivalence entre leur travail, localement dans le treizième, et ces enjeux globaux. Avant d'en venir à la création de l'ASM il faut pour cela analyser la situation spécifique de la Seine. C'est en effet, de manière immédiate, dans le cadre de la réforme de la psychiatrie parisienne, que l'ASM est créée, et c'est à ce niveau que se situent les enjeux immédiats de cette expérience.

Réorganiser la psychiatrie dans la Seine. La question de la coordination des hôpitaux psychiatriques et des dispensaires de l'OPHS.

La création de l'ASM est en effet l'une des péripétie des tentatives de réformer le dispositif touffu de la psychiatrie parisienne. Jusqu'au début des années 1970, deux dispositifs institutionnels bien distincts constituaient en effet l'essentiel de l'équipement psychiatrique du département.

Le premier était celui des hôpitaux psychiatriques. Situés, à l'exception de Sainte Anne, à bonne distance de la capitale, sept établissements constituaient le plus gros des lits soumis au régime de la loi de 1838 dont disposait le département de la Seine¹⁵. Le département utilisait cependant également les services d'hôpitaux de province avec lesquels il avait passé convention, et il disposait, toujours en province, de deux colonies familiales¹⁶ - les uns et les autres recevant des malades en seconde ligne¹⁷. Ces hôpitaux formaient un ensemble qui était coordonné à plusieurs niveaux - et dont l'architecture d'ensemble datait pour l'essentiel de l'époque haussmannienne, dans le courant des années 1860¹⁸. Administrativement, leur autonomie était limitée. Leurs directions étaient placées sous la tutelle rapprochée de la préfecture de la Seine et n'avaient vis à vis de celle-ci presque aucune capacité d'initiative en ce qui concernait la gestion des établissements, tandis que leur échappait totalement la gestion du personnel médical, qui, elle, était confiée au ministère. En dernier ressort, l'ensemble des décisions importante les concernant devaient recevoir l'aval du ministère. Une seule commission de surveillance veillait au bon fonctionnement de l'ensemble.

D'un autre côté les médecins chefs de service formaient une élite du corps des médecins des hôpitaux psychiatriques, recrutée depuis les années 1910 parmi celui-ci sur un concours spécifique qui, tacitement, n'était accessible qu'après plusieurs années passées en province. Finir médecin-chef dans la Seine était le couronnement attendu d'une carrière bien menée. Le groupe était en conséquence constitué de fortes individualités que, souvent, peu d'intérêts réunissaient, et qui jouissaient en revanche d'une liberté presque totale dans la conduite de leur service. La *Société médicale des hôpitaux psychiatriques de la Seine*, qui était supposée les réunir tous, n'avait en réalité pas un grand rôle, et ne semble pas avoir eu non plus une activité considérable. Ils menaient souvent chacun dans leur coin des recherches ou lançaient des entreprises institutionnelles sans avoir à se préoccuper de leurs collègues. La préfecture de la Seine soutenait du reste assez facilement leurs initiatives. Daumézon raconte : « On ne saurait passer sous silence les efforts compréhensifs dépensés par la direction des Affaires sociales [de la préfecture de la Seine] pour aider certains chefs de service ; on pourrait,

¹⁵ Sainte Anne, Moisselles, Maison-Blanche, Perray-Vaucluse, Villejuif, Ville-Evrard et Saint Maurice. Saint Maurice avait un statut d'établissement national : il dépendait directement du ministère et avait vocation à accueillir des patients de la France entière.

¹⁶ Ainay le Château et Dun sur Auron.

¹⁷ Il faut ajouter que plusieurs maisons de santé privées étaient établies dans la région parisienne, qui ne relevaient pas du dispositif de la loi de 1838. L'Assistance publique disposait également de quelques lits de psychiatrie, qui étaient ouverts à ses propres patients - là encore, en dehors de la loi de 1838.

¹⁸ Voir Lamarche-Vadel et Préli, 1978

sans grande exagération, avancer que toute demande raisonnable, présentée avec une argumentation solide et une persévérance suffisante, aboutit à une satisfaction qui ne laisse pas détonner ses auteurs (et d'exciter la jalousie de ses voisins). »¹⁹ Sivadon et Le Guillant, deux membres du groupe de *l'Information psychiatrique*, avaient ainsi pu obtenir des améliorations considérables des conditions d'hospitalisation dans leur service et la possibilité d'y créer l'infrastructure nécessaire à la mise en œuvre de la psychothérapie institutionnelle en négociant directement avec leurs tutelles et la sécurité sociale, sans que les services de leurs voisins aient quant à eux changé en rien. Un autre psychiatre, Dublineau, avait proposé la création d'un centre pour alcoolique, dont, là encore, il négociait seul les moyens avec le ministère et la préfecture.

La circulation des patients constituait en revanche un moyen puissant de coordination et d'interdépendance entre les services. Aucune admission ne pouvait se faire directement dans les services, de sorte que l'ensemble des patients passaient par deux services, l'admission de Sainte Anne et l'Infirmierie Spéciale de la Préfecture de Police, situés tous deux à Paris, qui jouaient un rôle central de plaque tournante de l'ensemble du dispositif. En fonction du statut du placement - volontaire ou d'office -, les candidats à l'hospitalisation étaient conduits par leurs proches ou par la police à l'un ou l'autre de ces services, et ceux-ci devaient ensuite réaliser les formalités d'entrée - administratives et médicales - et distribuer les patients dans les services hospitaliers où ils allaient faire leur séjour. La répartition des malades dans les différents services était le point nodal du système. Les services hospitaliers étaient en effet peu spécialisés : certains chefs de service pouvaient demander qu'on leur envoie telle ou telle catégorie de patient en priorité en fonction des recherches qu'ils menaient sur le moment, mais il semble que c'était rare. Les patients faisaient d'autre part rarement la demande d'être soignés par tel ou tel médecin. Dans la plupart des cas, la distribution des patients se faisait donc dans une négociation directe entre le personnel de l'admission et les responsables des services, et la place que ceux-ci étaient en mesure de dégager dans leurs murs était en dernière instance le critère essentiel de l'attribution des patients.

Dans la mesure où les chefs de services n'avaient guère de maîtrise sur leurs admissions, et où celles-ci dépendaient en revanche en grande partie de l'état des autres services, ce système faisait que les patients étaient l'un des media essentiels des relations entre services. Ils étaient l'un des enjeux récurrents des controverses que les psychiatres de la Seine nourrissaient entre eux. Ainsi, les psychiatres qui voyaient d'un mauvais œil l'initiative de Sivadon et Le Guillant et leur prétention à une efficacité thérapeutique accrue²⁰, leur reprochaient de laisser sortir trop facilement des patients qui étaient selon eux bien loin de la guérison et qui échouaient finalement dans leur service à la faveur d'une réhospitalisation qui ne manquait pas d'arriver rapidement. L'ASM fut l'objet de semblables critiques quelques années plus tard.

¹⁹ Daumézon, 1960

²⁰ Sivadon promettait en effet de rentabiliser les moyens qui lui étaient donnés en soignant, avec moins de lits, autant de malades qu'un service classique, en améliorant ce qu'il appelait le « coefficient d'absorption » du service, soit le nombre de malades hospitalisés en une année par lit.

Dans le courant des années 1940 et 1950, les membres de groupe de l'Information psychiatrique commençaient à obtenir des postes dans les services de la Seine. Paul Sivadon et Louis Le Guillant avaient été nommés à Villejuif et Ville-Evrard au sortir de la guerre et, en 1952, Georges Daumézon obtint le poste clef de chef du service des admissions à Sainte Anne après un bref passage par l'hôpital Maison-Blanche. Dans les années 1950, ces psychiatres adressèrent de nombreuses critiques à l'organisation, et en particulier à son système d'admission. Celui-ci constituait en effet un obstacle majeur à la mise en œuvre de leur projet de réforme de la psychiatrie tel qu'ils le concevaient à ce moment-là. Il cantonnait en effet le médecin dans son service, de sorte qu'il n'avait pas même accès à ce moment si important du premier entretien avec le patient. Des patients pouvaient être envoyés à l'autre bout de la région parisienne, rendant presque impossible les visites de leurs proches²¹. Plus grave encore, au cours de réhospitalisations successives les patients pouvaient passer entre les mains d'autant d'équipes différentes, rendant impossible la continuité des soins. Selon les témoignages de l'époque, l'arrivée des neuroleptiques depuis 1952 rendait le phénomène préoccupant²². Mais surtout l'éloignement des hôpitaux et la dispersion des patients leur rendaient difficile de prendre en charge la post-cure, alors qu'un réseau de dispensaire tentait d'être mis en place au sein de la préfecture du département par l'Office Public d'Hygiène Sociale.

Depuis 1941, l'Office Public d'Hygiène Sociale (OPHS) était en effet le second grand dispositif institutionnel du département intéressé par les questions psychiatriques.

L'OPHS avait été créé en 1918 pour coordonner le dispositif des dispensaires antituberculeux du département, mais depuis les années 1930 il considérait de son ressort l'ensemble de ce que l'on appelait alors les maladies sociales : par là les hygiénistes entendaient les pathologies dont l'étiologie était supposée avoir une composante sociale et/ou qui avaient un retentissement social important. « [L]a fierté [de l'OPHS] est de pouvoir affirmer de plus en plus, et de le démontrer, que sur le terrain pathologique, rien de ce qui est social ne saurait lui être étranger » affirmait en 1953, conquérant, le rapporteur des activités de l'OPHS auprès du conseil général du département²³. Depuis les années 1940, l'OPHS avait donc ouvert plusieurs sections nouvelles, qui devaient s'attaquer à divers problèmes jugés préoccupants par les autorités départementales : maladies vénériennes, PMI, cancer, et, donc, depuis 1941, prophylaxie mentale.

L'OPHS devait développer les moyens d'une prise en charge adaptée à la dimension spécifiquement sociale de ces maladies. Prévention, cure et réadaptation en étaient les principes de base : il s'agissait d'intervenir tôt sur la maladie, il fallait souvent prendre en charge ou au moins exercer une surveillance sur l'ensemble de l'entourage du malade, et il fallait assister un malade qui était atteint dans l'ensemble de sa vie sociale - et dans cette perspective, le service social de l'OPHS devait s'efforcer de pourvoir aux besoins du patient par le

²¹ Rappelons que Moisselles et Vacluse étaient situés en Seine et Oise, l'un au nord et l'autre au sud de Paris.

²² Voir les témoignages de psychiatres dans Fourquet et Murard, 1975. Mais l'estimation de l'effet réel de l'introduction des neuroleptiques était en fait difficile à faire. Ce point est à préciser.

²³ Alessandri, 1953

moyen d'une assistance financière et d'un reclassement professionnel qu'il lui fallait savoir mobiliser. Les moyens employés pouvaient varier quelque peu en fonction des pathologies, mais le dispensaire en constituait toujours le dispositif de base, à partir duquel l'action devait rayonner.

L'OPHS était une administration de la préfecture de la Seine, mais ses concepteurs avaient souhaité qu'il ait un minimum d'autonomie à l'égard de sa tutelle, ce qui s'était traduit par la création d'un conseil d'administration indépendant.

L'OPHS avait le double rôle d'un gestionnaire d'équipements et d'un organisme de liaison avec les acteurs concernés par les problèmes dont il était saisi. Concernant par exemple la tuberculose, il avait ainsi en charge la gestion directe de certains dispensaires et de leur personnel, et il intervenait également dans le financement et la gestion médicale d'un certain nombre d'autres, qui pouvaient être le fruit d'initiatives municipales ou privées, et avec lesquels des conventions avaient été passés. Les dispensaires avaient de toute façon une relative autonomie à l'égard de leur tutelle. Les assistantes sociales étaient des employées à plein temps, mais le reste du personnel, et en particulier les personnels médicaux, étaient payés à la vacation. Une assistante sociale était chargée de la gestion quotidienne du dispensaire, tandis qu'un médecin, le médecin-chef du dispensaire, en assurait la responsabilité médicale. En dernière instance l'administration de l'OPHS assurait, grâce au zèle d'un médecin inspecteur et au moyen d'un fichier centralisé, la surveillance et la coordination de l'ensemble des dispensaires du département. Le médecin inspecteur était en particulier chargé du recrutement et de veiller à la qualité du personnel médical. Il devait s'assurer de la conformité des installations aux normes en vigueur à l'OPHS. Il veillait à la tenue des statistiques des dispensaires.

L'OPHS était par ailleurs équipé d'un laboratoire central et il avait également sous sa responsabilité directe d'un certain nombre d'établissements de cure, de post-cure ou de prévention installés en région parisienne ou en province. Il devait enfin réaliser la liaison entre ses propres services et les services de phtisiologie de l'Assistance publique, où étaient susceptibles d'être placés un certain nombre de ses patients. Le bon fonctionnement de l'ensemble reposait de façon cruciale sur l'implication du corps médical. Le conseil de surveillance de l'OPHS, qui assistait son administration, était présidé par Robert Debré²⁴, et réunissait les grands patrons de la médecine parisienne. Une réforme entreprise immédiatement après guerre conduisit également à la création de « comités techniques » pour les différentes sections de l'Office, qui devaient jouer le rôle de « conférences d'experts » auprès du conseil de surveillance, et qui outre des personnels de l'administration sanitaire de la région réunissaient également bon nombre de médecins spécialistes des questions. Ces experts étaient supposés définir les orientations à moyen et long terme de l'action de l'Office, ainsi que les normes applicables dans les établissements dont il avait la responsabilité. Mais ils jouaient de toute évidence également un rôle important dans la liaison entre l'OPHS et l'ensemble des services sanitaires de la Seine.

²⁴ Le conseil de surveillance de l'OPHS comprenait également des représentants du conseil général de la Seine et des caisses de sécurité sociale.

Pour la prophylaxie mentale les moyens mis en œuvre par l'OPHS, s'ils étaient plus modestes que pour la tuberculose, reposaient toutefois sur des principes analogues : création de dispensaires et conventions avec les autres structures psychiatriques du département. Mais l'OPHS acquit surtout au cours de la décennie 1950 un rôle moteur dans l'avancée du projet de sectorisation, et plus généralement dans la réorganisation de la psychiatrie parisienne.

D'un point de vue pratique, un premier réseau de 25 consultations de prophylaxie mentale avait été créé en 1941, et jusqu'en 1952 ces consultations allaient constituer la base du fonctionnement du service : si d'autres projets semblent avoir été caressés d'emblée par les responsables du service, ils n'aboutirent pas dans un premier temps²⁵. Ces consultations n'étaient pas spécialisées, mais de fait elles s'adressaient en priorité aux enfants, et, malgré les projets des responsables du service, elles ne parvenaient pas à attirer les adultes. Le service d'hygiène mentale fonctionnait de toute façon depuis la guerre avec un personnel réduit – une vingtaine d'assistantes sociales à plein temps et autant de médecins, mais qui étaient eux vacataires – et n'avait de toute évidence pas les moyens de faire face à des besoins qui paraissaient pléthoriques. Mais les problèmes des enfants et ceux des adultes nécessitaient manifestement des réponses distinctes tant les problèmes étaient différents : les enfants parvenaient par la filière scolaire, et les besoins des adultes couvraient essentiellement la post-cure au sortir des hôpitaux psychiatriques.

C'est au début des années 1950 que ce problème fut pris à bras le corps et il donna l'occasion de faire avancer de manière globale la question de l'organisation de la psychiatrie dans la région. L'OPHS n'avait certes en principe pas de prise sur les hôpitaux psychiatriques, qui dépendaient d'une autre direction de la préfecture : jusqu'en 1961 les hôpitaux psychiatriques étaient en effet rattachés, avec les hospices et les maisons de retraite, à la direction des établissements charitables. Les responsables de l'OPHS avaient en revanche une capacité d'initiative que n'avait pas la direction des hôpitaux psychiatriques, dont le travail était strictement encadré par la loi de 1838. D'un autre côté les médecins y disposaient d'une possibilité de jeu qu'ils n'avaient pas avec les administrations des hôpitaux psychiatriques. Comme pour la tuberculose, le médecin inspecteur du service, qui était depuis 1948 Henri Duchêne, jouait ainsi un rôle central dans l'organisation et la supervision des consultations. Duchêne allait également jouer un rôle essentiel à partir du début des années 1950 dans la définition de la politique de la préfecture en matière de psychiatrie et dans la mise en place d'une collaboration avec les psychiatres des hôpitaux²⁶.

Deux projets allaient être avancés au cours des discussions qui se tinrent par la suite. D'une part, le principe d'une réorganisation d'ensemble de l'articulation des différentes institutions psychiatriques de la région - et surtout de l'ensemble de l'extrahospitalier et des hôpitaux psychiatriques. Ainsi, en novembre 1952, une première réunion du comité technique de psychiatrie concluait à « la nécessité de

²⁵ En 1944, le médecin responsable du service d'hygiène mentale, qui à ce moment là est P. Fouquet, évoque ainsi un projet de création de « homes de post-cure » lors d'une discussion à la Société Médico-Psychologique.

²⁶ Je m'appuie ici pour l'essentiel sur les articles publiés et sur les rapports sur le fonctionnement de l'Office au conseil général de la Seine.

donner à la prophylaxie mentale dans le département de la Seine une structure d'ensemble dont le pivot devrait être constitué par les consultations de l'OPHS »²⁷. Daumézon et Duchêne proposèrent un rapport, qui suggérait de procéder à un découpage du département en « aires de recrutement », rattachées chacune à un service d'un des hôpitaux psychiatriques et à un dispensaire²⁸. Les discussions se poursuivirent dans les mois qui suivirent et débouchèrent sur un projet de consultations de post-cure, qui seraient assurées par les médecins des hôpitaux – je vais décrire plus en détail ce projet dans le prochain chapitre.

D'un autre côté les réunions de 1952-1953 avaient abouti à la proposition de la création d'« un secteur d'essai de dépistage, hospitalisation et postcure psychiatriques » : « La création d'un secteur d'essai pour le dépistage, l'hospitalisation et la postcure permettrait de trouver une structure d'assistance orientée vers le plus grand nombre possible de traitements ambulatoires » avait-on conclu. Cette fois-ci l'entreprise avait un but prospectif. Elle devait permettre d'expérimenter des moyens d'action qui n'existaient pas en France. On prenait pour modèle le service de santé mentale d'Amsterdam : l'expérience tentée dans un secteur réduit « permettrait de constater jusqu'à quel point les résultats remarquables obtenus à l'étranger peuvent l'être aussi dans le département ». Il fallait de surcroît procéder par paliers : cette « démarche prudente » était imposée par la multiplicité des structures administratives dans la Seine. Le secteur d'essai serait « situé de préférence dans une banlieue proche de Paris et appuyé sur un hôpital psychiatrique » et pourrait être ensuite généralisé.

En 1953, cette proposition ne semble pas avoir été suivie d'effet, ou du moins ne trouve-t-on pas d'annonce dans les mois qui suivent et le projet de secteur d'essai paraît avoir végété. Mais l'idée manifestement restait dans l'air. En 1957, une réforme de l'organisation de l'OPHS donna lieu à de nouvelles discussions sur la question. Lors d'une réunion qui visait à dégager les orientations à donner à l'établissement dans le cadre d'une réorganisation administrative, Daumézon proposa à nouveau de lancer une expérience pilote : « en dépit de la masse des malades traités dans les hôpitaux psychiatriques et de l'extension des dispensaires et organismes divers spécialisés, la prophylaxie mentale n'a pas réalisé de grands progrès depuis l'origine et [...] ses activités relèvent souvent davantage du bon sens que de la médecine ». Il proposait donc de créer « quelques unités expérimentales bien équipées en matériel et en personnel » : « les résultats obtenus dans des secteurs d'abord très réduits et peu à peu étendus permettront de mettre en place dans le département une organisation dont l'efficacité sera éprouvée. » Cette fois la création de l'ASM était proche.

La création de l'ASM.

Il n'est pas tout à fait évident de se faire une idée précise des circonstances de la création de l'association. Les archives ne permettent pas en effet de reconstituer l'enchaînement des événements qui ont conduit d'abord au lancement de l'association, puis au projet qui va être celui de ses entrepreneurs dans la décennie

²⁷ Alessandri, 1953

²⁸ Je n'ai trouvé de ce rapport que des échos indirects dans les rapports au conseil général de la Seine et dans Fourquet et Murard, 1975

qui suit, celui de réaliser un prototype de psychiatrie de secteur. Les archives suggèrent en tous les cas que c'est progressivement que ce projet s'est construit, entre 1958 et 1960, dans un processus de cristallisation autour des premiers chantiers mis en route par les entrepreneurs de l'ASM. C'est ce processus qu'il faut examiner rapidement, en partant du travail des entrepreneurs de l'ASM. Au-delà du cas du treizième arrondissement, il me semble en effet que l'on peut en tirer quelques enseignements plus généraux sur la manière dont les psychiatres, dans les années 1950 et 1960, ont pu agir pour améliorer leurs structures.

La personnalité du principal entrepreneur de l'ASM au moment de sa création, P. Paumelle, joue évidemment un rôle important dans cette histoire, et il faut commencer par dire quelques mots de son parcours. En 1958, Paumelle était depuis 1954 adjoint de Duchêne au service d'hygiène mentale de la préfecture de la Seine. Après avoir été interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine, Paumelle avait été chef de clinique dans le service de neuropsychiatrie infantile de G. Heuyer. Il avait ensuite passé le concours des hôpitaux psychiatriques et était entré directement à la préfecture de la Seine. C'est à ce moment-là qu'il prit en charge une consultation antialcoolique du treizième arrondissement, au 76, rue de la Colonie, qui constituera le noyau de l'organisation du treizième arrondissement – je vais y revenir dans le prochain chapitre.

Paumelle était membre actif du groupe de *l'Information psychiatrique*. Sa thèse, écrite dans le service de Daumézon, était une contribution au mouvement de psychothérapie institutionnelle²⁹. Daumézon lui avait consacré une grande place dans un article de revue qu'il avait écrit pour le numéro important de *l'Évolution psychiatrique* consacré à la psychothérapie institutionnelle en 1952³⁰. Paumelle avait également publié plusieurs articles dans *l'Information psychiatrique*, qui défendaient une conception libérale de la gestion des services hospitaliers³¹. Mais Paumelle avait surtout déjà joué en une occasion au moins le rôle de porte-parole du groupe des psychiatres de *l'Information psychiatrique*. Ancien responsable des jeunes étudiantes chrétiennes, il était proche du mouvement *Esprit* – il était ami proche de J.-M. Domenach, directeur de la revue – et cela lui avait permis d'être, sous le pseudonyme de Langlade, à l'instigation du numéro spécial d'*Esprit* « Misère de l'asile » qui fit grand bruit en 1952. Il publia ensuite plusieurs articles dans la revue, et dans les années 1960 il allait être membre de son comité de rédaction³². A la fin de la décennie, bien qu'encore jeune psychiatre, Paumelle était déjà une figure dans le monde de la psychiatrie. Il n'en fallait guère plus pour convaincre ses interlocuteurs.

Dès sa création en février 1958, l'association paraît bien avoir pour mandat de réaliser le « secteur d'essai » dont on discutait dans les réunions de l'OPHS dans les années 1950. En avril suivant, Jacques Rivière, directeur de l'hygiène sociale à la préfecture, vint exposer devant le conseil d'administration de l'Association – pour sa seconde réunion – ce qu'il attendait de l'initiative : le treizième arrondissement était constitué en « secteur pilote » pour l'assistance psychiatrique

²⁹ Paumelle, 1952

³⁰ Daumézon, 1952

³¹ Paumelle, 1952 et Paumelle, 1953

³² Paumelle, 1954 et Paumelle, 1956

dans la Seine. L'ASM devait réaliser « la coordination de toutes les activités existantes » en matière d'hygiène mentale dans l'arrondissement, et il était prévu que son dispensaire bénéficiât d'une priorité de moyens - et de fait Rivière annonçait d'emblée le projet d'affecter au 13^e arrondissement des assistantes sociales au service de l'enfance.

Mais, concrètement, quels acteurs devaient être mobilisés dans ce grand dessein, et d'où les responsables de l'association allaient-ils tenir l'autorité qu'il leur faudrait pour les induire à travailler selon leurs intentions, cela restait à ce moment-là à préciser. Les documents d'archives donnent en effet l'impression d'une période de flottement, ou en tous les cas d'ouverture, dans la manière dont était conçu ce mandat de l'association, entre 1958 et 1959. En février 1958, aucune décision ne paraît en effet avoir été prise tant en ce qui concernait les moyens qui devaient être mis en œuvre au service de l'arrondissement, qu'en ce qui concernait leur gestion. En particulier, il ne paraît pas avoir été clair que l'association dût gérer elle-même les équipements du treizième arrondissement – et au premier chef ses structures hospitalières. Dans le premier rapport d'activité de l'association, paru en 1962, les directeurs de l'ASM rappelaient en effet qu'au moment de sa création l'association était supposée mener ses activités « à côté des organismes officiels » et qu'à ce titre elle devait seulement « en compléter l'action ». De fait une discussion eut lieu sur ce point au moment de la mise en route du premier projet de l'association, un atelier thérapeutique à Paris, au printemps 1958. On proposa sérieusement que sa gestion fût confiée à une autre association, l'Élan retrouvé, qui était également active dans le treizième arrondissement, et dont le dirigeant était P. Sivadon, à qui Paumelle avait demandé de présider l'ASM. Les archives ne permettent pas de comprendre pourquoi cette solution fut envisagée, mais l'ASM ne disposait de fait en 1958 d'aucune ressource en propre, et l'on ne pensait peut-être pas que Paumelle parviendrait à mobiliser des fonds.

D'un autre côté, le treizième arrondissement n'était pas le seul projet de la préfecture. En avril 1958 Rivière annonçait qu'il avait l'intention de créer en même temps un second secteur pilote, dans le 4^e arrondissement³³. A terme il s'agirait de toute façon de réaliser la sectorisation de l'ensemble du département. Du point de vue de la préfecture de la Seine au moins, le treizième n'avait de toute évidence pas vocation à prendre l'extension qu'il finit par avoir quelques années plus tard – je vais revenir plus loin sur ce point. De fait, c'est dans la manière dont les entrepreneurs de l'association mobilisèrent d'autres soutiens qu'ils parvinrent finalement à construire véritablement l'architecture complexe du treizième arrondissement.

De ce point de vue, le statut d'association a joué de toute évidence un rôle crucial. Dans la seconde moitié des années 1950, Paumelle n'était au demeurant pas le seul à se lancer dans des entreprises d'envergure en extra-hospitalier sous une forme associative. Dès 1947, l'association de l'Élan Retrouvé, créée par Sivadon dans le prolongement de son CTRS, avait permis de créer des structures pionnières en post-cure psychiatrique³⁴. D'autres projets prenaient corps à la fin des années 1950, notamment pour l'expérimentation de formules d'hospitalisation

³³ Probablement destiné à Henri Duchêne.

³⁴ Sur le foyer de l'Élan voir Diébolt, 1997

de jour, que les psychiatres avaient observées à l'étranger. L'hôpital de jour pour épileptique de Lionel Vidart ouvrit à la fin des années 1950³⁵ et l'hôpital de la MGEN devait suivre quelques années plus tard. A Paris par ailleurs la Société Parisienne d'Aide à la Santé Mentale constituait un autre modèle d'action en psychiatrie associative³⁶.

De manière générale, les associations apparaissaient comme un cadre particulièrement adapté à qui voulait se lancer dans le développement de structures innovantes. Créer une association permettait aux psychiatres de se donner les coudées franches pour négocier directement des soutiens à des projets qui sortaient des manières de faire habituelles, comme l'étaient les structures extrahospitalières à la fin des années 1950. Il était en effet difficile de convaincre les autorités locales de débloquer des crédits pour de telles initiatives, alors que le ministère accordait volontiers des subventions et que les caisses de sécurité sociale étaient ouvertes aux innovations qui permettait d'améliorer les conditions de la prise en charge de leurs assurés sociaux. Se constituer en association permettait d'échapper à la tutelle des premiers pour négocier directement avec les seconds. A la limite cela permettait d'obtenir d'autres soutiens, d'ordre privé, qui s'ils n'étaient pas nombreux en psychiatrie adulte, pouvaient constituer toutefois un appoint non négligeable – le plus important pour le treizième arrondissement fut le comité de défense contre l'alcoolisme, je vais y revenir.

Le ministère s'engageait, je l'ai dit, assez facilement dans ce genre d'entreprise. La création du treizième arrondissement, de fait, paraît avoir eu lieu en concertation étroite avec les fonctionnaires du bureau de la psychiatrie au ministère, Marie-Rose Mamelet et Pierre Jean, même si la chronologie, encore une fois, n'est pas totalement certaine. Mamelet et Jean, de manière générale, avaient un regard sur l'ensemble de la psychiatrie française, et les psychiatres, et tout particulièrement les psychiatres de *l'Information psychiatrique*, avaient noué avec eux des relations étroites. A partir de juin 1960, Melle Mamelet participa en tous les cas régulièrement aux séances du conseil d'administration de l'association, et en 1961, les nouveaux statuts de l'association obligèrent la présence d'un représentant du ministère au sein du conseil.

Du point de vue du ministère - comme au demeurant de celui des caisses de sécurité sociale, mais je vais revenir sur leur rôle spécifique -, susciter ou à tout le moins encourager des initiatives comme le treizième arrondissement permettait de faire avancer les modèles ou de tester les outils, qui pouvaient dans un second temps être généralisés³⁷. Dans le cas du treizième arrondissement, le soutien qu'apportait le ministère paraît s'être inscrit également dans la perspective d'une opération de prestige. En soutenant le treizième arrondissement, le ministère attendait de lui qu'il constitue effectivement une vitrine de la psychiatrie française que l'on pourrait montrer aux visiteurs étrangers : c'est ainsi du moins que la représentante du ministère justifia janvier 1960 l'engagement massif du ministère dans la construction de l'hôpital à Soisy, en argumentant que sa direction

³⁵ Vidart, 1959.

³⁶ Sur la SPASM et les Croix-Marines voir Arveiller, 2002.

³⁷ Voir pour un exemple analogue, sur la politique de la vieillesse Guillemard, 1986.

souhaitait avoir une clinique pilote à montrer lors du congrès de santé mentale de 1961³⁸.

Le soutien du ministère ne fut toutefois pas seul à être déterminant pour l'association. Paumelle avait intéressé à son entreprise plusieurs acteurs qui comptaient dans le monde de l'hygiène mentale et de la psychiatrie à l'époque, et qui jouèrent durant les deux années 1958 et 1959 un rôle crucial pour la mise en forme du projet de l'association.

La présidence de l'association était ainsi assurée par Paul Sivadon, président de la Ligue d'Hygiène Mentale, et dont l'action à Ville-Evrard et à l'Élan lui avait permis d'acquérir une certaine stature dans le monde de la psychiatrie³⁹. Sivadon donnait ainsi une caution de sérieux à l'entreprise, qui pouvait ouvrir des portes. Il était prévu par ailleurs que la ligue d'hygiène mentale coopère avec l'ASM, mais de fait l'activité de l'ASM n'en garde pas de traces.

Paumelle avait par ailleurs également intéressé le Comité National de Défense contre l'Alcoolisme (CNDA) à son travail. Lui-même s'intéressait au demeurant vivement à l'alcoolisme. Sa consultation, je l'ai évoqué, était d'abord une consultation antialcoolique, qui avait été créée en 1948 par le comité. En 1958, Paumelle était membre du conseil d'administration du CNDA, dont il présidait la commission médico-sociale, chargée de réfléchir à des projets institutionnels. Il n'eut ainsi sans doute guère de difficulté à convaincre le comité que son association pourrait travailler avec lui, et le CNDA avait dépêché un représentant au sein du conseil d'administration de l'ASM.

Cette association avec le CNDA fut peut-être décisive. La lutte contre l'alcoolisme était en effet l'une des grands questions sociales des années 1950 et le comité disposait de certains moyens et d'un réel pouvoir d'influence⁴⁰.

En avril 1958 le représentant du comité au conseil d'administration de l'ASM proposa de faire entrer « dans le cadre du secteur pilote du 13^e arrondissement » les projets d' « institutions pilotes hospitalières et extra-hospitalières d'assistance aux alcooliques » que nourrissait le comité. Le CNDA avait en effet le projet de créer une « clinique pilote de désintoxication », pour laquelle il avait l'appui de la caisse nationale de sécurité sociale, et un « foyer social avec centre d'hébergement ». Le calendrier de ces réalisations n'était toutefois pas précisé et

³⁸ CA 20.01.1960. En 1961 toutefois les travaux de l'hôpital aurait à peine débuté.

³⁹ Sivadon allait être détaché en 1958 à la MGEN où il créa l'hôpital de la Verrière, autre institution « pilote » en ce début des années 1960. Il quitta la MGEN dans le courant des années 1960 pour être nommé professeur de psychiatrie à l'Université de Bruxelles. La ligue d'hygiène mentale était quant à elle l'héritière de la ligue fondée et animée par Edouard Toulouse avant la guerre, qui sur le modèle des ligues philanthropique, visait à faire avancer la cause de l'hygiène mentale dans les milieux de la bourgeoisie éclairée. Dans les années 1950, si elle restait un lieu de débat, elle n'avait plus le rôle de relais d'opinion qu'elle avait avant la guerre. Il faut ajouter que le foyer de *l'Élan retrouvé* était situé à ce moment-là dans le treizième arrondissement. Mme Paumelle m'a rapporté que P. Paumelle avait demandé à Robert Debré de prendre la présidence de l'association, mais que celui-ci, bien que vivement intéressé par l'initiative de Paumelle, avait dû refuser, trop occupé qu'il était par le pilotage de la réforme des hôpitaux universitaires.

⁴⁰ La relance de la lutte contre l'alcoolisme dans les années 1950 est liée à la fois à l'évolution de l'approche médicale de l'alcoolisme et à la politique volontariste que P. Mendès-France met en place durant son passage à la présidence du conseil et qui sera poursuivie par ses successeurs. Voir sur ces questions Prestwich, 1988.

de fait, à cette date, le comité ne paraît pas réellement avoir été prêt à les mettre en route⁴¹. En revanche le projet paraît avoir été suffisamment consolidé pour pouvoir être rapidement réalisé dès que les fonds se libéreraient. Il est possible en particulier que ce soit dès ce moment-là que Paumelle rallia à son entreprise le directeur de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, Clément Michel, qui se révéla ensuite, dans les années 1960 et 1970 l'un des soutiens les plus constants de l'association⁴².

Tout semble en tous les cas être allé très rapidement à partir du moment où le Comité Nationale de Défense contre l'Alcoolisme décida de lancer effectivement son projet de clinique privée. Un legs qui parvint au comité au printemps 1958 semble avoir été l'élément déclencheur. En juin 1958 le comité annonça qu'il était décidé à consacrer au projet de clinique le montant de ce legs. Le legs ne couvrait pas entièrement les investissements nécessaires, mais cet engagement semble avoir suffi pour débloquent la participation du ministère et de la caisse nationale de sécurité sociale. Durant l'été 1958, le financement du projet était bouclé. Le comité se portait acquéreur du terrain, l'État et la caisse nationale de sécurité sociale finançaient les travaux à hauteur de 50% chacun. Le terrain, trouvé en juin par Paumelle, était acquis en janvier 1959. Les plans avaient été réalisés pendant ce temps. Un montage compliqué fut par ailleurs trouvé de sorte que le comité puisse mettre les locaux à disposition de l'Association : le comité serait propriétaire des murs, qu'il louerait à l'association, sur la base d'un bail emphytéotique. Si la longueur des procédures administratives et certaines difficultés imprévues – ou mal anticipées – retardèrent jusque début 1961 le début des travaux, début 1959 le projet de l'hôpital était pour l'essentiel bouclé. La rapidité de cet enchaînement témoigne en passant de l'importance de l'engagement du ministère de la santé et de la caisse nationale de sécurité sociale dans le projet de l'ASM.

Parallèlement, à Paris plusieurs projets étaient lancés : deux projets d'ateliers furent discutés dans le courant de l'année 1958. L'un d'entre eux, plus ambitieux, et qui reposait sur un projet de reprise d'une usine de céramique, n'aboutit pas, mais le second, qui lui s'appuyait sur l'aménagement du premier étage du dispensaire de la rue de la Colonie, fut rapidement mis en œuvre grâce au soutien de la préfecture. Un projet de reconstruction du centre de santé mentale de la rue de la Colonie fut également lancé en avril 1959, qui, si en réalité il n'aboutit pas, fut développé avec constance par les entrepreneurs de l'association jusqu'au milieu des années 1960, avec la perspective de le réaliser rapidement.

En 1960 les responsables de l'association se retrouvaient ainsi à la tête de plusieurs structures ou projets qui constituaient le début d'une action de secteur. La mise en route de ces projets permettait de donner une forme au projet de l'ASM. Le rôle que jouerait l'association dans le treizième arrondissement, et plus généralement dans la psychiatrie française, prenait corps. Le mandat de l'association devenait d'organiser et de gérer le dispositif psychiatrique du treizième arrondissement, et ce dispositif devait rayonner plus largement à l'échelle de la psychiatrie parisienne et française. Deux textes vinrent dès lors donner un cadre à l'action de l'ASM : la circulaire de mars 1960, et la convention,

⁴¹ Le foyer ne fut au demeurant jamais créé.

⁴² Entretien S. Paumelle.

signée en 1961 entre l'ASM, le département de la Seine et les caisses nationales et régionales de sécurité sociale, qui officialisait le mandat qui était donné à l'association pour l'organisation et la gestion de la psychiatrie dans l'arrondissement, et qui prenait pour référence explicite la circulaire de 1960.

Pour les psychiatres de *l'Information psychiatrique* de manière générale la circulaire, je l'ai évoqué, constituait à la fois un aboutissement et un point de départ. Elle donnait un contenu concret au projet réformateur qu'ils essayaient de faire avancer depuis la Libération, et devait permettre son application sur le terrain. L'importance de ce texte était peut-être plus grande encore pour les entrepreneurs du treizième arrondissement. En 1968, au moment de fêter le dixième anniversaire de l'association, ils rappelèrent en effet ainsi l'accueil qu'ils avaient fait à la circulaire :

Nous avons accueilli la circulaire ministérielle du 15 mars 1960 comme une sorte de bénédiction officielle de notre initiative. Notre expérience semblait précéder dans le temps la doctrine de la « psychiatrie de secteur ». Tout naturellement nous nous sentions prêts à devenir le Laboratoire de recherche, le lieu de formation des hommes où seraient éprouvés les voies et les moyens de développement des formes d'assistance proposées à tous.⁴³

Cette citation met bien en évidence le type de relation qui s'était établi, autour de la circulaire, entre le ministère et l'association. En proposant la sectorisation, le ministère adouba le programme des entrepreneurs de l'association. En fait, les entrepreneurs de l'association avaient été associés de près à la rédaction de la circulaire. C'est en tous les cas ce que m'a rapporté P. Jean⁴⁴. En 1959, Henri Duchêne, le patron de Paumelle à la préfecture de la Seine, avait fait en particulier au congrès des psychiatres et neurologues de langue française, qui se tenait à Tours, un rapport sur l'extrahospitalier qui inspirait directement le texte. La rédaction de la circulaire, comme le rapport de Duchêne, s'appuyaient sur l'exemple de ce qui commençait à se faire en région parisienne – et donc, plus particulièrement, dans son secteur pilote, le treizième arrondissement. Entre 1958 et 1960, les entrepreneurs du treizième arrondissement ne pouvaient pas ignorer la rédaction de la circulaire, et en retour la circulaire reflétait étroitement leur travail. C'est en prenant appui l'un sur l'autre que la circulaire et le projet du treizième arrondissement furent ainsi construits.

En tous les cas, en 1961, la convention signée par l'association et ses tutelles faisait de la circulaire de mars 1960 l'assise sur laquelle reposait les relations entre le département, les caisses de sécurité sociale et l'association. Elle énonçait en effet dans ses deux premiers articles :

art. 1. Le Département et les Caisses de Sécurité Sociale, désireux d'organiser la lutte contre les maladies et déficiences mentales et l'alcoolisme dans les conditions fixées

⁴³ RA 1968

⁴⁴ Voici ce que dit P. Jean : « Et donc, 58, l'association est créée, et Paumelle travaille là, et il a son, il a le projet de l'hôpital de Soisy et tout ça... et tout ça, ça marche à partir de ce moment-là. [...] C'est à partir de ça, qu'on a, qu'on s'est orienté vers l'élaboration de la circulaire sur le secteur. Et... bien on a mis deux ans, il faut pas se... C'est plutôt rapide, même, pour l'administration... Et on en a parlé à plusieurs reprises, à la Commission des maladies mentales. Sur la base de l'expérience de la Seine. »

par la circulaire ministérielle du 15 mars 1960, se proposant de mettre en œuvre dans le 13^{ème} arrondissement de Paris un équipement médical et social et des méthodes de travail correspondant à cet objectif.

art. 2. Ils conviennent de la nécessité d'une coordination au sein de l'Association « Santé Mentale et Lutte contre l'Alcoolisme dans le 13^{ème} » des activités de tous les organismes publics, semi-publics et privés concourant à la lutte contre les maladies et déficiences mentales et l'alcoolisme au bénéfice de la population de cet arrondissement.⁴⁵

Pour la préfecture et les caisses de sécurité sociale, l'ASM était donc le support au travers duquel la circulaire allait être appliquée dans le treizième arrondissement. L'article 5 de la convention reprenait fidèlement les recommandations de la circulaire lorsqu'il prévoyait l'équipement dont il faudrait doter l'arrondissement - centre de santé mentale, ateliers protégés, foyers de post-cure et établissements hospitaliers, dont hôpital de jour.

Le projet de l'ASM s'est ainsi construit de manière pragmatique, dans l'action, jusqu'à ce que soit promulguée la doctrine de la psychiatrie de secteur dans la circulaire de 1960. Le dispositif du treizième arrondissement tel qu'il allait être mis en place dans le courant de la décennie, allait être celui qui était proposé par la circulaire.

Cela laissait toutefois encore des marges de manœuvre. La circulaire ne donnait que des consignes générales, et la mise en œuvre du programme qu'elle proposait nécessitait évidemment un travail de mise en forme sur le terrain. J'explorerai dans les prochains chapitres la manière dont les différents équipements de l'association furent ainsi façonnés, mais il faut déjà donner les grandes lignes de l'architecture d'ensemble que se donna l'association dans le courant des années 1960. Là également, malgré les efforts de planification des entrepreneurs de l'association, c'est au fil du temps et d'une manière qui laissait une large place à la contingence que les choses se sont construites.

La construction du dispositif du treizième arrondissement et la planification de « l'expérience »

A partir de 1961 et de la signature de la convention avec le département de la Seine et les caisses de sécurité sociale, l'association eut de fait un statut d'établissement privé à but non lucratif, participant au service public. Le conseil d'administration intégrait les représentants des différentes tutelles, ainsi, ce qui était évidemment exceptionnel pour un établissement de santé, qu'un représentant du ministère. Le financement des structures, à l'exception du centre de santé mentale, qui était doté d'un budget global, se faisait selon les règles comptables usuelles dans l'univers des établissements de santé. Pour ce qui était du personnel, après quelques discussions, les entrepreneurs de l'associations décidèrent d'appliquer la convention collective des établissements privé à but non lucratif.

⁴⁵ Convention quadripartite du 2 novembre 1961, entre le département de la Seine, la caisse régionale de sécurité sociale de Paris, la caisse primaire centrale de sécurité sociale de la région parisienne et l'ASM.

Certaines des premières assistantes sociales du centre de santé mentale étaient toutefois détachées de la préfecture de la Seine. De la même manière les médecins étaient pour certains détachés du cadre des médecins des hôpitaux psychiatriques, et pour d'autres salariés à temps plein sur la base de la convention collective.

Sur le terrain, l'organisation des dispositifs de l'association prit rapidement des proportions considérables. Les moyens dont disposaient les entrepreneurs de l'association, qui favorisèrent sa croissance rapide, et certains partis pris de départ aboutirent à mettre en place une architecture complexe, qui en fin de compte demandait de la part des responsables médecins et soignants un important travail de coordination et d'articulation.

Dès le début des années 1960, l'ensemble des équipements de l'ASM furent organisés en trois pôles, qui correspondaient chacun à une organisation spécifique : les équipes de secteur, les « institutions » et les « services ». Les documents que je reproduis en fig. 1 et 2, qui datent vraisemblablement de 1966 ou 1967 et servirent manifestement lors de présentations à des visiteurs du dispositif, donnent une représentation de cet ensemble. Sans entrer dans le détail, il faut donner quelques indications sur le fonctionnement de ces trois pôles.

Les équipes de secteur, tout d'abord. Je vais revenir plus précisément dans le prochain chapitre sur leur organisation et leur fonctionnement, ainsi que sur les pratiques qu'elles développaient, et je vais seulement ici préciser leur place dans l'organisation du treizième arrondissement. Les équipes de secteur étaient constituées d'un médecin, d'une assistante sociale et, à partir de 1963, d'une infirmière. Ce fonctionnement en équipe était en fait héritier des dispositifs des dispensaires d'hygiène mentale, mais il devint progressivement, au cours de la décennie 1960, une dimension importante de la prise en charge des patients atteints de psychoses chroniques.

Dans l'organisation du treizième arrondissement, les équipes de secteur étaient en principe la pierre angulaire du dispositif de prise en charge. Elles avaient la responsabilité de la continuité des soins et devaient suivre les patients tout au long de leur trajectoire au sein de l'association. En principe toujours, c'étaient elles qui avaient la responsabilité des prescriptions, tant médicamenteuses ou plus largement « biologiques », que psychothérapeutiques. C'était également à elles que revenaient les décisions d'admission dans les institutions, et les sorties se faisaient sinon sur leur initiative, du moins avec leur accord. Du point de vue des entrepreneurs du treizième arrondissement ce fonctionnement devait permettre d'avoir une réelle maîtrise des trajectoires des patients, et d'éviter de les voir tomber dans la chronicité, mais je vais revenir plus loin sur cet enjeu. D'un point de vue physique les équipes de secteur partageaient leur temps entre la consultation, au centre de santé mentale, rue de la Colonie, le domicile du patient, et les institutions, qu'elles devaient visiter régulièrement. Les médecins de secteur d'un autre côté cumulaient leur responsabilité de médecin-chef d'équipe de secteur et de consultant au dispensaire, avec celle de médecin responsable de l'une des institutions du treizième arrondissement.

MODALITÉS THÉRAPEUTIQUES

**INSTITUTIONS
EXTRA
HOSPITAL**

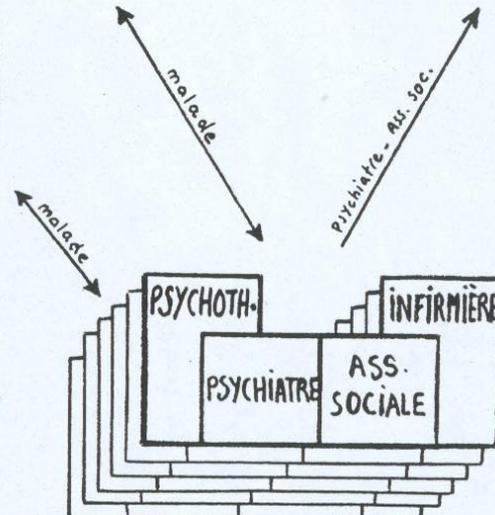
ATELIER DE RÉENTRAIN.	HOPITAL DE JOUR
FOYER DE POST CURE	CENTRE DE JOUR PERSONNES AGÉES
PLACEMENT FAMILIAL	ATELIER THÉRAP.

HOPITAL

L'EAU VIVE	GRAVIER
	PUSSIN
	ANNA O.

CENTRE DE SANTÉ MENTALE

PSYCHOLOGUE
ELECTROENC.
KINÉSITHER.
RELAXATRICE
ENDOCRINOLO.
PSYCHOSOMAT. etc...



C	LOISIRS
L	SPORT
U	MUSIQUE
B	DANSE
COURS du SOIR	
CONSEILLER DU TRAVAIL	

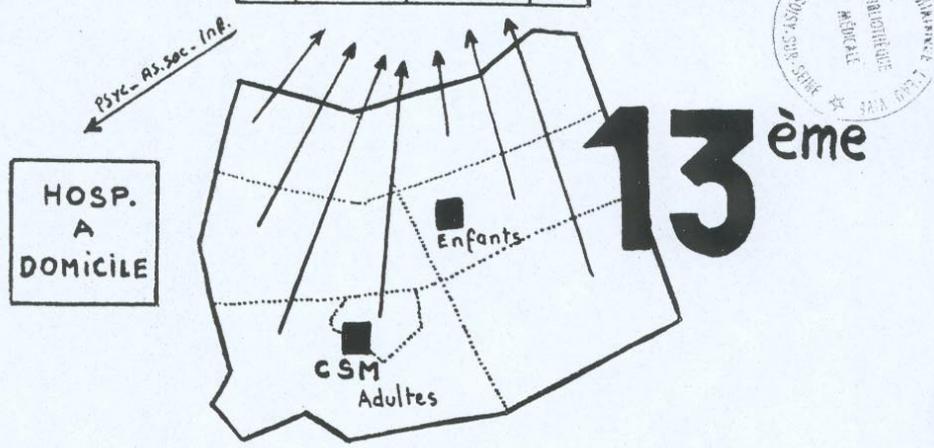


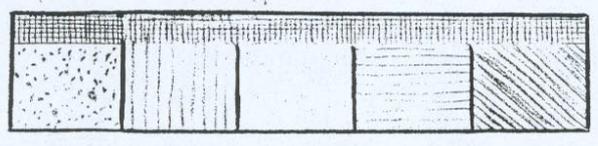
fig. 1. L'organisation de l'ASM. Bibliothèque de l'Eau Vive

RESPONSABILITÉS ET TRAVAIL D'ÉQUIPE DES MÉDECINS



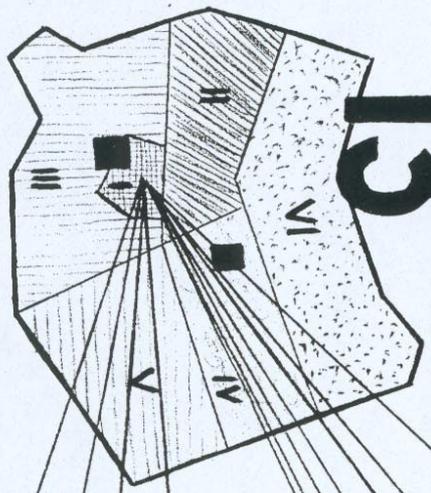
405 - ASPRIND 1. m 73.

EQUIPE DE DIRECTION



175000 habitants

13^{ème}



.PRISE EN CHARGE
THERAPEUTIQUE INDIVIDUELLE
.ÉQUIPES DU CENTRE DE SANTÉ MENTALE

ASS. DE GÉRONTOLOGIE	ACTION D'HYGIÈNE MENTALE	C LOISIRS
		L SPORT
		U MUSIQUE
		B DANSE
		etc ...

ACTION
D'HYGIÈNE MENTALE

ATELIER DE RÉENTR. HÔPITAL. DE JOUR	FOYER DE POST-CURE	PLACEMENT FAMILIAL
CENTRE DE JOUR PERSONNES AGÉES	ATELIER	

RESPONSABILITÉ
D'ÉQUIPES INSTITUTIONNELLES

HOSP. A DOMICILE

JEAN V	GRAVIER
Y	PUSSIN
E	ANNA O.

fig. 2. L'organisation de l'ASM. Bibliothèque de l'Eau Vive

Sur le plan administratif, le fonctionnement des équipes de secteur reposait je l'ai dit sur le budget du centre de santé mentale, qui lui-même était négocié avec la préfecture de la Seine, sur son budget pour l'hygiène mentale, et avec les caisses de sécurité sociales, qui donnaient une subvention importante. Les consultations étaient gratuites.

Les « services » constituaient la deuxième pièce du dispositif du treizième arrondissement. Les services étaient un ensemble de ressources en consultations et en outils diagnostic mises à disposition de l'ensemble des équipes de secteur. Leur contenu évolua au cours de la décennie, en fonction des moyens dont disposaient les entrepreneurs de l'association et des priorités de leur travail, mais quelques uns restèrent des piliers du dispositif : conseiller du travail, psychothérapie – psychothérapie analytique, psychanalyse, psychodrame –, relaxation, tests psychologiques, hospitalisation à domicile, recherches etc. Les services, dans l'ensemble, étaient hébergés par le centre de santé mentale, et leur recours ressortait de l'initiative des équipes de secteur.

Le dernier élément de l'architecture du treizième arrondissement était l'ensemble des « institutions », soit les différents établissements que l'association mettait à disposition de ses patients. Les institutions étaient évidemment, d'un point de vue organisationnel, l'élément lourd de l'association. Elles constituaient la réelle nouveauté du dispositif du treizième arrondissement. A partir du début des années 1960, la diversité des institutions que comprenait la palette du treizième arrondissement devint la garantie que les problèmes des patients trouvaient la réponse qui leur convenait à chaque fois le mieux : en cela le dispositif du treizième arrondissement tranchait avec l'uniformité des réponses qu'apportaient jusqu'alors les hôpitaux psychiatriques aux malades mentaux.

Les institutions du treizième arrondissement s'organisaient, schématiquement, en quatre grands ensembles :

- le pôle des soins hospitaliers, qui était constitué de l'hôpital, établi à Soisy, et qui ouvrit ses pavillons progressivement au cours de la décennie, et l'hôpital de jour, installé d'abord à Paris dans les locaux de la rue de la Colonie, puis dans des locaux Villa Saint Jacques, avant d'être déménagé sur le site de l'hôpital, en 1965, où il devait rester pendant près d'une décennie ;

- deux « ateliers thérapeutiques de réadaptation », qui ouvrirent en 1964 et 1965 à Paris dans des locaux distincts, et furent regroupés en 1969 dans des locaux qu'acquit l'association dans l'un des îlots rénovés du treizième arrondissement, l'îlot Bièvre ;

- un ensemble de trois foyers, situés à Paris pour deux d'entre eux, et à Soisy-sur-Seine pour le troisième, auxquels s'ajoutait un service de placement familial ;

- le dernier ensemble était un dispositif de centres de jour destiné aux clientèles déficitaires de l'association : les personnes âgées, et les infirmes moteurs et cérébraux.

Le terme d'institution avait, en psychiatrie dans les années 1960, et tout particulièrement dans le treizième arrondissement, une signification forte. Celle-ci renvoyait à l'idée que les séjours en institution avait *en eux-mêmes* un effet sur les pathologies des patients. Pour les médecins de l'association, les institutions étaient

un outil au service du soin, au même titre que les diverses chimiothérapies ou psychothérapies. Cette perspective allait de pair avec une conception spécifique du travail psychiatrique à l'intérieur de ces institutions. Le travail institutionnel était en effet précisément le travail qui devait être fait sur le fonctionnement des institutions pour en améliorer l'efficacité auprès des patients. Le troisième chapitre de ce rapport va nous permettre d'étudier plus avant cette dimension, à partir du cas des institutions de jour.

Dans l'organisation du treizième arrondissement, les institutions disposaient d'une grande autonomie les unes par rapport aux autres, et par rapport à la direction de l'association. Si, à l'ouverture de chacune d'entre elles, un travail était fait en collaboration avec la direction de l'association pour définir les principaux éléments de leur fonctionnement, une fois que celui-ci était rôdé, les équipes décidaient en fin de compte elles-mêmes de leur organisation et de l'orientation à donner à leur travail. Cet élément est une dimension importante du rôle que les soignants furent amenés à jouer dans l'association lorsque son travail se routinisa, et sur lequel je vais revenir dans le quatrième chapitre. Les institutions développaient d'un autre côté chacune leurs « indications » à l'entrée. Ces indications correspondaient à une idée développée par les soignants des caractéristiques des patients qu'ils souhaitaient accueillir. Si dans certains cas ces indications reposaient sur une définition des objectifs que se donnait l'institution – ainsi dans un premier temps au moins des institutions de réadaptation –, dans d'autres cas ces indications étaient surtout des indications par défaut, des contre indications, et correspondaient à des critères auxquels devaient satisfaire les patients pour pouvoir être pris en charge au sein de l'institution – ainsi de la nécessité pour pouvoir être traité en hôpital de jour de disposer d'un foyer stable.

Les institutions étaient co-dirigées par un couple constitué à chaque fois d'un médecin et d'un responsable soignant. Le rôle du médecin responsable était tout à fait spécifique. Il n'était en effet pas en principe, je l'ai dit, responsable de la prise en charge des patients, puisque celle-ci était du ressort des équipes de secteur. Ce n'était pas lui qui établissait les ordonnances. Son rôle était de veiller à la conduite du traitement institutionnel, en s'assurant que l'organisation de l'institution correspondît à des objectifs psychothérapeutiques.

L'architecture des institutions du treizième arrondissement reproduisait dans leurs grandes lignes les recommandations de la circulaire de 1960. Il était très important pour les entrepreneurs du treizième de pouvoir mettre en avant ce point, à la fois pour obtenir qu'on leur donnât les moyens dont ils estimaient avoir besoin pour travailler, et pour arriver à ce qu'ils espéraient, réformer en profondeur les manières de faire en psychiatrie. La manière dont toutefois sur le terrain les choses se sont mises en place laissait une place plus grande au hasard et à la contingence que ne le laisse supposer l'idée que le treizième arrondissement était un prototype, dont l'architecture était calculée dans le moindre détail. Si les entrepreneurs du treizième arrondissement tenaient en effet un discours militant sur ce qu'ils voulaient faire et les moyens dont ils s'étaient dotés pour le faire, reste que ces projets tenaient pour une part plus importante qu'ils ne le disaient à des choix qu'ils ne maîtrisaient pas. Les chapitres suivants illustreront ce point à l'intérieur des différentes institutions de l'ASM, mais il faut souligner ici un autre

aspect de cette question, qui concerne la planification d'ensemble de ses équipements.

En 1960 les seules normes qui existaient en la matière étaient données par la circulaire de 1960. Elles concernaient en réalité les seuls hôpitaux psychiatriques. La circulaire proposait en effet que l'on prît pour base, pour l'établissement des POD, la norme de 3 lits pour 1000. Elle attribuait cette norme à l'OMS :

la norme arrêtée par les experts de l'OMS concernant le chiffre optimum de capacité d'hospitalisation s'établit pour les pays d'Europe occidentale, à 3 lits pour 1000 habitants. Ce pourcentage englobe à la fois les besoins concernant les adultes et les enfants relevant de la neuropsychiatrie infantile.

L'origine de ce chiffre est toutefois incertaine, et celui-ci était du même coup moins solide que ne le suggérait la circulaire. P. Bailly-Salin, qui fut longtemps expert auprès de l'OMS, pense que le chiffre ne figurait pas dans les publications de l'époque⁴⁶. Il est possible que les fonctionnaires du ministère et leurs conseillers techniques aient cherché à donner plus de poids à leurs recommandations en leur donnant une base objective⁴⁷. En 1960 c'était au demeurant la première fois que l'on proposait un tel chiffre : dans le rapport pour l'élaboration du premier plan d'équipement sanitaire, en 1953, c'était en effet une extrapolation de la situation courante qui avait permis de dresser un inventaire des besoins, et il n'avait nullement été fait appel à une norme extérieure comme l'était celle de l'OMS. Le chiffre de 3 lits pour mille pouvait bien au demeurant avoir été calculé sur cette base. Il correspondait en effet grosso modo aux calculs de 1953 et aux besoins de 1960⁴⁸. Pour ce qui concernait l'extrahospitalier d'un autre côté, aucune norme ne pouvait être invoquée et la circulaire de 1960 ne donnait aucun chiffre – et pour cause, puisque je l'ai dit il n'existait, par exemple, en France aucun hôpital de jour. La circulaire suggérait seulement que la mise en place de l'extrahospitalier pouvait amener à faire corriger les besoins réels en lits d'hospitalisation. Contrairement à ce qui se passait pour l'hôpital, pour lequel on disposait également de normes architecturales très précises, grâce au travail qui avait été fait par les psychiatres de *l'Information psychiatrique* depuis la Libération, on ne disposait par ailleurs nullement de telles normes pour les structures non hospitalières. C'est dans le courant des années 1960, à mesure que les expériences se multipliaient, et au moment de la négociation avec le ministère des POD prévus par la circulaire de 1960, que ces normes se précisèrent et que des chiffres circulèrent pour planifier l'ensemble des places en institutions extrahospitalières⁴⁹.

⁴⁶ Entretien.

⁴⁷ En 1960 la France disposait en fait de 2,1 lits théoriques pour 1000 habitants, pour une population nettement supérieure qui avoisinait les 2,7 malades pour 1000. Nombre de ces lits étaient loin d'être aux normes.

⁴⁸ La population asilaire était en 1952 de 97 000 patients, soit 2,27 patients pour mille habitants, et compte tenu de ce qu'avait été sa progression sur la période précédente, on estimait qu'elle serait de 122 000 à la fin du plan, en 1957, soit, en tenant compte de l'accroissement de la population du pays, de 2,7 pour mille.

⁴⁹ Cette citation extraite du rapport d'activité pour l'année 1965 du service d'hygiène mentale de la préfecture de la Seine me paraît à cet égard significative : « Nous ouvrons ici une parenthèse importante : le souci de l'équipe du service d'hygiène mentale a été, en l'adaptant à des volumes de terrain, et des possibilités de construction fort diverses de ne pas figer la conception des

Dans ce contexte d'incertitude, les entrepreneurs de l'association se rangèrent à des chiffres nettement hétérodoxes. L'hôpital ne comptait en effet que 175 lits pour les 175000 habitants de l'arrondissement. Le projet initial, qui avait été présenté en février 1959, était même plus juste, puisqu'il ne comptait que 150 lits : ce n'est qu'au cours de la construction de l'hôpital que ce chiffre fut augmenté jusqu'à 175. Il n'est pas possible de savoir pourquoi les entrepreneurs de l'association adoptèrent d'emblée ce chiffre⁵⁰, mais celui-ci devint en tous les cas rapidement un véritable enjeu pour les entrepreneurs de l'association. En 1961 le premier rapport d'activité de l'association annonça ainsi que l'objectif de l'association était de :

vérifier s'il est possible d'assurer dans de bonnes conditions l'assistance psychiatrique d'une population agglomérée de 150 000 hab. avec seulement 150 lits, 1 hôpital de jour et d'autres établissements extrahospitaliers tels que foyer de post-cure et atelier protégé⁵¹.

La convention signée pour l'hôpital en 1963 précisait encore :

la capacité prévue [pour l'hôpital] est de 175 lits, soit un lit pour 1000 habitants, au lieu de trois recommandés, pour l'Europe, par l'organisation mondiale de la santé. ce nombre limité de lits n'est toutefois possible que dans la mesure où une organisation extrahospitalière de secteur permettra en articulation étroite avec l'établissement le traitement actif des malades.

La norme de 1 lit pour 1000 devint ainsi l'une des dimensions cruciales de « l'expérience » du treizième arrondissement : il s'agirait désormais de vérifier que l'on pouvait prendre en charge effectivement l'ensemble des problèmes de santé mentale de l'arrondissement avec un nombre de lits restreints, mais avec un ensemble d'institutions extrahospitalières, et le dispositif de secteur. Le chiffre de 1 lit pour mille sonnait en ce sens comme un slogan : il était simple et il était nettement inférieur à tous les chiffres que l'on discutait à cette époque. Il constituait par ailleurs pour les entrepreneurs de l'association un véritable levier

hôpitaux de jour, des foyer de post-cure, dans l'incertitude où elle se trouve du mode exact de fonctionnement et de recrutement que posent de tels organismes. Il faut en effet se rappeler que les expériences française en la matière (foyer de post-cure de l'Elan retrouvé, hôpital de jour de l'Elan retrouvé) sont très récentes et qu'elles ont été conçues dans un cadre assez différent d'un service public de secteur. C'est dire que notre souci majeur a été de concevoir architecturalement des établissements dont le pourcentage d'options irréversibles soit le plus bas possible au profit des options réversibles permettant une extrême souplesse d'adaptation lors du fonctionnement réel. » AP 1513W26.

Un point important est par ailleurs à marquer ici : la rédaction des POD s'était faite dans une collaboration étroite avec l'administration centrale. Les représentants des départements venaient négocier avec les fonctionnaires du ministère et leurs conseillers techniques l'ensemble des détails de leurs programmes. De manière générale, la gestion du dispositif des hôpitaux psychiatriques était très centralisée : les hôpitaux psychiatriques étaient sous la tutelle des préfets qui recevaient leurs ordres directement du ministère. Cela évitait à l'administration d'en appeler à des normes strictes.

⁵⁰ Ce choix était-il dicté par les contraintes qui pesaient sur l'association ou bien était-il véritablement un parti pris ? Si P. Paumelle semble avoir été d'emblée décidé à travailler avec un nombre réduit de lits, reste que le choix de se contenter de 175 lits ne s'explique pas précisément.

⁵¹ RA 1961.

sur lequel jouer pour obtenir la mise en place de l'équipement extrahospitalier : le préambule de la convention de 1963 indiquait ainsi que la norme de 1 lit pour 1000 n'était viable que « dans la mesure où une organisation extra-hospitalière de secteur permettra en articulation étroite avec l'établissement, le traitement actif des malades. »

De ce côté-là en revanche, il fallut attendre le milieu des années 1960 pour qu'une réelle planification soit mise en place. Jusqu'en 1963, on ne trouve pas trace dans les documents de l'ASM de programme chiffré qui précise les intentions des entrepreneurs de l'association⁵². Il est probable que cela n'était tout simplement pas utile aux entrepreneurs de l'association, mais il est possible également que l'extrahospitalier, dans l'esprit des psychiatres à l'époque, ne nécessitait pas réellement de planification : dans les termes de la circulaire de 1960 les équipements extrahospitaliers apparaissaient encore comme un complément du dispositif hospitalier, complément léger et, en un sens, à l'échelle de la psychiatrie de l'époque, interstitiel. Les premiers chiffres, qui circulèrent au début de la décennie 1960 étaient d'ailleurs relativement modestes, comme le montrent les tableaux que je donne ci-dessous.

La situation changea en 1963. La perspective de l'ouverture de l'hôpital⁵³ et l'engagement dans le courant de l'année des entrepreneurs de l'association dans de nouveaux projets nécessitaient certainement que l'on précisât l'horizon dans lequel on situait l'action de secteur⁵⁴. D'un autre côté des chiffres pour l'extrahospitalier commençaient à circuler au ministère et à la préfecture de la Seine à mesure que les POD étaient élaborés. Un « organigramme idéal » des installations du treizième arrondissement fut donc travaillé au sein d'une « commission technique » mise en place auprès du conseil d'administration de l'association⁵⁵. Les comptes rendus des réunions du conseil d'administration ne donnent pas davantage de précision sur cet organigramme, mais c'était probablement celui qui fut publié dans le rapport d'activité de cette année-là. Ce dernier donnait un tableau qui comparait chiffre contre chiffre les projets du treizième avec des normes qui étaient communiquées par les responsables du ministère⁵⁶ :

⁵² Un « tract » et une « brochure » de présentation de l'association furent toutefois élaborés au cours de l'année 1960, qui d'après les discussions du conseil d'administration devaient contenir un « programme » des institutions prévues dans l'arrondissement. Je n'ai trouvé toutefois ni ce tract, ni cette brochure dans les archives de l'association.

⁵³ Qui ouvrit ses premiers lits en mars 1963.

⁵⁴ La création d'un atelier de réentraînement à l'effort était en cours, et l'on commençait à réfléchir à l'aménagement de deux projets d'envergure, l'un dans le cadre d'une opération de rénovation de l'îlot Bièvre et l'autre en collaboration avec la Croix-Rouge, qui tous deux devaient déboucher sur la création de plusieurs dizaines de places d'atelier et de foyer.

⁵⁵ CA 14 mai 1963.

⁵⁶ Le rapport d'activité précisait que les normes pour l'extrahospitalier étaient données par P. Bailly-Salin qui était à ce moment-là à la fois médecin chef du service d'hygiène mentale de la préfecture de la Seine, où il avait succédé à Henri Duchêne, et conseiller technique auprès du ministère.

	<i>normes ministérielles pour 67000 hab.</i>	<i>normes ministérielles pour les 175000 hab. du treizième</i>	<i>plan de l'ASM</i>
hôpital psychiatrique	200	521	175
hôpital de jour	25	65	50
post-cure	40	105	120
ateliers	70	183	240
foyer logement			50
total	335	874	635

A la fin de l'année 1964, à la demande du président de l'association, un nouveau « programme des institutions à créer pour les années 1965 à 1969 » fut élaboré. Ce nouveau programme était plus solennel que celui de 1963, qui ne semble pas avoir été discuté en réunion du Conseil d'Administration. Une réunion exceptionnelle du conseil fut cette fois organisée. Le programme devait être inscrit dans son intégralité au Ve plan de manière à obtenir les subventions du ministère. Le programme lui-même reprenait en gros les prévisions de 1963, en y intégrant deux nouveaux projets qui commençaient à être travaillés au sein de l'association :

	<i>nombre de lits ou places</i>
hôpital psychiatrique	175
hôpital de jour	91
foyer de post-cure	120
atelier thérapeutique	240
placement familial	50
foyer de vieillards	50
total	726

Ces programmes suscitaient le consensus et furent adoptés sans mal par les différentes tutelles de l'association. Les calculs sur lesquels ils reposaient contenaient toutefois de toute évidence une part d'arbitraire. Avant leur ouverture, on ignorait en fin de compte les populations qui pourraient être effectivement prises en charge dans les différents équipements dont on discutait. D'un autre côté, une forme d'optimisme fondait l'ensemble des prévisions des entrepreneurs de l'association, qui reposaient de manière cruciale sur l'idée, a posteriori très incertaine, d'une réduction de la chronicité - je vais revenir sur ces points dans les chapitre 3 et 4. P. Bailly-Salin m'a ainsi raconté lui-même la manière dont le ministère ajustait à mesure que la situation évoluait sur le terrain les normes de la circulaire pour tenir compte du développement de l'extrahospitalier. On était dans tous les cas à un moment où il s'agissait davantage de suivre les évolutions de la psychiatrie que réellement de les planifier.

La mise en œuvre de ces programmes d'un autre côté allait se révéler problématique. En fait, du point de vue des entrepreneurs de l'association, malgré l'affirmation que ces programmes devaient constituer l'équipement « idéal » du

treizième arrondissement, ils avaient une dimension opératoire. Ils accompagnaient leurs projets plus qu'ils ne les anticipaient, et servaient à les faire avancer plus qu'ils ne les planifiaient. Pour les entrepreneurs du treizième arrondissement, ils constituaient davantage une base de négociation à court et moyen terme qu'une prévision de ce que serait la psychiatrie dans le treizième arrondissement. Ces programmes constituaient un point de passage obligé pour les projets qu'ils souhaitaient développer, mais en fait la réalisation des projets contenait une part d'aléatoire.

Malgré les soutiens dont bénéficiaient les entrepreneurs de l'association, il leur fallait en effet négocier au coup par coup la réalisation de chacune des institutions du programme. Lorsque l'on passait du programme à sa réalisation, on passait ainsi à un autre registre d'action, bien plus pragmatique. Il fallait monter des dossiers, prévoir dans le détail le projet, argumenter de son utilité. La création de chacune des institutions nécessitait en fait des entrepreneurs de l'association qu'ils se fassent réellement entrepreneurs de travaux publics.

L'un des points importants, et qui conditionnait la réalisation finale, était le montage du financement. Celui-ci impliquait le plus souvent plusieurs parties – emprunts, subvention des caisses de sécurité sociales, du ministère, du département. Il reposait alors sur des montages compliqués et fragiles. Les négociations avec les différentes parties s'étalaient sur plusieurs mois et les éléments du dossier pouvaient avoir évolué entre le début de la négociation et l'obtention de l'accord. Ce fut le cas pour les projets de rénovation du centre de santé mentale, qui n'aboutirent qu'après trois projets différents, étalés sur près de 20 ans. Une partie de ces difficultés venait d'un autre côté de la multiplicité des interlocuteurs au sein des différentes administrations auxquelles les entrepreneurs de l'association avaient affaire, et en particulier la séparation des services financiers et des services « politiques ». Le cas de l'Etat était sans doute le plus complexe, puisqu'il fallait, pour faire aboutir les projets, négocier successivement avec le bureau de la psychiatrie, qui avait en charge l'ensemble des questions politiques, les services de l'équipement de la direction des hôpitaux⁵⁷, et les services financiers. Chacun était susceptible de mettre un point d'arrêt au projet et l'accord des uns ne préjugait en rien de la réaction des autres. Un projet de centre neuropsychiatrique pour enfant, implanté à Champrosay, à proximité de Soisy, se vit ainsi ralenti puis stoppé après un avis défavorable des services techniques du ministère, qui s'opposaient à ce qu'ils estimaient être une architecture hasardeuse⁵⁸.

Une autre dimension du problème était celle des locaux, dans un contexte immobilier tendu. Il était inenvisageable pour l'association de faire financer et l'acquisition de terrain et leur aménagement à Paris. Elle ne disposait pas des fonds nécessaires. Il lui fallait compter avec les moyens de la préfecture. Si l'on considère les institutions du treizième arrondissement, quatre types de solutions furent en fait mises en œuvre :

- prendre des options sur des opérations HLM. Les opérations de rénovation de l'arrondissement permirent de fait le recours à ce type de solution pour les gros

⁵⁷ Sur l'organisation de la direction des hôpitaux et la mise en place au début des années 1960 d'un service de l'équipement, voir Valette, 1977.

⁵⁸ Entretien.

investissements, et en particulier les foyers. Ce fut le cas des réalisations de l'îlot Watteau et de l'îlot Bièvre ;

- profiter de locaux de la préfecture. La réorganisation des services préfectoraux amenait à des mouvements dont savaient profiter les entrepreneurs de l'association, bien introduits Le centre de santé mentale prit ainsi la place d'un dispensaire antituberculeux, mais l'association bénéficia également de l'attribution de locaux d'anciens commissariats après la réorganisation des services de police de la capitale.

- louer des locaux

- s'installer en banlieue : de fait Soisy-sur-Seine, où s'était installé l'hôpital, était une ressource importante. Mais l'installation à Soisy et l'éloignement du treizième arrondissement entraînaient des conséquences importantes pour la nature des projets qui y étaient réalisés.

D'un autre côté les appuis du treizième arrondissement ne furent pas constants sur la décennie. Si dans un premier temps en effet l'association reçut un soutien sans faille de ses tutelles, la situation ne tarda pas à évoluer. Du point de vue de la préfecture de la Seine en effet, le développement du treizième arrondissement ne pouvait se faire que dans le cadre du développement de la psychiatrie parisienne. Il convenait de ne pas trop déséquilibrer le budget en faveur du treizième arrondissement et il fallait donc limiter ses ambitions. Ainsi, dès la discussion du budget pour l'année 1964, en avril 1963, une demande de vacations supplémentaires de médecins psychothérapeutes par S. Lebovici se vit opposé une réserve du représentant de la caisse régionale de la sécurité sociale. Selon le compte rendu qui fut fait de la réunion, celui-ci objecta aux directeurs de l'association

« que l'expérience du 13^e arrondissement d'une part n'est pas la seule en cours, et d'autre part qu'elle prendra toute sa valeur si elle peut être effectivement reproduite. Ceci signifie tout d'abord que le montant des sommes à retenir pour le 13^e arrondissement ne peut être apprécié sans comparaisons avec ceux prévus à d'autres services d'hygiène mentale ou de psychiatrie. Enfin il rappelle que le développement des activités du 13^e arrondissement ne peut se faire que progressivement »⁵⁹

Cette année-là un compromis fut trouvé, mais les difficultés ne firent que croître avec les années, lorsque la sectorisation commença à être mise en place dans les autres arrondissements parisiens et qu'il fallut mobiliser pour eux des moyens. Les dirigeants de l'association durent chaque fois négocier au plus près leur budget et les augmentations qu'ils sollicitaient. Les entrepreneurs de l'ASM remportaient sans doute dans ces négociations de véritables succès. Ils pouvaient argumenter de leur statut d'exception et du rôle de leader que leur entreprise jouait dans le cadre de la politique de sectorisation⁶⁰. Et de fait le treizième

⁵⁹ CA du 2 avril 1963

⁶⁰ Ainsi lorsqu'en 1967, le représentant de la préfecture de la Seine au conseil d'administration, le Dr. N. émit, au cours de la discussion sur le budget du centre de santé mentale, des réserves sur une augmentation importante des vacations - « Ce montant serait en effet supérieur à celui de l'ensemble du département de la Seine St Denis, qui comporte 6 fois plus d'habitants. Le montant élevé du budget de l'association préoccupe beaucoup les services préfectoraux qui devront désormais en justifier devant une assemblée nouvelle, le Conseil de Paris. » expliquait-il -, il se vit

arrondissement continuait à être bien servi si on le compare avec les autres services parisiens. Reste que la situation était parfois tendue avec l'administration préfectorale.

Ces différentes contraintes firent que le dispositif du treizième arrondissement mit près d'une décennie à être construit. Le tableau 1. donne la chronologie des différents projets de l'association et leur réalisation. J'y ai indiqué également les différents projets qui n'aboutirent pas. A la fin de la décennie, le programme de 1964 était loin d'être réalisé. Il y avait un écart important entre ce qu'il prévoyait et ce qui avait pu être fait. En fait on n'était guère allé plus loin que ce qui était déjà en cours en 1965 :

	<i>nombre de lits ou places</i>
hôpital psychiatrique	175 lits
hôpital de jour	35 places
foyer de post-cure	88
ateliers thérapeutiques	55
placement familial	16 ⁶¹
foyer de vieillards	0
total	429

Institutions du treizième arrondissement en 1970.

L'ouverture des institutions de l'îlot Bièvre et de l'îlot Watteau, ainsi que l'ouverture totale de l'hôpital marquèrent toutefois un coup d'arrêt à l'extension de l'ASM. Les entrepreneurs de l'association semblent même s'être inquiétés un moment de l'ampleur que prenait leur dispositif et de la manière dont il devrait amener à faire évoluer les pratiques qu'ils avaient mis en place depuis le début de la décennie. Je vais revenir dans le chapitre 4 sur ces craintes. En tous les cas, aucun projet d'envergure ne fut plus réalisé dans le courant des années 1970. Les institutions dont ils disposaient paraissaient suffisantes aux entrepreneurs de l'association, qui n'augmentèrent plus leur dispositif.

* * *

Dans le courant des années 1960, le projet des entrepreneurs de l'ASM avait un sens à la fois localement, dans le treizième arrondissement, et dans le monde de la

opposer que c'était le développement de l'action de secteur qui dépendait de cette augmentation. Le compte rendu de la discussion rapporte ainsi la réponse que lui fit l'un des soutiens de l'association M. F. « ne conteste pas les difficultés – probables – des services préfectoraux pour faire accepter par la nouvelle assemblée de Paris le budget des centres de santé du 13^e mais d'une part les termes de la comparaisons lui paraissent contestables, et d'autre part, il voudrait savoir si les dits services estiment que le développement de l'action de secteur confié à l'association de santé mentale du 13^e doit être arrêté. M. le Dr. N. ne dissimule pas ses craintes à ce sujet. Il affirme que les moyens mis en œuvre sur le 13^e sont devenus si importants qu'ils rendent très difficile la diffusion de l'action entreprise à de nouveaux secteurs. Dans l'immédiat il estime nécessaire de maintenir son opposition aux vacations médicales demandées. Et il en est de même en ce qui concerne le traitement mécanographique des statistiques. »

⁶¹ Nombres de patients placés en avril 1970.

psychiatrie de secteur. En se dotant de normes d'équipement stricte, le dispositif du treizième arrondissement pouvait être considéré par les entrepreneurs de l'ASM comme un modèle pour la psychiatrie de secteur. Il faut maintenant examiner le travail réalisé dans les institutions du treizième arrondissement pour comprendre les enjeux de ce projet au niveau des pratiques de soin.

Tableau 1. Chronologie de la création des institutions du treizième arrondissement

<i>février 1958</i>	création de l'ASM
<i>avril 1958</i>	lancement du projet de construction de l'hôpital
<i>mai 1959</i>	ouverture de l'atelier thérapeutique au sein du dispensaire de la rue de la Colonie
<i>avril 1959</i>	premières discussions sur le réaménagement du centre de santé mentale, rue de la Colonie (le projet n'aboutira pas et sera suspendu en 1964)
<i>1962</i>	déménagement de l'atelier thérapeutique Villa Saint Jacques, où il est transformé progressivement en hôpital de jour.
<i>mars 1963</i>	ouverture du premier pavillon de l'hôpital, à Soisy-sur-Seine (48 lits)
<i>mai 1963</i>	lancement d'un projet d'atelier et de foyer de post-cure dans un îlot HLM en rénovation, îlot Bièvre.
<i>septembre 1963</i>	discussions autour d'un projet commun avec la Croix-Rouge d'atelier et de foyer de post-cure. Le projet est rapidement abandonné.
<i>février 1964</i>	ouverture de l'atelier de réentraînement à l'effort (atelier des Cordelières)
<i>octobre 1964</i>	lancement d'un projet de foyer dans un îlot HLM en rénovation, îlot Watteau
<i>janvier 1965</i>	déménagement de l'hôpital de jour dans les locaux de l'hôpital, à Soisy-sur-Seine
<i>mars 1965</i>	installation dans les locaux de la Villa Saint Jacques d'un atelier thérapeutique de réadaptation
<i>mai 1965</i>	ouverture du centre d'un centre de jour pour personnes âgées
<i>automne 1965</i>	ouverture de deux nouveaux pavillons à l'hôpital
<i>1966</i>	ouverture du service d'hospitalisation à domicile, au centre de santé mentale
<i>mars 1966</i>	l'association se porte acquéreur d'un terrain, à Champrosay, pour y créer un centre neuropsychiatrique infantile. Le projet est poursuivi avec constance, avant d'être abandonné au milieu des années 1970.
<i>octobre 1966</i>	ouverture du service d'hospitalisation à domicile, dans les locaux du dispensaire
<i>automne 1966</i>	ouverture d'un nouveau pavillon à l'hôpital
<i>1967</i>	ouverture d'un service de placement familial à Soisy
<i>1968</i>	ouverture d'un foyer de post-cure à Soisy, sur un terrain à proximité de l'hôpital.
<i>novembre 1968</i>	ouverture du dernier pavillon de l'hôpital
<i>1969</i>	ouverture des locaux de l'îlot Bièvre, qui accueillent les deux ateliers parisiens, ainsi qu'un foyer de post-cure.
<i>octobre</i>	ouverture d'un centre de jour pour déficients moteurs et cérébraux à

1969	Paris.
fin 1969	ouverture du foyer de post-cure de l'îlot Watteau
février 1970	lancement d'un nouveau projet de reconstruction du centre de santé mentale, sur un terrain appartenant à la Ville de Paris, rue de Gentilly (actuellement rue Albert Bayet).
1974	déménagement de l'hôpital de jour dans les locaux de l'îlot Bièvre, et déménagement d'une partie des ateliers dans de nouveaux locaux, le « Fleuron »
1976	regroupement des personnels de l'hospitalisation à domicile et du foyer Bièvre, et création îlot Bièvre de la « polyclinique »
septembre 1979	ouverture des nouveaux locaux du centre de santé mentale, rue de la Albert Bayet

Ch. 2. Le centre de santé mentale : de l'hygiène mentale à la prise en charge de patients au long cours.

Dans ce chapitre je retrace les évolutions du travail psychiatrique au dispensaire du treizième arrondissement entre la deuxième moitié des années 1950 et le début des années 1970. A partir des années 1950, le dispensaire apportait en effet à la psychiatrie et à ses protagonistes de nouvelles manières de faire. Pour les médecins, il représentait une manière nouvelle d'aller au-devant de leurs populations. Il leur permettait d'accéder à de nouveaux problèmes. Pour les malades qu'il prenait en charge, il rendait possible de nouvelles manières de vivre avec la maladie – ou, comme on commençait à le dire, de « vivre sa maladie ».

Dans un premier temps je donne quelques éléments de l'histoire de l'appropriation par les psychiatres du dispensaire d'hygiène mentale. Avant d'être repris par les psychiatres, le dispensaire était d'abord une technologie développée par les hygiénistes sociaux dans les premières années du siècle, dans le cadre de la lutte contre la tuberculose. C'est dans les années 1920 que les psychiatres commencèrent à penser que le dispensaire pouvait également rendre des services dans la lutte contre les maladies mentales. Mais c'est seulement dans l'après guerre que le dispensaire fut véritablement généralisé à la psychiatrie adulte et que, au sein des secteurs, il se substitua à l'hôpital comme centre de gravité du travail psychiatrique. Le travail de dispensaire auprès des adultes prit alors son contour spécifique.

Dans un second temps j'analyse les manières d'envisager le travail de dispensaire à partir de la fin des années 1950 dans le treizième arrondissement. Le travail au dispensaire du treizième arrondissement, sur cette période, est en effet en mouvement constant, sous la triple impulsion de l'évolution des ressources de l'association, des problèmes changeants posés par les patients et de l'évolution des idéologies professionnelles. Cette évolution du dispensaire du treizième arrondissement, qui se prolonge jusqu'au milieu des années 1970, se situe il me semble entre deux manières bien distinctes de comprendre le travail de secteur. La première correspondait à la volonté de mettre à disposition de sa clientèle de réels moyens thérapeutiques, sous la forme de traitements variés et adaptés à la diversité des pathologies ; la seconde, à la nécessité de faire face aux réactions

inattendues que suscitait chez des patients que l'on ne contrôlait plus aussi bien qu'à l'hôpital, le fait de vivre avec la maladie mentale en extrahospitalier. Dans la première dimension la psychanalyse jouait un rôle essentiel. Elle constituait le fondement de la clinique et permettait de penser l'efficacité des traitements mis en œuvre. Dans la seconde dimension, ce sont les dispositifs de soins à domicile et d'urgence qui comptaient.

J'essaie dans ce chapitre de suivre de près le travail psychiatrique. Je m'attache en particulier à restituer la manière dont les psychiatres s'engageaient dans les pratiques de secteur, le sens qu'ils leur donnaient et la portée qu'ils leur supposaient. Il est nécessaire pour cela de ne pas s'en tenir à des données chiffrées, mais d'essayer de retrouver également la dimension pratique du geste psychiatrique. Outre les descriptions des dispositifs psychiatriques que l'on trouve dans les documents de l'ASM, ou que m'ont fait les personnes que j'ai interrogées, les récits de cas cliniques seront pour cela un matériau important.

Du dispensaire d'E. Toulouse au centre de santé mentale du treizième arrondissement.

Le dispensaire : hygiène sociale et hygiène mentale.

Le dispensaire d'hygiène mentale, tel qu'il émerge dans le courant des années 1920 et 1930 en psychiatrie en France, s'appuie à la fois sur l'expérience des dispensaires antituberculeux, qui commencent à s'organiser depuis la fin de la première guerre mondiale⁶², et sur les réalisations du mouvement d'hygiène mentale, qui, depuis le début du siècle et sous l'impulsion de Clifford Beers, œuvrait à la réforme du dispositif asilaire aux États-unis⁶³. Centre de consultation, dispensant gratuitement ses services, la spécificité du dispensaire était de prolonger l'action médicale par celle d'un service social. Le dispensaire d'hygiène mentale n'inaugure pas, il faut le souligner, le principe des consultations externes en psychiatrie. Il en existait en effet dès la fin du XIXe siècle, dans le service de Magnan à Sainte Anne ou à la Salpêtrière. C'est en revanche le rôle qu'il leur fait jouer qui est novateur : son action est proprement médico-sociale.

Édouard Toulouse est le premier pour la France à introduire la formule en psychiatrie⁶⁴. A Henri Rousselle, à partir de 1922, il crée au sein de son service libre un système de consultations externes quotidiennes, pour certaines spécialisées⁶⁵, et met en place le premier service social psychiatrique en France, qui compte 9 assistantes sociales au début des années 1930. A l'exemple de leurs collègues de la lutte antituberculeuse, les assistantes sociales, outre leur rôle d'assistantes du médecin et de secrétaires médicales, sont chargées d'enquêter sur

⁶² Murard, 2003 et Lert, 1980

⁶³ Rothman, 1980

⁶⁴ La fascination qu'exerce Toulouse sur ses publics ne s'est jamais démentie, et elle s'est traduite en une bibliographie abondante sur son œuvre, au risque de réduire à une position de spectateur le reste du corps psychiatrique, ce qui me paraît abusif. On pourra consulter en particulier Huteau, 2002.

⁶⁵ En psychanalyse, sexologie ou encore pour états délirants.

les familles et veillent à ce que le malade et ses proches reçoivent les secours qui lui sont nécessaires. Un service de « propagande » et un service d'orientation professionnelle sont adjoints. Le dispositif s'adresse ainsi aux conséquences sociales de la maladie mentale autant si ce n'est plus qu'à la pathologie elle-même⁶⁶.

Le dispensaire est ainsi plus largement ce que l'on pourrait appeler, en reprenant l'expression de Michel Foucault, une technologie biopolitique. Il porte en lui une conception de la manière dont la maladie mentale affecte le corps social tout entier. A la suite du travail de Toulouse, deux présupposés vont traverser en effet l'ensemble des discussions sur les dispensaires d'hygiène mentale jusqu'en 1960. D'un côté, on considère que la prise en charge précoce des maladies mentales limite l'aggravation des troubles. Elle permet un traitement rapide d'affections qui, laissées sans soin, entraîneraient le patient vers l'aliénation et l'internement définitif. Le dispensaire permet ainsi d'enrayer le cours de la maladie. D'un autre côté le dispensaire rend possible une surveillance en post-cure qui permet des sorties plus rapides de l'hospitalisation : celle-ci s'en trouvera donc raccourcie. Sous ce rapport les consultations constituent une alternative à l'organisation de lourdes sociétés de patronage, comme le préconisaient déjà certains psychiatres dès la fin du XIXe siècle⁶⁷. Dans les deux cas le dispensaire permet de préserver l'insertion du malade dans la société.

Ces deux présupposés reposaient, on le voit, sur un modèle de maladie aiguë. La prise en charge de la maladie mentale consistait en un traitement, qui était supposé réduire le mal et permettre au malade de réintégrer la société. Plus tôt on s'y prenait, plus efficace serait le traitement. C'était au demeurant dans les années 1930 une transposition directe de la lutte antituberculeuse : la circulaire d'octobre 1937, qui, pour la première fois, encourageait les départements à s'engager dans la création de dispensaire, n'hésitait pas en effet à dresser un parallèle étroit : « Les maladies mentales, soignées précocement, sont aussi curables que les maladies physiques, et la prophylaxie leur est applicable au même titre, avec les mêmes probabilités de résultats positifs ». La circulaire ne donnait toutefois guère d'éléments de preuve de ce qu'elle avançait, et de manière générale l'idée que la prévention pût s'appliquer à la maladie mentale de la même manière qu'aux pathologies organiques avait un caractère un peu incantatoire. Elle comportait une grande part de flou. Mais c'est en tous les cas cette hypothèse qui allait servir de motif aux politiques de promotion du dispensaire jusqu'en 1960, jusqu'à ce que la sectorisation donne un autre sens au rôle du dispensaire dans le cadre du dispositif de secteur. On peut ainsi citer l'exposé des motifs du décret du 20 mai 1955, qui inscrivait les dépenses de prophylaxie mentale en dépenses obligatoires du ministère, et en facilitant le financement des dispensaires, contribua à leur généralisation :

Dans le domaine du dépistage des maladies mentales, l'action des dispensaires permet en effet :

⁶⁶ Huteau, 2002

⁶⁷ Briend, 1893

- d'éviter de nombreuses hospitalisations car, en matière de médecine mentale, une simple consultation, répétée au besoin plusieurs fois, peut dans certains cas constituer à elle seule un traitement rendant inutile toute autre intervention médicale

- de provoquer des hospitalisations précoces qui, intervenant à un stade peu avancé des troubles, seront par là même de courte durée.

Dans le domaine de la post-cure les dispensaires d'hygiène mentale sont les seuls organismes susceptibles d'assurer la surveillance médico-sociale des malades sortis de l'hôpital psychiatrique. L'existence même de cette surveillance permet aux médecins d'envisager des sorties plus précoces.

Réduction du recours à l'hospitalisation, mais surtout réduction de la durée des hospitalisations lorsque celles-ci étaient réalisées à un stade peu avancé de la maladie : l'idée était donc forte que l'on pouvait vaincre la maladie avant qu'elle ne s'installe définitivement.

Le succès de la formule fut en tous les cas, dans les années 1920 et 1930, immédiat, dans les discours si ce n'est dans les faits. Dans les faits, les créations furent en effet pendant longtemps timides. Ce n'est que dans les années 1930 et 1940 que des expériences plus systématiques furent organisées, en Seine et Marne, en Seine et Oise et en Meurthe et Moselle – que Jacques Parisot avait transformé en une véritable Mecque de l'hygiénisme, et où elles disposaient de moyens très conséquents – et à Paris également, je vais y revenir. Dans d'autres départements des consultations pouvaient fonctionner ponctuellement à l'initiative des médecins des asiles. A l'issue de la seconde guerre mondiale ces expériences étaient en tous les cas limitées. Le nombre de consultations restait à l'échelle de la France encore très insatisfaisant. Le rapport rédigé pour la préparation du premier plan d'équipement sanitaire en 1953 constatait que le pays ne comptait encore que 360 consultations, qui fonctionnaient avec des moyens réduits. Quatre départements en étaient totalement dépourvus, et dix-sept départements ne disposaient que d'un seul dispensaire d'hygiène mentale.

Il est difficile de faire un point exact du type d'obstacles qui était opposé à l'ouverture des consultations, dans la mesure où leur organisation relevait largement de l'initiative locale : de toute évidence le problème du financement y jouait un rôle essentiel. Mais il n'y eut pas cette opposition massive à toute forme d'alternative à l'asile que les psychiatres ont souvent mis en avant. Les projets de révision de la loi de 1838 en cours de discussion au parlement dans les années 1920 et 1930 intégrèrent en effet immédiatement le dispensaire, et la circulaire du 13 octobre 1937, prise en attendant le vote d'une éventuelle réforme de la loi, en fit la clef de voûte de son plan d'« organisation de l'assistance aux malades mentaux dans le cadre départemental ». En dépit des réticences suscitées par la personnalité de Toulouse, le dispositif paraît d'un autre côté avoir été largement accepté chez les psychiatres, et au moins parmi leur élite, et notamment l'amicale des médecins des hôpitaux psychiatriques, qui était dans l'ensemble acquise aux préoccupations des hygiénistes sociaux.

Il faut donner quelques indications de la manière dont le dispositif du dispensaire se mit en place, dans la mesure où les pratiques qui furent mises en place dans les années 1930 et 1940 perdurèrent encore pour beaucoup d'entre

elles dans les dispositifs de secteur et tout particulièrement dans le treizième arrondissement.

Au moment où le dispositif commence à être – timidement – mis en place dans plusieurs départements, dans les années 1930, et surtout dans les années 1940, il fonctionne d’abord comme un organisme de dépistage, et s’adresse le plus souvent en priorité aux enfants, même si en théorie les mêmes consultations étaient ouvertes aux adultes. Le problème de l’enfance inadaptée était en effet l’un des grands chantiers du régime de Vichy⁶⁸, et la priorité qui lui est accordée perdue à la Libération : la circulaire du 10 juillet 1946, qui pour la première fois donnait des instructions relativement précises pour organiser et développer les consultations, et proposait une subvention aux départements, recommandait de « porter le maximum d’efforts à la prophylaxie sur le secteur de l’enfance » même si elle ajoutait de « ne pas négliger pour cela le secteur « adultes » ».

Les assistantes sociales jouaient, je l’ai dit un rôle central dans l’organisation du dispositif⁶⁹. C’étaient elles qui, sur le modèle des dispensaires antituberculeux, étaient vraiment la cheville ouvrière du dispensaire. Contrairement au médecin, elles étaient affectées à plein temps aux consultations, dont elles assuraient de manière générale à la fois la gestion d’ensemble et le secrétariat médical. Plus largement, le rôle des assistantes sociales d’hygiène mentale était décalqué de manière assez fidèle sur les descriptions que l’on avait de celui que les assistantes sociales tenaient dans la lutte antituberculeuse. Les psychiatres ne s’engagèrent que prudemment dans une réflexion spécifique sur le métier de leur collaboratrice : à une discussion organisée en 1943 à la Société Médico-Psychologique sur le rôle de l’assistante sociale en psychiatrie, la première du genre, on avait ainsi dû commencer par relire les manuels de service social, écrits souvent par des médecins phthisiologues, pour essayer d’en extraire ce qui s’appliquait à la psychiatrie⁷⁰. Il y avait bien quelque spécificité : il fallait pouvoir faire la part de la réalité et du délire dans ce que disaient les patients, et il fallait donc que l’assistante sociale ait une formation de base en psychiatrie. Mais pour le reste son travail restait proche de celui de leurs collègues de la lutte antituberculeuse.

D’un point de vue pratique, les assistantes sociales devaient, d’abord, alimenter la consultation : le dépistage et ses permanences y pourvoyaient, au besoin à l’issue d’une négociation avec le patient ou sa famille lorsque celui-ci ou celle-ci était réticent. Les consultations, pour ne pas faire attendre les patients, étaient prises sur rendez-vous. Les temps de consultation étaient calculés sur la base d’une demi-heure par patient, mais on conseillait cependant, les familles venant souvent de « milieux déficients et négligents », de convoquer davantage de familles.

Lorsqu’il le fallait, les assistantes sociales avaient réalisé en amont une enquête familiale. Les patients devaient venir en avance, de manière à ce que soient réalisés un premier entretien avec l’assistante sociale et les tests. A partir des années 1940, on ne concevait plus une consultation sans que des « psychologues testeuses » y fussent affectées, même si cette recommandation fut difficile à

⁶⁸ Chauvière, 1980

⁶⁹ Voir en particulier Beaudouin, Hazemann et al., 1944, Hazemann et Bourjaillet, 1944 et Fouquet, 1944.

⁷⁰ Demay, Beaudouin et al., 1944

mettre en œuvre : dans toute la France les enquêtes réalisées en 1953 pour le plan ne relevaient ainsi que 15 psychologues affectées aux 330 dispensaires.

Les médecins arrivaient souvent longtemps après les familles, et seulement pour l'examen proprement médical. Les consultations étaient réalisées en présence des assistantes sociales. Celles-ci jouaient un rôle important au cours de l'entretien médical, « apportant tous [leurs] documents, les résultats de l'enquête, consignés en un rapport écrit, documenté, condensé et lisible, versé au dossier et doublé du commentaire oral, vivant, que peut apporter un témoin oculaire »⁷¹. La pratique des consultations à plusieurs, reprise dans les secteurs dans les années 1960 et 1970, était ainsi déjà en place dans les dispensaires des années d'avant guerre. Le point de vue de l'assistante sociale et le résultat de ses enquêtes étaient en effet dès les années 1920, à Henri Rousselle, considérés comme des éléments indispensables au diagnostic médical : cela n'est pas surprenant chez des médecins acquis à des conceptions héréditaires de la maladie mentale comme l'étaient les psychiatres avant la guerre – cela ne doit pas surprendre davantage pour des médecins sensibilisés par la psychanalyse au rôle des familles dans l'origine des troubles mentaux dans les années 1950 et 1960.

Le dispensaire n'avait pas vocation à dispenser de traitement. Cette disposition avait été adoptée dans les années 1930 pour que les dispensaires ne fassent pas concurrence aux praticiens libéraux. Lorsqu'un placement ne s'imposait pas, et une fois le diagnostic fait, le patient devait être en principe redirigé vers son médecin pour un éventuel traitement – prescription médicamenteuse ou psychothérapie. Le médecin de dispensaire et l'assistante sociale avaient seulement à s'assurer que leurs recommandations étaient bien suivies. Ce principe était en fait un peu hypocrite dans les autres domaines de l'hygiène sociale⁷², il l'était plus encore en hygiène mentale. Une longue discussion fut consacrée à ce thème en 1951 à une séance de la Commission des Maladies Mentales, convoquée pour décider de conditions minima d'agrément des dispensaires d'hygiène mentale. Les psychiatres avaient unanimement convenu que le dispensaire devait également être considéré comme un centre de traitement. A Paris les caisses d'assurance sociale avaient au demeurant reconnu dès la création du dispositif, en 1942, le rôle curatif des dispensaires, en lui versant une subvention à la hauteur des services rendus⁷³. Les spécialistes étaient par ailleurs trop peu nombreux et les besoins trop criants pour que le dispensaire se privât de cette action, et personne ne s'en était jamais plaint. Certaines consultations avaient donc été spécialisées en psychothérapie, et l'on utilisait semble-t-il assez facilement des moyens comme les électrochocs pour les adultes – je vais y revenir. Dans les années 1950 la tendance fut assez rapidement, et sans davantage de discussions au demeurant, à l'élargissement des moyens des consultations : en 1958, dans les discussion sur le centre de santé mentale du treizième arrondissement, le point ne portait plus du tout à contestation.

L'action du dispensaire se prolongeait d'un autre côté par une action sur les familles. Chapitre important que celui-ci en effet : « L'action familiale est essentielle : à elle seule, elle justifierait le service social » estimait Hazemann, en

⁷¹ Beaudouin, Hazemann et al., 1944

⁷² Murard, 2003

⁷³ Entretien L. Wurceldorf.

1943⁷⁴. Comme les dispensaires antituberculeux, les dispensaires d'hygiène mentale doublaient leur mission de dépistage d'une mission d'assistance mais également de moralisation et d'éducation sanitaire : les visites à domicile devaient en principe permettre aux assistantes sociales de veiller aux conditions de vie des familles. Elles devaient s'assurer par ailleurs que les familles obtenaient les secours auxquels elles avaient droit lorsqu'elles en avaient besoin.

En psychiatrie cette action familiale avait cependant une dimension spécifique et une portée qui allait au-delà de celle qu'elle pouvait avoir en pneumologie. Alors qu'il s'agissait surtout, dans le cadre de la lutte contre la tuberculose, d'enrayer la dissémination du bacille à l'origine de l'infection, en psychiatrie l'intrication de la pathologie mentale avec les problèmes sociaux était plus forte :

Très souvent, les raisons d'intervention, les moyens d'action dans une famille sont univoques. Il s'agit avant tout de combattre l'ignorance, le désordre et les troubles économiques, effets ou causes des troubles pathologiques. Des conseils médicalement spécialisés sont indispensables au point de vue médical, la maladie étant souvent à la base du désordre, ou celle-ci étant aggravée par ce dernier. Il en est plus particulièrement ainsi en prophylaxie mentale, au point de vue de l'éducation et de la psychothérapie familiale ou individuelle.⁷⁵

Maladie mentale et désordres familiaux étaient ainsi difficiles à démêler, le dispensaire pouvait agir sur les seconds pour lutter contre la première. P. Sivadon, dans un texte plus ambitieux, sur lequel je vais revenir dans le prochain chapitre, proposa une formulation encore plus élaborée de cette idée : « Le rôle essentiel du dispensaire d'hygiène mentale, est, après une étude complète de la personnalité du malade, de formuler, d'une façon précise les conditions d'adaptation sociales qui sont le plus favorables » au malade mental. Ce travail pouvait reposer sur la formulation de simples conseils thérapeutiques, mais parfois il devait prendre la forme de véritables directives de vie, voire d'une réorientation totale de l'existence : « plus souvent, il faudra diriger le psychopathe vers un mode d'existence entièrement nouveau comportant un changement de milieu et souvent de nouvelles conditions de travail » affirmait Sivadon⁷⁶. Ce type d'action pouvait véritablement être considéré comme une forme de traitement à part entière. En modifiant les conditions de vie des patients, en leur faisant adopter de nouvelles manières d'être, on agissait directement sur la pathologie. A la discussion de la commission des maladies mentales que j'ai évoquée, cela avait été au demeurant l'un des arguments essentiels mis en avant par les psychiatres. Ainsi G. Daumézon :

Dans le cas d'un enfant adressé au dispensaire par exemple, seul le médecin du dispensaire peut prescrire le traitement qui s'impose. En effet ce traitement, le plus souvent, ne consiste pas en produits pharmaceutiques, mais à modifier les conditions de vie de l'enfant, grâce à l'intervention de l'assistante sociale.

L'action du dispensaire dépassait ainsi nécessairement la dimension matérielle d'assistance qui constituait l'essentiel de l'action des dispensaires antituberculeux.

⁷⁴ Hazemann et Bourjailliet, 1944

⁷⁵ Hazemann et Bourjailliet, 1944

⁷⁶ Sivadon, 1947

Mais c'était également qu'en psychiatrie la relation avec le patient véhiculait nécessairement une efficacité d'ordre psychothérapeutique. Henri Duchêne avait développé ce point dans un article de 1951, consacré aux consultations d'enfant, mais dont les conclusions valaient également pour les adultes :

L'impossibilité de dissocier le diagnostic de la thérapeutique est, [...] sinon exclusivement constatée, du moins plus évidente et plus radicale en prophylaxie mentale que dans tout autre domaine d'hygiène sociale. Sans même aborder l'influence psychothérapique qui s'exerce fatalement dès qu'un consultant est reçu, la simple constatation par le médecin, devant la mère d'un enfant, d'un développement intellectuel insuffisant, de perturbations psychomotrices dues à une dominance latérale contrariée, etc., peut déjà entraîner une modification considérable de la façon dont la mère a vu jusqu'alors son enfant. Alors même que le psychiatre se cantonnerait dans l'attitude la plus rigoureusement « descriptive » et s'interdirait le moindre conseil, il s'exercerait donc, dans une proportion assez limitée mais significative de cas, une véritable « action thérapeutique ». Or ni les interdictions de tout « traitement » dans certains types de consultations, ni la limitation de temps dans ces consultations surchargées, ne peuvent empêcher les parents de poser des questions et de demander conseil au médecin. Il n'est guère possible pour celui-ci de se refuser à répondre. Entre le conseil basé sur des constatations neuropsychiatriques et la psychothérapie qui fixera les frontières ?⁷⁷

Duchêne invitait à prendre conscience de l'efficacité de la parole psychiatrique dans le dispositif spécifique que constituait le dispensaire. Son plaidoyer prenait sens dans le cadre des discussions sur le droit des dispensaires à dispenser des traitements. Si on ne pouvait dissocier dans l'action du dispensaire ce qui relevait de la thérapeutique et ce qui relevait seulement du diagnostic, il était absurde de cantonner celui-ci dans le dépistage. Mais cette réflexion pouvait également être lue comme une prise de conscience d'ordre éthique. En soulignant le pouvoir de la parole psychiatrique, elle invitait le médecin à une forme de réflexivité et d'autocontrôle. Elle témoignait d'une attention nouvelle portée aux patients dans les dispositifs de médecine sociale. Elle appelait à un rééquilibrage des pouvoirs. Elle s'inscrivait en tous les cas dans un contexte où ces questions commençaient être prises en compte.

En 1955 un groupe, mené par P. Paumelle, proposa ainsi à des Journées organisée par la Ligue d'Hygiène Mentale à Paris un rapport sur « l'hygiène mentale d'une consultation »⁷⁸. Il s'agissait de réfléchir aux conditions de l'accueil des patients dans les dispensaires d'hygiène sociale. Le rapport s'appuyait sur une consultation des usagers des dispensaires, qu'avait réalisé pour le groupe un sociologue, P.-H. Chombart de Lauwe⁷⁹. Le rapport constatait, pour

⁷⁷ Duchêne, 1951

⁷⁸ Paumelle, 1956 et Paumelle et Sonolet, 1956.

⁷⁹ Paul-Henri Chombart de Lauwe est le grand spécialiste de la sociologie urbaine en France dans les années 1950. Elève de G. Friedmann, il a notamment publié en 1952 *Paris et l'agglomération parisienne*. Il participe activement aux activités de la ligue d'hygiène mentale et a notamment mené avec une subvention de l'Institut National d'Hygiène une recherche sur la distribution des maladies mentales à Paris dans un esprit proches des recherches d'écologie urbaine de l'école de Chicago. Cette recherche fut publiée dans un volume sous la direction de Henri Duchêne en 1955. Duchêne, 1955

les critiquer, « deux traits de psychologie collective essentiels » partagés par les usagers des dispensaires :

- l'anxiété inévitable d'un sujet physiquement en mauvais état, qui le rend très sensible aux attitudes maladroitement ou agressives et aux mauvaises conditions d'attente et d'accueil
- sa passivité, d'ailleurs cultivée tout au long de la consultation. Il est là pour attendre un verdict, rien n'est fait pour le préparer : à une explication claire de ses troubles lors de l'entretien avec le médecin; à une compréhension du diagnostic; à une participation intelligente et active à son traitement.

Pour remédier à ces traits, les propositions du groupe comprenaient des discussions très matérielles sur la disposition des locaux du dispensaire. Elles proposaient ainsi un plan type qui reposait sur une étude des circuits empruntés par les patients et ceux des professionnels et des dossiers médicaux. Elles comprenaient également un certain nombre de recommandations sur la formation des soignants.

En psychiatrie, ces réflexions avaient dans l'ensemble de toute évidence une dimension pratique. Les patients étaient en effet difficiles à faire venir à la consultation. La perspective de l'internement ou, pour les enfants, du placement, et la mauvaise image en général de la psychiatrie étaient un frein au recours au dispensaire. Pour certains patients, la négation de la maladie était une des dimensions du trouble. Pour avoir une chance de faire venir à la consultation des patients méfiants, difficiles, il fallait donc prêter attention à la manière dont on les recevait. Il fallait plus généralement éviter que le dispensaire se transformât en antichambre de l'internement. Cela justifiait au demeurant que l'on ne restreignît pas le dispensaire à une action de dépistage. L'un des rapports écrits pour la discussion de la CMM en 1951 en avait fait un argument important à l'appui de la position des psychiatres sur la question de la dimension curatrice de l'action de dispensaire :

Les consultations doivent pouvoir traiter les petits psychopathes dont l'hospitalisation n'est pas nécessaire. Le rayonnement d'un dispensaire, son succès auprès du public, sera fonction de son atmosphère médicale et de son activité thérapeutique. Le malade admet la nécessité d'un traitement et s'y soumet, il n'admet que bien difficilement l'utilité d'une surveillance ou considère comme une formalité désagréable tout examen qui n'est pas suivi d'une sanction pratique. Ne serait-ce que du point de vue psychothérapeutique, la remise d'une ordonnance à un malade qui vient consulter est une nécessité.⁸⁰

Ce type de réflexion était finalement important dans la mesure où il participait d'une tentative de redéfinition du sens de la médecine sociale. Alors que les dispensaires d'hygiène sociale fonctionnaient dans l'avant guerre essentiellement dans une perspective de surveillance et de défense sociale, les psychiatres cherchaient à refonder sur d'autres bases l'action du dispensaire et à lui donner un sens plus positif, en l'appuyant sur une alliance nouvelle avec les patients.

⁸⁰ [Hamel, 1952 #43]

L'implantation et l'origine du personnel était une autre question importante dans l'organisation des dispensaires, qu'il faut rapidement évoquer. Le dispositif tel qu'il était préconisé dans les textes du ministère à partir de 1937 ne s'appuyait pas directement sur l'expérience de Toulouse. Alors que celui-ci avait œuvré pour que les consultations s'implantent à distance des hôpitaux psychiatriques - l'effroi que suscitait l'hôpital psychiatrique risquant de prévenir les patients d'y recourir -, la circulaire de 1937 préconisait en effet l'installation des consultations dans les hôpitaux psychiatriques ou au sein des Offices Publique d'Hygiène Sociale, en fonction des disponibilités. Ce fut cette seconde option qui fut en particulier retenue à Paris, je l'ai déjà évoqué dans le chapitre précédent. En tous les cas la circulaire préconisait que le personnel médical du dispensaire fût recruté parmi les médecins des hôpitaux psychiatriques, de manière à ce que l'articulation entre les deux dispositifs - hôpitaux et dispensaires - fût assurée au mieux. Là encore c'était une pierre dans le jardin de Toulouse - et de ses disciples par la suite, notamment G. Heuyer - qui ne voyaient aucune raison qu'on s'en fît à ce recrutement, les neuropsychiatres de ville pouvant très bien participer à cette grande œuvre. Dans les faits, on va le voir, il n'y avait de toute façon pas toujours le choix.

Les circulaires parues à la Libération ne s'éloignaient guère des principes dégagés en 1937, mais les quelques discussions que suscita notamment à la commission des maladies mentales la mise en route, au cours de la décennie 1950, d'une politique plus offensive de promotion du dispensaire, firent tout de même apparaître que la formule pouvait souffrir de quelques variations⁸¹. L'un des enjeux importants de ces discussions était la mesure dans laquelle le dispositif - le personnel et les locaux - devait être spécialisé dans l'hygiène mentale ou pouvait partager ses moyens avec le reste des consultations l'hygiène sociale. A la discussion de la Commission des Maladies Mentales, P. Meignant, médecin chef du service d'hygiène mentale à l'OPHS de Nancy, défendit la formule de la consultation d'hygiène mentale intégrée au dispensaire d'hygiène sociale, bénéficiant de la sorte des apports des disciplines présentes au dispensaire, et en particulier de son service social. Après une discussion qui dura plusieurs séances, la commission conclut finalement à la nécessité d'organiser le service départemental d'hygiène mentale à partir d'un dispensaire autonome, spécialisé dans l'hygiène mentale et disposant de son personnel propre - la consultation de l'hôpital psychiatrique pouvant à la rigueur faire l'affaire, à condition de la doter d'un service social. En tous les cas elle préconisait la spécialisation du personnel, et en particulier des assistantes sociales. Dans l'esprit des membres de la commission, il fallait s'efforcer de ne pas mélanger les patients psychiatriques avec les autres patients, qu'ils risquaient de gêner. A partir du dispensaire central pouvait cependant être organisé un réseau de consultations plus légères et tournantes, qui, dans la plupart des cas, pour limiter les dépenses, pouvaient être créées dans des locaux servant également à d'autres consultations d'hygiène sociale. Il faut noter que des options radicalement différentes étaient également évoquées dans d'autres arènes. Le comité d'expert sur la santé mentale de l'OMS, qui s'était penché sur la question en 1954, estimait ainsi que les consultations fonctionneraient au mieux si elles étaient intégrées aux hôpitaux

⁸¹ Voir par exemple Raynier et Beaudouin, 1951 pour un bilan en 1951.

généraux « desservant la communauté ». Le souci était cette fois celui de l'accessibilité des services, dans une perspective qui estimait que c'était l'hôpital général qui jouait le véritable rôle de centre de santé dans la communauté. En France en tous les cas, jusqu'à ce que la psychiatrie s'installe dans les hôpitaux généraux, à partir des années 1970, cette option ne fut pas réellement envisagée.

Ces principes de toute façon étaient très théoriques. Les solutions retenues sur le terrain dépendaient en réalité largement des moyens dont on voulait ou pouvait se doter, qui étaient le plus souvent, je l'ai dit, réduits. Le bilan réalisé pour le plan en 1953, que j'ai cité plus haut, faisait ressortir que sur un échantillon de 262 consultations – la France en comptant alors 330 –, la plupart étaient implantés des conditions précaires et partageaient leurs moyens avec les dispensaires antituberculeux ou la PMI :

- 14 consultations sont organisées dans des locaux propres à l'hygiène mentale et indépendants de tous autres dispensaires ;
- 15 consultations sont organisées dans des locaux propres à l'hygiène mentale dans un dispensaire polyvalent
- 142 consultations sont organisées dans des locaux mis temporairement à la disposition de l'Hygiène mentale par un dispensaire chargé soit de la lutte antituberculeuse, soit de la protection maternelle infantile, etc.
- 91 consultations sont organisées dans des locaux mis temporairement) la disposition de l'Hygiène Mentale par des organismes divers : centres médico-scolaires, associations de sauvegarde, hôpitaux psychiatriques.⁸²

Du point de vue du personnel, les chiffres, qui dataient de 1951, montraient que seulement 70 assistantes sociales spécialisées en hygiène mentale étaient affectées aux 330 dispensaires de France, les autres venant de la lutte antituberculeuse ou de la PMI. Pour les médecins la vaste majorité étaient de fait des médecins des hôpitaux psychiatriques : 134 des médecins titulaires de consultations étaient chefs de service alors que 70 d'entre eux étaient médecins de clientèle privée, mais cela s'expliquait par le fait que les médecins des hôpitaux psychiatriques étaient le plus souvent les seuls médecins qualifiés en psychiatrie du département, et ce n'était pas toujours un très bon signe pour la qualité du service, les médecins des hôpitaux devant en général déjà faire face à des services à la population pléthorique. De manière générale, on était donc loin des conditions idéales, et il faudrait plusieurs années pour que l'on s'en approche.

Difficiles consultations d'adultes dans la Seine.

Avant d'en venir au travail de secteur dans les secteurs du treizième arrondissement, quelques éléments sur le développement des consultations parisiennes. Dans le département de la Seine, je l'ai dit, c'est dès 1942 que la préfecture tente d'organiser systématiquement un réseau de consultations d'hygiène mentale. R.-H. Hazemann, qui en est semble-t-il le principal instigateur, en a fait un récit à F. Fourquet et L. Murard, qui est reproduit dans leur *Histoire de la psychiatrie de secteur*⁸³. Hazemann était un médecin de santé

⁸² Lauzier, 1953

⁸³ Fourquet et Murard, 1975

public, l'un des pionniers de la lutte antituberculeuse, ancien conseiller technique d'Henri Sellier au ministère de la santé sous le front populaire, et médecin chef de l'OPHS, mais il s'intéressait vivement à la dimension psychosociale de la maladie, et il était membre correspondant de la Société Médico-Psychologique⁸⁴. Il a pris le conseil de G. Heuyer, titulaire de la chaire et, bien que ce soit moins sûr, de M. Laignel-Lavastine, alors titulaire de la chaire de clinique des maladies mentales et de l'encéphale⁸⁵. Le dispositif est installé au sein de l'OPHS, et se fait donc en marge du dispositif d'Henri Rousselle. Il fonctionne comme une nouvelle section de l'office. Le conseil de surveillance de l'OPHS s'adjoint par ailleurs les services de G. Heuyer et lui confie la direction d'une commission technique chargée spécialement de la question et regroupant des experts de tous bords – médecins des HP, directeurs de la santé, spécialistes de ville. L'ensemble est soutenu largement par les assurances sociales, qui lui ont accordé une subvention importante.

Le service d'hygiène mentale est dirigé par de jeunes médecins des hôpitaux psychiatriques – P. Fouquet d'abord, à qui succède en 1948 H. Duchêne. Tous deux se sont illustrés à la fois dans le domaine de l'enfance inadaptée et dans celui de la lutte contre l'alcoolisme, qui constitueront de fait les deux premières priorités du service. Pour les consultations, les médecins seront souvent des médecins des hôpitaux psychiatriques, mais certains seront également recrutés parmi les médecins libéraux.

Les premières consultations sont créées d'abord dans les départements de la petite couronne, dans les quartiers populaires, dans 13 dispensaires antituberculeux de l'OPHS, devenus ainsi dispensaires polyvalents. Leur nombre est porté l'année suivante à 27 dispensaires - dont 5 à Paris - il retombe à une vingtaine en 1944, avant de revenir à une trentaine à partir de 1945 et jusqu'à la fin de la décennie⁸⁶. L'ensemble réalise alors 55 séances de consultations hebdomadaires de 4 heures. 20 assistantes sociales sont par ailleurs dès sa création affectées spécifiquement au dispositif.

Le dispositif fonctionne rapidement avec un certain succès. Le nombre de consultations individuelles dépasse dès la première année de fonctionnement le millier, il passe à près de 4000 en 1943, dépasse les 6000 en 1949, avec un dispositif resté identique. Ce sont en 1949 en tout 3509 malades qui sont vus un peu moins de deux fois chacun au cours de l'année, à un rythme de 7 consultants par séance de quatre heures de consultations⁸⁷.

Au moment où il est créé, le dispositif était censé accueillir aussi bien adultes qu'enfant. L'organisation mise en place devait pouvoir faire face aux deux populations. Ce sont les mêmes médecins et les mêmes assistantes sociales qui s'occupent des deux publics, les consultations seules paraissent avoir été différenciées de façon à ce qu'ils ne se croisent pas. Un document de présentation

⁸⁴ Sur Hazemann voir Murard et Zylberman, 1987.

⁸⁵ Les choses ne sont pas tout à fait claires sur ce point. Hazemann ne mentionne pas Laignel-Lavastine dans l'entretien qu'il a donné à Fourquet et Murard, mais il est cité dans certains articles. L. Wurceldorf, qui a préparé pour le compte de l'Union des Caisses d'Assurance Sociale la convention signée avec l'OPHS pour a également souligné son rôle dans l'entretien qu'il m'a accordé.

⁸⁶ Hazemann et Fouquet, 1945

⁸⁷ Alessandri, 1949

des activités de l'OPHS, paru en 1950 à destination du grand public, présente ainsi les activités du service de prophylaxie mentale :

Votre enfant vous inquiète-t-il ?

Est-il inattentif, indiscipliné, instable, nerveux, retardé dans ses études ou son développement intellectuel ?

Le dispensaire de prophylaxie mentale de l'OPHS de votre circonscription vous conseillera.

Votre enfant sera examiné gratuitement, guidé, dirigé au besoin vers un enseignement spécial dans un établissement approprié.

Quelqu'un de vos proches souffre-t-il d'anxiété, de nervosité, de troubles du sommeil ou du caractère ? Un cas d'alcoolisme inquiète-t-il votre entourage ?

Les mêmes consultations vous offrent la possibilité d'être examinés et conseillés par des spécialistes qualifiés.⁸⁸

Ce sont cependant les enfants qui constituent, et de loin, le plus gros des consultants. En 1945, trois ans après l'ouverture du service, les adultes représentaient seulement 20% des consultants et, malgré les espoirs des responsables du service, le chiffre semble décroître sensiblement dans les années suivantes : ce sont en 1952 seulement 423 adultes qui ont été vus, représentant entre 10 à 15% des consultants. « Dès l'ouverture d'une consultation dans un dispensaire, celle-ci est assiégée par les parents, les assistantes sociales, etc., réclamant des examens psychiatriques pour des enfants inadaptés soit par arriération, soit par troubles du caractère ou du comportement »⁸⁹ est obligé de constater le rapporteur du comité de surveillance de l'OPHS au conseil général.

Ce faible succès auprès des adultes s'expliquait en fait assez facilement. De manière générale, je l'ai dit, les consultations sont créées dans un contexte de forte attention prêtée aux questions de l'enfance inadaptée. Le rapport d'activité de l'OPHS de 1949 justifiait l'accent mis sur la question de l'enfance en soulignant l'urgence d'un problème qui n'avait jamais reçu de solution. D'après les statistiques admises, 10 % des populations scolaires souffraient soit d'arriération soit de troubles du caractères : cela représentait 50 000 enfants pour le seul département de la Seine qui n'avaient jamais été pris en charge. D'un autre côté, sur le terrain, les écoles constituent de fait pour les enfants un relais évident du dépistage. Hazemann explique ainsi :

En pratique, à l'ouverture du service, les consultations sont tout d'abord alimentées par les enfants des écoles. Ils sont le plus souvent adressés par les instituteurs, les assistantes scolaires, les médecins des écoles, les consultations d'eugénisme, les centres d'Orientation professionnelle auxquelles les dispensaires réfèrent d'autre part les enfants les concernant.⁹⁰

⁸⁸ *L'OPHS : ses activités, ses moyens d'action*, n.d. (probablement vers 1950). Bibliothèque Administrative de la Ville de Paris.

⁸⁹ Alessandri, 1949

⁹⁰ Hazemann et Bourjaillet, 1944

Dans ces conditions le problème des adultes passait au second plan. Mais les observateurs relevaient deux éléments qui compliquaient de toute façon le problème. Le dépistage était moins évident d'abord : on ne disposait pas de l'équivalent pour les adultes de la filière scolaire – en particulier les services sociaux ne pénétraient pas aussi facilement dans le monde du travail qu'à l'école. Il fallait donc compter sur les « présentations spontanées », qui, je l'ai déjà évoqué et j'y reviendrai, n'étaient pas si faciles à susciter. Mais par ailleurs aucune liaison systématique n'avait été mise en place avec les hôpitaux psychiatriques pour la post-cure. Hazemann en 1945 reportait ce projet au jour où le service aurait davantage de moyens : « Les liaisons avec les établissements de cure restent encore précaires et subjectives. Elles ne pourront devenir effectives que lorsque le service sera plus développé. »⁹¹ Les responsables du service d'hygiène mentale avaient pourtant conscience de l'importance de la question. Tous les articles de l'époque répètent qu'elle était bien l'un de leurs objectifs à terme. J. Alessandri, le rapporteur des activités de l'OPHS devant le conseil général du département pendant la décennie 1950, avait rappelé dans son rapport de 1949 que cette action était l'un des enjeux importants de la psychiatrie parisienne : « C'est environ 3000 malades qui sortent chaque année des hôpitaux psychiatriques de la Seine, et qu'il faudrait pouvoir suivre dans les dispensaires. »⁹²

Il est tout à fait possible que les responsables du service aient pensé au moment de la création du dispositif que des consultations polyvalentes pourraient résoudre le problème des adultes en même temps que celui des enfants. Mais de fait la question des adultes ne put évoluer que lorsque l'OPHS se dota d'un dispositif spécifique en décidant d'étendre officiellement son action et à la post-cure et à la lutte antialcoolisme. Ce tournant fut pris en 1953.

Les ressorts de ce changement de politique, et en particulier les raisons de l'importance des moyens qui furent alors accordés à la post-cure, ne sont pas tout à fait transparents : le département décida en effet pour ce secteur d'activité de doubler les effectifs du service d'hygiène mentale, alors qu'il ne recevait en définitive, en 1953, guère de soutien financier de la part de l'Etat ou de la Sécurité Sociale. Est-ce le zèle du médecin inspecteur du service, une proposition de collaboration lancée par certains psychiatres des hôpitaux, la prise de conscience par les responsables de l'administration préfectorale des difficultés grandissantes que rencontraient les hôpitaux psychiatriques – les hôpitaux psychiatriques recommençaient à avoir des problèmes d'encombrement – voire une pression exercée par le ministère ? La question de l'alcoolisme devenait d'un autre côté un problème public important et peut avoir également joué un rôle moteur, et ce d'autant plus facilement que de ce côté les subventions étaient plus facile à obtenir. Toujours est-il que ces deux problèmes, la post-cure et l'alcoolisme, commencèrent en 1953 à être évoqués simultanément aux réunions du comité technique de prophylaxie mentale. Je l'ai évoqué dans le chapitre précédent, un plan d'ensemble de réorganisation de la psychiatrie parisienne ne tarda pas à être mis en place.

⁹¹ Hazemann et Fouquet, 1945

⁹² Alessandri, 1949

Sur le terrain, le plan qui fut établi en 1953 reposait sur la mise en place de deux nouveaux réseaux distincts de consultations d'hygiène mentale, pour l'alcoolisme et pour la post-cure.

Les consultations antialcooliques ne furent pas difficiles à créer, du moins pour commencer. Dans le principe elles nécessitaient surtout des assistantes sociales et des médecins intéressés par la question. Deux consultations fonctionnaient au demeurant depuis la fin des années 1940 et il suffisait en fait d'étendre le dispositif : Duchêne avait ouvert en 1948 une consultation avec le soutien de la caisse d'allocation familiale, et une seconde consultation fonctionnait dans le treizième arrondissement, rue de la Colonie, depuis 1949 sous l'égide du Comité National de Défense contre l'Alcoolisme, avec un médecin rémunéré par le Comité, mais dans des locaux de l'Office. Deux nouvelles consultations furent créées dès la fin de l'année 1953. Une seule assistante sociale en assurait toutefois le service social jusqu'en octobre 1954, lorsqu'une subvention du ministère permit de créer 3 postes supplémentaires. La consultation du treizième arrondissement fut par ailleurs reprise cette année-là par l'OPHS et assurée par P. Paumelle, adjoint de Duchêne.

Pour la post-cure, le dispositif était plus complexe et le financement plus difficile à mobiliser. Le plan proposait, pour que la continuité des soins fût assurée, de confier la responsabilité des consultations aux médecins chefs des hôpitaux psychiatriques, qui pourraient ainsi suivre les patients qui sortaient de leurs services. Il fallait donc les convaincre et s'assurer de leur coopération. Ils devaient accepter de collaborer avec le service social de l'OPHS, qu'ils devaient accueillir dans leurs services, et qu'ils devaient également encadrer⁹³. Mais ils devaient surtout assurer eux-mêmes les consultations – ou en tout cas les superviser. Ils devaient ainsi accepter de s'y déplacer, ou, au moins, d'y envoyer l'un de leurs assistants ou internes.

Les consultations étaient par ailleurs côté sectorisées, de manière à ce que les médecins et les assistantes sociales finissent par connaître les populations auxquelles ils avaient à faire : le dispositif devait fonctionner dans la perspective de ce qui allait devenir le travail de secteur – le terme même commençait à être employé dans ce sens. Dans l'esprit du responsable du service les consultations ne devaient en effet pas se contenter de la post-cure, mais devaient pouvoir accueillir également des patients avant l'hospitalisation : « dans notre esprit il s'agit surtout de prévention de l'hospitalisation, même si le malade n'a pas encore été hospitalisé » affirmait Duchêne⁹⁴. G. Daumézon, à l'admission de Sainte Anne, qui avait la responsabilité de la quasi-totalité des admissions pour l'ensemble des hôpitaux psychiatriques parisiens et de la répartition des patients entre les différents services, devait de son côté orienter les patients vers les services qui correspondaient à leur secteur. Dans un premier temps l'organisation ne pouvait pas fonctionner très bien – dans la mesure où les patients étaient jusqu'alors dispersés dans l'ensemble des hôpitaux – et un protocole fut mis en place pour convenir de la manière d'orienter les patients au sortir de l'hospitalisation – vers la consultation de leur secteur ou vers celle de leur médecin chef – mais à terme on devait parvenir à une sectorisation parfaite de la psychiatrie.

⁹³ L'une des assistantes sociales de l'ASM m'a cité en entretien le cas d'un refus de coopération d'un psychiatre quelques années plus tard.

⁹⁴ Duchêne, 1956

Le département devait d'un autre côté créer 20 postes d'assistantes sociales affectées spécialement à ces consultations. Ces postes ne furent acquis qu'en janvier 1955. Le décret de mai 1955 permit par ailleurs le déblocage sans douleur de 20 autres assistantes sociales en juin. Une douzaine de médecins chefs des hôpitaux psychiatriques acceptèrent parallèlement de collaborer⁹⁵. L'ensemble de ces discussions aboutit ainsi au cours du second semestre 1955. 12 secteurs furent donc créés, totalisant 17 consultations de post-cure et 12 consultations antialcooliques installées à Paris et dans la petite couronne.

Le dispositif était modeste, avec des secteurs de plusieurs centaines de milliers d'habitants, pour des équipes finalement très réduites. Mais de fait il inaugura une manière nouvelle de travailler en psychiatrie.

Les débuts des consultations adultes et le travail d'urgence.

Le travail auprès des adultes ne se mit donc réellement en place qu'à partir du milieu des années 1950 avec la création des consultations de post-cure. Il se rôdait toutefois progressivement depuis le début de la décennie. Les adultes pris en charge dans les premières années de fonctionnement des dispensaires n'étaient en effet pas très nombreux, mais ils posaient déjà des problèmes importants et nouveaux face auxquels les responsables du service d'hygiène mentale étaient obligés d'inventer des solutions originales.

Pour les enfants le but des consultations était en effet essentiellement de soulager les écoles de populations qui posaient problème à leur fonctionnement. Les consultations avaient ainsi pour rôle de diagnostiquer et de traiter un problème bien identifié.

Pour les adultes, le problème était tout autre. Dans le courant des années 1950, il s'agissait en effet de ce côté moins de prendre en charge un nouveau problème social que de faire évoluer les pratiques de prises en charge. L'internement était alors l'unique horizon pour la plupart des malades mentaux adultes : c'était cela qu'il fallait changer. Pour les responsables du service d'hygiène mentale, le dispositif des dispensaires visait ainsi sinon à éviter le recours à l'hospitalisation, en tous les cas à améliorer les conditions dans lesquelles elle était réalisée : en intervenant plus tôt, faire en sorte que l'hospitalisation soit acceptée par le patient.

Ce projet avait une dimension économique évidente – je l'ai dit, c'est ainsi qu'il était présenté aux financeurs – mais pour les médecins du service d'hygiène mentale il avait également une dimension humaniste, et recoupait une critique de l'hospitalisation – et plus encore des conditions dans lesquelles elle était réalisée en psychiatrie, via les procédures d'internement. Si l'accueil dans les hôpitaux psychiatriques s'était en effet amélioré, la procédure de l'internement restait vexatoire, et tout particulièrement dans le cas des placements d'office : intervention de la police, confiscation des papiers, mesures de contrôle contraignantes, qui faisaient que le patient ne pouvait retrouver sa liberté que fort difficilement. Une infirmière de l'ASM m'a raconté ainsi sa hantise des placements :

⁹⁵ Sur la trentaine de services que comptaient les hôpitaux psychiatriques du département de la Seine.

Dans les PO, on leur prend les alliances, les cartes d'identité, tout... [...] Et alors, j'allais avec eux Rue Lobau pour récupérer les affaires. Mais... Des fois on récupérait au bout de six mois, sept mois... Ils ne voulaient pas nous les donner. Notre bulletin rose, pour avoir leurs affaires, c'était quelque chose, vous savez...⁹⁶

Mais l'hospitalisation réalisée dans la contrainte comme l'était le placement d'office avait également des conséquences pour le traitement et la prise en charge : « L'intervention de la police pour un malade mental déclenche chez lui des réactions de protestation et une aggravation de son comportement anti-social; la présence du médecin doit tendre au contraire à l'apaiser et à lui faire accepter les mesures thérapeutiques nécessaires. [...] L'usage de la contrainte à l'égard d'un malade compromet gravement la poursuite du traitement qui se heurte à l'opposition plus ou moins active du malade »⁹⁷, notaient Duchêne et Paumelle. A l'issue de l'hospitalisation, poursuivaient-ils, les patients en placement d'office « obtiennent moins facilement une sortie, du fait même qu'ils ont été placés d'office, mais probablement aussi parce que les conditions d'admission ont créé une situation moins favorable à l'action thérapeutique où la part psychothérapique est toujours très importante. »

Il fallait donc pouvoir enrayer le mécanisme de l'internement, et pour cela intervenir en amont dans la chaîne de l'hospitalisation et, si possible, se donner les moyens de développer une réelle alternative à la prise en charge hospitalière.

Pour ce qui était des moyens thérapeutiques mis en œuvre dans les dispensaires, de fait les responsables du service d'hygiène mentale semblent avoir été prêts à tout : « Toutes les thérapeutiques, même l'électrochoc, ont ici leur place si elles réalisent une prévention de l'internement » n'hésitait pas à affirmer Henri Duchêne en 1953⁹⁸. Psychothérapie, médicaments et, donc, électrochocs, étaient donc utilisés sans réserve pour des patients qui étaient souvent atteints de pathologies graves, et supposaient une mobilisation importante des équipes. On ne dispose pas de données qui permettent de documenter avec quelque précision les pratiques réellement mises en œuvre par les responsables du service, mais un cas présenté par Duchêne et Paumelle à la société médico-psychologique en 1956 nous aide à comprendre les difficultés aiguës que posaient les patients et les dilemmes auxquels étaient soumis les médecins. La communication était consacrée à l'illustration d'une méthode d'électrochocs prophylactiques en ambulatoire⁹⁹ :

C'est d'une patiente qu'il s'agit, née en 1886, admise à plusieurs reprises en hospitalisation à partir de janvier 1952 pour un état mélancolique dont on suppose qu'il a débuté en septembre précédent – même si, notent les auteurs, « cette malade a toujours présenté une cyclothymie nette, à périodes longues, avec alternances maniaco-dépressives caractérisées ». Hospitalisée en clinique en janvier 1952,

⁹⁶ Entretien.

⁹⁷ Duchêne et Paumelle, 1958

⁹⁸ Duchêne et Puech, 1953. De fait la pratique des électrochocs en ambulatoire paraît être sinon courante du moins assez répandue dans les années d'après guerre. On ne dispose malheureusement pas de données. Pour la technique il faut consulter : Winteler, 1949

⁹⁹ Duchêne et Paumelle, 1956

améliorée après 8 séances d'électrochocs, elle fait une rechute 24 heures après sa sortie, dont la date n'est pas précisée. Elle est alors hospitalisée dans une autre clinique où elle reçoit 5 chocs. Elle en sort en juin 1952, mais « là encore la rechute se fait le jour même de la sortie » et la patiente est internée en août suivant à Sainte Anne, à la clinique des maladies mentales et de l'encéphale (CMME)¹⁰⁰, où elle subit à nouveau 12 choc. Elle retrouve un « état normal » en septembre, qui lui permet de sortir le 25 octobre. Elle est alors adressée par la CMME à l'OPHS en post-cure. L'état se maintient un mois, mais « on voit alors réapparaître un semi-mutisme, une présentation soupçonneuse, interprétante et des préoccupations anxieuses ». Une série de 6 électrochocs ambulatoire au dispensaire est donc entreprise en décembre 1952. Elle conduit à une amélioration, qui toutefois ne dure qu'un mois : une nouvelle rechute impose une nouvelle série de chocs en février 1953. A partir de ce moment-là commence une longue série : « pendant deux ans [...] on va assister de la sorte à des rechutes de l'état dépressif après des périodes qui oscillent entre un mois et quatre mois après les séries d'électrochocs. Pendant ces deux ans, la malade a reçu neuf séries d'électrochocs totalisant 48 séances. » Le bilan est donc lourd. C'est alors que les deux auteurs, qui ont eu connaissance de la technique à la lecture d'un article anglo-saxon, proposent à la patiente d'expérimenter une séance mensuelle de chocs prophylactiques : la patiente recevra un choc par mois, qui préviendra les rechutes. La patiente accepte, et de fait l'expérience se montre relativement concluante : « Du 6 janvier 1955 au 23 avril 1956, la malade a donc reçu 15 électrochocs et elle n'a présenté aucune rechute caractérisée. Sans doute elle a gardé un caractère assez morose, taciturne et bougon, mais à aucun moment elle ne s'est montrée interprétante ni anxieuse. Elle n'a pas non plus refusé de s'alimenter, ce qu'elle faisait régulièrement au cours de ses accès dépressifs antérieurs. »

Et de poursuivre : « A la fin de cette période, nous avons d'ailleurs demandé à la famille de choisir entre les deux formules, l'une des séries d'électrochocs à chaque rechute, l'autre d'un électrochoc prophylactique mensuel. La première avait amené à faire 48 séances en deux ans, soit 24 séances par an, - alors qu'en 1955 12 séances avaient suffi à éviter des rechutes. Mais comme le disait la fille de la malade, si celle-ci n'avait jamais été très mal, elle n'avait pas non plus été franchement bien. Toutefois les enfants de la malade reconnaissent que la période de subexcitation qui suivait les électrochocs était sans aucun doute plus agréable que le caractère morose habituel en 1955, mais qu'il y avait là une période dont le caractère pathologique et transitoire ne leur échappait pas puisque cette courte phase hypomaniaque était rapidement suivie d'une rechute dans l'état dépressif. Tout compte fait la famille et la malade elle-même préférèrent continuer les électrochocs prophylactiques mensuels. »

Le résultat n'était donc pas tout à fait satisfaisant. Les deux auteurs témoignaient par ailleurs de leur scepticisme initial à l'égard d'une utilisation tout de même assez intensive de l'électrochoc en l'absence de symptômes et d'un réel trouble mental. S'ils avaient été « ébranlés » par l'observation, la technique devait être utilisée avec circonspection : « Il va sans dire que nous pensons qu'une telle technique prophylactique ne saurait être indiquée que dans certains cas de psychose maniaco-dépressive caractérisée ayant déjà fait plusieurs accès et ayant à la fois une réaction favorable aux électrochocs, mais une rechute extrêmement rapide après ceux-ci. » Mais en fin de compte la pratique était avantageuse :

¹⁰⁰ La CMME est la clinique de la chaire de psychiatrie de la faculté de médecine, dont le titulaire est alors Jean Delay.

Nous ne saurions trop insister sur l'économie d'hospitalisation que permet la pratique des électrochocs ambulatoire en dispensaire qu'ils soient pratiqués en série ou de la façon indiquée ci-dessus. Si nous prenons le cas de notre malade, qui s'ajoute à de nombreuses autres observations analogues de malades traités par électrochocs ambulatoires en dispensaire, nous voyons que de décembre 1952 à février 1956, les rechutes de cette malade l'auraient entraînée sans aucun doute à être hospitalisée de façon presque incessante. Il paraît certain qu'elle aurait passé au moins 20 mois sur 26 en service hospitalier, et c'est donc un minimum de 600 journées d'hospitalisation qui ont ainsi été évitées.¹⁰¹

Soigner en ambulatoire conduisait ainsi les médecins dans leurs derniers retranchements. Le dépistage amenait lui aussi son lot de difficultés.

Susciter des signalements, dans un premier temps, se révélait en fait assez facile, contre les réserves qui avaient été émises dans les années 1950. En particulier il n'était en réalité pas nécessaire de pénétrer dans les usines. Dans l'optique qu'avaient dégagée les responsables du service, il s'agissait, je l'ai dit, d'intervenir précocement dans la chaîne de la prise en charge pour éviter l'internement. Cela supposait un travail de mobilisation auprès des différents relais qui pouvaient jouer un rôle au moment clef du déclenchement de l'internement : les services sociaux, les services de police, mais également les concierges des immeubles, qui souvent étaient à l'origine des plaintes. Les assistantes sociales pouvaient également jouer des contacts informels qu'elles nouaient avec tel ou tel acteur de l'arrondissement - une assistante sociale du treizième arrondissement me rappelait par exemple le rôle que jouaient les pharmaciens dans l'un de ses secteurs, qui lui envoyait les patients dont il jugeait qu'ils accumulaient les problèmes¹⁰². Les assistantes sociales devaient en tous les cas obtenir que fussent signalés les patients avant toute mesure de placement. « Il fallait que quand les policiers étaient en difficulté, ils viennent plutôt nous voir » note ainsi une assistante sociale¹⁰³.

De fait selon les témoignages de l'époque les consultations n'avaient pas de mal à être alimentées. Selon une assistante sociale, en effet, les uns et les autres étaient alors « très en difficulté », « embarrassés par tous ces gens », les malades mentaux, qui leur posaient des problèmes auxquels ils ne savaient pas répondre¹⁰⁴. Duchêne et Paumelle développaient également cet aspect :

Le commissaire de police se sent extrêmement démuni en face d'un malade mental. Il risque en effet, soit d'ignorer la gravité réelle des troubles, soit au contraire de déclencher une mesure d'internement d'office dans des cas où les réactions du malade sont très spectaculaires, mais peuvent se normaliser dans un minimum de temps (c'est en particulier fréquemment le cas pour les alcooliques).¹⁰⁵

La possibilité de recourir à des équipes psychiatriques mobiles apparaissait ainsi aux équipes de police comme une réelle opportunité. Il en était de même

¹⁰¹ Duchêne et Paumelle, 1956

¹⁰² Les médecins généralistes posaient davantage de problèmes, je vais y revenir.

¹⁰³ Entretien

¹⁰⁴ Entretien.

¹⁰⁵ Duchêne et Paumelle, 1958

avec les assistantes sociales, qui n'hésitaient pas à recourir à l'expertise des dispensaires. Mais ces dépistages obligèrent toutefois rapidement à faire évoluer les pratiques. Écoutons Duchêne et Paumelle :

Cette pratique extrahospitalière [les consultations de dispensaires] nous a fait découvrir un problème nouveau : celui des malades qui refusent de se rendre au dispensaire. Ce refus signifie fréquemment une aggravation de leur état. Les services sociaux ou les familles nous alertent, demandant une intervention d'urgence devant l'intensité des troubles présentés par le sujet.¹⁰⁶

Les demandes de familles affluaient par ailleurs au dispensaire : « Celles-ci, satisfaites de nos efforts pour prendre en charge le malade au dispensaire, à la sortie de l'hôpital psychiatrique ou avant tout internement, considèrent d'une manière tout à fait logique, que notre responsabilité médicale doit dépasser la porte du dispensaire. » Or ces demandes plaçaient les médecins face à un nouveau dilemme :

En face de tels cas deux attitudes sont possibles :

- Ou bien attendre que le comportement du malade s'aggrave au point de requérir l'intervention de la police,
- Ou bien qu'un médecin se rende à domicile, prenne contact avec le malade, fasse un diagnostic, et décide des mesures thérapeutiques et d'assistance souhaitables.

C'était évidemment à la seconde option que se rangeaient les deux médecins : « Le médecin enfermé dans les limites de sa consultation devient un personnage tout aussi aliéné que l'ancien psychiatre enfermé dans l'asile »¹⁰⁷ pointaient-ils, et il fallait à leurs yeux se donner les moyens de sortir de cette aliénation. Duchêne et Paumelle décidèrent ainsi la mise en place d'un dispositif d'intervention d'urgence à domicile.

Le dispositif fonctionna dès l'année 1956. Il s'inspirait d'un dispositif qui existait à Amsterdam dès les années 1930, et que plusieurs psychiatres du groupe de *l'Information psychiatrique* étaient allés visiter¹⁰⁸. Le dispositif mis en place par Duchêne et Paumelle était toutefois en comparaison tout à fait rudimentaire. Les deux médecins couvraient toute la région parisienne et assuraient les visites en plus de leurs propres consultations et du travail qu'ils avaient par ailleurs à faire pour la préfecture de la Seine¹⁰⁹. Le service ne disposait pas d'automobile, et c'était avec leur véhicule personnel que les médecins se rendaient aux domiciles des patients. En l'absence d'ambulances, ils se chargeaient le plus souvent eux-mêmes de conduire le patient à l'admission de Sainte Anne lorsqu'il en était besoin¹¹⁰.

¹⁰⁶ Duchêne et Paumelle, 1958

¹⁰⁷ Duchêne et Paumelle, 1958

¹⁰⁸ Dijon, 1951

¹⁰⁹ Dont depuis 1954 la surveillance des alcooliques dangereux.

¹¹⁰ Duchêne et Paumelle indiquent toutefois pouvoir recourir à une compagnie d'ambulance privée. la question du transport est un problème ancien. la loi de 1838 ne prévoyait rien. si ce n'est pour le transport des malades en placement d'office, dans quel cas, les forces de polices étaient requis. pour les malades en placement volontaire. une circulaire de 1937 avait interdit que les infirmiers des hôpitaux soient utilisés à cette fin. dans les faits les solutions étaient variées. Voir Oules et Soubrié, 1957.

Les deux médecins du service ne se déplaçaient d'un autre côté que sur la demande des assistantes sociales des dispensaires d'hygiène mentale, qui elles-mêmes devaient être acculées à leurs derniers retranchement avant de recourir aux médecins. Cette assistante sociale se souvient :

En général, pour déclencher une visite à domicile on avait déjà été voir, on avait vu la famille... et on s'était demandé si c'était vraiment nécessaire qu'un médecin vienne à domicile. Ils n'étaient que deux !... Et pas à temps complet pour ça... Donc c'était, si vous voulez, une exception, quand même.¹¹¹

Avant de songer à ce recours, les assistantes sociales devaient donc avoir tout fait pour désamorcer elles-mêmes l'urgence et amener lorsqu'il en était besoin le patient à consulter dans son dispensaire de rattachement.

D'après les chiffres donnés par Duchêne et Paumelle, en 1958, après deux ans de fonctionnement du dispositif, les deux médecins avaient effectué 300 visites. Paumelle semble avoir fait à lui tout seul 240 des 300 visites. Les chiffres étaient à l'évidence ridicules à l'échelle du département de la Seine, mais ils constituaient un début prometteur - et ils montraient surtout que cette action était possible et ne relevait pas de l'utopie.

Quelles étaient ces situations d'urgence? L'idée que l'on peut s'en faire est là encore forcément imprécise, faute d'indications précises. Selon une assistante sociale qui participa à l'expérience, le dispositif s'adressait essentiellement aux « signalements difficiles », c'est-à-dire aux patients qui ne voulaient pas se rendre d'eux-mêmes à une consultation ou à l'hôpital. C'étaient surtout des malades qui n'étaient pas connus des services, les patients ressortant à la post-cure étant en effet suivis par leur ancien médecin, qui effectuaient eux-mêmes des visites à domicile en cas de besoin. C'étaient d'un autre côté des situations de crise, marquées par l'agitation et, parfois, l'isolement.

Deux cas décrits avec quelques détails par Duchêne et Paumelle peuvent être donnés en exemple. Le premier cas concernait un « étudiant noir, locataire d'une vieille dame de 72 ans, depuis deux ans », et donc isolé à Paris. Écoutons les deux médecins :

[Au moment de l'intervention] il présentait depuis quelques mois des signes de plus en plus évidents de troubles mentaux, avec hallucinations, insomnies et agitation nocturne.

Dans la nuit du 11 au 12, cette agitation s'était accentuée au point que sa logeuse, effrayée, avait fait appel à Police Secours. Les agents avaient emmené ce malade au commissariat à 4 heures du matin, mais l'avaient renvoyé à son domicile à 10 heures. Sur démarche de la logeuse pour expliquer qu'elle ne pouvait conserver ce malade chez elle dans l'état d'agitation où il se trouvait le commissaire de police avait reconnu bien volontiers qu'il s'agissait d'un malade mental, mais avait conseillé à la vieille dame de 72 ans de l'hospitaliser par ses propres moyens, considérant qu'il ne constituait pas un danger pour l'ordre public et la sécurité des personnes.

N'ayant pu nous libérer immédiatement nous nous sommes rendu à 21 heures seulement auprès du malade. Il s'agissait manifestement d'un état délirant hallucinatoire, mais le sujet avait une certaine conscience de son état morbide

¹¹¹ Entretien.

puisqu'il demandait à certains moments qu'on le conduise dans un hôpital psychiatrique. A côté de ces intervalles de lucidité, il présentait toutefois des accès d'agitation confusionnelle. Étant donnée l'impossibilité d'obtenir une ambulance pour transporter les malades mentaux et les difficultés d'admission d'urgence tant en service ouvert qu'en service fermé [...], il ne nous a pas paru possible d'emmener immédiatement ce malade à l'hôpital. Sa logeuse ayant refusé de rester dans l'appartement et étant partie chez sa fille pour se remettre des émotions qu'elle avait éprouvées, nous nous sommes donc bornés à faire une injection calmante à ce malade et à demander à la concierge de le surveiller jusqu'au lendemain matin.

Nous sommes revenus alors avec une assistante sociale pour conduire le malade à l'admission de Sainte Anne.

Le second cas présenté par les auteurs concernait une femme, mariée et mère d'une fille de 20 ans, malade depuis plusieurs années, mais qui n'avait jamais reçu de soins, son époux et sa fille ne l'ayant jamais présenté à un médecin. Ce fut finalement un signalement de la direction départementale de la santé de la Haute Vienne qui permit l'intervention, à l'initiative de la mère de la malade, « parce [qu'elle] s'inquiétait des conséquences des troubles mentaux de sa fille pour la petite-fille âgée de 20 ans et condamnée depuis 4 ans à garder perpétuellement sa mère » :

En effet, celle-ci présentait un délire chronique avec agitations violentes et fréquentes. Malgré les démarches du mari et des voisins au commissariat de police, celui-ci n'avait pas jugé possible d'intervenir. Le mari et surtout la fille, étaient épuisés par l'atmosphère infernale entretenue en permanence par cette malade.

L'intervention des médecins avait permis l'hospitalisation de la patiente, qui après une cure de neuroleptiques était déjà sortie.

Dans ces deux cas, désarroi, peur des proches, et isolement des patients, qui n'avaient pas d'accès simple à des professionnels constituaient on le voit une dimension importante des problèmes en cause.

C'était on le voit l'assistante sociale qui était en première ligne dans ce travail de dépistage. Il lui revenait de se rendre la première sur place et de s'efforcer d'amener le patient à consulter. Au dispensaire, son rôle n'était pas moins important. Elle accueillait les patients et devait juger de la démarche à suivre – donner un rendez-vous, alerter immédiatement un médecin ou réorienter le patient vers une autre consultation dans certains cas. De manière générale les assistantes sociales avaient une capacité d'initiative très large. « On nous formait pour être libre, pour prendre des décisions » rappelle l'une d'entre elles.

Le travail de dispensaire tel qu'il était pratiqué auprès des adultes n'était en tous les cas pas un travail de prévention à proprement parler. Les patients à qui le dispensaire s'adressait étaient déjà des « grands malades », des patients qui faute d'une prise en charge précoce étaient destinés à une hospitalisation lorsque la situation s'aggravait, que les familles ne les supportait plus ou lorsqu'à l'occasion d'une crise ils commettaient un esclandre et étaient pris par la police. Cette assistante sociale se rappelle :

Nous, on était fait, au départ- pour moi, tout au moins, j'avais compris qu'on devait traiter les gens qui sortaient de l'hôpital et éviter les hospitalisations. Donc traiter

avant. Qui allait en hospitalisation psychiatrique, à l'époque ? Les grands malades. Pas les conflits conjugaux. Pas le moins du monde. Et j'avais une façon de présenter le service qui correspondait à ça. Après, quand on a eu plus de gens, tout cela, oui, on a pu recevoir.¹¹²

On était ainsi encore loin de l'action d'hygiène mentale dans la communauté que se proposaient les psychiatres de *l'Information psychiatrique* dans certaines visions maximales de leur travail.

La psychiatrie communautaire façon treizième.

Il faut maintenant revenir sur les conditions de l'installation de P. Paumelle dans le treizième arrondissement.

Je l'ai dit Paumelle s'installe dans le treizième arrondissement en 1954, au moment où il reprend la consultation antialcoolique du Comité National de Défense contre l'Alcoolisme.

Dans un premier temps le secteur que couvre la consultation dépasse les frontières du treizième arrondissement et englobe également le 14^e arrondissement, ainsi que certaines communes de la petite couronne. Rapidement toutefois la consultation est limitée à la desserte du treizième arrondissement – la date exacte n'en est pas connue, mais en 1958 au moment de la création de l'association, le secteur est déjà réduit. Cela représente une population de 170 000 habitants. C'est un luxe considérable en comparaison des autres secteurs créés à ce moment-là pour les consultations de post-cure, alors que Le Guillant par exemple devait desservir un secteur de plus de 600 000 femmes, couvrant toute la banlieue sud.

La consultation de Paumelle n'est d'autre part rattachée à aucun service hospitalier, mais elle récupère en post-cure les patients de son secteur – lorsque les chefs de service ne s'y opposent pas¹¹³. Lorsque l'hospitalisation est nécessaire, les patients sont envoyés dans les différents services parisiens, via l'admission de Sainte Anne. Paumelle récupère d'un autre côté la clientèle de son prédécesseur à la consultation antialcoolique du treizième arrondissement, qui, dit-il, favorisa l'implantation de l'équipe : « il existait déjà dans ce lieu un mouvement de patient »¹¹⁴ racontera-t-il une décennie plus tard, et ce mouvement permit à la consultation de « prendre ».

Travailler sur un territoire restreint comme l'était le treizième arrondissement n'était pas seulement un confort supplémentaire, cela permettait aux entrepreneurs du treizième arrondissement de développer un réel travail « communautaire ». C'est dans les années 1960 que Paumelle choisit ce terme pour caractériser son projet. Le terme est important pour lui puisqu'il en fait le titre de sa chaire, lorsqu'il est nommé professeur de médecine, en 1974. Il l'emprunte à la psychiatrie anglo-saxonne, pour éviter le recours au terme de psychiatrie de

¹¹² Entretien.

¹¹³ Il ne le sera pas jusqu'à l'ouverture de l'hôpital à Soisy en 1963. Mais ce n'est qu'à la fin de la décennie que l'ensemble des patients du treizième arrondissement seront effectivement adressés à Soisy.

¹¹⁴ Paumelle, 1971

secteur, auquel il trouve un air sécuritaire. Mais le sens en est, dans le treizième arrondissement, très spécifique et assez éloigné de l'usage qui en est fait dans les pays anglo-saxons.

L'idée de psychiatrie communautaire telle que la concevait Paumelle soulignait d'abord l'importance d'une bonne connaissance des conditions de vie des populations. Il y avait derrière cela une évidente filiation hygiéniste. Mais cette connaissance nécessaire des populations était située ici sur un plan clinique. Elle renvoyait davantage à une forme de familiarité informelle et *de visu* avec les populations qu'à une forme de travail épidémiologique et statistique qu'affectionnaient les hygiénistes. On peut citer cette description du rôle du psychiatre que Paumelle fit en 1959 au congrès de psychiatrie et de neurologie de langue Française :

Notre homme sera amené concrètement aux problèmes d'hygiène mentale dans la mesure où ni lui-même ni la collectivité ne seront anonymes, s'il est médecin bien connu dans un monde qu'il connaît bien. Ni en dessous comme le planificateur, ni en dehors, comme le médecin des hôpitaux, ni immobile comme le spécialiste de clientèle, il se trouve en recherche permanente de communication avec la population comme son malade, sur le même plan que celui-ci. C'est dans l'exercice d'une activité thérapeutique bien comprise qu'il découvrira quotidiennement les tâches d'hygiène mentale.¹¹⁵

Selon Suzanne Paumelle, le choix même du treizième arrondissement s'était fait en fonction de cet objectif. C'était en effet après avoir consulté P.-H. Chombart de Lauwe, spécialiste de la sociologie urbaine, que Paumelle s'était finalement décidé à faire du treizième arrondissement le site de son expérience :

Si [P. Paumelle] avait choisi le 13^e, ce n'est pas parce qu'il y avait cette consultation antiacoolique. C'est parce qu'il avait étudié le 13^e avec Chombart de Lauwe. [...] Ce qu'il avait vu, c'est que ce 13^e était un arrondissement qui avait le plus d'associations de tout Paris. [...] C'était encore un arrondissement où les gens étaient installés là. Il y avait, à l'époque, le logement et le travail sur le 13^e. Et que ça représentait, à l'époque, sur le plan sociologique, la moyenne parfaite des habitants de Paris. Ça représentait les habitants de Paris. Enfin... il nous manquait un polytechnicien pour avoir exactement les mêmes... Mais c'était un arrondissement qui, en moyenne, représentait tout à fait les catégories socioprofessionnelles des habitants de Paris de l'époque. Et c'était un arrondissement où les gens avaient créé beaucoup, beaucoup d'associations qui fonctionnaient. De toutes sortes. Et dans ce milieu associatif, c'était plus facile d'arriver à s'installer. Et pas seulement à s'installer, à se faire connaître, vivre... ne pas être... Le 13^e, c'était une petite ville de province, à l'époque.¹¹⁶

L'idéal communautaire des entrepreneurs du treizième arrondissement était sans doute nourri d'une forme de critique de la civilisation urbaine et de nostalgie à l'égard des sociétés villageoises, fort répandues au demeurant en psychiatrie à l'époque. Mais dans le treizième arrondissement le projet des entrepreneurs était d'abord et surtout une préoccupation pour l'accès aux soins. Suzanne Paumelle rappelle ainsi : « Il fallait d'abord avoir une relation simple et être connu par les

¹¹⁵ Paumelle, 1959

¹¹⁶ Entretien S. Paumelle.

gens, de façon à ce que la démarche qu'ils faisaient pour venir voir un psychiatre soit éminemment simplifiée. » Dans une situation où la psychiatrie était encore largement une psychiatrie asilaire, reléguée dans les banlieues, il paraissait important de faciliter l'accès à ses services. L'idée de psychiatrie communautaire telle que l'employait Paumelle recouvrait, dans ce cadre, deux dimensions spécifiques :

- Une dimension sociale. Il faut ici se replacer dans le contexte des années 1950, à un moment où le recours à la médecine était moins banalisé qu'il ne l'est aujourd'hui. Il fallait ainsi tâcher de diminuer la distance sociale entre la médecine, la psychiatrie en particulier, et les patients, issus souvent des classes populaires. Ces derniers ne devaient pas être arrêtés par la crainte qu'ils pouvaient avoir d'un psychiatre qui se situait très loin de leurs préoccupations. Le treizième arrondissement était dans les années 1950 un quartier encore très populaire – plusieurs usines étaient installées dans l'arrondissement – et c'étaient de ces populations que venaient le plus gros de la clientèle des hôpitaux psychiatriques.

Mais de manière générale la psychiatrie était dans les années 1950 une discipline encore mystérieuse et éloignée. Elle n'avait pas encore cette présence dans la société qu'elle allait connaître à la fin des années 1960 et dans le courant des années 1970. Il fallait donc favoriser les contacts avec les populations, dans une perspective qui était moins celle d'une vulgarisation que celle d'une démystification. C'était de manière générale le sens du travail d'hygiène mentale tel qu'il était entrepris par l'ASM.

C'était le sens d'actions telles que le ciné-club, qui permettait aux populations de l'arrondissement de discuter avec les psychiatres d'un film. Cette assistante sociale raconte :

[Il s'agissait] qu'ils [le public] voient qu'on discutait ensemble, que, bien... un psychiatre, il pouvait parler... il était pas là en train de deviner... Parce que malgré tout, dans la tête des gens, la psychiatrie... Moins maintenant, on en parle tellement partout, c'est démystifié, mais... si on se reporte trente ou quarante ans en arrière...¹¹⁷

- Une dimension d'ordre davantage psychodynamique. En constituant une figure proche et accessible, et en encourageant les patients à consulter d'eux-mêmes, les psychiatres espéraient susciter une adhésion du patient d'ordre proprement transférentiel, qui permettait d'augmenter l'efficacité de la prise en charge, voire en constituerait le vecteur. Cette dimension devait marquer l'ensemble de la réflexion de P. Paumelle à partir surtout de la deuxième moitié des années 1960, mais elle était déjà présente dans le travail sur les urgences réalisé avec Duchêne. Elle est bien rendue dans cette citation extraite de la présentation du numéro spécial des *Informations sociales* consacré au travail de l'ASM en 1964 :

Le motif de cette démarche [la création du dispensaire] n'était pas avant tout philanthropique, mais fondé sur une réflexion concernant la relation entre le malade mental et son médecin : tout travail psychiatrique est psychothérapeutique au sens large du mot. Le psychiatre est, pour le malade, peut-être le seul être à l'égard duquel doivent pouvoir s'exprimer sans danger ses difficultés de relations avec les autres :

¹¹⁷ Entretien.

celles-ci sont alors en état d'être reconnues par l'intéressé et progressivement dénouées dans le cadre privilégié et tout au long de la relation psychothérapique. Mais peut-on parler de traitements et de psychothérapie si le premier contact avec le médecin (dans le cadre asilaire) se fait plus ou moins dans la contrainte, si l'on est interné ou enfermé, si le personnage du médecin est plus ou moins confondu avec celui d'un gardien, maître de la sortie, plus que tout autre chose. [...] Nous cherchons à tout faire pour que le médecin spécialisé soit au maximum vécu comme tel. La modestie même de nos débuts, la pauvreté des locaux n'avaient pas d'autre sens : elles permettaient de sortir d'une situation où le rejet, la ségrégation et la peur objectivement justifiées, rendaient impossible l'expression confiante des troubles et la participation active du sujet aux mesures thérapeutiques.¹¹⁸

L'idée de psychiatrie communautaire avait, toutefois, des limites. Le travail communautaire dans le treizième arrondissement ne consistait pas, comme ce sera le cas dans la mouvance des centres de santé communautaires au Québec dans les années 1970, en une tentative de donner les moyens aux communautés de se prendre en charge elle-même, en créant par exemple des lieux d'échange où les habitants de l'arrondissement puissent partager leur expérience¹¹⁹. Le club des peupliers, le club des malades de l'association, fonctionnait ainsi davantage comme une structure de réadaptation pour des malades relativement lourds, que comme une ressource dans la perspective d'une mobilisation des populations. L'idée de « rendre autant qu'il est possible l'intervention directe du psychiatre inutile » était certes présente dans le treizième : « c'est à la limite la population elle-même qui tend à prendre en charge sa propre santé mentale » espérait le rapport d'activité 1961, après avoir donné le compte rendu des réunions organisées avec les assistantes sociales de l'arrondissement. Cette idée, qui fut développée davantage sous le concept de « prise en charge médiate » dans le courant de la décennie, reposait de fait sur l'implication des cadres de la communauté, qu'il s'agissait de constituer en relais de l'action psychiatrique :

La prise en charge médiate consiste à créer des conditions dans la communauté telles que ses institutions puissent collaborer avec nos services pour prendre la charge de certains cas et se préparer à éviter les conditions pathogènes qui peuvent être à l'origine de certains troubles.¹²⁰

Mais ce type d'action n'allait peut-être pas très loin. Pour les enfants de fait un dispositif d'« antennes psychopédagogiques » dans les écoles put être organisé en 1965, et semblait fonctionner avec bonheur :

L'équipe psychiatrique sort de son cabinet et se déplace en tant que telle dans le milieu de vie habituel. Au contact direct des problèmes de chacun et du milieu, rouage familial du groupe, elle bénéficie de conditions de dépistage et d'observation incomparables.¹²¹

¹¹⁸ Paumelle, 1964

¹¹⁹ Ce qui se rapprochera le plus de ce type de dispositif sera mis en place par M. Woodbury dans le cadre du dispositif de l'hospitalisation à domicile mais ne durera que quelques années. Voir plus bas.

¹²⁰ RA 1964

¹²¹ RA 1965

Mais, à nouveau, il manquait l'équivalent des écoles pour les adultes. De ce côté-là n'existaient guère que les réunions qui étaient organisées avec les assistantes sociales et la police, qui ne furent cependant jamais régulières. Les tentatives d'organiser des réunions avec les médecins généralistes furent en particulier un échec notoire : dans un bilan fait en 1969 en réponse à une enquête d'un confrère, les responsables de l'association durent convenir que la collaboration était rien moins qu'évidente : « Sur 200 médecins généralistes du 13^e arrondissement, environ 60 nous adressent régulièrement des malades » rapportait-on, ce qui était peu. Et de poursuivre :

Avec les médecins du 13^e arr. nous avons essuyé deux échecs dans les circonstances suivantes : Nous avons d'abord eu un groupe type Balint; 6 confrères y ont participé pendant plusieurs mois en présence de Diatkine et de Paumelle. Ce groupe a échoué très vite du fait que des collègues du même quartier ne parvenaient pas à se mettre en cause à propos d'un cas les uns devant les autres ; ils étaient trop rivaux sur le plan « commercial ». Un an plus tard, devant cet échec, nous avons pensé à amorcer le contact avec le médecin généraliste d'une manière plus impersonnelle et plus positive : une journée entière d'enseignement du type entretiens de Bichat, avec exposés de 20 minutes entières faits par des ténors de la psychiatrie parisienne. 22 médecins du 13^e se sont inscrits, ont payé leur participation; 6 seulement sont venus ! Nous tirons les conclusions suivantes :

- Les groupes type Balint ne nous paraissent viables qu'avec des participants n'ayant aucune relation au plan de la vie quotidienne et de la concurrence de la médecine libérale. Ils ne peuvent être par conséquent créés dans le cadre du secteur au sens psychiatrique du terme.
- Nous pensons que la seule manière de faire dans l'organisation psychiatrique de secteur est l'établissement de relations personnalisées à propos de cas précis entre l'équipe psychiatrique de secteur et le praticien. Ce n'est que deuxièmement qu'une réunion de l'ensemble de ces praticiens pourrait être tentée pour trouver une autre forme de contact collectif. Nous en sommes à ce point.¹²²

Reste que le psychiatre n'abdiquait en aucune façon son expertise, pas plus qu'on n'en reconnaissait aux populations. L'organisation de la psychiatrie dans le treizième arrondissement restait avant tout affaire de « techniciens ». Une discussion qui se tint en 1961 au conseil d'administration, au moment de signer la convention qui liait l'association à ses tutelles, sur la représentation en son sein des habitants du treizième arrondissement me paraît à cet égard significative. La convention obligeait en effet à modifier la composition en y intégrant comme membre de droit des représentants des caisses de sécurité sociale et de l'Etat. En retour il ne restait plus de place pour les représentants de l'arrondissement, si ce n'est parmi les membres élus. Un représentant de la municipalité du treizième arrondissement, qui avait participé depuis 1958 à la création de l'association s'en plaignit, « estim[ant] que l'association [avait] un caractère local et que la population devrait être plus largement représentée ». Le représentant de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale lui répondit alors

¹²² Archives Soisy.

que l'association joue un rôle de service public et que si les services publics acceptent de lui céder une partie de leur autorité, il est logique et prudent qu'au conseil d'administration la majorité soit constituée par un noyau très solide qui les représente.

C'était donc directement de l'Etat au local.

*« Comment attirer la personne pour que, finalement, on ait un petit peu de relations »*¹²³

Assistants sociales et psychiatres s'engageaient dans le travail de secteur tel qu'il se mettait en place dans le treizième arrondissement avec un réel enthousiasme. Il n'y avait en effet pas d'ambiguïté possible sur la souffrance des populations-cibles et l'intervention permettait de toute façon d'éviter des mesures plus répressives. Le petit nombre des équipes de secteur dans les premières années - des équipes réduites à un médecin et une assistante sociale -, la nouveauté des problèmes vus et l'ampleur et la gravité des pathologies que les équipes découvraient empêchait que se posent les questions qui viendraient plus tard sur la « psychiatrisation » des problèmes sociaux¹²⁴.

Le travail psychiatrique tel qu'il était pratiqué dans le treizième arrondissement jouait pourtant sur une ligne étroite. Il s'agissait d'amener à consulter, en forçant parfois l'avis du patient. Mais il s'agissait également de susciter l'adhésion de celui-ci, dans la perspective d'établir une relation qui permette un travail d'ordre psychothérapique. C'était une préoccupation constante que d'« attirer », voire de « séduire » le patient. Il y avait là une tension réelle que le développement du dispensaire dans les années 1960 accentua davantage encore. C'est vers elle que nous pouvons nous tourner maintenant.

Centre de consultation ou centre de santé mentale ?

A partir de 1958, et durant toute la première partie des années 1960, le développement rapide des ressources de l'association permit une démultiplication de l'offre de soins du centre de santé mentale. Si Paumelle était le seul médecin de l'association en 1958, trois ans plus tard le dispensaire accueillait 3 équipes de secteur. Il disposait de 5 équipes à partir de 1965 et de 8 équipes à la fin de la décennie, desservant des secteurs réduits d'autant. Chacune des équipes avait une file active de 200 patients, chiffre qui évolua peu au cours de la décennie et dont on finit par considérer qu'il correspondait à la charge optimale de travail qui pouvait être assumée par une équipe de secteur. Au total la file active de l'association comprenait en 1970 1820 patients. Ces files actives avaient toutefois changé de physionomie, dans la mesure où les patients pouvaient être répartis dans l'une ou l'autre des différentes institutions qui s'étaient mises en place entre temps. Les équipes par ailleurs disposaient d'un ensemble de « services » qui au

¹²³ Entretien. dans un contexte légèrement différent, celui du service de l'hospitalisation à domicile, une psychiatre posait pourtant la même question : « faisait-on de la séduction ou établissait-on simplement une relation ? »

¹²⁴ Voir plus bas.

cours de la décennie se démultiplièrent rapidement et sur lesquels ils pouvaient se décharger de certains traitements ou examens.

Le développement du dispensaire suivait en réalité deux pentes, que l'on a pu voir déjà s'esquisser dans la période précédente. D'un côté, le dispensaire devait devenir un véritable centre de soin, disposant effectivement des moyens pour traiter les patients efficacement. Les rapports d'activité successifs de l'association faisaient ainsi valoir les efforts faits pour développer une gamme étendue de « thérapeutiques spécialisées », adaptées à la diversité des cas susceptibles de se trouver dans la population du treizième arrondissement et susceptibles de leur proposer de réelles perspectives de traitement. La psychanalyse dans cet ensemble jouait un rôle clef et c'est pourquoi il faut examiner sa place particulière. Elle était en effet la reine des thérapies, et elle constituait également le cadre à l'intérieur duquel on s'efforçait de penser l'efficacité des autres traitements. Pour cette raison les psychanalystes furent amenés à prendre une place importante dans le dispositif du treizième arrondissement.

D'un autre côté la volonté de développer les prises en charge de patients gravement malades en dehors de l'hôpital amenait les entrepreneurs de l'association à développer le travail de secteur et la gamme de leurs moyens d'intervention au domicile des patients. « Maintenir » les patients en dehors de l'hôpital nécessitait que l'on se donnât les moyens d'aller au devant de leurs crises. C'est dans cette perspective que furent créés successivement les postes d'infirmières extrahospitalières, le service d'urgence et le service d'hospitalisation à domicile.

Ces deux perspectives du développement du travail de secteur correspondaient de manière générale à deux visions du sens de ce travail, et qui pouvaient être résumées dans l'opposition centre de consultation / centre de santé mentale. Pour les médecins de secteur, psychanalyse et intervention à domicile constituaient deux types d'intervention entre lesquelles il existait une tension forte. L'interventionnisme que supposait le travail à domicile était en effet difficilement compatible avec les manières de faire que certains médecins, se référant à un modèle psychanalytique, tâchaient de mettre en œuvre. D'un autre côté les psychiatres les plus engagés dans le projet initial de psychiatrie de secteur admettaient mal que l'on restreignit le centre de santé mentale au rôle, passif, de centre de consultation. Illustrer ce point mériterait davantage de développements : on peut pour l'instant se contenter de citer le texte d'une note de l'un des médecins, écrite à l'occasion d'une réflexion engagée autour du projet de reconstruction du centre de santé mentale et discutée par les responsables soignants en mai 1974 au collège institutionnel de l'association, qui met bien en évidence cette tension :

Un centre de santé mentale ne devrait pas se réduire à un centre de consultations, or c'est à peu près à cela que revient le centre de la rue Albert Bayet. Aussi, inévitablement il sera à l'avenir concurrentiel avec le secteur privé appelé à pratiquer de plus en plus une médecine contrôlée et remboursée par la sécurité sociale et une médecine de cabinet de groupe comportant des spécialistes et des para-médicaux. Ainsi le nouveau centre a-t-il toute chance de représenter le treizième et de le figer au niveau d'une pratique qui n'est pas celle d'une véritable psychiatrie de secteur dont le rôle n'est pas d'être concurrentiel avec le secteur privé mais d'être capable de dominer l'ensemble des problèmes et de proposer une politique globale. Outre les soins aux

malades les plus difficiles et la qualité de la thérapeutique que rend possible le travail d'une équipe de pointe, ce que le treizième réalise, la psychiatrie de secteur devrait se préoccuper de la santé mentale de la population dont elle a la charge. Ce qui est toute autre chose que de soigner des malades, et par ailleurs, être capable, grâce à sa connaissance du milieu et son travail en équipe pluridisciplinaire de prévoir les équipements qui répondront aux besoins et à une certaine pratique dans 10, 20 ou 30 ans. Or le treizième semble avoir renoncé à ces deux derniers objectifs, et il n'est pas étonnant de constater un certain désenchantement de la part de personnes intéressées par notre expérience. Plusieurs facteurs nous ont amené au point où nous en sommes. La réticence générale à l'égard d'une psychiatrie extensive qui semble découler de la pratique des premières années de fonctionnement de l'association. Mais si nous ne voulons pas d'une pratique interventionniste, la psychiatrie « aux mains pures » contribue à isoler le psychiatre de l'environnement du malade et à le réduire à un admirable technicien de la structure mentale. en plus de ces deux attitudes s'ajoute dans le treizième un goût de la perfection qui tend à faire bénéficier chaque malade des soins de la plus haute qualité. A ce compte il n'est pas étonnant que la file de fonctionnement du centre adulte soit fixée à 1800 environ, c'est à dire un malade pour 100 habitants, chiffre bien insuffisant, eu égard aux besoins partout reconnus. Avec cette conception le treizième est condamné à croître sans cesse rapidement et indéfiniment ou à être bloqué par les problèmes économiques, posés par les problèmes de santé dans tout pays industrialisé. Ce n'est pas faire une psychiatrie extensive que de s'occuper du milieu du malade de telle sorte qu'il soit apte à soutenir son moi défaillant, apte à aménager des moyens et expressions pour son système pulsionnel et à lui permettre de fonctionner avec un minimum de plaisir.¹²⁵

La place de la psychanalyse au centre de santé mentale.

Le travail sur la psychanalyse faisait pour une grande part la notoriété du treizième. Une assistante sociale du centre m'a ainsi raconté qu'en visite, en province, chez une amie dont le beau frère était psychiatre, elle s'était vu rétorquer par celui-ci, lorsqu'il eut appris où elle travaillait : « Ah ! Le Docteur Paumelle, c'est la psychanalyse, hein... Alors, vous psychanalysez tous vos patients... »¹²⁶ Si l'idée que l'on ait pu « psychanalyser » tous les patients du treizième arrondissement est très exagérée, la psychanalyse et les psychanalystes jouaient de fait dans le courant des années 1960 un rôle de plus en plus important dans l'organisation de l'association. Mais c'était un rôle problématique et complexe.

La psychothérapie était, de fait, dans le treizième arrondissement *le* traitement, dont l'efficacité surpassait celle de toute autre forme d'intervention. Les psychanalystes du dispensaire notaient ainsi :

Chaque fois que l'indication est bien posée (par rapport à la maladie et par rapport au moment où le malade est pris en mains), la psychothérapie constitue une radicale et irremplaçable économie de moyens.¹²⁷

¹²⁵ CI 17.05.1974

¹²⁶ Entretien.

¹²⁷ [Perrier, 1965 #1474]

La psychothérapie seule en effet, lorsqu'elle pouvait être entreprise, permettait d'atteindre en profondeur les conflits qui étaient à la base de la pathologie des patients. La psychothérapie, en ce sens, ne pouvait être que psychanalytique, et sa maîtrise et sa mise en œuvre supposaient une qualification spécifique qui devait être encadrée par les sociétés de psychanalyse.

D'un autre côté, on l'a vu, ce que l'on pourrait appeler un principe psychothérapeutique informait, dans l'esprit des psychiatres de *l'Information psychiatrique*, l'ensemble de leur pratique. A partir des années 1960 la psychanalyse devint de fait pour les entrepreneurs de l'association le langage qui leur permettait de comprendre plus précisément ce que l'on pouvait entendre par là. De ce point de vue, il y eut quelque chose de l'ordre d'une conversion¹²⁸. Ainsi P. Paumelle avait été analysé dans le courant des années 1950, mais ce n'est que dans le courant des années 1960 qu'il utilisa plus systématiquement le corpus psychanalytique pour penser sa psychiatrie communautaire : la psychanalyse devenait bel et bien le socle à partir duquel la psychiatrie pouvait penser sa pratique¹²⁹. L'un des psychiatres du treizième arrondissement n'hésitait pas à écrire à la fin de la décennie : « parmi les « théories » de la psychiatrie, la plus achevée, celle permettant la connaissance la plus poussée de la maladie mentale est la théorie psychanalytique ». D'un point de vue intellectuel, cette conversion s'inscrivait assez naturellement dans la suite des engagements des psychiatres du mouvement de *l'Information psychiatrique*. Mais cette conversion avait également un aspect professionnel ou institutionnel. Elle reposait sur un aménagement du rapport de force entre psychiatres et psychanalystes, qui constituait une situation radicalement nouvelle : les sociétés de psychanalyse et leurs dépendances devenaient ainsi le lieu de l'élaboration du discours psychiatrique. La venue de psychanalystes dans les institutions du treizième arrondissement allait toutefois poser des problèmes.

La psychothérapie, comme traitement, supposait un dispositif qui en faisait a priori une technique réservée à un cadre spécifique : « Nous entendons par psychothérapie non les entretiens plus prolongés que peut avoir un médecin consultant mais la mise en œuvre bien pesée d'une psychanalyse, d'une psychothérapie d'inspiration analytique ou du psychodrame » avait par exemple tenu à préciser l'un des rapports d'activité de l'association¹³⁰. D'un autre côté, les termes « psychothérapique », « psychothérapeutique », ou souvent seulement « thérapeutique », avaient également un sens dans l'action pour les soignants, quels qu'ils fussent. Les travaux réalisés par les soignants de l'association dans le cadre du « centre de perfectionnement » de l'hôpital sont à ce titre une source importante : il n'est pas rare en effet d'y voir l'un ou l'autre se demander « ai-je été thérapeutique » dans telle ou telle circonstance, réfléchissant après coup à la manière dont ils avaient réagi dans l'interaction avec le patient¹³¹.

¹²⁸ Et plus généralement peut-être des psychiatres de leur génération.

¹²⁹ La psychanalyse devenait ainsi dans la « pratique institutionnelle » « la dimension même de l'exercice de la psychiatrie ». Paumelle, 1970 C'est Paumelle lui-même qui présente ce que j'appelle sa conversion comme un tournant personnel dans un cours donné à Montréal en 1971.

¹³⁰ RA 1962

¹³¹ Sur ce point voir également Strauss, Schatzman et al., 1964.

Entre ces deux manières d'appréhender la psychothérapie, les ambiguïtés étaient loin d'être levées. Le cadre psychanalytique était en effet moins rigide qu'il n'y paraît, et l'application de la psychanalyse à des populations comme celles du centre de santé mentale nécessitait de toute façon des aménagements qui rendaient la prise en charge assez éloignée de la cure-type. D'un autre côté, la réflexion que les entrepreneurs de l'association entreprirent sur le travail des différents intervenants des équipes tendait souvent à leur donner une signification et une portée qui pouvait brouiller les choses. La manière dont était décrit en 1962 le travail des assistantes sociales est significative en ce sens : le case-work, souligne le rapport d'activité, leur permettait de prendre en charge des « clients » qui « relèveraient d'une psychothérapie » mais que la prépondérance des problèmes sociaux ou le niveau intellectuel défaillant empêchait de s'engager dans ce traitement. Sans doute les assistantes sociales ne mettaient-elles pas en œuvre la même réflexivité que les psychanalystes – encore que les contrôles dont certaines bénéficiaient pouvaient parfois y pallier – mais le travail des assistantes sociales avait néanmoins une réelle portée psychothérapique dès lors que l'on y mettait certaine forme.

Une discussion suscitée par le terme utilisé pour qualifier le groupe chargé exclusivement des psychothérapies à l'association me paraît en ce sens significative. Le terme de « psychothérapeutes » qui fut employé à partir de 1962 visait en effet à distinguer leur pratique de celle de psychanalystes exerçant en cabinet : le psychothérapeute du treizième arrondissement en effet s'insérait dans un travail d'équipe, et cela changeait radicalement les conditions de sa pratique : « le psychanalyste travaille seul et sans filet ; le psychothérapeute est rarement seul à intervenir » théorisaient les psychanalystes du centre¹³². Le terme toutefois ne résista pas très longtemps, et un document de la fin de la décennie recommanda de l'abandonner¹³³. Il risquait de causer une confusion avec les techniques de psychothérapie non analytiques. Mais il entraînait surtout une confusion avec l'action que menait nécessairement l'ensemble des acteurs du travail psychiatrique :

Il faut semble-t-il abandonner le terme de psychothérapeute qui prête à ambiguïté puisque toute l'activité des membres de l'équipe psychiatrique a vocation psychothérapique et qu'il n'y a pas, dans notre doctrine, de place pour des psychothérapies proprement dites autres que psychanalytiques.

Il fallait donc revenir au terme de psychanalystes, qui prêtait moins à équivoque.

Une autre dimension du problème était la place que pouvaient occuper les psychanalystes dans le dispositif du treizième arrondissement. La création de l'équipe des psychothérapeutes, c'est-à-dire, donc, d'un groupe engagé spécifiquement dans l'administration de psychothérapies, que ce soit des psychanalyses ou des psychothérapies d'orientation psychanalytique, voire des psychodrames date, je l'ai dit, de 1962. Elle visait à soulager les médecins de secteur en partie au moins d'un travail dont on jugeait qu'ils ne pouvaient plus le

¹³² [Perrier, 1965 #1474]

¹³³ Archives Soisy.

faire dans de bonnes conditions. Non que les médecins n'étaient pas habilités à dispenser des psychanalyses. La plupart d'entre eux étaient psychanalystes, membres de la SPP¹³⁴, et certains avaient par ailleurs une clientèle privée qu'ils étaient susceptibles de traiter exclusivement par la psychanalyse. Mais les conditions du travail de consultation au dispensaire rendaient difficile la conduite des cures. C'était ce que soulignait le rapport d'activité de 1961. En attendant mieux, des plages horaires spécifiques avaient ainsi été cette année-là créées pour isoler les psychothérapies. Au-delà, toutefois, des conditions immédiates de la consultation, la charge de travail de médecin-chef de secteur l'empêchait de pouvoir se consacrer aussi pleinement qu'il le fallait à la direction des cures. Cette psychiatre, responsable de l'un des foyers de l'association, souligne nettement ce point :

Un psychothérapeute, il a un peu de temps devant lui. Il y a des conditions rigoureuses. Un psychothérapeute, il lui faut du calme. Et de la régularité dans les consultations. C'est très difficile, de faire des consultations mixtes avec les urgences qui vous tombent dessus. On voit vingt malades dans la consultation... on ne peut pas se changer la tête pour vingt séances de psychothérapie entrecoupées de six coups de fil et de trois urgences. C'est à mon avis très difficile à faire. [...] Je peux dire que je faisais des... mais ce n'est pas vraiment des psychothérapies. Parce que pour faire une psychothérapie, il faut être plus standardisé, plus sélectif... plus calme... ne faire que ça pendant... Et les médecins de secteur, on était éparpillés. Parce qu'on avait les consultations, on devait gérer déjà les problèmes du secteur, il fallait vite courir à l'hôpital avec tous les problèmes des patients, mais aussi des équipes. Il y avait les équipes, toute l'administration, la direction... on faisait tout ça. Après, moi, aussi, je devais partir dans mon foyer, aller faire les visites au placement familial... Bref, une psychanalyse là-dedans, c'était la quadrature du cercle.¹³⁵

L'arrivée des psychanalystes conduisit peut-être également à une requalification de l'activité psychothérapique des médecins. C'est ce que suggère une remarque du rapport d'activité de 1963. Depuis 1961 en effet, les rapports d'activité décomptait séparément l'activité de consultations et celle de psychothérapies – et pour 1961, donc, uniquement celles des médecins. Mais en 1963 le rapport signalait que les « consultations de psychothérapie des médecins de secteur » étaient désormais comptabilisées avec le reste de leurs consultations. Le rapport commentait : « il s'agissait dans l'immense majorité des cas de psychothérapies de soutien plus régulières et prolongées que les simples consultations » - et non pas, donc, de psychothérapies authentiques. La création de l'équipe des psychothérapeutes n'empêchait pas de considérer qu'une partie de l'activité des médecins ressortissait à la psychothérapie, mais les psychothérapies de médecins n'étaient décidément plus assimilable à de vraies cures comme celles que pratiquaient les psychanalystes à temps plein.

De fait l'activité des psychothérapeutes se développait à distance des consultations. Le noyau de l'équipe de psychothérapeutes mise en place en 1962, était constitué de psychologues et de psychiatres. N. Perrier-Zaltzman qui prit dans un premier temps la direction du groupe, avait ainsi été psychologue à

¹³⁴ Pas tous, toutefois, contrairement à une idée reçue.

¹³⁵ Entretien.

l'OPHS, mais l'équipe comptait à sa création plusieurs médecins, dont tout de même un des médecins de secteur de l'association – mais qui ne resta guère. En dehors de ce dernier les psychothérapeutes étaient vacataires et ne consacraient qu'une partie de leur temps au treizième arrondissement. Quelques indices laissent à penser que dans le courant des années 1960 ils étaient le plus souvent de jeunes psychanalystes, sans nécessairement beaucoup d'expérience.

Le traitement des patients du treizième arrondissement constituait un véritable terrain d'expérimentation pour ces psychanalystes. Les rapports d'activité et les écrits du début des années 1960 dénotent un engagement presque militant à faire profiter de psychanalyses ou de psychothérapies dérivées de la psychanalyse des patients atteints de pathologies graves, normalement exclus de cette possibilité de prise en charge. Le rapport de l'année 1962 indique ainsi que les équipes s'efforçaient de diriger vers les psychothérapeutes « deux grandes catégories de malades » : les « névroses graves » d'une part, « et en particulier celles qui déterminent une incapacité sociale ou des troubles du comportement spectaculaire et inquiétants pour le sujet et son entourage »¹³⁶ ; certains « états psychotiques » d'autre part, « pour lesquels un traitement psychothérapeutique paraît pouvoir être tenté avec succès », mais dont « beaucoup ont nécessité par le passé des internements ». En direction de ces derniers, la dimension originale de l'entreprise était soulignée avec optimisme :

Ces traitements encore expérimentaux, et suivis avec une particulière attention par les équipes médico-sociales de secteur, constituent peut-être l'effort le plus original du centre : essayer de traiter d'une manière efficace avec un rythme de séances moyen de trois heures par semaine d'une heure à deux heures des malades qui, non traités, aboutiraient à peu près certainement à l'internement prolongé. Outre sa valeur sur le plan de la recherche, cette orientation présente un intérêt humain et social évident et peut-être aussi un intérêt économique très sensible si l'on tient compte du coût des hospitalisations de longue durée.¹³⁷

Les patients étaient toutefois sélectionnés rigoureusement. Dès 1962 une « consultation d'indication psychothérapeutique » fut mise en place pour orienter les patients vers le traitement qui leur convenait : on avait le choix entre psychanalyse, psychothérapie d'inspiration psychanalytique, psychodrame, bientôt également relaxation. La psychanalyse était évidemment le traitement le moins facilement accessible : il fallait pouvoir soutenir le dispositif.

Les médecins de secteur de leur côté n'adressaient que les patients qui paraissaient prêts à faire ce travail. L'un des psychiatres que j'ai interrogé me racontait ainsi le travail qu'il fallait faire en consultation avant de songer seulement à adresser un patient à un psychothérapeute :

Parce qu'il faut déjà qu'ils aient fait une espèce de parcours de réflexion. C'est un fil. On leur donne un fil psychothérapeutique, tant bien que mal, et après, on peut leur dire « Bon, maintenant, vous savez ce qui vous est arrivé. Regardez, on a fait ci, on a fait ça, vous avez fait ci, vous avez fait ça. Maintenant, pour être tout à fait plus à l'aise

¹³⁶ RA 1962

¹³⁷ RA 1962

avec vous-même, il faudrait que vous alliez voir un médecin psychothérapeute ». Alors on glisse le mot et parfois ça marche.¹³⁸

Ainsi, peu de patients bénéficiaient effectivement de ces cures. 44 patients furent pris en charge par les psychothérapeutes en 1962, 80 pour l'année suivante, alors que le nombre de patients vus en consultation médicale était de plus de 700 durant ces deux années¹³⁹. En 1964 encore seuls 23 nouveaux cas sont examinés par la consultation et parmi ceux-ci 6 seulement sont orientés vers une psychanalyse proprement dite¹⁴⁰.

En dépit de la sélection opérée, la prise en charge de ces patients nécessitait par ailleurs une grande souplesse des psychanalystes à l'égard de leurs manières de travailler habituelles. Les difficultés que suscitaient les patients imposaient en effet que le praticien renonce à certaines des conditions de base de l'exercice de la psychanalyse - et avant tout qu'il accepte de s'engager dans un travail collectif, en collaboration avec les équipes de secteur. L'article que N. Perrier consacre au travail des psychothérapeutes du centre en 1965 donne plusieurs raisons à cela. D'une part, en effet,

le malade continue souvent à être suivi parallèlement par le service médico-social. A priori, et en toute rigueur, l'aide médico-sociale et le traitement ne se déroulant pas du tout au même niveau, on peut concevoir que chaque spécialiste s'occupe de sa partie et ignore les autres. Néanmoins, pour de très diverses raisons, qui vaudraient d'ailleurs d'être étudiées, une collaboration étroite s'avère souvent nécessaire. Certaines de ces raisons relèvent de la structure des malades qui ont beau jeu, par exemple, de mettre les différents services en opposition, et finalement en échec... Quoiqu'il en soit l'originalité de ce type de prise en charge est que le psychothérapeute peut difficilement éviter de recueillir et de tenir compte d'informations extra-analytiques et peut être amené lui-même à donner des informations partielles ou à émettre des désirs d'intervention ou de non intervention d'autres services; bref qu'il doit savoir sortir de son rôle de pur psychothérapeute sans compromettre la spécificité du travail psychothérapeutique qu'il mène avec son client.¹⁴¹

D'autre part, certains patients pouvaient être pris en traitement sur la demande de leur médecin traitant, et « alors qu'ils ne sont pas radicalement motivés pour un abord psychologique ». Dans ces cas, continue Perrier,

ce qui constitue l'originalité de la prise en charge, c'est qu'elle répond non pas à la demande du malade, mais à celle du médecin, ce qui peut, et doit parfois paraître contraire aux principes les plus élémentaires de sauvegarde d'une psychothérapie. Cet état de fait plein d'embûches pour le thérapeute est parfaitement justifié par la vocation du centre ; on ne peut pas toujours se permettre d'attendre qu'un malade

¹³⁸ Entretien

¹³⁹ Le rapport d'activité de 1962 commente ces chiffres de la manière suivante : « c'est dire que de telles décisions thérapeutiques ne sont pas prises à la légère ». Il précise que « le nombre total de malades pris en charge dans l'année est d'environ 1600 », mais je ne sais pas à quoi correspond ce chiffre qui n'est pas repris par ailleurs.

¹⁴⁰ 9 vers une PIP, 3 vers une psychothérapie de soutien, 1 vers le psychodrame, 2 vers la relaxation. pour 2 patients la prise en charge psychothérapique est jugée contre-indiquée. RA 1964

¹⁴¹ [Perrier, 1965 #1474]

réalise la nécessité de se soigner pour le soigner [...]. Les problèmes techniques posés par ces prises en charge « forcées » s'imaginent facilement...¹⁴²

Pour faciliter les échanges nécessaires entre les équipes et les psychothérapeutes, des réunions étaient organisées autour de cas : « les psychothérapeutes sont en effet très conscient de l'aide spécifique que peuvent leur apporter les différents collaborateurs de l'équipe à condition que leurs interventions soient bien coordonnées. »¹⁴³ L'une des psychologues du centre était par ailleurs chargée de servir de médiation entre les équipes de secteur et les psychothérapeutes. D'un autre côté, le projet fut lancé dès 1963 d'intégrer les psychothérapeutes aux équipes de secteur, mais projet fut toutefois difficile à mettre en œuvre - et dans une certaine mesure difficile à tenir ensuite : en 1964, 4 psychothérapeutes étaient affectés à deux des 6 équipes de secteur, tandis que les autres équipes disposaient d'un référent - je vais revenir plus loin sur ces difficultés.

L'activité des psychothérapeutes d'un autre côté déborda rapidement la seule prise en cure de patients du dispensaire. Le groupe revendiquait ainsi, sous le libellé de « recherches psychothérapeutiques utiles à l'établissement », un rôle de réflexion et de théorisation sur le fonctionnement général de l'association, et singulièrement de ses services de traitements. Ce travail avait deux aspects.

Il visait d'abord à préciser les indications des « thérapeutiques spécialisées » du dispensaire. Cet aspect de leur travail accompagnait de fait ce qui apparaît comme un engagement des entrepreneurs de l'association à rationaliser et optimiser la conduite des prises en charge par les divers intervenants du centre – psychothérapeutes, psychodrame, mais également relaxation et à la limite entretiens menés par les assistantes sociales ou les infirmières. Le terme même utilisé à partir du début des années 1960 pour décrire le travail des uns et des autres – thérapeutiques « spécialisées » - souligne cet aspect : il s'agissait bien dans l'esprit des entrepreneurs de l'association de traitements que l'on souhaitait appliquer avec discernement et dans un souci d'efficacité maximale. Cette rationalisation des pratiques était aux yeux des entrepreneurs de l'association d'une importance considérable. Elle devait permettre de rompre avec l'absence de réel traitement des malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques classiques. Cet attachement à cet enjeu me paraît bien montrée dans une remarque du rapport d'activité de 1965. Le rapport d'activité se félicitait en effet d'une baisse de la fréquence des consultations médicale par malade : « le simple contact psychothérapique ou l'administration souvent trop rapide de médicaments font place à un abord thérapeutique de plus en plus spécifique et faisant intervenir souvent plusieurs collaborateurs du Centre » soulignait-on. Les thérapeutiques spécialisées devaient donc permettre d'aller plus loin que la prise en charge uniforme que réalisaient les psychiatres habituellement.

Il fallait toutefois se donner les moyens de comprendre précisément ce qui était en jeu. Les psychanalystes du centre revendiquaient un rôle dans ce travail, et au moins dans un premier temps les médecins du centre paraissent avoir été prêts à le

¹⁴² [Perrier, 1965 #1474]

¹⁴³ RA 1962

leur donner. Les psychanalystes pouvaient en effet contribuer à « établir un inventaire des besoins » du centre en traitements¹⁴⁴. Le groupe se proposait de :

dégager les lignes thérapeutiques optima et spécifiques du centre en tenant compte de sa clientèle particulière des conditions de travail en dispensaire et des ressources de chacune des thérapies à notre disposition (psychanalyse, psychothérapie individuelle et de groupe, psychodrame, relaxation, casework psychiatrique) ceci dans un double souci d'efficacité à la fois curative et administrative.¹⁴⁵

Les rapports d'activité signalaient en effet que plusieurs groupes de travail étaient organisés autour de certains aspects du travail du dispensaire. Certains d'entre eux étaient dirigés par des médecins. Le rapport de 1962 donnait quelques indications du résultat obtenu pour la relaxation :

Nous avons pu nous convaincre que la relaxation [permet une] économie quant à la durée des traitements par rapport aux autres thérapies utilisées ; [...] décharge les psychothérapeutes des traitements pour lesquels un abord corporel, appuyé sur la relation relaxateur-patient peut suffire en vue d'une réinsertion sociale du malade [et ainsi permet de] modifier l'équilibre profond du patient.¹⁴⁶

Mais plus largement les psychanalystes devaient jouer un rôle d'aiguillon pour le travail psychiatrique des équipes psychiatriques. C'était la position que les psychanalystes commençaient à se trouver dans les institutions psychiatriques, et qui fut théorisé un peu plus tard par P.-C. Racamier dans *le psychanalyste sans divan*. En institution le psychanalyste ne pouvait pas exercer son métier comme il l'entendait, mais il pouvait participer, et peut-être d'une certaine manière cadrer le travail psychiatrique. Le psychanalyste détenait une expertise à distance que lui donnait à la fois le fait qu'il n'était pas engagé personnellement auprès du patient et sa connaissance de la psychopathologie freudienne et des mécanismes de l'appareil psychique. Alors qu'il n'était pas engagé directement dans l'interaction avec le patient, et précisément pour cette raison, il était capable d'élaborer une interprétation et d'éclairer le travail psychiatrique. S'il est difficile de saisir la mesure dans laquelle les psychanalystes du service de psychothérapie avaient effectivement la capacité de jouer ce rôle, c'est toutefois bien la fonction que remplissait, à l'échelle de l'association, les séminaires qu'animait P.-C. Racamier pour les médecins du centre, et qui visaient, semble-t-il, à une explicitation théorique des attendus du fonctionnement des différents dispositifs de l'association¹⁴⁷.

Dans le courant des années 1960 la psychanalyse tenait ainsi une place considérable dans le travail du dispensaire et plus largement dans l'association. La position des psychanalystes était toutefois fragile. Les archives gardent ainsi les traces de plusieurs discussions de la fin des années 1960, qui témoignent des difficultés des équipes à fonctionner avec eux. Il y avait de réels obstacles pour les psychanalystes à mener leurs activités dans le monde de la psychiatrie de secteur.

¹⁴⁴ [Perrier, 1965 #1474]

¹⁴⁵ RA 1963

¹⁴⁶ RA 1962

¹⁴⁷ De ces séminaires toutefois les archives n'ont guère gardé de trace.

Le groupe qu'ils formaient en 1962 ou 1963 semble en fait avoir perdu de sa cohérence à la fin de la décennie. Le groupe fonctionnait désormais sans leader, et le travail de réflexion qui avait été lancé au moment de leur installation n'avait guère duré. Leur présence réduite ne leur permettait pas de s'impliquer réellement dans le travail de secteur alors que les médecins souhaitaient que les psychanalystes participent aux réunions d'équipes où étaient discutés les cas, et assurent ensuite réellement la continuité du traitement¹⁴⁸.

Il y avait peut-être derrière la prise de distance des psychanalyses des raisons matérielles : le personnel était de toute évidence difficile à recruter. Mais il y eut également une évolution au cours de la décennie de la manière dont les psychanalystes considéraient leur rôle et ce qu'il fallait attendre d'eux. Alors que dans les années 1950 et au début des années 1960 les psychanalystes étaient prêts à composer avec les psychiatres dans la prise en charge des psychotiques, cette position devenait difficile à tenir. Une pratique authentique de la psychanalyse ne supportait plus le type d'action sur le patient qu'imposait le travail avec les psychotiques¹⁴⁹.

D'un autre côté, le bilan de l'activité des psychothérapeutes était décidément mitigé dans une conjoncture où les moyens des dispensaires n'étaient pas sans limite. Un court document rédigé en vue d'une réunion de médecins de l'association à la fin de la décennie faisait clairement le point :

Il n'a pas toujours été possible de réserver, en dehors de cas exceptionnels ayant valeur de témoignage scientifique, les prises en charge de psychothérapies psychanalytiques aux structures suffisamment mobilisables pour que le temps technique ainsi dépensé apparaisse comme légitimement réparti face à l'ensemble des nécessités de prises en charge.

Et plus loin :

les psychothérapies psychanalytiques entreprises dans le cadre d'un secteur de population doivent être limitées à un moment donné du développement socio-historique par les disponibilités effectives en temps psychothérapeutique et aussi par les prévisions raisonnables de mobilisation suffisante des structures psychopathologiques. Dans ces conditions il paraît souhaitable de limiter les psychothérapies proprement psychanalytiques à des cas précis.

Le travail des psychanalystes s'il pouvait se poursuivre dans les directions qui avaient été lancées au début de la décennie devait donc être réduit : les « psychothérapies proprement psychanalytiques » ne devaient plus être qu'exceptionnelles ; un « travail de cas », « c'est à dire une prise en charge d'un nombre suffisamment élevé de cas pouvant, selon un bilan clinique préalable, évoluer sur le plan de la mobilisation structurale avec un bénéfice certain » pouvait être fait, mais à condition de « ne pas s'en tenir à un nombre de séances nécessairement élevé et rigoureux tout en gardant une attitude plus dégagée de la responsabilité des interventions psychiatriques que les autres membres de

¹⁴⁸ Archives Soisy

¹⁴⁹ Cette position fut en particulier élaborée par l'un des anciens médecins de l'Association – qui toutefois poursuivait sa participation aux activités de l'association – dans un article de 1967. Frécourt, 1967

l'équipe » ; restait enfin la réflexion sur le travail des équipes. Mais en règle générale, plutôt que de recruter de nouveaux psychanalystes, mieux valait recruter des médecins.

Ce document ne reflétait peut-être pas l'opinion de l'ensemble des médecins. Mais de fait les psychanalystes ne jouaient plus le rôle qu'on leur avait prêté dans l'association au début des années 1960. Pour autant on ne renonçait pas à la psychanalyse, qui restait un modèle fort pour penser les pratiques – et il est possible même qu'il devint plus fort encore dans le courant des années 1970 pour les médecins. Mais le travail avec les psychanalystes ne se poursuivait plus sur le mode de collaboration étroite que l'on avait tenté d'instaurer aux débuts du dispensaire. La création d'un centre de psychanalyse au sein de l'association, en 1974, si elle marquait le retour des psychanalystes dans l'association, devait marquer également leur éloignement des lieux du soin psychiatrique.

Le travail de secteur : le travail auprès des familles et le travail d'urgence.

Si les moyens financiers de l'association lui donnaient les moyens de diversifier l'offre de traitements qu'elle proposait aux malades, son développement, et surtout la mise en route progressive des institutions, mettaient également les équipes de secteur en face de patients de plus en plus « lourds ». Ce « poids » des prises en charge s'imposait en effet d'abord à ceux qui assuraient la continuité des soins. Il leur fallait disposer des moyens d'y faire face. L'adjonction d'infirmières extra-hospitalières aux équipes de secteur, à partir de 1963, la création d'un service d'urgence, puis à partir de 1966 l'ouverture du service d'hospitalisation à domicile (HAD) marquent de fait trois temps bien spécifiques dans le développement du travail du dispensaire.

L'idée de créer une équipe d'infirmières extrahospitalières semble être venue assez tôt aux entrepreneurs de l'association, mais c'est seulement à la fin de l'année 1963, peu de temps après l'ouverture de l'hôpital, que l'équipe est mise en place, sous la forme d'un « service d'infirmières extrahospitalières ». L'innovation au demeurant n'est pas restreinte au treizième arrondissement, elle paraît être adoptée également dans les autres dispensaires parisiens au même moment¹⁵⁰.

Les infirmières extrahospitalières reprenaient, de manière générale, une partie des tâches des assistantes sociales – ce qui au demeurant causa semble-t-il quelques frictions entre les deux groupes au moment de leur installation. Mais elles apportaient deux évolutions importantes dans le travail de secteur.

. D'une part elles étaient mieux armées que les assistantes sociales pour dispenser des soins. La création du service participait en ce sens de la médicalisation des prises en charge en extrahospitalier. Jusqu'à un certain point les infirmières étaient en effet supposées réaliser depuis le dispensaire des soins qui normalement étaient réservés à l'hôpital : suivi du traitement médicamenteux bien entendu, mais également maternage, ou encore soins physiques, comme les bains.

¹⁵⁰ P. Bailly-Salin la proposa au même moment au

. D'un autre côté les infirmières permettaient le développement du travail à domicile.

Le travail à domicile n'était pas une nouveauté dans le dispensaire, on l'a déjà évoqué. Mais le travail à domicile des assistantes sociales n'avait concerné au début des années 1960 que les dépistages. L'intervention à domicile était rendue nécessaire lors d'une crise, mais également lorsque certains malades s'enfermaient chez eux et s'isolaient définitivement. C'étaient les cas que l'on a déjà rencontré. Les assistantes sociales avaient alors pour but d'amener le patient à consulter. Le travail à domicile était donc ponctuel et n'avait pas vocation à durer – même si pour certains patients plusieurs visites étaient nécessaires avant que le patient accepte de se rendre au dispensaire – et il ne représentait qu'une petite partie du travail des assistantes sociales.

L'arrivée des infirmières permettait de démultiplier les interventions à domicile. Comme les assistantes sociales, les infirmières avaient également des permanences au dispensaire – où elles recevaient en particulier les patients alcooliques pour les cures de désintoxication, dont désormais on les avait chargées – mais, comme les données du centre le montraient, elles passaient le plus clair de leurs temps à l'extérieur. Entre leur installation en octobre 1963 et la fin de l'année, les infirmières avaient chacune réalisé près de 200 interventions à domicile et le nombre de patients qui étaient vus à domicile dépassa dès 1964 celui des patients suivis au dispensaire.

Les infirmières prenaient d'abord le relais des assistantes sociales dans la gestion des dépistages. Dans les situations de crise d'abord : « moins négativement chargée d'images » que l'assistante sociale, « sa qualité d'infirmière symbolise le soin et dédramatise la situation » notait le rapport d'activité de l'association en 1964. Mais également pour les patients enfermés chez eux, qu'il fallait alors tâcher d'amener à la consultation. Là encore, leur qualité de soignante, la possibilité de s'appuyer sur le soin leur permettait de faire accepter plus facilement au malade la nécessité de voir le médecin¹⁵¹.

Mais les infirmières s'engageaient également dans des suivis à plus long terme. C'était le début d'une véritable hospitalisation à domicile. Les infirmières pouvaient intervenir dans deux situations relativement distinctes.

Pour certains patients qui étaient pris en charge au sortir de l'hospitalisation, la perspective était celle d'une post-cure. Le rapport d'activité de l'année 1963 note ainsi comment, comme relais de l'activité médicale, les infirmières pouvaient suivre des malades amenés à « se détacher progressivement du milieu psychiatrique ». L'infirmière, « exerçant son action à domicile tout à fait en dehors du centre de santé mentale et éloignée en quelque sorte de l'équipe médicale », participait de la réadaptation des patients¹⁵². Cette infirmière explique :

Le malade a passé un certain temps à l'hôpital. Il a été entouré, s'est senti protégé, et voilà qu'il va mieux. On envisage sa sortie, mais quelle va être la réaction de l'entourage. Voisins, concierge, famille se sont somme toute bien accoutumés à son absence. Il faut reconnaître que certains patients savent se faire rejeter et exclure de

¹⁵¹ Entretien.

¹⁵² RA 1963

leur entourage, avec un art tel que tout le monde se trouve fort soulagé lorsqu'ils partent pour l'hôpital. Donc ce malade, plein d'angoisse et d'appréhension va se sentir étranger dans son propre milieu social, et c'est là que l'infirmière doit intervenir pour le réinstaller dans ce milieu. Par des visites assidues à son domicile elle établira un premier contact, puis une relation thérapeutique qui pourra permettre au malade une meilleure réintégration, une reprise des relations avec la famille, les voisins, la société.¹⁵³

Mais les équipes s'engageaient également dans la prise en charge de patients « dont l'état est grave » - et dont le pronostic pouvait être moins heureux. Les infirmières réalisaient alors de véritables prises en charge : « être tous les jours au domicile du malade, pour lui dispenser des soins, contrôler son traitement, avoir une action psychothérapeutique, entretenir des rapports avec la famille, les voisins quelquefois ». Ces prises en charge étaient parfois lourdes et nécessitaient une disponibilité considérable de la part des soignants. Un cas extrait d'un article de Paumelle paru en 1969 me semble constituer à ce titre un bon exemple du type d'enjeu que recouvraient ces prises en charge. Le cas est un peu long, mais il vaut la peine de le restituer en entier. Écoutons Paumelle :

Cette malade nous est confiée à 22 ans par ses parents depuis 1962. Depuis l'âge de 16 ans elle a été pratiquement continuellement hospitalisée en service psychiatrique, d'abord dans diverses cliniques privées où elle a reçu des électrochocs et une cure de Sakel, ensuite dans le service du professeur Baruk, où elle se trouve encore lorsqu'elle nous est présentée.

L'histoire de la malade est remarquable à divers points de vue :

Entre les divers membres de la famille, c'est le mécanisme de l'annulation de l'autre qui joue le plus souvent.

À l'âge de 4 ans, et jusqu'à l'âge de 12 ans, Rolande n'a jamais vu son père qui se trouvait en Afrique.

À l'âge de 16 ans, première expérience délirante : délire de filiation, son vrai père est un acteur américain célèbre. Peu de temps après, ses parents la font interner. Lorsqu'ils viennent pour la première fois au dispensaire, ils manifestent vivement leur culpabilité d'avoir dû abandonner leur fille à l'hôpital psychiatrique. Après plusieurs entretiens, l'équipe de secteur leur propose de tenter une reprise de la malade chez eux et une entrée de celle-ci à l'hôpital de jour. D'emblée l'intervention de l'infirmière à domicile paraît s'imposer, les parents sont très anxieux du retour de la fille, la mère tente de jouer un rôle de médiateur entre le père muet et la fille qui s'enferme dans une chambre qu'elle ne vit pas comme sienne. L'aménagement et la peinture des murs de la chambre sont l'occasion de faire sortir le père de son mutisme, il participe à ces travaux, devant l'incapacité avouée de l'infirmière au plan de la peinture. Mais il suffit de quelques semaines de vacances de ladite infirmière pour que l'hospitalisation s'impose, à la suite de réactions très impulsives de Rolande à la maison.

En 1963, l'infirmière garde ses contacts à l'hôpital avec la malade, elle l'aide à s'intégrer dans les divers aspects de la vie collective de l'hôpital. Dès le début de cette hospitalisation, la mère au cours de divers entretiens avec le médecin traitant reconnaît ses problèmes personnels à l'égard de sa fille, et accepte d'entrer dans un groupe de mères de malades psychotiques. Pendant ce temps, la fille annule de nouveau son père, mais d'une autre manière, elle n'a plus besoin du délire mais passe à l'acte par le biais d'une liaison spectaculaire avec un malade, mais l'annulation du père se développe sous la forme de l'opposition systématique au médecin traitant : refus de

¹⁵³ Mémoire CP.

médicaments, sa liaison avec un malade dans le cadre de l'hôpital apporte une telle perturbation que l'indication de transfert dans un service unisexué est posée par l'équipe. Encore une fois, la malade réussit à annuler la mesure médicale prise, elle réussit dans un service unisexué de Maison-Blanche¹⁵⁴ à se faire faire un enfant par un malade de Ville-Evrard, alcoolique, épileptique et syphilitique. Un projet d'avortement thérapeutique échoue du fait de mécanismes scissionnels jouant entre les médecins. En 1965 après la naissance de l'enfant, Rolande n'est pas abandonnée par l'équipe de secteur qui la réintègre à l'hôpital de Soisy, mais l'infirmière à domicile vient de quitter l'équipe. Une longue période s'écoule au cours de laquelle l'enfant de Rolande joue un rôle médiateur équivalent de celui de l'infirmière, c'est autour de lui que le père, la mère et la malade peuvent se parler.

En 1966, une sortie de l'hôpital est prévue à la maison, Rolande entrant à l'atelier thérapeutique. Des entretiens réguliers entre l'équipe de secteur et toute l'équipe sont pour la première fois possibles : enfin on se parle des vraies difficultés.

Au cours de l'année 1967, les événements se précipitent, les parents sont annulés en bloc par la malade par la médiation du père de l'enfant, celui-ci se fait entretenir par Rolande tant qu'elle a de l'argent, en extorque aux parents. Mais l'équipe de secteur réussit à garder le contact avec ceux-ci alors qu'ils sont au bord du rejet massif de la malade.

En août 1967 pour permettre aux parents de prendre des vacances, une hospitalisation de courte durée, présentée comme telle à la malade, a lieu dans de bonnes conditions grâce au retour de l'infirmière à domicile qui l'avait eue en charge au début.

En octobre 1967, une sortie est prévue dans le cadre d'un foyer familial. La malade devant passer ses week-ends à la maison de ses parents pour rencontrer et s'occuper de son fils. La présence médiatrice de l'infirmière à domicile facilite cette réunion hebdomadaire de toute la famille. Mais l'agression du père se répète alors. Le père de l'enfant de Rolande vole au père de la malade une précieuse collection de timbres. C'est alors que l'intervention immédiate et au domicile, de l'infirmière et de l'assistante sociale permet au père et à la fille associée de retrouver les timbres volés. Enfin le père parle, le père existe, au vu et au su de sa fille, il peut réagir normalement à l'égard de l'ami de Rolande, il porte plainte contre lui. C'est alors que pour la première fois les parents peuvent dire et ne plus agir leur rejet à l'égard de leur fille, devant l'équipe de secteur, d'une manière très authentique et sans culpabilité, qu'ils préfèrent à certains moments voir leur fille folle à l'hôpital pour toujours que de la voir mener une vie prétendument normale.

En octobre 1968, les parents sont à bout, mais peuvent également le dire. Rolande est allée passer quelques jours à l'hôtel avec son ami, a dépensé tout son argent, elle ne mange plus mais peut reprendre contact avec l'infirmière à domicile, qui peut alors, pour la première fois avec l'équipe de secteur, épouser le point de vue des parents, l'infirmière déclare à la malade qu'elle se détruit elle-même et qu'elle souhaite une hospitalisation immédiate, elle exprime le souhait de l'équipe de protéger Rolande contre elle-même. A partir de ce moment, à l'hôpital d'abord, puis à l'extérieur, une relation psychothérapeutique authentique peut être établie avec la malade.

En 1969, le cas n'était pas résolu, mais sa présentation concluait sur une note positive : le délire de filiation avait disparu, et la patient était « capable d'une activité manuelle et professionnelle beaucoup plus suivie et coordonnée » - et de poursuivre : « Chaque jour elle peut faire 3 heures de sténo-dactylo. Elle est entrée de nouveau au foyer familial et peut envisager de se présenter dans un

¹⁵⁴ L'un des hôpitaux psychiatriques desservant la Seine. Maison Blanche était un hôpital pour femmes, situé au Nord Est de Paris.

travail normal. » On avait évité la « scission » de l'équipe et de la famille, et un « transfert psychotique » s'était même établi.

Le travail des infirmières permettait on le voit d'enrichir considérablement le travail à domicile. Mais plus encore, le domicile devenait ainsi le site d'un travail psychiatrique spécifique. Intervenir à domicile permettait de se confronter au milieu du patient. Il ne s'agissait plus seulement, dans une perspective de dépistage, d'accéder à un malade en amont de l'internement, mais il y avait désormais tout un travail à faire, qui visait à préserver ou à retrouver un équilibre entre celui-ci et son entourage. D'un autre côté, l'observation du milieu du patient permettait d'enrichir considérablement le travail des consultations et l'interprétation du cas.

Ces prises en charge toutefois étaient lourdes. Le cas de Rolande que j'ai cité permettait de mesurer la fragilité de l'équipe de secteur : « le cas de Rolande représente sans doute la limite de poids supportable pour une équipe de secteur étant tenu compte du nombre des patients en charge » avaient conclu les auteurs. Ce furent ces difficultés qui poussèrent les entrepreneurs de l'association à mettre en place des dispositifs plus solides pour assurer le travail de secteur.

l'hospitalisation à domicile : vers un travail sur les familles.

La création du service de l'HAD apparaît ainsi dans les archives et les entretiens comme le prolongement naturel du travail des infirmières extra-hospitalières.

L'HAD devait permettre de suppléer les équipes dans la prise en charge des cas les plus lourds pour le travail de secteur. Mais l'HAD se spécialisait également plus particulièrement dans la prise en charge des familles.

D'un point de vue intellectuel, c'était, il me semble, un véritable tournant dans le travail du treizième arrondissement. Les familles étaient en effet apparues jusqu'alors surtout comme une ressource : elles étaient le milieu naturel du patient, le cadre auquel il fallait le restituer lorsque le traitement était fini. Les hygiénistes avaient certes mis en évidence l'importance d'une action sur le milieu, mais cela ne concernait à leurs yeux le plus souvent que les familles d'origine populaire. Pour les psychotiques, qui venaient de milieux sociaux plus divers, du point de vue des soignants, la présence d'une famille était en revanche un atout considérable pour la prise en charge : la famille était un relais du signalement, elle permettait souvent de simplifier l'hospitalisation, et elle facilitait la sortie de l'institution.

Le travail à domicile introduisait un doute dans cette relation privilégiée avec les familles. Il montrait qu'il fallait parfois avoir une action qui s'adresse également à l'entourage du patient. Paumelle le raconte dans l'article que j'ai déjà cité :

Cet abord familial apparaissait d'autant plus indispensable que les équipes prenaient conscience du fait que la maladie mentale correspond souvent à une structure pathogène de la famille – dont le malade est en fait le symptôme – et qu'il ne pouvait être mobilisé sans intervention auprès des membres apparemment sains.¹⁵⁵

¹⁵⁵ Paumelle et Prévost, 1969

L'équipe de secteur ne pouvait à elle seule mener ce type de prise en charge, qui nécessitait souvent des interventions conjointes sur les différents membres du groupe familial. Une équipe consacrée spécialement à ce type de suivi devait pouvoir y pallier.

Le service d'hospitalisation à domicile est donc créé en 1966 par Paumelle, avec l'aide de Michael Woodbury, un médecin américain qui a travaillé à Chestnut Lodge puis aux Rives de Prangins, et que Racamier a présenté à Paumelle. Woodbury arrive également avec des manières de travailler tout à fait neuves pour le treizième, qui contribuent à donner à l'hospitalisation à domicile sa forme particulière.

Dans un premier temps, l'HAD se conçoit comme une équipe mobile, dont l'objectif est exclusivement de prodiguer des soins au domicile du patient. La perspective, toujours, est avant tout d'éviter l'hospitalisation¹⁵⁶. Le dispositif fonctionne, comme les institutions de l'ASM, sur la base d'un prix de journée et avec, donc, un nombre fixe de patients.

L'équipe comprend un groupe de 7 infirmiers, 4 aides familiales et deux médecins. Un pédopsychiatre réalise des vacations. Le service compte également une secrétaire, qui joue également un rôle important comme « coordinatrice » des activités de l'ensemble du groupe¹⁵⁷.

Les aides familiales sont une innovation importante du service. Elles interviennent pour aider certains patients dans les tâches ménagères : « l'aide familiale peut passer jusqu'à 8 heures par jour chez une patiente perturbée; elle remplit ses tâches ménagères, puis l'aide à reprendre son rôle dans la maison. »¹⁵⁸ Mais elles jouent également un rôle d'observation que facilite leur statut : « moins investies par le malade d'un halo thérapeutique terrorisant », elles ont une approche plus naturelle du patient¹⁵⁹. Ce médecin raconte :

les aides familiales pouvaient donc aller chez les patients pour des travaux ménagers, mais leur travail essentiel, c'était d'établir la relation. Et de pouvoir, le cas échéant, nous introduire de façon un peu plus... un peu moins impressionnante que ce que beaucoup de patients vivaient de l'équipe médicale.¹⁶⁰

Les visites à domicile étaient faites dans des configurations variables. Ce sont le plus souvent les aides familiales ou les infirmiers seuls qui se rendent chez les patients lorsqu'ils sont connus du service. Les patients ont chacun deux infirmiers référents, chargés d'assurer la continuité de la prise en charge, mais les autres membres de l'équipe peuvent intervenir également. Parfois en revanche, c'est toute l'équipe qui se déplace, à sept ou huit. Woodbury signale en 1969 que l'équipe faisait au moins une visite par semaine à chaque patient du service. Les

¹⁵⁶ Woodbury et Woodbury, 1969

¹⁵⁷ Ce médecin se souvient : elle « était très précieuse parce qu'elle était très présente affectivement et elle faisait toute la comptabilité, elle faisait tous les papiers, elle faisait plein de trucs et elle était affectivement là. Et ça, c'était aussi quelque chose d'important. Elle ne faisait pas beaucoup de visites à domicile, mais elle avait un rôle d'harmonisation, en quelque sorte. »
Entretien.

¹⁵⁸ Woodbury et Woodbury, 1969

¹⁵⁹ Paumelle et Prévost, 1969

¹⁶⁰ Entretien médecin

visites peuvent d'un autre côté avoir lieu sur une base régulière, décidé de manière en quelque sorte contractuelle lorsqu'un projet thérapeutique a été établi, ou elles peuvent également se décider d'une fois sur l'autre. Elles se font en tous les cas toujours sur rendez-vous et avec le consentement du patient.

Rapidement toutefois le dispositif évolue. L'une des psychiatres du service se souvient :

C'est-à-dire qu'au départ, moi, l'hospitalisation à domicile, j'imaginai que c'était tout à domicile... Et on a mis du temps à trouver que si on faisait tout à domicile, c'était assis le patient à domicile et qu'il fallait lui laisser de l'air. Et donc, lui laisser la possibilité de venir chez nous. Vous voyez ? Tout ce travail d'en fait nous installer chez nous pour pouvoir aller chez lui mais en étant centré quelque part, ça, il a fallu le mettre au point progressivement.¹⁶¹

Après quelque mois de fonctionnement les équipes se rendaient compte en effet des risques que leur faisaient courir leur pratique. Les interventions à domicile, malgré les précautions prises, pouvaient en effet prendre un caractère intrusif. A toujours se rendre chez le patient, sans lui laisser une chance de prendre l'initiative de la rencontre, on courait le risque d'être par trop interventionniste¹⁶². Deux innovations marquèrent ainsi cette évolution de l'HAD dès la deuxième année du fonctionnement du service.

La création, d'abord, d'un dispositif d'accueil permanent dans le local du service, qui prit le nom de « groupe permanent ». Selon les écrits de l'époque c'est naturellement que le groupe s'organisa, après quelque temps de fonctionnement :

Certains [patients] venaient nous retrouver dans notre local, s'y sentaient mieux et se mettaient à vivre avec nous, venaient y formuler des demandes diverses, puis n'arrivaient pas à repartir. Après un temps de malaise anxieux (retournez donc chez vous, nous irons vous voir), nous avons trouvé plus efficace de structurer un « groupe permanent » milieu de vie, milieu de passage, où soignants et soignés se retrouvaient de façon plus ou moins informelle, buvaient ensemble le café en discutant de choses et d'autres, milieu disponible où il était possible d'exprimer les problèmes les plus divers.¹⁶³

Une permanence fut donc organisée dans le local du service, qui était situé dans la cours du dispensaire de la rue de la Colonie, durant ses heures de fonctionnement – soit de 10h à 20h. Les patients du service étaient systématiquement informés de l'existence du groupe, et étaient invités à s'y rendre lorsqu'ils en ressentaient un besoin. Le groupe servait ainsi de refuge lors d'épisodes anxieux, ou lorsqu'un conflit éclatait au sein d'une famille. Cet exemple qui m'est rapporté par un médecin illustre ce cas :

Il y avait par exemple la femme plus ou moins obsessionnelle et le mari alcoolique qui... La femme arrivait dans le groupe permanent, elle expliquait ce qui se passait, on

¹⁶¹ Entretien médecin

¹⁶² Paumelle et Prévost, 1969

¹⁶³ Paumelle et Prévost, 1969

attendait un peu, on voyait arriver le mari, quelques heures plus tard, qui venait nous donner son point de vue qui n'était généralement pas du tout le même...¹⁶⁴

Pour certains patients, venir au groupe permanent faisait partie d'un projet thérapeutique, qui parfois pouvait constituer une véritable alternative à une solution d'hospitalisation. Dans certains cas, faire venir le patient au groupe permanent permettait de soulager les familles pendant la journée. Dans d'autres cas, le groupe permettait de rompre l'isolement du patient. Dans d'autres cas encore, on pouvait faire venir seul un patient pour dénouer une relation trop fusionnelle avec la famille. Une assistante sociale du dispensaire rapporte ainsi un cas d'une jeune fille prise en charge de cette manière :

Sa mère avait été opérée d'une tumeur bénigne, mais enfin, d'une tumeur au cerveau et elle tombait dans les pommes. Et la fille avait quinze ou seize ans, elle a fait la même chose. Et alors, elle a voulu... Elle était très forte en espagnol, elle a voulu partir un an en Espagne pour continuer son espagnol et la mère n'a pas supporté qu'elle soit loin et elle lui écrit des lettres tellement désespérées que finalement elle est revenue. Le père trouvait, lui, qu'elle avait raison. Puis après, elle est devenue quasiment... elle ne quittait plus sa mère, sa mère n'en pouvait plus. Et Paumelle m'a dit : « Écoutez ! Il faut la séparer, alors je ne vois qu'une chose : vous allez aller vous faire manger par la mère ». C'était typiquement... C'est-à-dire que je suis allée voir la mère qui m'a raconté... J'y allais une heure par jour pendant quinze jours, j'étais complètement KO, mais moyennant quoi, la fille venait à l'HAD. Mais c'est cette espèce de truc... une symbiose. Et alors, là, pour ça, l'HAD était formidable. Elle rentrait le soir et puis... L'hôpital de jour était trop, aurait été un peu traumatisant, tandis que là c'était plus souple... Et puis elle a commencé sa psychothérapie et les choses sont allées mieux, petit à petit. Puis après, elle a fait... elle a fait un métier dans le social, je ne sais plus lequel... Enfin elle s'est... elle s'est débrouillée.

Le groupe s'efforçait d'être informel, comme en témoignent les descriptions de l'époque :

Autour d'une grande table, les soignants disponibles et les soignés, parfois leurs amis ou leurs parents - de temps en temps d'anciens soignés - se rencontrent de façon informelle. On boit du café, on lit le journal ou on parle à bâtons rompus, on y accueille ceux qui arrivent et qui, parfois se déchargent là d'une partie de leur angoisse.

C'est un groupe très variable dans le temps, quelquefois presque désert, quelquefois tellement peuplé que la salle est trop petite. Parfois cinq ou six conversations y sont menées de front, mais parfois, devant l'angoisse,¹⁶⁵ tout se centre autour d'un patient en crise.

De fait, en dehors du café, des journaux ou de la discussion, aucune activité n'était proposée aux patients. Le groupe était par ailleurs animé par un perpétuel va et vient, où se croisaient équipes de retour de visite, patients en crise et patients réguliers. Les passages des patients étaient consignés dans un cahier, pour en informer leur infirmier référent. On encourageait toutefois les contacts avec d'autres soignants, ainsi qu'avec les autres patients. L'ensemble des événements

¹⁶⁴ Entretien médecin

¹⁶⁵ Paumelle et coll., 1973

de la journée pouvaient être repris et discutés dans un second temps en réunion de soignant.

Le groupe en tous les cas n'était pas réellement structuré et constituait de fait un milieu lâche où il était facile de s'agréger. L'équipe s'organisait toutefois de manière à ce qu'il y ait toujours au moins un médecin et deux infirmiers disponibles dans le local. La « coordinatrice » du service était également présente au long de la journée. Le dispositif visait en fin de compte à donner au patient un lieu d'expression qui fût pour lui le plus libre possible. Il permettait en particulier de mener certains entretiens dans un cadre moins strict que celui de la consultation et du bureau médical, ce qui facilitait la résolution de certaines crises :

Si on amenait le patient chez nous... Après quelques transactions à l'extérieur, on l'amenait... on pouvait s'installer avec lui, boire un petit café, discuter le coup, il y avait des gens qui passaient... enfin bon... il y avait toute une vie d'équipe, toute une vie sociale où le patient ne se sentait pas coincé. Et... bon, le cas échéant, il pouvait aller faire un tour dans le jardin. Comme on était un peu en retrait, on l'avait quand même un peu... à l'œil, dirons-nous... et il y avait donc la possibilité de beaucoup d'interaction, sans que ce soit simplement le bureau, le côté tête-à-tête avec le psy, qui généralement fait très peur.¹⁶⁶

Le « grand groupe » était l'autre élément de l'évolution du service. Une fois par semaine, il fonctionnait comme une réunion ouverte à l'ensemble des patients du service ainsi qu'à leurs familles, mais également aux membres de « la communauté » du treizième arrondissement qui y trouvaient un intérêt. Le groupe était animé par Woodbury, qui selon les témoignages, y acceptait en effet à peu près quiconque s'intéressait à la psychiatrie et faisait la demande de participer. Les patients pouvaient ainsi amener des amis, et des habitants du quartier y venaient également parfois sans avoir aucun lien avec l'ASM. Le groupe était réuni dans la salle de l'enseignement du dispensaire et comptait souvent de 60 à 70 personnes. Les réunions pouvaient durer jusqu'à trois heures¹⁶⁷.

Selon Woodbury, le grand groupe fonctionnait pour certaines familles prises en charge comme une véritable « psychothérapie de groupe des familles »¹⁶⁸. Mais de toute évidence on était loin de la psychothérapie de groupe telle qu'elle était faite habituellement : la taille du groupe, l'absence de contrôle des présents, la liberté de ton des discussions en faisaient plutôt une sorte de grand forum, dont les témoins gardent en mémoire le caractère un peu « folklorique »¹⁶⁹. D'après les témoignages, le grand groupe fonctionnait surtout comme un lieu de parole pour les patients et leurs familles. Les discussions prenaient pour point de départ les interventions spontanées des présents, et s'orientaient en fonction des réactions des uns et des autres. Un des médecins raconte :

On attendait que quelqu'un ait envie de parler, puis- il y avait toujours quelqu'un qui avait envie de parler et qui commençait quelque chose et puis les autres embrayaient sur ce qui se disait et... bon, les gens s'expliquaient les uns avec les autres à travers ce

¹⁶⁶ Entretien médecin

¹⁶⁷ Diatkine, 1972

¹⁶⁸ Woodbury et Woodbury, 1969

¹⁶⁹ Entretiens

grand groupe [...].Et alors, on parlait soit de ce qui se passait là, dans l'instant, soit on pouvait aussi amener des choses qui s'étaient passées dans la semaine et qui nous avaient posé problème. Ou bien on parlait de... de choses et d'autres. Alors, c'était le moment, quelquefois, de règlements de comptes, hein... Et comme il y avait plein de gens autour... les gens réagissaient en faisant le chœur antique... et ça permettait quelquefois de résoudre des choses qui ne se seraient pas résolues en tête-à-tête.

Le groupe avait donc une réelle efficacité dans la résolution de certains conflits. Mais il permettait par ailleurs des échanges entre les parents des patients :

Les mères de schizophrènes, par exemple, elles savaient très bien s'y prendre avec l'enfant de l'autre. Tandis qu'avec le leur, elles étaient un peu coincées parce que trop... trop touchées au cœur, quoi... Mais elles pouvaient très bien, en s'occupant de l'autre, montrer à l'autre mère, non pas qu'elle était meilleure mère qu'elle, mais que, en étant pas aussi proche, elle pouvait vivre quelque chose d'autre, enfin... Et souvent, ça permettait justement à la mère de se dire « C'est vrai, tout compte fait, on pourrait faire un tout petit peu autrement ».

Les deux dispositifs, le groupe permanent et le grand groupe, permettaient ainsi d'aménager sensiblement les relations entre les patients, leurs familles et l'équipe du service.

L'HAD avait au total une file active d'une vingtaine de patients, pour des prises en charge relativement longues. Cela en faisait un dispositif finalement lourd – même si, selon un des psychiatres du service, il fallait en mesurer l'efficacité à l'aune de l'ensemble des personnes effectivement prises en charge : « 25 patients, ça fait 25 familles, ça faisait... On avait compté à un moment que ça faisait 214 personnes qu'on avait eu à voir, quoi... »¹⁷⁰ Les patients étaient adressés par les équipes de secteur, éventuellement d'abord pour un bilan. L'HAD ne se substituait pas aux équipes de secteur, qui gardaient, comme pour tous les patients en institution, la maîtrise des traitements, et qui assuraient la continuité des soins. Certaines visites à domicile pouvaient par ailleurs être faites conjointement par l'HAD et l'un ou l'autre des membres de l'équipe – c'était en particulier le cas des visites d'urgence, sur lesquelles je vais revenir.

En principe, je l'ai dit, l'essentiel des « indications » du service étaient constituées de patients dont les familles posaient des problèmes. Les écrits signalent en fait des situations variées :

. d'une part des familles où existait une « relation symbiotique serrée entre mère et enfant psychotique ». « Le projet peut être de permettre une certaine autonomie du patient officiel en évitant dans la mesure du possible ou en limitant la décompensation de la mère. » Le cas que j'ai cité plus haut, d'une jeune fille prise en charge au groupe permanent tandis que l'assistante sociale de secteur s'entretenait avec la mère, entrait dans ce cadre.

. des familles « où se trouvent plusieurs malades « officiels » dans une relation d'interdépendance fragile » ce cas illustre cette situation :

M. et Mme W. L'un et l'autre ont été souvent hospitalisés séparément, décompensant l'un après l'autre un équilibre précaire. Mme décompense une psychose hystérique

¹⁷⁰ Entretien médecin.

dans des moments d'intolérance à l'attitude de son mari, qui, schizophrène de longue date, s'enferme dans un apragmatisme quasi catatonique avec des défenses obsessionnelles.

Quand nous faisons leur connaissance, Mme abandonnant la lutte est presque dans le même apragmatisme que son mari, et ils passent leur journée claustrés dans l'appartement et même le plus souvent, pelotonnés au lit. La dernière hospitalisation de Mme W. n'avait guère paru utile et avait montré le besoin qu'avait Mme W. de « son » malade, de son « mari nourrisson ».

Ce n'est que dans une intervention à domicile en traitant ensemble, l'un devant l'autre les 2 éléments du couple, que put se dessiner une certaine évolution avec certes des épisodes critiques nécessitant à plusieurs reprises l'hospitalisation de Mme, mais qui, en fin de compte, permet à l'un et à l'autre de reprendre une vie plus normalisée.¹⁷¹

. des familles, enfin, « comportant un malade officiel, symptôme de la pathologie familiale » : « les autres membres de la famille sont apparemment sains (bien qu'en y regardant de plus près, on pourrait trouver bien souvent des névroses de caractère), mais le système familial est équilibré par la pathologie de l'un des membres. » C'était cette catégorie qui pouvait de toute évidence subir la plus grande extension. Les soignants faisaient en particulier entrer dans ce cadre les cas de familles de schizophrène, comme celui de Rolande que j'ai cité plus haut. A ce compte là il n'était pas difficile d'inclure des patients dans la file active du service.

De fait, au-delà des familles, la clientèle du service comptait également un grand nombre de personnes isolées. On retrouvait ainsi l'un des motifs récurrent de l'intervention à domicile en psychiatrie. D'après des chiffres donnés en 1973¹⁷², cette catégorie de patients recouvrait entre le quart et la moitié des prises en charge. Il s'agissait alors souvent de patients déficitaires. Cet exemple donné en cours d'entretien illustre bien ce type de cas :

Je pense par exemple à une vieille dame délirante, qui était seule. On la voyait un peu chez elle, on la voyait chez nous. Et dans... Alors, vous me direz, elle aurait pu aller dans un hôpital de jour. C'est vrai. Mais l'hôpital de jour était peut-être moins disponible, n'importe comment... Vous voyez ? Enfin, à n'importe... Tandis que là, elle passait, elle venait, elle apportait des choses, le cas échéant, pour manger un morceau avec nous, elle... C'était une sorte de milieu de vie qu'on lui proposait, mais qui n'était pas structuré de façon trop rigide. Et alors, elle pouvait venir, et puis bon, lorsqu'on ne l'avait pas vue depuis quelques jours, on se disait « Là, elle doit être en train de s'enfermer, il va falloir aller la voir ». Alors on allait la voir... « C'est Mimi qui passe... » bon... (NH : *Mimi c'était l'infirmière ?*) Mimi c'était l'infirmière, oui... Et bon, elle frappait et... « Ah ! C'est vous... ? Bien entrez quand même... » Et puis là, on pouvait rétablir quelque chose. Ou bien on était appelé par les voisins parce qu'elle avait fait la java les jours d'avant. Mais il n'y avait pas un danger absolu, autour de cette patiente. Mais il y avait un danger social...¹⁷³

Le travail à domicile, et plus généralement le travail de secteur tel qu'ils se mettaient en place dans l'organisation du treizième arrondissement avaient plus

¹⁷¹ Paumelle et Prévost, 1969

¹⁷² Paumelle et coll., 1973

¹⁷³ Entretien médecin.

généralement deux caractéristiques qu'il me faut évoquer rapidement pour conclure ce chapitre.

le travail à domicile comme travail d'équipe.

C'est en effet dans le cadre de ce travail à domicile auprès des familles que le travail d'équipe prenait tout son sens. L'équipe était un thème important du travail du dispensaire, dès, on l'a vu, les premières expériences de dispensaires d'hygiène mentale. Le travail d'équipe était une des dimensions forte de la médecine sociale, au sens où l'on entendait ce terme dans les années d'après guerre. Mais c'était alors la complémentarité des points de vue, dans une perspective de division du travail, qui était valorisée. Avec le développement de soins à domicile l'équipe devenait nécessaire pour gérer le travail avec les différents membres des familles. Pour les responsables de l'HAD, les relations avec les familles ne pouvaient être en effet que des relations de groupe à groupe :

Une des spécificités, justement, c'était de mettre devant un groupe familial pathologique, parfois à cause d'un patient ou à cause d'une pathologie familiale, on mettait un groupe thérapeutique. Enfin, notre équipe. Et puis on laissait les gens avoir des relations presque personnelles. De groupe à groupe. Et on se rendait compte que par exemple, il y avait une infirmière qui s'identifiait très fort à la mère, une infirmière qui s'identifiait au père ou à la petite sœur, enfin bon... vous voyez, il y avait des affinités qui s'établissaient, dans des contacts soit en groupe, soit dans des rencontres personnalisées, et puis après, le boulot, c'était justement de faire, dans le cadre d'une réunion d'équipe... de faire s'exprimer les gens pour comprendre la complexité de cette pathologie familiale.¹⁷⁴

Le travail d'équipe permettait ainsi de jouer des relations avec les différents membres de la famille :

Parce que, quand on allait à domicile et qu'il y avait le patient, la famille qui nous connaissait avait un peu intérêt à nous capter. Et alors, à ce moment-là, le patient sentait qu'on n'était plus... qu'on n'était plus pour lui. Et qu'on faisait chorus avec la famille. Alors il y avait des... tout un travail de relations. Comme souvent, la famille qui n'en pouvait plus nous présentait comme... « Bien, puisque tu n'es pas sage, tu iras chez le psychiatre », c'était... c'était plus... On pouvait faire un travail de préparation, de soutien ensuite et les visites à domicile... ou alors, après, quand on faisait des visites à domicile, quand la situation était difficile, on l'a fait dès qu'on a eu un interne et après le service d'hospitalisation à domicile, on l'a fait avec une équipe de... avec le médecin de l'hospitalisation à domicile, de l'HAD, l'infirmière et aussi parfois un interne. Alors à ce moment-là, on faisait tout un travail de... On était suffisamment nombreux pour que l'assistante sociale puisse être un peu le soutien de la famille, l'infirmière et le médecin avec le malade ou parfois même... et alors, on faisait des espèces de... de groupes où l'infirmière prenait « le parti » du malade, contre le médecin, et on jouait un petit peu de cette... Et ça, tout ce travail de... pas de mise en scène, mais où chacun des membres de l'équipe soignante se faisait l'écho d'une des personnes du Groupe, ça permettait de faire apparaître ce qui préoccupait les uns et les autres, et une fois que tout était dit, essayait de réunir un peu... et puis de faire accepter, parfois, une hospitalisation qui s'imposait absolument. Même relativement brève, soit parce qu'il fallait un traitement important, soit parce qu'il

¹⁷⁴ Entretien médecin

fallait détendre la situation et travailler un peu la famille ou la personne la plus proche du patient, qui le supportait plus... ou s'il y avait des risques. Parce que souvent, il y a eu des risques.¹⁷⁵

le travail de secteur comme travail d'urgence.

Décider et agir dans l'urgence était l'autre dimension importante du travail des équipes de secteur. Il est pour une part difficile de dire des choses très précises sur cette dimension importante pourtant du travail psychiatrique dans les dispensaires des années 1960. L'urgence correspondait pour les soignants au sentiment de faire face à un risque qui engageait leur responsabilité. Or cette évaluation engageait leur éthique, qu'il est difficile de saisir a posteriori. La place et le sens du traitement de l'urgence dans le treizième arrondissement durant la décennie 1960 peuvent être toutefois être compris avec relativement de précision grâce à la thèse que G. Diatkine a consacré à cette question en 1970¹⁷⁶.

L'urgence paraît, d'abord, avoir été une dimension particulièrement prégnante au dispensaire. Je l'ai souligné, idéalement les consultations, au dispensaire, étaient données sur rendez-vous – de façon à ne pas faire attendre le patient et pour le mettre dans de bonnes dispositions. Dans ces conditions, l'urgence survenait sous la forme d'une interruption du cours régulier de la consultation, que ce soit par l'arrivée de patients agités, anxieux, ou par les appels de familles, de proches ou des services sociaux ou de police auxquels il fallait accorder une attention immédiate. On ne dispose guère de données qui permettent d'estimer l'importance de ces interruptions. Pour ce qui est seulement des interventions d'urgence à domicile, je l'ai signalé, en 1962 les assistantes sociales avaient fait plus de 240 visites dans l'année – soit, compte tenu des jours de fermeture du dispensaire le week-end, presque une par jour. Il est impossible en revanche de se faire une idée des consultations accordées d'urgence, sans rendez-vous, mais certains articles de l'époque semblent suggérer qu'elles constituaient la norme du travail de secteur.

Ces urgences posaient de toute évidence problème au travail de dispensaire. Elles touchaient d'abord les assistantes sociales, qui étaient, je l'ai dit, en première ligne et, comme le soulignaient discrètement les rapports d'activité, dont le travail était rendu pesant. Mais le problème se posait également en termes de présence médicale. Il fallait pour leur faire face que les médecins soient disponibles, et cela n'était possible que pendant les horaires de consultation. Encore la disponibilité des médecins était-elle limitée compte tenu de leurs responsabilités dans les différents sites de l'association. Écoutons Diatkine :

Il n'est vraiment intéressant de s'occuper d'un patient très perturbé que si l'on est assez disponible : or les psychiatres du 13^e, bien que travaillant en général à temps complet, ont le plus souvent un emploi du temps extrêmement serré, puisqu'ils doivent à la fois suivre leurs malades dans les divers établissements, assurer la responsabilité d'une institution particulière, mener à bien, aux heures prévues, consultations sur rendez-vous et psychothérapies et participer à l'enseignement et à la direction de

¹⁷⁵ Entretien assistante sociale.

¹⁷⁶ Elle a été publiée sous la forme d'un numéro spécial de *l'Information psychiatrique* en 1972 : Diatkine, 1972. Les données qu'il donne, qui couvrent 9 mois, d'octobre 1967 à juillet 1968 sont toutefois un peu approximatives.

l'association. On conçoit qu'ils ne puissent disposer à l'improviste de la quantité de temps que nous jugeons nécessaire pour transformer une urgence en une situation pré-thérapeutique, et qu'à l'opposé le patient inattendu et qui ne saurait différer son entretien avec le psychiatre perturbe profondément un horaire déjà difficile à établir.

Ce sont ces limites qui déterminèrent les responsables de l'association à créer un dispositif dédié spécifiquement aux urgences à partir de 1965. Le dispositif qui fut mis en place dans un premier temps reposait sur la présence d'un interne à plein temps :

Un interne spécialement affecté à ce poste était présent chaque matin et chaque soir, à tour de rôle. Un autre interne, travaillant le reste du temps à l'hôpital, assurait une vacation de 17h30 à 21h30. De 13h à 17h les médecins qui tenaient leur consultation s'occupaient éventuellement des urgences. La nuit, le samedi soir et le dimanche, le service ne fonctionnait pas. L'équipe d'urgence était complétée par une seule infirmière, présente de 9h à 20h, « prêtée » alternativement par chaque équipe de secteur. [...] L'interne et l'infirmière allaient à domicile évaluer des cas nouveaux ou des rechutes signalées par l'entourage, recevaient des malades surtout alcooliques ou psychotiques en décompensation brutale, ou conseillaient des familles venues demander assistance pour leur malade.

257 interventions furent ainsi réalisées en 1965. Mais le dispositif s'avérait encore fragile. Écoutons encore Diatkine :

Le fonctionnement du service [...] n'allait pas sans créer un sentiment d'insatisfaction et d'insécurité chez ceux qui y travaillaient : insatisfaction dans la mesure où les possibilités thérapeutiques se limitaient à la prescription de médicaments, de quelques heures de repos dans l'infirmierie du Centre, ou « dans certains cas à un soutien psychothérapeutique en attendant la prise en charge par l'une des équipes de secteur ». Insécurité dans la mesure où une partie du travail consistait à attendre seul ou avec une infirmière l'irruption d'un patient éventuellement dangereux, mais aussi dans la mesure où le service d'urgence était le lieu des tensions entre le 13^e et les organismes voisins, tensions qui s'exprimaient sous la forme d'un conflit très précis : les hôpitaux psychiatriques desservant les autres secteurs, surencombrés, acceptaient mal de recevoir par surcroît des patients du 13^e, qu'ils devaient interner d'urgence comme le prévoyait la convention passée avec la préfecture de la Seine l'hôpital de Soisy était plein. Une forte pression s'exerçait donc de l'extérieur – en général à travers le service d'admission de Ste Anne – pour que les patients du 13^e urgents soient traités ambulatoirement jusqu'à ce qu'il y ait pour eux de la place à Soisy. Cette pression s'exerçait avec d'autant plus de force que l'équipement du 13^e s'améliorait et qu'une plus grande fraction de la population s'y faisait traiter.

En octobre 1967, le service d'urgence était donc fusionné avec l'hospitalisation à domicile. Cette fusion se fit du reste sans mal. Ainsi que le raconte Diatkine, « il n'y eut qu'à intégrer les deux internes du service d'urgence à [l'équipe de l'HAD] pour la rendre tout à fait appropriée au traitement intensif des urgences ». De fait les urgences s'articulaient assez naturellement au travail de l'HAD. Le groupe continu constituait un groupe facilement mobilisable lorsqu'il en était besoin. L'HAD avait par ailleurs déjà à faire face aux urgences de ses propres patients : on a vu que le groupe continu constituait de fait un refuge pour les patients lors de

crise d'angoisse. Sa structure était suffisamment lâche pour y accueillir également les patients qui survenaient à l'impromptu.

L'HAD développa rapidement une prise en charge spécifique de l'urgence. Les urgences parvenaient à l'HAD soit directement, lorsque par exemple le patient ou sa famille connaissait le service, soit, et c'était le cas le plus fréquent, par le dispensaire, où les patients avaient vu l'assistante sociale ou l'infirmière du secteur, mais pouvaient également avoir été orienté dès leur arrivée par l'hôtesse d'accueil. La prise en charge se développait ensuite au sein du groupe continu, ou bien dans un bureau attenant :

Le plus souvent, le patient était accueilli alors dans le groupe continu avec les personnes qui éventuellement l'accompagnaient – y compris le membre de l'équipe de secteur qui l'avait vu. Un café, symbolique à la fois de la genèse du groupe et de nos bonnes intentions était offert, tandis que les assistants se présentaient. Il était rarement possible de traiter entièrement l'urgence dans le groupe continu : le plus souvent il était nécessaire de réunir dans le bureau médical le patient, ses accompagnateurs, une ou deux infirmières de l'hospitalisation à domicile ou du secteur et l'interne. Une réunion de même composition était organisée à domicile lorsque le patient ne venait pas lui-même. Nous pouvions en cas de difficulté demander conseil aux psychiatres du service ou du secteur ainsi qu'à l'assistante sociale. Le dossier du patient était aussi à notre disposition, mais nous ne l'utilisions que lorsque l'information vivante constituée par la présence d'une personne de son équipe de secteur faisait entièrement défaut.

Le traitement des urgences ne visait pas seulement à établir un diagnostic, à mettre en route un traitement, à orienter les patients, il se proposait aussi de résoudre la situation qui avait mené le patient à la consultation du moins d'entamer cette résolution. Pour rendre ce travail opérationnel une définition simple et transversale de l'urgence psychiatrique était proposée. Écoutons les responsables du service :

Nous définissons l'urgence psychiatrique comme étant une situation où une ou plusieurs personnes souffrent d'un état d'anxiété aiguë, ou bien le provoquent dans leur entourage; cette anxiété pouvant être soulagée par des techniques et des modalités de traitement que nous avons à notre disposition dans le cadre éthique et légal de notre communauté.

Soulager l'anxiété pouvait nécessiter parfois une hospitalisation. Mais le travail d'urgence lui-même devait déjà permettre de calmer les choses :

L'intérêt massif porté au malade, l'aide concrète qui peut lui être accordée sous la forme d'une aide familiale, les capacités thérapeutiques de l'équipe, le respect des réalités sociales, et l'administration de médicaments, tout cela soulage souvent à tel point l'anxiété du malade, de sa famille, et de son milieu social, que même lorsque l'hospitalisation s'avère nécessaire, le patient amené en urgence peut retourner chez lui ou à son travail pour informer son entourage de la décision qu'il a prise de se soigner; il donne ainsi la preuve qu'il n'est pas [le] fou que l'on traîne de force à l'asile. Quelques heures passées à la préparation d'une hospitalisation peuvent écourter considérablement la durée de celle-ci.¹⁷⁷

¹⁷⁷ Woodbury et Woodbury, 1969

A partir de 1969 l'HAD proposa également à certains de ses patients un suivi des prises en charge sur plusieurs jours, de manière à compléter le traitement, « sans pour autant que cela puisse être considéré comme une prise en charge officielle »¹⁷⁸. Ces « suites d'urgence » permettaient de prolonger l'observation du patient, mais souvent également de conclure la résolution de la crise. Le service d'urgence mettait ainsi en œuvre ce qui constituait le début d'un travail de crise, qui allait déboucher quelques années plus tard sur d'autres dispositifs tels que les centres de crise – ou, au sein du treizième arrondissement, la policlinique.

Pour les responsables du treizième arrondissement, l'urgence posait problème pour deux raisons. D'un côté, elle ne concernait plus seulement les patients nouveaux, mais également les patients du service. Etre pris en charge ne suffisait plus à garantir que la situation des patients allait être totalement maîtrisée. Crises, rechutes étaient le quotidien de la pathologie au long cours. De l'autre côté, l'urgence restait l'un des modes d'accès privilégié à la prise en charge. Malgré les efforts des entrepreneurs de l'association pour s'implanter dans le treizième arrondissement et se faire connaître les urgences survenaient trop souvent lorsque. Au total le service d'urgence reprenait aux équipes de secteur une partie d'un travail qui devait naturellement leur revenir :

Alors qu'un même médecin, ou du moins, une même équipe devrait suivre un malade pendant toute la durée de son traitement, quel qu'établissement qu'il traverse, il y a maintenant au moins deux équipes, l'une pour les temps agités, l'autre pour les temps calmes. Les inconvénients de cette situation sont évidents : les communications se font mal, les clivages créés par les malades entre les équipes sont difficiles à analyser, les possibilités offerts aux psychothérapies par les urgences sont rarement utilisées.

A l'HAD, cette distance était de fait minimisée par la proximité des équipes de secteur et des équipes d'urgence, et elle ne posait pas réellement de difficultés . Mais ces discussions allaient être reprises avec davantage de vivacité quelques années plus tard, au moment de créer, avec la « policlinique » un service d'urgence permanent, mais cette fois définitivement à l'écart des dispensaires.

* * *

Entre psychanalyse et travail de secteur, l'action du centre de santé mentale du treizième arrondissement dans les années 1960 oscillait en définitive entre deux modèles. D'un côté le modèle de la psychanalyse correspondait à une tentative de penser le patient comme un acteur du soin et un consommateur de services médicaux. De l'autre côté le travail sur les familles et le travail d'urgence reposait sur la prise de conscience des limites à l'autonomie des patients, qui justifiaient que l'on intervînt, souvent contre sa volonté, à son domicile.

Dans le chapitre suivant j'examine le développement des institutions de jour. Si les problèmes qui se posaient à celles-ci étaient en définitive les mêmes que pour le dispensaire – la question de la chronicité et de la perte d'autonomie des patients – la manière de poser ces problèmes différait toutefois. Comme pour le

¹⁷⁸ RA 1969

dispensaire, l'analyse doit cependant débuter en amont du treizième arrondissement.

Ch. 3. Les « thérapeutiques actives » et le travail sur les institutions de jour dans les années 1960 : psychothérapie institutionnelle et réadaptation professionnelle.

Ce chapitre est centré sur l'analyse de la mise en place et du fonctionnement des institutions de jour du treizième arrondissement pendant la décennie 1960 – l'hôpital de jour et les deux « ateliers thérapeutiques de réadaptation ». Dans le courant des années 1960 les institutions de jour paraissaient en mesure de fournir une alternative globale à l'hospitalisation et d'en réduire significativement l'importance dans les prises en charge, en les réduisant à l'accueil des épisodes aigus.

Ce passage à l'extrahospitalier reposait de toute évidence sur une prise de conscience éthique. Les critiques de l'enfermement des malades mentaux dans des hôpitaux psychiatriques isolés, et, peut-être surtout, de l'appauvrissement des relations sociales et de l'atteinte à la dignité des malades dans ces hôpitaux fut pour les psychiatres de *l'Information psychiatrique* l'un des moteurs essentiels de la recherche de solutions de prises en charge alternatives à l'hospitalisation. Dans le treizième arrondissement cette dimension éthique du travail sur les institutions était portée à un niveau très élevé. La plupart des écrits de P. Paumelle se situent en effet dans cette perspective et tentaient de justifier sur ce plan l'action qu'il entreprenait.

Ce n'est pourtant pas sous cet angle là que je veux essayer d'analyser l'histoire de l'hôpital de jour et de l'atelier du treizième arrondissement – ou du moins pas directement. Dans ce chapitre je veux en effet essayer de saisir l'élaboration de ces deux dispositifs au plus près des pratiques. Or si l'éthique est une composante de l'action, elle n'explique pas pour autant les conditions dans lesquelles celle-ci se déploie. C'est plutôt sur la dimension instrumentale du dispositif de secteur que je veux insister. Les entrepreneurs du treizième arrondissement justifiaient en effet leur dispositif par son efficacité globale sur les trajectoires de maladie de leurs patients. Le secteur ne visait pas seulement à transformer les conditions de vie des malades mentaux, mais véritablement à agir sur les pathologies. L'hôpital de jour comme les ateliers de réadaptation visaient peut-être d'abord à se donner les moyens d'une action plus efficace sur la maladie - c'était du reste là en réalité l'un des fondements de l'engagement éthique des entrepreneurs du treizième

arrondissement : celui-ci reposait en effet pour une part en dernière analyse sur cette conviction qu'ils pouvaient changer les choses, et en particulier guérir des malades ou en tous les cas améliorer significativement leur pathologie.

Dans ce chapitre j'essaie donc de comprendre à la fois le rôle que les entrepreneurs de l'association accordaient aux institutions de jour, et en particulier au type d'efficacité qu'ils espéraient atteindre, et la manière dont ces significations étaient portées dans l'organisation du travail au sein des institutions.

L'organisation des institutions de jour reposait de manière cruciale sur le travail fait par les psychiatres de *l'Information psychiatrique* à propos du sens de l'hospitalisation psychiatrique à partir de la Libération. L'hospitalisation psychiatrique, jusqu'avant la guerre, se justifiait encore largement par l'isolement. Si hospitaliser avait un sens, en fin de compte, c'était pour permettre au patient de se retirer de ses activités sociales dans un milieu où seraient neutralisés ses problèmes familiaux et professionnels¹⁷⁹. Les psychiatres de *l'Information psychiatrique* voulaient quant à eux redonner un contenu positif à l'hospitalisation. Isolement signifiait pour eux relégation, mise à l'écart et abandon. Il fallait que l'hôpital psychiatrique soit au contraire un lieu de traitement actif et qu'il développe un véritable « rendement thérapeutique ».

L'idée de rendement thérapeutique qui était développée par les psychiatres de *l'Information psychiatrique* renvoyait à une mesure de l'efficacité globale des services psychiatriques et reposait avant tout sur un calcul du mouvement des patients. Les hôpitaux à fort rendement thérapeutique étaient les hôpitaux qui parvenaient à faire tourner leurs lits. Je vais revenir sur cette dimension statistique – mais aussi politique – dans le prochain chapitre, dans la mesure où elle jouait un rôle crucial dans les justifications que les entrepreneurs du treizième arrondissement donnaient de leur action. Mais l'idée de rendement thérapeutique avait également un sens au plus près des patients, au niveau du travail psychiatrique. Elle engageait en effet les psychiatres à mettre en œuvre des traitements actifs au sein de leurs services. La possibilité de développer de tels traitements reposait en 1945 sur de nouvelles stratégies thérapeutiques, à la fois du côté des traitements biologiques, mais peut-être surtout du côté de ce qui commençait à s'appeler la psychothérapie institutionnelle, et que je préfère quant à moi, pour ne pas entraîner de confusion avec le groupe formé autour de François Tosquellès dans les années 1960, appeler les « thérapeutiques actives ». Ces nouvelles stratégies thérapeutiques devaient transformer en profondeur le visage de l'hospitalisation. Ce sont elles également qui rendaient possible d'imaginer des prises en charge, en psychiatrie, dans des institutions comme les ateliers thérapeutiques ou les hôpitaux de jour.

Dans la première partie du chapitre je donne quelques éléments nécessaires pour comprendre les ressorts de cette histoire. Il n'est pas question de développer en détail l'histoire des thérapeutiques actives à partir de 1945 et de leur redéploiement dans les dispositifs extrahospitalier, mais il faut tout de même essayer de la résumer à gros traits.

La seconde partie est consacrée à l'étude des institutions du treizième arrondissement. J'utilise dans cette seconde partie la notion de philosophie du soin dans les institutions. J'entends par là un discours qui véhicule à la fois un certain

¹⁷⁹ Pour un exposé didactique des conceptions dans l'avant guerre du traitement des maladies nerveuses et mentales voir par exemple Genil-Perrin, 1931

nombre de notions sur le sens du travail dans l'institution et des principes qui organisent les pratiques des acteurs. Cette notion me permet de saisir de manière pragmatique des manières de faire qui se situent à un niveau intermédiaire entre un niveau d'analyse structural, que développent des travaux comme ceux de Foucault, ou, dans sa suite, ceux de Castel, et le niveau des pratiques de soins, qui est le niveau des études ethnographiques. C'est en effet à la fois à une échelle de temps moyenne – une dizaine d'année – et au niveau des dispositifs que je situe cette histoire.

L'hospitalisation psychiatrique en question : des thérapeutiques actives à l'extrahospitalier, 1945-1960.

Il n'est pas question ici de retracer en profondeur l'évolution entre 1945 et 1960 du travail psychiatrique hospitalier, ni celle du tournant vers l'extrahospitalier, mais je veux examiner ce qui fut rendu possible, sur cette période, par l'appropriation des thérapeutiques actives par les psychiatres de *l'Information psychiatrique*. Je vais résumer cette histoire en trois étapes qui me paraissent décisives et doivent être évoquées rapidement : le travail sur *le sens* de l'hospitalisation psychiatrique entamé dès la Libération par le groupe de *l'Information psychiatrique*; le travail sur la post-cure réalisé à partir de la fin des années 1940 par les Croix-Marines et par P. Sivadon ; et l'appropriation de l'hôpital de jour par les psychiatres français à la fin des années 1950.

Rendre les séjours à l'hôpital psychiatrique « intensifs » : les thérapeutiques actives dans les hôpitaux psychiatriques.

Les discussions et débats qui agitèrent la profession psychiatrique à la Libération ont été analysés le plus souvent comme une volonté de libéraliser et d'humaniser les conditions de vie des patients dans les hôpitaux psychiatriques. C'était évidemment une composante importante de l'action des psychiatres. Mais ceux-ci oeuvraient également pour une amélioration de leurs conditions de travail. Ils avaient la conviction que l'hôpital psychiatrique pouvait augmenter son efficacité thérapeutique si on lui en donnait les moyens. Ils étaient décidés à faire de leurs services des lieux de traitement actif.

Les réformateurs de la psychiatrie de l'avant guerre défendaient une idée qui pouvait paraître leur ressembler lorsqu'ils demandaient la création de services psychiatriques dotés de réels moyens. Mais c'était avant tout aux patients souffrant de pathologies aiguës qu'ils pensaient. Pour l'hôpital psychiatrique – l'hôpital psychiatrique public, départemental – c'était une autre affaire. Ces patients aigus ne représentaient en effet qu'une petite partie des populations des hôpitaux psychiatriques. E. Toulouse distinguait nettement le sort que l'on devait faire à ces patients, qui étaient curables, de celui qu'il réservait aux « chroniques » que l'on considérait incurables. Si les premiers devaient bénéficier d'une prise en charge intensive, il suffisait pour les seconds de créer des hospices – et de fait dans l'esprit de Toulouse ces hospices existaient déjà sous la forme des asiles, et il fallait selon lui développer la psychiatrie à l'écart du dispositif asilaire pour prendre en charge les pathologies aiguës. Les médecins des asiles étaient sans

doute contre la division du travail que proposait Toulouse avec ce projet et revendiquaient leur part du traitement des patients aigus, l'hôpital psychiatrique départemental n'en devait pas moins compter selon eux une section hospice.

Les psychiatres de *l'Information psychiatriques* étaient contre cette vision pessimiste de la maladie mentale. Les patients chroniques ne devaient pas, selon eux, être séparés des patients aigus. Les uns et les autres devaient pouvoir bénéficier des mêmes possibilités de traitement. Cette revendication avait un fondement éthique évident, mais elle reposait également sur la conviction qu'avaient les psychiatres de disposer de nouveaux moyens dont ils devaient faire profiter tous leurs patients.

Avant la découverte des neuroleptiques dans les années 1950, celle des thérapeutiques de choc – choc cardiazolique, insulinique, puis, peu de temps avant la guerre, électrochoc – dans les années 1920 et 1930 avait en effet été perçue comme une première « révolution thérapeutique », que l'on a trop souvent oubliée aujourd'hui. Les témoignages des années 1940 et 1950 montrent en effet comment l'application de ces traitements dans les hôpitaux psychiatriques a changé presque du jour au lendemain le pronostic de certains patients, que l'on jugeait alors définitivement perdu. Elle transformait également le métier de psychiatre, et celui de soignant : d'un seul coup, les uns et les autres devenaient thérapeutes, et sortaient de leur rôle de gardiens des fous¹⁸⁰.

Les thérapeutiques de chocs jouèrent de toute évidence un rôle important dans les hôpitaux psychiatriques depuis la fin des années 1930. Mais elles étaient toutefois insuffisantes pour les transformer complètement. Un certain nombre de patients, qui restaient nombreux, n'en tiraient aucun bénéfice. Les psychiatres de *l'Information psychiatrique* pensaient de surcroît que leur métier ne devait pas s'arrêter pas à l'application des thérapeutiques de choc. Ils comptaient donc également sur ce que j'appelle les « thérapeutiques actives », et qui porte dans les écrits de l'époque des noms variés – techniques de psychothérapie collective ou de psychothérapie institutionnelle, sociothérapie, *occupational therapy*, voire psychiatrie sociale : l'introduction systématique dans leurs hôpitaux de l'ergothérapie, des journaux, des réunions, des clubs sportifs, activités de théâtre, de dessin, de jeu, etc. Là, pour les psychiatres de *l'Information psychiatrique*, se trouvait le vrai moyen de renouveler la psychiatrie.

Du point de vue des pratiques l'innovation peut paraître mince. Les thérapeutiques actives des psychiatres de *l'Information psychiatrique* n'étaient pas révolutionnaires – ce que leurs opposants avaient beau jeu de rappeler. Le travail, par exemple, fut toujours partie intégrante du traitement des aliénés dans les asiles, et défendu comme tel par les aliénistes du XIXe siècle. En 1945 il s'agissait donc au mieux d'une redécouverte. Encore celle-ci avait-elle eu des signes avant-coureurs. Dès avant la guerre, certaines voix s'étaient faites entendre parmi les médecins des asiles pour se plaindre que l'ergothérapie tombait en désuétude dans les hôpitaux français. Les expériences étrangères – tout particulièrement celle d'H. Simon, à Gütersloh, en Allemagne - montraient que

¹⁸⁰ Voir par exemple le témoignage de Scherrer, 1989, et, pour le point de vue d'un infirmier psychiatrique, celui de Roumieux, 1974

l'on pouvait mettre au travail près de 80 % des malades, et l'atmosphère des asiles en était méconnaissable¹⁸¹.

L'engouement à la Libération pour l'ensemble des pratiques d'ergothérapie ou de sociothérapie est toutefois sans comparaison avec ces tentatives de revaloriser le travail des patients dans l'avant guerre. Les médecins eux-mêmes s'y engageaient et en discutaient dans leurs revues et sociétés savantes. Dans les services, les internes prenaient à bras le corps l'organisation des ateliers, clubs de football ou groupes théâtraux et y consacraient leurs thèses. Plusieurs rencontres ou colloques importants y furent consacrés : en 1948 un numéro spécial de l'*Evolution psychiatrique* faisait le point des réalisations de « psychiatrie sociale », en 1952 Ey organisa, en présence du directeur de l'hygiène sociale, une réunion à Bonneval pour tâcher de lancer une réflexion, pour reprendre les termes de la présentation que fit Ey du compte-rendu des discussions publié après coup dans *l'Evolution psychiatrique*, sur les moyens de « codifi[er] sous forme d'une technique plus rigoureuse » la sociothérapie. Avec les thérapeutiques actives, les médecins n'étaient plus réduits à la passivité, et les hôpitaux psychiatriques bruissaient désormais d'activité.

Les thérapeutiques actives ne se situaient évidemment pas sur le même plan que les thérapeutiques de choc. Leur efficacité n'était pas du même type. Elles ne s'y substituaient pas, et leur application systématique ne signifiait pas que l'on renonçait aux moyens que constituaient les thérapeutiques biologiques. Certains des psychiatres de *l'Information psychiatrique* les plus engagés dans les discussions sur les thérapeutiques actives étaient au demeurant également actifs dans l'expérimentation des thérapeutiques biologiques. Un certain flou persistait au demeurant sur l'efficacité des thérapeutiques actives. Deux perspectives vinrent en fait donner un sens à ces pratiques, que je vais résumer rapidement.

- Dans certains écrits, les pratiques d'ergothérapie ou de sociothérapie étaient conçues dans une perspective de *réadaptation*. Le trouble pouvait avoir été guéri, ou au moins être stabilisé, il fallait amener le patient à retrouver une insertion dans la société : cette insertion devait se faire à partir des capacités restantes de la personne, qu'il fallait développer ou tout au moins mettre en valeur. Dans un article qui sonne un peu comme un manifeste, mais également comme un dispositif de propagande, publié dans le *médecin français* en 1944, Bonnafé déclarait ainsi : « Dans l'immense majorité des cas, le malade mental a conservé une valeur sociale considérable ; au point de vue physique en particulier, sa valeur est bien souvent voisine de la normale. L'essentiel de la doctrine moderne est l'utilisation des capacités sociales restantes en vue de la réadaptation au monde extérieur ou du moins à une vie comportant le maximum de sociabilité dans l'établissement de cure. »¹⁸²

L'idée de réadaptation était commode et son utilisation par les psychiatres tenait à l'évidence pour partie au moins à un effet de mode : que ce soit dans le domaine de la neuropsychiatrie infantile – avec l'enfance inadaptée – ou dans le domaine du handicap et de la médecine fonctionnelle, la réadaptation constituait un concept puissant pour penser tout un ensemble de problèmes à la frontière du

¹⁸¹ Legrain et Demay, 1936

¹⁸² Bonnafé, 1944

médical et du social¹⁸³. Mais elle était également compatible avec des systèmes tels que l'organodynamisme de Ey ou de Sivadon. Ce dernier expliquait dans une perspective évolutionniste que la maladie mentale se traduisait par une « régression » à des niveaux de fonctionnement intellectuel inférieur, dont la désocialisation était la conséquence directe lorsque le milieu du patient ne leur était pas favorable. Les organismes de prise en charge, et le premier d'entre eux, l'hôpital psychiatrique, devaient donc s'efforcer de proposer aux patients des milieux qui permettent aux patients de retrouver, puis de se maintenir à des niveaux d'adaptation qui leur conviennent. Organiser à l'intérieur des hôpitaux psychiatriques ateliers et activités sociales avait ainsi pour but de recréer une sociabilité contrôlée pour « accrocher » le patient et le ramener à son niveau de fonctionnement optimal.

D'un autre côté, tous les psychiatres du groupe de l'Information psychiatrique ne comprenaient peut-être pas la même chose dans cette idée d'adaptation : si certains travaux insistaient davantage sur le réentraînement à l'effort, tels les travaux que Sivadon fit sur le rythme de travail des malades mentaux, qui eurent une influence importante sur l'organisation des ateliers de réadaptation du treizième arrondissement, pour d'autres les facteurs affectifs primaient – ainsi Bonnafé, Daumézon insistaient-ils sur la prise en compte dans les prises en charge du « malheur d'avoir été fou »¹⁸⁴.

- Rapidement la découverte des travaux anglo-saxons de psychothérapie de groupe permit de donner un autre sens à l'efficacité des thérapeutiques actives. De retour d'un voyage en Angleterre, Lacan fit en 1947 à la société de l'Evolution psychiatrique un exposé enthousiaste sur les méthodes que les psychanalystes anglais Bion et Rickman avaient développées dans les centres de traitement des névroses de guerre¹⁸⁵. Un article de Bion et Rickman fut traduit immédiatement après dans *l'Information psychiatrique*¹⁸⁶. Bion et Rickman avaient révolutionné la prise en charge des soldats en proposant de substituer aux pratiques usuelles dans les centres de réadaptation, fondée sur le ré-apprentissage d'une discipline stricte au moyen d'un dispositif disciplinaire, un dispositif de groupes libres, qui visaient à parvenir au même effet en faisant prendre conscience aux soldats de la nécessité de cette discipline. Dans les mois qui suivirent, des psychiatres d'enfants partirent par ailleurs aux Etats-Unis observer les techniques de psychodrame développées par Moreno ou les psychothérapies de groupe de certains psychanalystes dans des cliniques de la côte est.

Certains psychiatres des hôpitaux psychiatriques tentèrent d'appliquer ces techniques directement aux populations dont ils avaient la charge, en organisant dans leurs services des réunions ou des séances de psychodrames, ou en tâchant de reproduire le dispositif de Bion et Rickman. Mais l'apport de ces techniques fut plus certainement qu'elles permettaient de penser les phénomènes, et notamment les phénomènes de transfert, à l'œuvre dans la participation des patients à des groupes d'activité comme pouvaient l'être les ateliers d'ergothérapie ou les ateliers théâtres. Daumézon présenta ainsi plusieurs cas à la fin des années 1940 à

¹⁸³ Sur ce point voir Stiker, 1982

¹⁸⁴ Bonnafé, 1947

¹⁸⁵ Lacan, 1947

¹⁸⁶ Bion et Rickman, 1947

la société médico-psychologique pour tenter de cerner les processus psychopathologique à l'œuvre dans l'évolution vers la guérison de patients de son service : dans une perspective psychanalytique, il montrait que la thérapeutique par l'activité permettait de résoudre les conflits intérieurs du patient qui aurait investi tel ou tel groupe d'activité.

En 1945, les deux perspectives que je viens d'évoquer rapidement n'étaient pas contradictoires comme elles allaient l'être à la fin des années 1960 et dans les années 1970 –on se souvient de l'opposition des psychiatres à la Loi de 1975 sur le handicap¹⁸⁷. Elles se complétaient pour donner un sens à des pratiques et des phénomènes caractérisés par une grande incertitude.

De manière générale, la conviction que l'application de ces méthodes – tant les thérapeutiques de choc que les thérapeutiques actives – pouvait permettre effectivement de transformer l'hôpital psychiatrique pour en faire un vrai centre de traitement actif, et en supprimer les sections d'hospice, contenait une part d'ambiguïté. Il est difficile de se faire une idée précise des espoirs que les psychiatres fondaient dans leurs pratiques. Mais il semble bien qu'ils pensaient pouvoir contenir les phénomènes de chronicité qui grevaient le fonctionnement des hôpitaux psychiatriques. Cette citation de P. Sivadon en 1947 me paraît à cet égard significative :

L'hôpital ne doit être le plus possible, qu'un lieu de passage. On a suffisamment dit qu'il devait être ouvert, mais peut-être, en le disant, ne pense-t-on trop souvent qu'à l'entrée et pas à la sortie. Le but auquel [l'hôpital psychiatrique] doit tendre est d'accélérer le courant de passage des hospitalisés pour restreindre le plus possible la redoutable « sédimentation », la création du résidu des « chroniques » qui doit se limiter à l'inévitable contingent des déments grabataires et des grands antisociaux.¹⁸⁸

Selon Sivadon, les patients atteints de psychoses n'avaient donc pas de raison de sombrer dans la chronicité si on se donnait les moyens de les traiter ou au moins de les réadapter. C'était très optimiste, la suite de l'histoire allait le montrer.

Mais ces discussions avaient de toute façon une dimension stratégique. Potentiel de guérison et perspective de réadaptation se complétaient pour justifier que l'on considérât autrement la psychiatrie. L'article de Bonnafé, que j'ai déjà cité, était à cet égard significatif. Dans une section intitulée justement « La curabilité accrue des maladies mentales » il proposait à ses collègues médecins de faire de cette donnée évidente l'élément de départ d'une vaste entreprise de propagande en direction des populations :

Cette notion [la curabilité des malades mentaux] que la popularité de l'électrochoc continue à répandre, peut être un élément important, tournant vers l'assistance aux aliénés l'opinion publique.

Tous les médecins doivent être les animateurs de ce revirement nécessaire qui entraînera l'acceptation de mesures onéreuses par une opinion jusqu'alors indifférente ou hostile. Le public doit savoir que la folie est tout aussi curable que la tuberculose et qu'en tous cas elle sauvegarde une grande part du rendement social de l'individu.

¹⁸⁷ Sur ce point voir Castel, 1982.

¹⁸⁸ Sivadon, 1947

Bonnafé jouait avec son lecteur : guérison par les chocs et réadaptation se combinaient et à la limite se fondaient l'une dans l'autre. Il fallait de toute évidence être pragmatique.

Après l'hospitalisation : l'organisation de la post-cure

Si l'on posait le problème de l'hospitalisation psychiatrique en termes de réadaptation, comme le faisaient certains psychiatres de *l'Information psychiatrique*, le problème de l'efficacité de l'hôpital psychiatrique pouvait se poser en termes de post-cure. Réduire l'hospitalisation pouvait être facilité si l'on disposait des structures extrahospitalières qui permettaient de prendre les patients en charge au sortir de l'hôpital.

Pour la plupart des psychiatres de *l'Information psychiatrique* la post-cure n'était peut-être pas une priorité. Ils avaient déjà fort à faire à l'intérieur de leurs services, souvent surpeuplés et vétustes, et l'hôpital psychiatrique était par ailleurs leur premier outil de travail. Pourtant, de ce côté-là également, les choses commencèrent à bouger dès la fin des années 1940 et le début des années 1950. En marge de la modernisation de leurs services, certains psychiatres se lançaient dans la mise en place de suivis pour les malades sortis de leurs services. À côté de ces expériences locales quelques discussions importantes eurent lieu : en 1947 une séance de la société médico-psychologique consacrée aux questions d'assistance fit la part belle aux tendances récentes de la post-cure. L'année suivante, le congrès des aliénistes et neurologistes de langue française de 1948 jugea le problème suffisamment d'actualité pour y consacrer un rapport. Sur le terrain, d'un autre côté, deux expériences importantes marquaient la période. Il faut en dire deux mots dans la mesure où elles influencèrent profondément toute une partie du travail fait par les entrepreneurs de l'ASM sur certains de leurs dispositifs extrahospitaliers.

- À partir de 1947, le mouvement des croix marines commença à tenter de fédérer un certain nombre d'initiatives locales, au prix d'alliances qui peuvent paraître parfois contre nature. Tandis que, en effet, François Tosquellès y faisait la promotion des « comités hospitaliers » qu'il avait créé à Saint Alban¹⁸⁹, dans un esprit nettement plus paternaliste Pierre Doussinet et Henri Courbaire de Marcillat se faisaient les champions d'une formule de « placement tutélaire » à la sortie de l'hospitalisation¹⁹⁰ :

Par l'expression de placement tutélaire, nous entendons mettre en valeur la notion de « tutelle » qui confère, à notre sens, son originalité la plus marquante à l'assistance psychiatrique en général et domine plus particulièrement les problèmes à l'ordre du jour de la réadaptation sociale et de la participation sociale des psychopathes et déficients assimilés.¹⁹¹

¹⁸⁹ Les comités hospitaliers étaient en fait des clubs de malades.

¹⁹⁰ Doussinet et Courbaire de Marcillat, 1957

¹⁹¹ Doussinet et Courbaire de Marcillat, 1949

L'idée de placement tutélaire renvoyait à l'idée d'encadrement et de surveillance d'un sujet mineur. L'autorité médicale et morale que le psychiatre exerçait à l'intérieur de son asile sur le malade placé selon les dispositions de la loi de 1838 devait être relayée à l'extérieur lorsque le patient était apte à quitter le service hospitalier sans avoir toutefois recouvré l'intégralité de ses capacités sociales. Selon Doussinet et Courbaire de Marcillat, le placement tutélaire devait ainsi comprendre quatre « termes » : encadrement social, soit sous la forme de « patronages » ou de « home », soit sous la forme de placement familial ; encadrement professionnel ; surveillance médico-sociale ; et tutelle juridique, dernier terme, peut-être le plus fondamental : Doussinet et Courbaire de Marcillat proposaient en effet la reconnaissance d'un statut juridique de protégé, qui dans le droit n'existait pas¹⁹². Ils faisaient de la création de ce statut la condition première de l'efficacité d'une post-cure en psychiatrie : « de la définition et de la reconnaissance juridique de ce que nous appellerons la situation de protégé dépend l'envergure même de l'assistance psychiatrique et la participation de nombreux déficients mentaux à la vie sociale. »¹⁹³

En attendant, les sociétés des croix marine se proposaient d'organiser sur le terrain des structures expérimentales qui pourraient ensuite être généralisées. À Clermont-Ferrand fut ainsi créé en 1947 ce que Doussinet appelait l'Office social de placement tutélaire – et qui semble avoir marqué l'acte de naissance des Croix-Marines. L'office devait prendre en charge les patients au sortir de l'hôpital et leur proposer des solutions d'hébergement. Un « patronage de semi-liberté » - c'est-à-dire un foyer – fut promptement créé, mais les placements s'effectuaient également selon des formules plus traditionnelles de placement familial.

L'office s'adressait en priorité à des patients « susceptibles d'un certain rendement professionnel », qui pouvaient effectivement subvenir à leurs besoins. L'office jouait ainsi le rôle d'un service social, mais il avait également pour objectif d'exercer sur les anciens malades la surveillance étroite que nécessitait leur état. Lisons la description que fait Doussinet du fonctionnement de l'Office de Clermont-Ferrand :

Tous les sujets pris en charge par l'office cessent ipso facto d'être à la charge des collectivités. S'ils viennent de l'hôpital psychiatrique, ils font l'objet de sorties provisoires renouvelables par périodes de trois mois. En dehors de cette éventualité, ils font l'objet de placement tutélaire librement consenti, consentement dont ils donnent eux-mêmes décharge.

Tous sont dotés d'un contrat de travail aux termes duquel ils sont obligatoirement inscrits à la sécurité sociale et sont assurés en outre de la vie matérielle et de l'entretien, d'un gage mensuel proportionnel à leur rendement et révisable chaque mois en fonction des progrès de ce dernier.

Les sujets placés sont astreints à une discipline très libérale qui prévoit l'éventualité de déplacements et la possibilité de congés dans le cas où ils font la preuve de l'existence d'un foyer familial ou d'un foyer amical d'accueil. Il est tenu par l'employeur un compte individuel de leur avoir et de leur gage sur lequel ils ont la latitude d'effectuer des prélèvements pour leurs frais personnels.

¹⁹² On sait que c'est la loi de 1968 qui aménagea le droit des tutelles.

¹⁹³ Doussinet, discussion de Ferdière, 1948

Lorsque prend fin le régime de semi-liberté, les sujets sont admis à reprendre une vie sociale normale et sont simplement soumis à la surveillance des services médico-sociaux.

Dans l'ensemble, le mouvement des Croix-Marines reposait sur le modèle des ligues philanthropiques qui s'étaient développées dans l'entre deux guerre dans le domaine de la lutte contre les fléaux sociaux. Organisé sous la forme de sociétés départementales et de comités locaux, son fonctionnement reposait sur une association entre « techniciens » de la psychiatrie et notables locaux, qui agissaient dans un esprit de philanthropie. Les offices sociaux en particulier reposaient en principe sur l'implication de bénévoles, les « délégués des sociétés de Croix-Marine », qui étaient supposés être les véritables relais de la surveillance sur les protégés de l'office.

- A Paris, Sivadon entama dès la Libération une réflexion sur « l'assistance extrahospitalière » et créa en 1947 une association, l'Elan retrouvé, pour en mettre en place les premiers éléments.

Dans un long rapport présenté à la société médico-psychologique en 1947 Sivadon proposa en effet un schéma d'ensemble pour organiser l'action extrahospitalière en psychiatrie. Les réflexions de Sivadon s'ancraient dans son expérience à la colonie familiale d'Ainay-le-Château, où il avait obtenu son premier poste de médecin chef des asiles avant la guerre. Le texte de Sivadon est important, car il représentait une première tentative pour penser globalement, et à l'aide de concepts proprement cliniques, le rôle que pouvait jouer l'extrahospitalier dans les prises en charge psychiatriques. Ce point est crucial, c'est lui qui distinguait l'entreprise de Sivadon de celle de Doussinet.

Sur le plan des perspectives générales, Sivadon n'avait pas de profonde divergence avec les propositions que Doussinet faisait avec son placement tutélaire : surveillance médico-sociale - ici traduite en « directives d'hygiène mentale », via le dispensaire -, réadaptation professionnelle et réadaptation au « milieu », organisation d'une tutelle étaient selon lui les quatre piliers de l'assistance extrahospitalière. Mais l'originalité du travail de Sivadon résidait dans la manière dont il pensait en clinicien la continuité de l'action à l'hôpital et en extrahospitalier. Même s'il faisait une place à la surveillance tutélaire dans son dispositif, ce n'était pas dans le concept médico-juridique de tutelle que résidait pour lui la spécificité et l'unité de l'assistance psychiatrique extrahospitalière comme c'était le cas pour Doussinet et Courbaire de Marcillat. C'était en effet un concept médical qui servait à Sivadon pour penser la continuité de l'action hospitalière et extrahospitalière, et ce concept, je l'ai déjà évoqué, était la notion d'adaptation. Sivadon forgeait pour cela un concept qui permettait de penser le sens de cette assistance : la « sociopathologie », à laquelle répondait, en miroir, la « sociothérapie ». « L'assistance psychiatrique possède, en plus des caractéristiques qui lui sont communes avec les autres types d'assistance, celle d'être avant tout un instrument de sociothérapie » :

Ce qui distingue le psychopathe de tout autre malade, c'est qu'il est, toujours plus ou moins désocialisé, étranger, à son milieu, aliéné. Ce qui distingue la psychiatrie de toutes les autres disciplines médicales, c'est que son action bise en dernière analyse à resocialiser, à désaliéner le malade.

Ce qui distingue l'assistance psychiatrique de toutes les autres formes d'assistance, c'est qu'elle doit offrir au psychopathe, en plus des ressources habituelles qu'exige toute maladie, une gamme de conditions d'adaptation sociale permettant la réinsertion du sujet dans un milieu qui lui convienne.

D'où la formule générale : l'assistance extrahospitalière, selon Sivadon,

consiste à inventorier les milieux favorables à l'adaptation des psychopathes, à créer artificiellement pour eux des conditions d'existence débarrassées des sources habituelles de conflits, et à les orienter par la persuasion et au besoin par une douce contrainte vers le mode de vie qui seul peut leur convenir.

Cette formule générale correspondait également à une caractérisation des populations concernées :

Il va de soi que nous ne songeons pas ici aux psychopathies aiguës accidentelles qui après guérison ne laissent apparaître aucune atteinte des fonctions d'adaptation sociale. Ayant limité notre sujet à l'assistance extrahospitalière, nous ne parlerons pas non plus des grands antisociaux et des grabataires qui ne peuvent trouver place qu'à l'hôpital ou à l'hospice.

Les sujets auxquels s'adresse l'assistance extrahospitalière forment cependant encore la masse la plus importante par le nombre : ils comprennent l'infinie variété allant des « prédisposés », des « fragiles » formant la clientèle des dispensaire de prophylaxie mentale, jusqu'aux grands invalides de l'esprit qui constituent le fonds de l'assistance hétéro-familiale de type dense.

Cette masse est fort disparate, mais tous les sujets qui la composent ont entre eux un caractère commun : ils ont une sociabilité réduite. Ils ont besoin pour s'intégrer utilement dans l'édifice social de conditions privilégiées, de conseils d'aide, en un mot d'assistance.

Du point de vue des dispositifs, Sivadon dressait une liste de propositions qui constitue un panorama exhaustif des outils disponibles à la fin des années 1940 en matière d'équipements extrahospitaliers. Le dispensaire était le pivot de l'action médico-sociale, je l'ai dit. Pour la réinsertion au « milieu » toutes les formules de placements familiaux pouvaient être explorées, depuis les placements disséminés, dans des familles isolées, jusqu'au colonies familiales, qui réalisaient des formules de « placement de type dense », sur le modèle des colonies de Dun-sur-Auron ou d'Ainay-le-Château. La gradation de la densité du placement – qui se mesurait essentiellement à la présence médicale et la concentration géographique des familles nourricières – répondait aux différents niveaux de sociabilité des patients.

La réadaptation à la profession était le chapitre dont les développements étaient les plus originaux dans le travail de Sivadon. « Centres d'orientation professionnelle spéciaux pour les psychopathes », « centres spéciaux d'apprentissage » devaient être créés. D'un autre côté, Sivadon proposait des formules d'adaptation des conditions de travail, depuis des formules de travail isolé – il observait que « le psychopathe a besoin d'un milieu simple et peu dense. Incapable de s'adapter dans une organisation industrielle ou commerciale importante, il réussira souvent fort bien comme artisan ou comme compagnon » -

jusqu'à des formules d'« équipes encadrées » ou, degré supérieur de l'encadrement, « chantiers et ateliers spéciaux ».

Sur le terrain, l'Elan retrouvé commença avec des moyens en réalité modestes, en comparaison avec le programme que se fixait Sivadon, et dans un esprit beaucoup plus pragmatique¹⁹⁴. L'association avait été créée d'abord pour assurer la post-cure des patients qui sortaient du CTRS. Ses responsables, Sivadon et ses adjoints, avaient envisagé de nombreux projets, dont seulement certains furent menés à terme. Un club de malades fonctionna rapidement, des consultations furent installées dès que l'association obtint un local.

Mais c'est surtout le foyer, ouvert en 1956 après plusieurs années de délais en raison de difficultés financières, qui joua un rôle important dans la psychiatrie des années 1950. Foyer de petites dimensions – 15 lits -, le foyer de l'Elan visait à permettre aux patients sortis des hôpitaux une réadaptation sociale et professionnelle. Il réalisait un milieu de transition entre l'hôpital et la vie en société. Les patients admis au foyer devaient être aptes au travail et étaient des assurés sociaux. Leurs frais de séjour étaient couverts pour partie par la sécurité sociale. Ils devaient cependant recommencer à travailler dès leur entrée au foyer. Les patients quittaient le foyer lorsqu'ils étaient jugés suffisamment autonomes. Un maximum de six mois était mis à la durée de séjour.

La relance du travail sur l'hospitalisation dans la deuxième moitié des années 1950.

Dans les années 1950 la discussion sur les thérapeutiques actives avait bien avancé. Après l'engouement qu'elles suscitèrent à la Libération, vint assez rapidement, dans la seconde moitié des années 1950 une sorte de désillusion. Dans le même temps un nouvel outil parvenait aux psychiatres français, qui permettait de revitaliser ces pratiques, l'hôpital de jour.

. Une critique de la psychothérapie interne au mouvement de *l'Information psychiatrique*.

Les propositions du groupe de *l'Information psychiatrique* et leur insistance sur les thérapeutiques actives et la psychothérapie rencontraient évidemment une forte opposition de la part de certains collègues qui ne partageaient pas leur vision de la psychiatrie. Le qualificatif de « sociatres » que certains employaient visait à stigmatiser une psychiatrie qui, selon ses détracteurs, abandonnait trop le terrain médical. Mais dès le début des années 1950 en réalité des positions sensiblement décalées par rapport à celle que défendaient les praticiens des thérapeutiques actives commençait à se faire jour au sein même du groupe de *l'Information psychiatrique*. Certains psychiatres commencèrent à observer que l'expérience acquise dans les services des pionniers était décevante en comparaison avec les objectifs qu'ils s'étaient fixés.

L. Le Guillant fut certainement un précurseur de ce qui apparut plus tard, au début de la décennie 1960, aux psychiatres qui s'engageaient dans des pratiques de secteur comme un pas supplémentaire nécessaire à faire contre l'hôpital

¹⁹⁴ Sur l'Elan, voir Diébolt, 1997

psychiatrique. Au symposium sur la psychothérapie collective organisé par H. Ey en 1952, et que j'ai évoqué plus haut, Le Guillant attaqua sévèrement les entreprises de certains de ses collègues¹⁹⁵ : selon lui certaines de leurs expériences pouvaient en effet être dangereuses d'un point de vue thérapeutique et détournaient d'une action qui pouvait être autrement plus efficace. Les pratiques de sociothérapie défendues par les adeptes de la psychothérapie institutionnelle tâchaient en effet d'amener le mouvement de la société à l'intérieur des hôpitaux psychiatriques. Mais en fin de compte elles reposaient souvent, selon Le Guillant, sur un leurre. Organiser par exemple comme cela se faisait dans certains services l'élection de « délégués de patients », ne pouvait être qu'un simulacre de démocratie : « une réunion d'aliéné est un groupement humain tout à fait particulier et ne pourrait jamais constituer un syndicat » pointait-il. Plutôt que de faire participer le patient à des groupes artificiels à l'intérieur de l'hôpital, il fallait s'efforcer de préserver son intégration dans les « groupes humains réels » auxquels il appartenait : soit la famille, le village, ou le parti¹⁹⁶.

Le Guillant n'allait pas jusqu'à suggérer que la sociothérapie pouvait être réellement néfaste pour les patients, mais ce pas fut en fait franchi par plusieurs psychiatres dans les années 1950 : rapidement en effet les limites des pratiques de sociothérapie et le risque qu'elles fussent elles-mêmes un facteur d'aliénation furent ressentis par des psychiatres qui s'y étaient lancés avec enthousiasme quelques années auparavant. Dans un article qui était pourtant optimiste sur la capacité de l'hôpital psychiatrique à jouer un rôle de réadaptation, Daumézon, en 1956, soulignait qu'un atelier ou tout autre entreprise menée à l'intérieur de l'hôpital courait toujours le risque de nourrir la chronicité de ses patients lorsque ceux-ci s'y installaient :

« L'expérience montre que certains sujets tirent le plus grand profit du passage de quelques jours à quelques semaines dans un atelier semblable à celui qu'ils retrouveront au dehors. Mais le plus souvent, l'atelier est au contraire le lieu où des sujets viennent se réfugier dans leur ancien travail : que de vieux maçons, de vieilles couturières, de vieux peintres, de vieilles repasseuses, de vieux jardiniers sont devenus ainsi des « piliers » de l'asile, qui, au lieu de les guérir les a conservé pour l'excellence des services qu'ils lui rendent. Contrepoids de cauchemar qui obsède le psychiatre : chaque initiative qu'il prend dans la vie de l'asile devient finalement un élément d'aliénation. »¹⁹⁷

Daumézon restait toutefois optimiste quant à l'intérêt des pratiques de sociothérapie : « le médecin qui fait créer un atelier n'a pas à s'empêtrer dans la certitude où il se trouve que dans 20 ans, s'il existe encore, cet atelier servira à fabriquer des chroniques, car au moment des efforts faits pour son ouverture, l'atelier guérira les malades dont le médecin est aujourd'hui chargé ». Mais d'autres psychiatres proches du mouvement n'hésitaient pas à lancer un cri d'alarme. Ainsi d'Horace Torrubia, cette même année 1956 :

¹⁹⁵ Sivadon, Tosquellès et al., 1952

¹⁹⁶ Qui évidemment pour Le Guillant, membre du comité central du PCF, avait une importance considérable.

¹⁹⁷ Daumézon, 1956

« A côté de ses bienfaits indiscutables, dans la mesure où elle tend à désaliéner les malades et nous permet en outre de les observer et de les connaître sous des aspects multiples, cette même organisation risque de rendre l'aliénation plus subtile et comme travestie derrière les travaux et les activités que les malades sont capables de fournir »¹⁹⁸

Il ne faut pas exagérer ces critiques. Torrubia, dans l'article que j'ai cité, proposait de réformer la pratique de l'ergothérapie plus qu'autre chose - en s'efforçant de créer des ponts avec l'extérieur via la vente des produits par exemple. Il s'agirait ainsi, disait-il, d'« établir des liens concrets avec l'« extérieur » en ce qui concerne les diverses activités sociothérapeutiques et [de] permettre surtout que les initiatives et les exigences propres à chaque activité puissent surgir dans un double courant d'intérêt et ne prennent pas seulement naissance à l'intérieur de l'enceinte hospitalière ». De toute façon à la fin des années 1950, le bilan des services qui avaient été rénovés à l'aide des thérapeutiques actives apparaissait suffisamment positif pour que les psychiatres et le ministère continuent leur promotion : les nouveaux hôpitaux qui allaient être créés, et en particulier Soisy je l'ai dit, reposeraient sur ce modèle.

Mais d'un autre côté ces doutes à l'égard de l'ergothérapie pouvaient ouvrir sur des attitudes plus ouvertes à des formes de travail alternatives au travail hospitalier. C'était une partie de l'argument de Le Guillant en 1952 : en se concentrant sur l'ergothérapie ses collègues s'empêchaient de recourir à des formes d'intervention en extrahospitalier autrement plus efficace. Plus que leurs aînés, les psychiatres de la fin des années 1950 étaient sans doute encouragés à rechercher de nouveaux moyens d'action qui permettent de sortir réellement de l'hôpital et de restreindre le recours à celui-ci. Plus qu'eux, encore, ils étaient prêts à se saisir de ce qui se présenterait. Les dispositifs élaborés dans le cadre de la post-cure pouvaient constituer un élément important. Les solutions d'hospitalisation de jour en étaient un autre.

. Un nouvel outil, l'hôpital de jour.

L'appropriation par les psychiatres de l'hôpital de jour à la fin de la décennie 1950 et au début des années 1960 fut l'un des éléments essentiels dans la mise en place de la psychiatrie de secteur dans le courant des années 1960. Dans la première moitié des années 1960, l'hôpital de jour était devenu l'alternative la plus crédible à l'hôpital.

C'est dans les pays anglo-saxon que l'hôpital de jour fut découvert et observé par les psychiatres français et c'est ce qu'ils y observèrent qu'ils tentèrent de reproduire en France. Le premier texte publié en français à évoquer le rôle que pourraient jouer les hôpitaux de jour dans une politique de santé mentale semble avoir été un rapport du comité d'expert de l'OMS en 1953¹⁹⁹, et au sein duquel Sivadon avait représenté la France - et qui parlait d'ailleurs plutôt d'« hôpital sans lit ». Le rapport sur l'implantation préalable présenté en 1955 à la commission des maladies mentales avait repris la formule. Sivadon semble avoir

¹⁹⁸ Torrubia, 1956

¹⁹⁹ Depuis sa création en l'OMS organisait régulièrement des réunions d'experts internationaux venus de l'ensemble des pays occidentaux sur les grandes questions de santé, qui visaient à émettre des recommandations pour en dernière instance harmoniser les pratiques.

eu le projet de créer une structure dans son association en 1953²⁰⁰. Mais c'est à la fin de la décennie 1950 que l'on commença à parler sérieusement de la manière dont s'organisaient ces structures et de ce que l'on pourrait en faire en France. M. Despinoy fit sous les auspices de l'OMS un voyage d'étude en 1959 qui lui donna l'occasion de visiter plusieurs structures en Angleterre et sur le continent Nord Américain et qui fit de lui le spécialiste de la formule en France. Vidart d'un autre côté ouvrit en 1959 son hôpital de jour pour épileptiques. L'Elan retrouvé et la MGEN créèrent en 1963 et toutes deux sous l'impulsion de Sivadon deux structures – et bien sûr l'ASM se dota également de la formule pour les enfants et pour les adultes, mais je vais y revenir plus loin. Entre temps, la circulaire de 1960 avait consacré le dispositif en en faisant l'un des éléments que l'on pourrait créer dans les secteurs, entre les dispensaires et des formules de post-cure comme les ateliers de réadaptation et les foyers.

L'hôpital de jour tel qu'on le concevait au début des années 1960 reposait de manière cruciale sur l'idée que l'hospitalisation avait pour but de dispenser des traitements actifs. « On peut définir l'hôpital de jour comme un lieu où se rendent quotidiennement des malades pour y subir pendant quelques heures des thérapeutiques psychiatriques actives » proposait Despinoy, qui continuait :

Ainsi un centre de réadaptation en externat, un atelier protégé pour des malades stabilisés, des oligophrènes ou des séniles ne sont pas des hôpitaux de jour. Assurément la formule de fréquentation partielle est très utile pour toutes les catégories que nous venons de citer, mais on doit réserver pour ces centres de réadaptation et ces ateliers le terme de « centre de jour » pour bien les distinguer des véritables hôpitaux de jour. Une terminologie défectueuse permet de dénaturer l'application de certaines techniques. L'hôpital de jour revendique une efficacité du même ordre que celle de l'hôpital psychiatrique moderne.

L'hôpital de jour reposait ainsi sur cette vision positive de l'hospitalisation psychiatrique que permettaient de penser les thérapeutiques actives. Il permettait ainsi d'aller plus avant dans la mise en œuvre du projet des psychiatres de *l'Information psychiatrique* à la Libération. Pour que la formule marche, le séjour devait en effet y être réellement actif. Écoutons Despinoy, dans le rapport qu'il fit en 1963 aux Croix Marines, mais qui reprenait ses observations de 1959 :

La valeur thérapeutique de l'hôpital de jour résulte du fait qu'il est possible de concentrer dans la durée limitée du séjour quotidien des traitements biologiques, des psychothérapies, une sociothérapie et des activités thérapeutiques. Ce sont d'ailleurs aux mêmes heures que dans l'hôpital psychiatrique classique que les thérapeutiques sont appliquées, mais du fait que le temps dont on dispose est traditionnellement considérable, du fait aussi généralement de la médiocrité des moyens dont on dispose, les temps thérapeutiques sont beaucoup moins concentrés et le malade hospitalisé est généralement livré à lui-même. Ni le malade, ni la famille ne s'étonnent de ce fait, il semble admis que l'attente et l'ennui sont des modes de vie normaux de l'hospitalisé. Ici la situation est radicalement différente. Un malade a accepté de se déplacer chaque matin pour passer 8 heures dans un service. Il entend donc être pris en charge presque constamment et ne doit à aucun moment se sentir dans la situation de « la salle

²⁰⁰ Diébolt, 1997

d'attente ». Quand le malade s'ennuie, quand il constate qu'on ne s'occupe pas de lui, il cesse immédiatement de fréquenter l'hôpital de jour. Le programme d'activité a donc une extrême importance, et se trouve compliqué du fait que généralement les malades ont des rendez-vous différents de psychothérapie individuelle avec les psychiatres qui les ont en charge.²⁰¹

D'un autre côté l'hôpital de jour permettait bien mieux que l'hôpital de soigner le patient sans l'isoler de son milieu d'origine. Despinoy encore :

Il est impossible de nier qu'une séparation totale avec le milieu habituel reste un instrument thérapeutique parfois indispensable. Il apparaît cependant grâce à l'expérience considérable acquise à l'étranger en matière de thérapeutiques extrahospitalières que l'isolement thérapeutique au lieu d'être la règle devrait être l'exception.

En isolant le malade de son milieu habituel, le psychiatre procède à une simplification radicale mais arbitraire du problème qu'il doit traiter. Conscient de la nécessité d'un milieu social organisé pour obtenir des comportements adaptés, le psychiatre s'est proposé généralement ces dernières années de créer un milieu artificiel mais aussi conforme que possible au réel et cependant au départ totalement neutre pour le malade, c'est à dire, dépourvu des éléments conflictuels particuliers à son cas.

Ces expériences ont une importance considérable et doivent être poursuivies. Elles seront d'ailleurs utilisables dans des unités à hospitalisation partielle comme les hôpitaux de jour.

Mais dans l'hôpital psychiatrique classique, après une action sur le malade par la psychothérapie, les moyens biologiques et le milieu thérapeutique, le retour dans la famille s'effectuait sans que soit expérimenté la solidité des mécanismes d'adaptation nouvellement acquis, sans que soit connus, avouons-le, les problèmes réels rencontrés par le malade dans son milieu. En somme le psychiatre élimine plus ou moins un élément essentiel qui conditionnait à la fois l'apparition des troubles et une réadaptation possible du malade. Nous guérissons le malade pour l'hôpital psychiatrique, nous apprenons ensuite par la sortie si cette guérison était valable ou non pour le milieu réel.

A l'hôpital de jour, le milieu réel constitue le fond de l'activité du malade et son séjour dans le service apparaît pour ce qu'il est : un événement exceptionnel. Bien entendu, la fréquentation de l'hôpital de jour constitue un événement nouveau pour le milieu familial et modifie artificiellement et passagèrement les relations. Mais rapidement les conflits réapparaissent sous la forme passée. Le malade devient plus conscient, pour avoir passé quelques heures dans un milieu tolérant des réactions particulières de sa famille. Inversement la tolérance qu'il doit acquérir à l'hôpital de jour s'étend peu à peu à ses relations avec ses proches.

Sur le plan pratique, on convenait que la formule pouvait connaître des formes variées. Despinoy, dans l'article que j'ai cité, en décrivait deux. L'un était l'hôpital de jour du Dr. Moll, implanté dans un service d'un grand hôpital de Montreal. Il se présentait comme « un service hospitalier banal », occupait un étage du building qui constituait l'hôpital, et disposait d'une salle à manger, d'un salon et de deux dortoirs. Les patients – de 15 à 20 - arrivaient le matin vers 8h30 et recevaient à leur arrivée une dose d'insuline. Après une sieste de deux heures et après avoir déjeuné, ils se réunissaient au salon pour des jeux, discussions ou

²⁰¹ Despinoy, 1963

activités diverses, avant d'être dirigé vers des psychothérapies individuelles ou les ateliers d'ergothérapie jusqu'à la fin de la journée.

L'autre était l'hôpital de jour du Dr. Bierer, en Grande Bretagne, prévu pour une centaine de patients. Le travail de Bierer et ses idées iconoclastes sur l'hôpital psychiatrique impressionnaient considérablement les psychiatres français. Son hôpital de jour, installé dans « une vieille demeure dans un quartier résidentiel de Londres », était particulièrement séduisant :

Rien qui rappelle l'hôpital dans ses locaux à l'exception au fond d'une cour, d'une construction comportant une infirmerie et quelques chambres. Les salles de réunions sont meublées comme des salons anglais : confortables et vieillots. Il y a de nombreux bureaux médicaux et aussi un ensemble d'ateliers d'ergothérapie.

Mais sur le plan de l'organisation de la journée, les principes et les thérapeutiques ne se distinguaient guère de celles de Moll : ergothérapie et réunions, usage peut-être plus prononcé des narcoanalyse constituaient l'essentiel du travail thérapeutique à l'hôpital.

L'hôpital de jour constitua rapidement un nouvel espoir pour la psychiatrie française. Au début des années 1960, les psychiatres commençaient à avoir la conviction qu'il permettrait de prendre en charge une gamme de clientèle très élargie. En 1953 le rapport des experts de l'OMS, s'il reconnaissait le rôle que pourrait jouer ce type d'institution dans la post-cure ou comme service d'observation, estimait néanmoins que « le plus important des groupes de malades qui bénéfici[ai]ent de cette nouvelle formule [était] sans doute constitué par les sujets atteints de psychonévroses graves pour lesquels le secours de la psychothérapie individuelle et de la psychothérapie de groupe ne suffit pas. » :

Ce sont des sujets qu'il faut rééduquer quant à leur attitude envers l'existence et qui ont besoin d'acquérir de nouvelles habitudes. L'hôpital sans lit leur offre la possibilité d'acquérir avec l'aide de personnes compétentes la faculté de nouer des relations avec autrui et d'apprendre à maîtriser leurs angoisses. D'autre part l'hôpital sans lit permet d'acquérir des connaissances professionnelles qui peuvent donner une nouvelle orientation à la vie du malade.²⁰²

En 1963, les psychiatres étaient plus ambitieux. Despinoy indiquait ainsi que « d'une façon générale, on assiste au cours de l'évolution d'un hôpital de jour à l'extension progressive des indications. Ainsi après s'être limité à des névroses et à des psychonévroses limites, tous finissent par admettre des psychoses en évolution et particulièrement des schizophrènes. » Les auteurs anglo-saxons estimaient que la formule pouvait permettre la prise en charge de la quasi-totalité des patients psychiatriques. Les conditions les plus importantes qui en restreignaient l'usage étaient en fin de compte l'existence d'un foyer familial capable de supporter effectivement le patient en dehors des heures d'ouverture de l'hôpital.

²⁰² OMS, 1953

Les premières expériences françaises confirmaient ce sentiment. en 1963, Sivadon n'hésitait pas à affirmer, quelques mois seulement après l'ouverture de son institution, que :

[Les indications thérapeutiques de l'hôpital de jour] recouvrent à la fois pour une grande part, les indications de l'hôpital psychiatrique de type classique et les indications du dispensaire d'hygiène mentale de type classique. Il n'est donc pas excessif de déclarer que l'hôpital de jour est en mesure de traiter la quasi-totalité des types de troubles mentaux pendant la quasi-totalité de la durée de leur évolution.

Enthousiasme donc à l'égard de l'hôpital de jour de jour. Tant du point de vue de son efficacité que pour ce qu'il renouvelait les conditions de traitement des patients, l'hôpital de jour n'allait pas tarder à être l'une des structures phares des secteurs. Le treizième arrondissement n'y échappait pas, et l'on peut donc maintenant examiner ce qu'il fit de cette innovation.

Hôpitaux de jour et ateliers. Les institutions de jour du treizième arrondissement.

Dans cette partie je retrace le travail fait dans le treizième arrondissement sur les institutions de jour dans le courant des années 1960. Les trois institutions de jour que développa l'ASM au début des années 1960 reposaient sur des partis pris très affirmés : alors que les ateliers devaient être des structures de réadaptation, dans une perspective de post-cure, s'adressant à des patients au sortir de l'hôpital qu'ils devaient accompagner jusqu'à la réinsertion sociale, l'hôpital de jour s'inscrivait lui résolument dans une perspective de traitement actif de la maladie mentale. Les choses furent toutefois rapidement moins simples que prévues, et les trois structures durent adapter leur fonctionnement à des clientèles qui posèrent plus de problèmes qu'on ne l'avait envisagé initialement. Ces transformations des institutions de jour dans le treizième arrondissement sont importantes parce qu'elles permettent de comprendre précisément la manière dont le déroulement des prises en charge dans les structures de secteur évoluèrent dans le courant des années 1960 : en quelques années c'est tout un projet de traitement actif de la maladie mentale qui fut mis à mal.

L'hôpital de jour : du travail thérapeutique à la psychothérapie institutionnelle

L'hôpital de jour de l'ASM fut progressivement mis en forme entre 1959 et le milieu des années 1960, à partir d'un premier atelier thérapeutique, ouvert en juin 1959 au premier étage du dispensaire de la rue de la Colonie. Le projet, à la création de l'atelier, était bien d'installer quelque chose qui fonctionnerait comme un hôpital de jour, mais une forme de flou régna au début des années 1960 sur la manière d'organiser le dispositif. Plusieurs options paraissent avoir été envisagées, jusqu'à ce qu'à partir de 1965 l'institution s'engage définitivement dans l'organisation qui allait être la sienne pour la décennie suivante. Dans les choix qui furent faits jouèrent des éléments matériels – et en particulier le

problème du logement dans le treizième arrondissement – mais ces choix reflétaient jusqu’à un certain point également les difficultés que posait la prise en charge des schizophrénies chroniques.

De l’atelier de la rue de la Colonie à l’hôpital de jour.

La création par l’ASM d’un atelier thérapeutique paraît avoir été acquise dès les premières réunions du conseil d’administration de l’association et faisait manifestement partie des projets nourris depuis quelques temps au moins par les responsables du service d’hygiène mentale de la préfecture, Duchêne et Paumelle. Les ateliers extrahospitaliers faisaient partie, je l’ai dit, des techniques dont on parlait pendant les années 1950, que ce soit dans la perspective d’une hospitalisation de jour ou dans celle de la réadaptation professionnelle. Il n’en existait pas à Paris, et dans la perspective qu’adoptait la préfecture en 1958 de faire du treizième arrondissement un terrain d’expérimentation, la formule était bien l’une de celles que l’on pouvait tenter. De fait la discussion au conseil d’administration de l’association fut rapidement menée, et après quelques travaux, financés par la direction de l’hygiène sociale de la préfecture, propriétaire des lieux, l’atelier ouvrit le 29 juin 1959 au premier étage du dispensaire, rue de la Colonie.

L’installation paraît avoir été réduite dans les tout premiers temps. L’atelier comptait une pièce, il pouvait accueillir 20 patients. Il était ouvert du lundi au samedi, de 9h à 17h.

À l’ouverture, les archives ne mentionnent, pour ce qui est du personnel, qu’une assistante sociale. Celle-ci fut également le premier recrutement de l’association. C’est P. Paumelle qui la proposa au conseil d’administration. Elle était diplômée de psychologie et travaillait jusqu’alors comme psychotechnicienne dans un centre de sélection professionnelle. Paumelle soulignait sa bonne connaissance des « problèmes de resocialisation des malades »²⁰³.

Elle paraît toutefois ne pas être restée longtemps dans l’association. Rapidement une équipe plus fournie prit place à la tête de l’atelier : le rapport d’activité de 1961 décrit en effet une équipe constituée d’une infirmière et d’une « psychologue psychothérapeute » et de deux moniteurs d’activité. L’ensemble était placé sous la responsabilité directe de Paumelle.

Il est relativement clair que dans l’esprit des entrepreneurs de l’association l’installation de l’atelier rue de la colonie devait constituer la première ébauche d’un dispositif plus ambitieux, qui permettrait en fait l’intégration de l’ergothérapie au dispositif du centre de santé mentale. En 1959 un projet de reconstruction du dispensaire fut en effet mis en route au conseil d’administration de l’association. Ce projet se présentait comme le moyen de développer au cœur de l’arrondissement une offre de soin comprenant à la fois les consultations, les installations de laboratoire nécessaires et, enfin, des ateliers d’ergothérapie. En somme ce projet devait intégrer, à l’exception des lits, l’ensemble des services que

²⁰³ CA 15 avril 1959

proposait l'hôpital psychiatrique : c'était ainsi que les entrepreneurs de l'association comprenaient le concept d'hôpital de jour.

Avec des moyens plus modeste, c'est toutefois déjà sur ce modèle que l'atelier paraît avoir fonctionné au moment de son ouverture. Le rapport d'activité de 1961 soulignait que l'action de l'atelier s'articulait étroitement à celle des consultations :

Rappelons que l'atelier est dit thérapeutique du fait qu'il n'a pas en vue la réadaptation ou la rééducation professionnelle mais qu'il est le complément de l'action thérapeutique des consultations. Aucune rémunération du travail n'est fournie. L'activité coordonnée de l'atelier et de l'équipe médico-sociale du secteur responsable aboutit à une prise en charge du malade du type hôpital de jour.²⁰⁴

Un va et vient paraît ainsi avoir été organisé avec la consultation. Les patients pris en charge dans l'atelier pouvaient être vus en consultation au rez-de-chaussée ou suivre une psychothérapie. A l'inverse les patients des consultations pouvaient être dirigés directement vers les ateliers si le besoin se faisait sentir d'éviter de les renvoyer trop rapidement chez eux. De son côté, le médecin de la consultation pouvait être appelé lorsqu'un patient posait problème à l'atelier, tandis que les assistantes sociales de secteur continuaient à suivre leurs patients. Toutes les combinaisons possibles pouvaient être ainsi envisagées entre les prises en charge de l'atelier, et celles que réalisaient les différents services qui se mettaient en place au niveau des consultations. L'ensemble réalisait ainsi un dispositif original, dont la souplesse de fonctionnement était rendue possible par un financement par une dotation globale, et non selon une formule de prix de journée comme c'en était l'usage habituellement pour des structures comme les ateliers : l'atelier était financé comme une section du centre de santé mentale, ce qui garantissait l'unité organique de l'ensemble.

Le fonctionnement du dispositif donna d'emblée toute satisfaction. Dès la fin de l'année 1959, dans un premier bilan au conseil d'administration, la responsable de l'atelier se félicita de l'efficacité de l'atelier : « le séjour à l'atelier a évité au plus grand nombre des malades une première hospitalisation ou une rechute »²⁰⁵ affirma-t-elle. 21 patients étaient passés par l'institution depuis son ouverture en juin, dont 12 hommes et 9 femmes. 9 d'entre eux souffraient de troubles psychotiques, 2 étaient alcooliques 1 épileptiques et 6 hommes présentaient de graves troubles du caractère. Les évolutions des uns et des autres suscitaient des commentaires enthousiastes : « les comportements pathologiques s'atténuent très rapidement à l'atelier. [...] sur 21 malades, 11 ont quitté l'atelier, 5 d'entre eux travaillent à nouveau, deux occupent leur ancien poste, deux cherchent du travail, un prépare activement son départ en Corse où il compte s'installer, enfin une malade est suivie en consultation sans participer actuellement à la vie de l'atelier étant trop délirante pour que notre action soit bénéfique ». Les fins de traitement ne posaient guère de difficultés : « en général le désir de gain joue, les « clients » ont tendance d'eux-mêmes à quitter l'atelier dès qu'ils sont rétablis afin de gagner leur vie comme les autres ».

²⁰⁴ RA 1961

²⁰⁵ CA 20 octobre 1959.

En tous les cas l'activité de l'atelier paraissait effectivement lui faire jouer le rôle d'une alternative à l'hospitalisation pour des patients présentant des pathologies relativement lourdes. Le rapport d'activité pour 1961 indiquait ainsi que l'atelier s'adressait :

à tous les cas pour lesquels la consultation simple et le traitement suivi à domicile sont insuffisants, et surtout à ceux pour lesquels l'hospitalisation; le plus souvent en service fermé était jusqu'alors le seul recours possible. Beaucoup de nos malades ont d'ailleurs dans le passé été internés à plusieurs reprises.²⁰⁶

La présence d'une infirmière en 1961 témoignait par ailleurs de la volonté de se donner les moyens de faire face à des cas difficiles. Toujours selon le rapport d'activité de 1961, elle se chargeait en effet plus spécialement des malades « qui présentent de graves troubles et doivent être isolés du groupe » et son rôle était également d' « all[er] chercher à domicile ceux qui en donnent plus signe de vie ou présentent une rechute ». Signes que certains patients posaient effectivement des problèmes.

L'atelier fonctionna sur ce mode jusqu'à la fin de l'année 1961, mais l'impossibilité de faire aboutir rapidement le projet de reconstruction du dispensaire de la rue de la Colonie conduisit les entrepreneurs de l'association à lui donner une orientation nouvelle. L'institution fut déménagée deux fois en 3 ans et ces déménagements successifs eurent une importance considérable sur son évolution.

Un premier déménagement fut en effet organisé dès 1962 dans un local du 14^e arrondissement, prêté par la Croix-Rouge, Villa St Jacques. Le local de la Villa Saint Jacques, qui n'était pas du tout conçu pour accueillir une structure comme l'atelier, n'était pas idéal, mais, dans l'immédiat, cette solution était imposée pour une question de place, et en 1962 on espérait encore qu'elle serait provisoire et que l'atelier pourrait bientôt regagner le nouvel ensemble qui se construirait bientôt rue de la Colonie. Les 20 places disponibles au premier étage du dispensaire étaient de toute façon nettement insuffisantes pour les besoins que l'on commençait à sentir, tandis qu'avec la création de nouvelles équipes de secteur et l'embauche de nouveaux collaborateurs, les besoins en place des consultations croissaient rapidement. Dans ses nouveaux locaux, l'atelier pouvait accueillir désormais 28 patients, et les pièces supplémentaires permettaient de diversifier les activités. C'était un petit peu mieux qu'à la Colonie, mais les locaux de la villa Saint Jacques s'avérèrent vite eux aussi vraiment exigus : « la vie quotidienne de 25 personnes sur une surface de 200 m² environ est très difficile » se plaignit le responsable de l'institution en 1964 au conseil d'administration²⁰⁷. Mal agencés, les locaux rendaient la vie communautaire à l'intérieur de l'institution « tendue ». Les soignants ne pouvaient pas s'isoler pour « récupérer » et vivaient mal la promiscuité qui leur était imposée avec les patients²⁰⁸. Le report *sine die* des travaux du centre de santé mentale en juin 1964 rendait nécessaire de trouver une solution plus durable. Un nouveau

²⁰⁶ RA 1961

²⁰⁷ CA 1964

²⁰⁸ Azoulay, 1965

déménagement fut donc organisé début 1965, à Soisy, dans des locaux de l'hôpital qui avaient été prévus initialement pour des « ateliers centraux » qui devaient compléter le dispositif d'ateliers installés dans les différents pavillons. Cette fois l'institution gagnait vraiment en place. Elle pouvait accueillir désormais 35 patients²⁰⁹ et les locaux permettaient d'agencer deux ateliers autour d'une salle de séjour, qui servait également de salle à manger, et d'une infirmerie dotée de quelques lits. On pouvait enfin circuler dans l'institution, et les soignants disposaient d'un endroit pour eux – et en particulier les infirmières, qui avaient maintenant un site de travail, à l'infirmerie et dans la salle de séjour.

Ces déménagements successifs donnèrent à l'institution les moyens de médicaliser les prises en charge, et surtout de fonctionner de manière tout à fait autonome à l'égard des équipes de secteur. C'est du reste au moment du premier déménagement que le rapport d'activité de 1963 nota que l'atelier était réorganisé afin de « fonctionner selon les normes d'un hôpital de jour » : si en 1963 et 1964 il pouvait toutefois y avoir une hésitation sur ce point – le rapport d'activité de l'année 1964, contredisant nettement celui de l'année précédente, soulignait que l'année qui s'achevait avait été une année de « transition » vers la transformation de l'atelier en hôpital de jour –, en 1965, au moment du déménagement à Soisy, l'institution était définitivement considérée comme un hôpital de jour, et le rapport d'activité soulignait les efforts de « médicalisation » qui avaient été faits. C'en était donc fini du projet d'intégration de l'ergothérapie aux consultations du centre de santé mentale.

De fait, en s'installant Villa Saint Jacques, l'effectif soignant s'enrichissait de 2 moniteurs – et atteignait donc 4 moniteurs -, et un médecin allait bientôt y être affecté à mi-temps²¹⁰. Celui-ci, nouveau venu dans l'association, se voyait confier la responsabilité de l'atelier. A Soisy, où l'on avait à nouveau changé de médecin responsable, l'équipe fut encore augmentée d'une infirmière et, surtout, d'un interne, qui était affecté à plein temps à l'institution. L'interne créait au sein de l'atelier une véritable fonction clinique, je vais y revenir.

L'hôpital de jour pouvait par ailleurs bénéficier désormais des infrastructures de l'hôpital, et notamment de sa pharmacie. Les médicaments étaient fournis par l'hôpital, ce qui n'obligeait plus les patients à venir avec leurs prescriptions. On pouvait utiliser les électrochocs, même s'ils apparurent rapidement d'usage « exceptionnel »²¹¹. J'ai noté que son infirmerie était dotée de quelques lits, qui permettaient de faire des cures de repos ou des enveloppements humides, selon la technique des packs, que Woodbury introduisit dans le répertoire des thérapeutiques du treizième arrondissement à partir de 1966.

L'ensemble faisait que l'institution ne reposait plus sur le médecin de dispensaire, et qu'elle gagnait ainsi une autonomie fonctionnelle, qui lui permettait de faire face seule, bien davantage qu'auparavant, aux pathologies des

²⁰⁹ Mais 35 patients était un maximum. En 1974, alors que l'institution devait fonctionner à plein pour soulager l'encombrement de l'hôpital, un moniteur se plaignait que les locaux restaient exigus.

²¹⁰ Le rapport d'activité de 1963 signalait également la présence renforcée des médecins de secteur.

²¹¹ Mais l'utilisation du traitement par électrochoc « tend à devenir exceptionnelle dans toute notre pratique » signalait le responsable de l'institution.

patients. Elle pouvait désormais envisager une gamme de traitements individuels – des enveloppements humides aux traitements de choc, donc, en passant par les injections ou les prescriptions ponctuelles – qui lui étaient interdits tant qu'elle était à Paris. Si en principe les patients étaient adressés par les équipes de secteur, et si, toujours en principe, les équipes visitaient l'institution régulièrement, reste que les patients devenaient des patients *de l'hôpital de jour*.

La situation de l'hôpital de jour à Soisy avait une autre conséquence qui allait dans le même sens. D'un point de vue pratique, en effet, un bus prenait les malades place d'Italie, et les conduisait tous les jours à Soisy²¹². Ce système obligeait ainsi les patients à une régularité sans faille. Les patients ne pouvaient pas arriver en retard et la prise en charge s'organisait sur une journée continue. À la limite les absences constituaient des signes d'une rechute. « L'assiduité elle-même nous a paru plus régulière, à tel point qu'une absence non prévue prend une valeur significative réclamant une attitude définie » nota le responsable de l'institution après quelque temps de fonctionnement. Les absences étaient signalées aux équipes de secteur qui devaient décider d'une éventuelle intervention en fonction de ce qu'elles pensaient de la situation. Que ce fût voulu ou non l'institution contrôlait mieux ses patients.

Un dernier élément contribua au même effet, bien qu'il n'avait à l'origine rien à voir avec ce que je viens d'évoquer : ce fut l'abandon du financement de l'institution par une dotation globale. En 1964, la décision fut prise de donner pour 1965 à l'institution un budget autonome, doté sur la base d'un prix de journée. Les prix de journée obligeaient à décompter les malades *en propre* de l'atelier pour pouvoir demander leur remboursement à la sécurité sociale ou au département pour les patients qui bénéficiaient de l'aide médicale gratuite. Ce choix n'était toutefois pas un parti pris « doctrinal » mais paraît avoir été sur le moment plutôt le fait d'un calcul stratégique : ce fut en fait la volonté de dégonfler le budget du centre de santé mentale, à un moment de vives tensions avec les tutelles, qui amena les responsables de l'association à abandonner le système qui avait été mis en place. Reste que dotée d'un prix de journée, l'institution était également dotée d'une entité comptable. Il lui faudrait désormais avoir une maîtrise exacte de sa clientèle.

L'implantation de l'hôpital de jour à Soisy n'était sans doute pas totalement satisfaisante. La tendance qui se dégagait des écrits sur l'hôpital de jour était, je l'ai dit, que celui-ci était une formule résolument urbaine. Il fallait que le patient puisse effectivement venir de lui-même se faire traiter. L'hôpital de jour devait être par ailleurs une structure nettement différenciée de l'hôpital psychiatrique, et ce n'était donc plus le cas. Pour les patients qui suivaient une psychothérapie ou un psychodrame au centre de santé mentale, cela les obligeait à limiter leur présence à l'hôpital de jour à une demie journée – alors qu'ils pouvaient

²¹² On faisait à l'évidence contre mauvaise fortune bon cœur : « La régularité du service de transport assuré ainsi par le car de l'hôpital de jour réalise un lien étroit entre l'ensemble de l'hôpital et le treizième arrondissement. Le car est utilisé très fréquemment par les malades en permission. Les malades nouvellement adressés à l'hôpital (quand ils ne nécessitent pas un transport en ambulance), et même par les familles qui se rendent à Soisy visiter leurs patients. Ce trait d'union quotidien compense l'éloignement de l'hôpital, qui lui permet par ailleurs de bénéficier d'un site et d'un calme privilégié pour la région parisienne. »

facilement limiter leur absence à une heure lorsque l'hôpital de jour était à Paris -, et par ailleurs cela imposait que l'on organise des navettes biquotidiennes entre Paris et Soisy. De fait c'était à contrecœur que l'on s'était résolu à cette solution : en 1964, au moment du déménagement à Soisy, les responsables de l'institution avaient pensé pouvoir garder une section parisienne. Cela ne fut manifestement pas possible, mais ils se mirent ensuite rapidement à rechercher un local plus approprié dans le treizième arrondissement pour y faire revenir l'institution. Des recherches eurent lieu en 1969 et 1970 et plusieurs locaux furent visités, mais les moyens limités que pouvait mobiliser l'association à ce moment-là ne permit pas d'aboutir. Une solution satisfaisante – et jusqu'à présent au moins, définitive – ne fut trouvée qu'en 1975 lorsque l'hôpital de jour put s'installer au sein de locaux qui appartenaient déjà à l'association dans l'îlot Bièvre, à la place qu'occupaient alors les ateliers de réadaptation, qu'il était plus facile de reloger.

Mais dans un premier temps au moins les responsables de l'institution s'en satisfaisaient, et, mieux encore, on se rendit compte que la présence de l'hôpital de jour à Soisy présentait un intérêt certain pour certaines catégories de malades. On avait envisagé par ailleurs que l'hôpital de jour accueille certains patients de l'hôpital. « Cette section de Soisy demeurera utile lorsque la section de Paris aura pu s'installer des les nouveaux locaux prévus rue de la Colonie, chaque section correspondant à des catégories de malades distinctes » affirmait même le responsable de l'institution²¹³. L'hôpital de jour version Soisy, s'il avait ses limites, permettait à tout le moins de développer un nouveau modèle de prise en charge. C'est vers celui-ci qu'il faut se tourner.

L'organisation des prises en charge : la psychothérapie institutionnelle à l'hôpital de jour.

En s'installant à la villa Saint Jacques puis à Soisy, l'hôpital de jour ne bouleversa pas son organisation. C'était l'ergothérapie qui restait au principe des prises en charge et qui, dans les premiers temps au moins, constituait manifestement l'essentiel des emplois du temps des patients pris en charge : en dehors des temps de réunion ou des temps de détente, les patients travaillaient.

L'hôpital de jour comptait, je l'ai dit, quatre moniteurs pour une infirmière – deux à Soisy. Les patients avaient chacun pour référent un moniteur, qui en était en dernière instance responsable devant le médecin de secteur. Les moniteurs étaient tous spécialisés dans plusieurs activités, de sorte que l'hôpital de jour disposait d'une vaste gamme de possibilités : couture, tissage et fabrication de bijoux, menuiserie, fabrication d'objets en cuir, travail de l'émail, maniement de la terre, ou encore rotin, si l'on en croit le rapport d'activité de 1962, travail du fer, poterie, fabrication de tapis ou encore raphia étaient mentionnés dans les textes de 1965. Le rapport d'activité de 1962 indique que l'équipe décidait pour chaque patient d'un « programme occupationnel », et orientait vers tel ou tel atelier les patients en fonction de leurs « besoins thérapeutiques ». Cette remarque suggère que les emplois du temps des patients étaient établis par l'équipe de l'institution sur le modèle d'une prescription médicale. Le travail en tous les cas était proposé dans un esprit résolument thérapeutique : il ne s'agissait pas d'un travail productif, et on ne mesurait pas le rendement des patients. Le travail valait

²¹³ CS 23 juin 1965

pour la relation thérapeutique qu'il permettait de créer entre le patient et le moniteur. On peut citer ici la conceptualisation, en réalité classique, que proposait l'un des rapports d'activité de l'association :

Le principe de base est d'inviter le malade à entrer en contact avec cet aspect de la réalité qui est la matière quelle qu'elle soit (cuivre, terre, bois, fer, etc.) avec l'aide du moniteur qui le guide et travail avec lui - une relation psychothérapique s'établissant entre ce dernier et le malade par le biais du maniement de cette matière<

Les patients n'étaient pas rémunérés : selon un principe dont avait décidé Paumelle pour l'hôpital, pour le distinguer de l'usage en vigueur encore dans certains hôpitaux psychiatriques, « malade on ne gagne pas sa vie en même temps ». Le fruit de la vente des produits était versé dans une caisse commune qui était gérée, selon les principes arrêtés par une circulaire de 1958, par le groupe des malades. L'idée que le travail pût être *la* thérapeutique mise en œuvre à l'atelier et que pour cela il devait être gratuit n'était toutefois manifestement pas évidente à admettre pour les patients. Le rapport d'activité de 1964 soulignait qu'un travail était fait avec les patients sur ce point – et cet élément était repris dans l'article consacré à l'hôpital de jour dans le numéro spécial de l'Information psychiatrique consacré à l'ASM en 1965.

L'ergothérapie était complétée par un certain nombre d'activités de détente. Une psychomotricienne venait animer deux après midis par semaine des séances de dessin. Des séances de gymnastique étaient également proposées deux fois par semaine. Un artiste peintre était encore mentionné dans le rapport d'activité en 1963. Tant que l'institution était à Paris, les repas pouvaient être pris sur place pour les patients qui le voulaient, et qui devaient alors amener leurs plats ou qui pouvaient acheter leurs repas dans les magasins voisins. « C'est en effet un moment de la vie quotidienne riche d'enseignement, car très intensément vécu par les patients » notait le rapport d'activité de 1962. A Soisy évidemment ce n'était plus possible et les repas étaient préparés et servis au sein de l'hôpital de jour par la cantine de l'hôpital. L'habitude fut prise à la Villa Saint Jacques d'organiser un repas par semaine en commun, préparé par les patients, sous la direction de l'infirmière. A Paris, des sorties étaient également organisées une ou deux fois par mois – mais elles furent abandonnées après le déménagement à Soisy.

À Soisy l'organisation des locaux permit aux deux infirmières d'avoir un endroit pour elles. L'une des infirmières était affecté à l'infirmierie. Les patients pouvaient s'y rendre lors de crise d'angoisse ou d'agitation, ou bien ils y étaient envoyés par les moniteurs. « L'infirmierie est un lieu de régression où le malade somatise » selon le responsable de l'hôpital de jour. L'hôpital de jour n'avait en principe pas d'emprise sur la plupart des traitements des patients - je l'ai dit les patients étaient adressés par les équipes de secteur qui restaient responsables des chimio- et des psychothérapies - mais l'infirmierie permettait également de développer des traitements individuels, sur l'initiative des soignants ou de l'interne comme les packs ou les cure de maternage que j'ai déjà évoqué. Je n'ai pas d'indication toutefois sur la fréquence de tels traitements, dont l'importance était limitée de toute façon par les effectifs soignants.

La seconde infirmière restait dans la salle de séjour et devait s'occuper plus spécifiquement des patients qui ne se rendaient pas en ergothérapie. Elle devait en

particulier veiller à l'accueil et l'intégration des nouveaux venus, qui n'étaient pas dirigés immédiatement vers le travail. D'après

Le médecin responsable de l'institution n'avait en principe pas de rôle direct auprès des patients – si ce n'est des patients qui appartenaient à son secteur. Il était au demeurant trop peu présent pour cela. C'était l'interne, je l'ai dit, qui était responsable de la surveillance médicale à l'intérieur de l'institution. Le médecin responsable quant à lui avait une présence plus diffuse et outre la surveillance de la bonne marche de l'ensemble, son rôle tenait surtout à l'organisation et l'animation des réunions, tant celles des soignants que celles des patients.

Il faut en venir au rôle de celles-ci dans le fonctionnement de l'institution, mais avant cela il faut essayer de saisir les ressorts de l'évolution de l'institution dans les années 1960 dans la mesure où les réunions étaient l'un des éléments clefs de cette évolution. La stabilité de l'organisation d'ensemble de l'institution n'a pas empêché en effet une transformation de l'institution qui apparaît en pointillé dans les écrits des années 1960. A la fin de la décennie 1960 les séjours des patients étaient plus longs et moins industriels, et l'on passait beaucoup plus de temps à parler et délibérer. Cette évolution n'était pas une remise en cause en profondeur du dispositif. Elle était plutôt d'ordre cognitif. Au cœur de cette évolution était une transformation de la philosophie générale de l'institution.

Cette évolution tient de toute évidence à plusieurs facteurs : l'implication des responsables de l'institution dans les débats suscités par la psychothérapie institutionnelle, d'une part, dans la seconde moitié de la décennie 1960, et la volonté dès lors de travailler en profondeur le fonctionnement de l'institution ; d'autre part sinon une évolution de la clientèle, tout au moins une réévaluation des bénéfices que l'on attendait de l'hôpital de jour : de structure de prise en charge intensive pour des patients présentant des états rapidement évolutifs, l'institution devenait décidément un dispositif de traitement des psychoses au long cours. Les longs séjours, qui paraissent en effet problématiques aux entrepreneurs de l'association au début des années 1960, leur semblaient une nécessité à la fin de la période.

Il y eut ainsi de toute évidence quelque chose de l'ordre d'une prise de conscience, au moment où l'hôpital de jour déménagea à Soisy. Au moment de la création de l'institution, les séjours se devaient d'être courts. Despinoy, dans l'article que j'ai cité, allait jusqu'à dire que « l'hôpital de jour est un instrument thérapeutique si efficace que les médecins qui en sont chargés refusent de l'encombrer avec des malades non évolutifs du type oligophrénie ou épilepsie stabilisée ». Cette indication me paraît significative de l'état d'esprit des psychiatres au début de la décennie : l'hôpital de jour devait concerner des patients évolutifs – voire rapidement évolutifs pour les entrepreneurs du treizième arrondissement. Dans le rapport d'activité pour l'année 1962 les responsables de l'institution se félicitaient que la majorité des séjours des malades entrés pendant l'année avait été de moins de trois mois et s'excusaient presque d'avoir dû garder trois patients plus de six mois. Pour faire face aux difficultés que posaient les patients psychotiques, qui faisaient s'allonger ainsi les durées de séjours, les entrepreneurs de l'association proposaient par ailleurs de renforcer l'activité soignante de l'association :

cette proportion très importante de psychotiques, avec les longs séjours qu'ils nécessitent, conduit à les prendre en charge plus activement pour éviter un encombrement du service, d'où la nécessité impérieuse de recrutement de nouveaux psychothérapeutes spécialisés pour les psychoses.²¹⁴

Il y avait ainsi une nette corrélation, dans les esprits, entre durée du séjour, et intensité des activités proposées aux patients. Les psychoses en ce sens posaient problème.

Les états psychotiques, qui restaient si longtemps à l'hôpital de jour constituèrent de fait dès les premières années la moitié des effectifs des patients de l'atelier, et leur proportion s'est accrue avec le temps. Mais même parmi les psychotiques les patients posaient des difficultés différentes selon leur diagnostic. De manière générale, les délirants chroniques, ainsi que certains schizophrènes étaient accueillis lors de poussées évolutives de la maladie. L'hôpital de jour permettait d'obtenir rapidement une sédation du délire sans le recours à l'hospitalisation à temps complet, et cet aspect de l'action était unanimement reconnu comme une donnée positive de l'institution. Mais ces patients ne constituaient qu'une petite partie de la clientèle psychotique de l'institution. Les schizophrènes constituaient le reste du groupe, et, en règle général, ils ne réagissaient pas de manière aussi spectaculaire : il leur fallait des séjours longs pour obtenir un effet. Ce n'est qu'en 1963 que les données disponibles ventilent les diagnostics selon des catégories plus fines, et il fut alors manifeste que les schizophrènes représentaient de fait la majorité des psychotiques : parmi les états psychotiques, les schizophrénies constituent les $\frac{3}{4}$ des diagnostics des patients accueillis à l'institution. En 1965, les responsables de l'institution en prenaient acte : « L'indication la plus importante est fournie par les cas de psychoses schizophréniques de toutes gravités. »²¹⁵ En 1966 le rapport d'activité s'efforçait de cerner plus précisément le phénomène, en tâchant de faire le décompte des différentes formes pathologiques. Il distinguait en particulier parmi les patients atteints de schizophrénie ceux qui étaient en phase évolutive et certains qu'ils considéraient être parvenu à une phase « fixée » de la maladie :

<i>délire chronique</i>	9
<i>schizophrénie en phase évolutive</i>	24
<i>schizophrénie fixée</i>	24
<i>névrose et alcoolisme névrotique</i>	12
<i>arriération ou démence</i>	3
<i>alcoolisme psychopathique ou toxicomaniaque</i>	15
total	87

*diagnostic des patients hospitalisés à l'hôpital de jour en 1966*²¹⁶

Les responsables de l'institution décrivaient ces schizophrènes qu'accueillaient l'institution comme des patients passifs, abouliques, apragmatiques, fuyants qui rendaient particulièrement difficile leur mobilisation dans des activités. Le rapport

²¹⁴ RA 1962

²¹⁵ Azoulay, 1965

²¹⁶ RA 1966

d'activité de l'année 1967 indiquait par exemple que les schizophrènes étaient caractérisés pour la plupart par « une réduction plus ou moins intense et plus ou moins durable de leur capacité d'investissement du monde extérieur, d'activité pragmatique et d'autonomie », tandis qu'une petite poignée d'entre eux étaient des cas « tout juste équilibrés dans le cadre d'une prise en charge complexe depuis plusieurs années »²¹⁷. Le témoignage d'un moniteur dressait une liste de caractères proches de cette description : « agressivité, passivité, apragmatisme, fuite vers l'ailleurs nous obligeant à être les bons pasteurs, inquiets, parcourant le parc, interpellant les pavillons [de l'hôpital] à la recherche d'un égaré pour le ramener dans le giron thérapeutique » - telles étaient les caractéristiques des patients de l'hôpital de jour. Plusieurs témoignages décrivent de fait l'atmosphère morne faite d'inactivité et de tension qui s'installait lorsque l'institution devait faire face à un grand nombre de schizophrènes. Ainsi cette description du médecin responsable :

Atmosphère un peu morne, dans un milieu passif, appelant une attitude de stimulation et de protection chez les soignants, aux deux pôles alors un peu vivants de la rencontre : relation étroite de l'infirmière à l'infirmier ou dans un coin de la salle de séjour avec un individu ou un petit groupe ; activité ergothérapeutique plus ou moins fastidieuse à l'atelier, qui ne se poursuit qu'avec la présence immédiate et active d'un moniteur.²¹⁸

Tout un ensemble de facteurs pouvait faire que l'institution devait accueillir de fait des patients qui posaient plus de problèmes que ceux qu'elle avait connus à ses débuts. Son déménagement à Soisy lui donnait des moyens pour y faire face au demeurant. D'un côté, l'ouverture de l'hôpital en 1963 faisait que l'association était désormais considérée comme capable de prendre en charge des patients plus lourds. Jusqu'en 1963, tant que l'association ne disposait pas de lits d'hôpital, elle avait pu limiter l'importance dans ses murs des patients lourds en les faisant admettre dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine. Les patients qui semblaient alors dans la chronicité restaient hospitalisés. Après 1963, les patients qui étaient pris en charge par l'hôpital restaient à la charge de l'association. D'un autre côté, on assistait dans l'association à une montée progressive du nombre de patients souffrant de pathologies chroniques. Cette montée de la chronicité était au demeurant relativement logique. L'association ayant commencé son travail par la consultation seule, et en ne recrutant qu'une partie de sa clientèle parmi les patients sortis des hôpitaux, elle avait pu avoir affaire d'abord à des psychoses à leur débuts. Les malades ne s'installaient dans la maladie chronique que progressivement²¹⁹. Cette montée de la chronicité en tous les cas ne se traduisait pas encore – comme cela allait être le cas quelques années plus tard – à un phénomène de « sédimentation » à l'hôpital, mais dans la seconde moitié de la décennie, un « résidu » se formait tout de même dans les files actives : ainsi le rapport d'activité de 1968 se plaignait du « poids de la prise en charge » qui

²¹⁷ RA 1967

²¹⁸ Azoulay, 1969. Azoulay dans l'article soulignait toutefois que ces phases de morne inactivité alternaient avec des phases d'explosion euphorique lorsque l'hôpital de jour venait à accueillir des patients

²¹⁹ Baszanger, 1986

devenait critique en raison « du résidu de malades lourds auquel il convient de faire face alors que notre plan de développement n'est qu'en partie réalisé ».

C'est donc peut-être la prise de conscience des difficultés posées par ces patients qui conduisit à une réévaluation du travail mené à l'intérieur de l'hôpital de jour. Quelques indices vont dans ce sens. Ainsi dans le dernier rapport d'activité avant le déménagement de l'hôpital de jour à Soisy, en 1964, les responsables de l'institution soulignaient qu'ils attendaient de ce déménagement les moyens d'une meilleure compréhension des « indications » de l'institution pour le traitement au long cours des schizophrènes. On était satisfait de la prise en charge des états évolutifs, mais nettement moins des bénéfices de l'institution pour ce type de patients. En 1966, le rapport d'activité soulignait la persistance de l'insatisfaction à l'égard de la prise en charge de ces mêmes patients schizophrènes : « La répartition de ces cas montre l'importance essentielle de l'hôpital de jour pour la prise en charge des schizophrènes au moment de certaines poussées évolutives. Les modalités de cette prise en charge paraissent des plus heureuses et des plus spécifiques tandis que les difficultés concernant les schizophrénies fixées séjournant longtemps et incapables d'une autonomie relative posent des problèmes de plus en plus difficiles. »²²⁰ Une réflexion approfondie paraît de fait avoir été lancée.

Le travail qui fut engagé sur le fonctionnement de l'institution à partir de 1965 transparaît dans plusieurs écrits du responsable de l'institution, J. Azoulay, parus à la fin de la décennie²²¹, mais il est signalé également dans le rapport d'activité de l'association. En 1967 on indiquait ainsi que l'hôpital de jour essayait de dégager une « théorie de l'action thérapeutique institutionnelle spécifique de l'hôpital de jour ». On allait mettre en œuvre une étude de l'ensemble de l'activité de l'hôpital de jour « dans le sens d'une orientation psychothérapique imprégnant plus directement l'ensemble du temps de séjour dans la journée ».

Cette réflexion et les articles d'Azoulay participaient de manière plus générale de la relance du débat sur les institutions psychiatriques. C'était en effet la discussion lancée en 1945 qui reprenait, mais sur des bases plus critiques. La vivacité de ces discussions était liée aux fractures du monde de la psychanalyse. D'un côté autour de F. Tosquellès s'étaient regroupés, au sein d'une Société de Psychothérapie Institutionnelle des psychiatres qui se sentaient proches de J. Lacan. De l'autre côté, les entrepreneurs de l'ASM étaient liés à la Société Psychanalytique de Paris. Les positions des uns et des autres divergeaient quelque peu, mais tant le groupe de Tosquellès que les entrepreneurs de l'association s'accordaient autour de l'idée que l'efficacité en soi des séjours en institution passait par la capacité de celle-ci de susciter une forme d'« investissement » ou de « transfert » du patient. Sur la nature, et la traduction dans le langage de la psychanalyse, de cette forme d'investissement, les entrepreneurs du treizième arrondissement étaient plus prudents que les membres de la Société de Psychothérapie Institutionnelle, qui proposaient que le transfert institutionnel fût un analogue du transfert classique, celui de la cure psychanalytique type. Cet investissement était néanmoins suffisant pour provoquer un effet dynamique et constituait le ressort essentiel de la cure institutionnelle.

²²⁰ RA 1966.

²²¹ Azoulay, 1967; Azoulay, 1969

Cette théorie et cette controverse m'intéressent moins ici que le déplacement qu'elles accompagnaient dans l'organisation des institutions du treizième. Comment penser l'efficacité du séjour à l'hôpital de jour, et non plus de l'activité du patient pour elle-même, telle devenait en effet la ligne de questionnement de la réflexion des responsables de l'hôpital de jour. Azoulay posait ainsi le problème :

Un déprimé se repose; un alcoolique se désintoxique; une délirante ancienne accepte de venir tricoter pour éviter de subir les persécutions du voisinage; un psychotique est scrupuleusement fidèle au rendez-vous du matin, pour échapper à son isolement ou à la pression dangereuse de sa mère. Au milieu des activités d'ergothérapie, des sorties, des réunions, les jours semblent parfois se répéter identiques aux précédents, sans que rien ne bouge, sauf les incidents qui font partie du système. Tout ceci donne à certains moments un sentiment décourageant de banalité où la fonction thérapeutique de l'ensemble paraît se résoudre. Nous touchons là, à notre sens, au fond du problème que pose la fonction thérapeutique de toute institution psychiatrique et autrement dit à l'évaluation ou même au caractère recevable du concept de « psychothérapie institutionnelle ».²²²

L'insistance était on le voit d'emblée portée sur la part de banalité, de répétition que comportait nécessairement le séjour à l'hôpital de jour. Contre l'idée qui avait été présente dans les premiers écrits que j'ai cités plus haut qu'un programme adapté, évolutif devait être proposé au patient, que c'était en somme ce programme évolutif qui permettait l'efficacité de la prise en charge, Azoulay soulignait que la répétition, le surplace avait également une valeur en eux-mêmes et faisaient partie intégrante de la thérapeutique. Dès 1965 au demeurant Azoulay avait souligné l'importance des moments d'inactivité dans les journées à l'hôpital de jour.

[nous avons rencontré] un problème inattendu [...] dans notre pratique : la nécessité de ne pas s'en tenir trop rigoureusement à une activité concrète, de ménager des « temps morts », au moins pour certains malades, temps de vide ou d'isolement, que l'on redoute au contraire légitimement au cours des hospitalisations concrètes.²²³

A contrario, cela recoupait une défiance à l'égard d'une forme d' « activisme thérapeutique » :

Toute prise en charge intensive d'un groupe thérapeutique fait apparaître chez le psychiatre la nostalgie d'une généralisation des psychothérapies individuelles profondes. Pourtant on sait qu'on se heurte alors rapidement à l'épuisement des disponibilités en temps de psychothérapie; en outre nous savons qu'il est loin d'être toujours souhaitable de bouleverser un équilibre régressif, mais très péniblement acquis par le sujet. Nous devons insister ici sur notre défiance d'un « activisme thérapeutique » qui cherche à multiplier les actes proposés aux malades, sans un souci suffisant de ménager la fragilité de ses défenses, sans lui laisser le temps d'évoluer selon son propre rythme.²²⁴

²²² Azoulay, 1969

²²³ Azoulay, 1965

²²⁴ Azoulay, 1965

L'institution n'avait donc plus à proposer une activité réglée à ses patients. Il lui fallait toujours toutefois avoir la possibilité d'une maîtrise de sa dimension thérapeutique.

D'un point de vue concret, cela passait par le renforcement du dispositif des réunions de patients. Les réunions n'étaient certes pas absentes du premier dispositif. Le premier rapport d'activité de l'association, en 1961, signalait déjà que les patients de ce qui n'était alors que l'atelier thérapeutique étaient réunis une fois par semaine avec toute l'équipe. Les réunions faisaient partie de toute façon depuis la fin des années 1940 de la panoplie des activités mises en place dans les hôpitaux psychiatriques et accompagnaient²²⁵. Mais les réunions jouèrent manifestement un rôle croissant dans la vie de l'institution.

Le rapport d'activité de l'année 1963 accorda à la description de la réunion hebdomadaire une place qu'elle n'avait pas eue auparavant. Il décrivait par le menu leur déroulement et insistait avec vigueur sur leur portée psychothérapique. Lisons cette description, dont on n'a pas d'équivalent par la suite, et qui me paraît intéressante :

En raison de l'importante proportion de psychotiques qui se situe mal dans le temps et dans l'espace, nous consacrons une première partie du temps de cette réunion à informer les membres du groupe de l'arrivée de nouveaux éléments, tant parmi le personnel que parmi les malades, du sens des visites des médecins étrangers qui viennent assez souvent s'informer de notre organisation en tant qu'hôpital de jour, des modifications du planning de l'organisation du centre de santé mentale en perpétuel mouvement puisque se structurant toujours davantage, de ce que deviennent les malades qui brusquement ne viennent plus à l'atelier (fugues absences pour motivation psychotiques, reprise de travail...). Car le perpétuel mouvement d'une institution de 'type hôpital de jour' l'absence de structure hiérarchisée, comme celle que l'on rencontre habituellement dans n'importe quel service hospitalier n'est pas sans dérouter profondément nombre de malades et la verbalisation par le médecin psychothérapeute permet une représentation rassurante pour chacun de cette réalité mouvante. [...] Une autre partie de la réunion est consacrée à l'exposé d'un thème proposé par les malades. Autour des sujets proposés très divers (par exemple les rêves, l'anxiété, le problème de l'occupation des dimanches, la reprise du travail et ses difficultés pour le malade) le groupe de malades prend conscience de sa « réalité » après qu'il se soit senti « reconnu » par le psychothérapeute, s'identifie ensuite à celui-ci et peut renvoyer alors à certains de ses membres l'image amplifiée, caricaturale de certains aspects de leur comportement pathologique. Cette suite d'identification successives est structurante pour tous et maturante pour quelques-uns.²²⁶

En 1965 le nombre de réunions avec les patients fut porté à 3 par semaine, et l'année suivante, en 1966, le rapport d'activité signalait que l'hôpital de jour allait expérimenter un rythme de réunions quotidiennes : les journées commenceraient par une réunion des patients sous la direction du médecin. C'était donner à la parole une place inédite dans l'institution.

Il n'est pas tout à fait sûr que ce dispositif fonctionna effectivement longtemps aussi intensément. Un document de 1970 suggère que le nombre des réunions avait été ramené à trois par semaine, et que certaines des réunions se faisaient en

²²⁵ Voir le numéro spécial consacré aux réunions de pavillon, en 1949 dans *l'Information psychiatrique*

²²⁶ RA 1963. Les guillemets sont dans le texte.

dehors de la présence du médecin. Mais dans la philosophie du soin de l'institution qui commençait à se dégager, la réunion jouait un rôle central : selon les termes d'Azoulay, elle était l'« organisateur de la vie quotidienne en champ organisé à vocation psychothérapique »²²⁷.

Les réunions de l'hôpital de jour avaient en fait un double sens, qui était reflété dans la description de la réunion de 1963 que je viens de donner. Elles permettaient d'organiser la vie collective de l'institution et de discuter des problèmes que pouvaient avoir les patients. Les patients décidaient avec les soignants de la plupart des activités de loisirs qu'ils voulaient faire – comme les promenades ou l'organisation de sortie -, et il est possible que leur pouvoir de décision acquit au cours de la décennie 1960 plus d'extension, et que la dimension communautaire de l'institution se soit en conséquence renforcée. La manière dont en 1969 Azoulay décrivait l'hôpital de jour paraît en ce sens significative :

Trente à trente-cinq malades se retrouvent tous les matins avec infirmières, moniteurs, psychologues et médecins. Ils organisent collectivement leur vie quotidienne, s'occupent de façon plus ou moins assidue dans un atelier d'ergothérapie, participent à diverses activités de groupe...

Azoulay décrivait ainsi des patients décidément entreprenants, se retrouvant comme des collègues de bureau tous les matins, s'auto-organisant et à la limite utilisant les soignants plutôt qu'ils n'étaient traités par eux. Azoulay suggère en effet que les patients négociaient jusqu'au contenu même de l'ergothérapie et plus généralement des activités de soin : plus loin en effet, dans le même texte il ajoutait : « Ici, individuellement ou en groupe, les patients organisent eux-mêmes le contenu de leur vie quotidienne, de leur activité et de leurs échanges, pour lesquels les soignants peuvent être utilisés comme des médiateurs. » C'était bien l'ère de la participation, celle-ci fût-elle limitée par la nécessité de conserver un « cadre structurant » aux patients.

Les réunions avaient d'un autre côté une vocation plus directement psychothérapique. Mais sur ce point les positions des responsables de l'hôpital de jour se situaient sur une ligne de crête étroite. Il était hors de question en effet de faire des réunions des dispositifs d'interprétation. Les responsables de l'institution étaient prudents à l'égard de la possibilité de pouvoir faire des réunions un dispositif de psychothérapie de groupe.

Un certain maniement des réactions des patients était possible. Azoulay citait ainsi le recours improvisé au psychodrame en cours de réunion²²⁸. Mais il ne fallait pas espérer transposer trop directement le mécanisme de la cure classique. On pouvait certes distiller en réunion des interprétations des comportements des patients, mais il fallait être prudent dans la manière dont on s'y prenait. La promiscuité qui régnait à l'hôpital de jour risquait toujours de faire courir le risque de dérapages :

L'analyse de la signification des comportements et des discours ne peut toujours se faire avec la distance, la maîtrise souhaitable : dans la coexistence étroite que réalise

²²⁷ Azoulay, 1969

²²⁸ Azoulay, 1967

l'Institution, la signification dynamique des conflits est très souvent éclatante; la culture « psychothérapique » ambiante banalise à l'extrême la notion de sens et favorise la tendance « interprétative » sans que le moment de l'interprétation, son opportunité, puissent être appréciés sur le plan de l'économie psychique.

Mais c'était largement par leur biais que passait l'efficacité thérapeutique de l'institution, et l'importance qui leur était donnée dans le dispositif – la réunion quotidienne – témoigne de l'importance qu'on leur accordait en ce sens.

Quel effet attendait-on en fin de compte des séjours à l'hôpital de jour ? Rien de comparable avec la psychothérapie individuelle, qui restait la référence : « au cours du traitement institutionnel, nous constatons des changements souvent beaucoup plus lents, et d'abord l'abandon progressif des symptômes les plus gênants ou les plus bruyants. »²²⁹ C'est donc dans l'ordre de la symptomatique que l'efficacité pouvait être atteinte :

L'insertion du patient dans l'institution qu'il investit sur un mode spécifique, y organisant les mêmes processus psychopathologiques qui ont provoqué une situation de rupture avec l'entourage habituel, mais qui sont ici repérés, jusqu'à un certain point acceptés comme tels, tolérés, éventuellement verbalisés et par conséquent moins prégnants, cette insertion donc est un événement fondamentalement nouveau dans la vie du sujet. Même si le plus souvent la relation avec lui-même et avec autrui ne subit pas d'évolution radicale, le tableau symptomatique change, les manifestations les plus gênantes sont réduites, et une perspective est ouverte pour autant que la relation avec l'institution, et au-delà avec l'équipe de secteur soit ajustée selon la modalité la plus favorable à chaque moment de son évolution.²³⁰

Evolution lente, également, du patient : si pour certains patients un effet pouvait se faire sentir rapidement, « pour la plupart, le séjour ne se révèle bénéfique que de façon très progressive : il faut savoir attendre dans certains cas six mois, un an ou plus, sans que le sujet y trouve la justification masochique d'une blessure narcissique irrémédiable, et sans que l'équipe institutionnelle y voit automatiquement une installation chronique. »²³¹ Evolution fragile encore: un progrès indéniable était atteint, mais la conclusion de l'article de 1965 était prudente sur la profondeur des évolutions sur lesquelles il reposait :

« Certains mécanismes de défense liés à l'agressivité et à la projection persécutive peuvent ainsi être abandonnés, mais ils ne le sont le plus souvent que partiellement et semblent toujours disponibles. C'est en ce sens que l'on peut dénier au traitement institutionnel la valeur d'une psychothérapie au sens strict. Dans beaucoup de cas, l'institution est d'abord indispensable parce qu'elle permet à une véritable psychothérapie individuelle de s'exercer. Néanmoins l'amélioration peut à la longue rester stable et indiscutable même dans les cas où l'on n'a pu recourir à une telle psychothérapie individuelle profonde et ce sont encore les cas les plus nombreux. »²³²

Laissons enfin Azoulay décrire les fins de séjours :

²²⁹ Azoulay, 1965

²³⁰ Azoulay, 1969

²³¹ Azoulay, 1969

²³² Azoulay, 1965

Il arrive [...] que l'on ait après une longue période le sentiment d'un équilibre stable entre le patient et l'institution, qui a épuisé toutes ses possibilités bénéfiques sans qu'une sortie dans de bonnes conditions d'autonomie semble possible : psychotique grave équilibré dans une situation de protection, alcoolique qui a peu à peu laissé se rompre les liens sado masochiques ou dépendants qui lui permettaient de maintenir un certain équilibre, névrosés profondément marqués par leur masochisme qui les a conduits à un isolement progressif, à une incapacité de retrouver la moindre insertion familiale ou socioprofessionnelle.

L'hôpital de jour a alors permis aux symptômes qui masquaient la situation profonde de disparaître. Il convient d'élaborer progressivement dans une recherche commune avec le patient et l'équipe de secteur une solution transitoire ou durable qui entérinera les capacités résiduelles, sans imposer une solution plus autonome, illusoire et source de rechute, sans fermer non plus l'éventualité d'évolution plus heureuse, puisqu'à tous les niveaux, foyer, atelier de réadaptation ou placement familial, la disponibilité thérapeutique doit être sauvegardée.²³³

C'en était bien fini de la vision optimiste du traitement en hôpital de jour. Le rythme ralenti, en fin de compte, de l'hôpital de jour faisait que l'on ne pouvait plus maintenir la philosophie activiste des débuts. La psychothérapie institutionnelle de l'hôpital de jour reposait il me semble de manière cruciale sur la reconnaissance de ce point. Si l'on pouvait rendre possible un investissement du patient dans l'institution, ce n'était plus seulement par l'activité qu'on lui proposait.

La réadaptation dans le treizième arrondissement

Les deux autres institutions de jour, les deux « ateliers thérapeutiques de réadaptation », rencontrèrent des problèmes similaires, même s'ils ne partaient pas des mêmes bases et qu'ils ne pouvaient pas y réagir de la même manière que l'hôpital de jour.

La création des deux autres institutions de jour, l'atelier Saint Jacques et l'atelier des Cordelières s'inscrivait quant à elle dans le cadre du travail par les psychiatres de l'Information psychiatrique sur la réadaptation professionnelle. Le problème du reclassement professionnel des malades mentaux fut en effet pris particulièrement au sérieux dans les premières années par les entrepreneurs de l'ASM, qui mirent en place une série de dispositifs ambitieux pour tenter d'y apporter une réponse satisfaisante. Suivre les patients dans leur vie quotidienne faisait sans doute apparaître avec acuité leurs difficultés à retrouver du travail : si on parvenait à les « maintenir » hors des institutions psychiatriques, une des grandes difficultés des équipes était de leur trouver des moyens de subsistance. Sivadon et le travail entrepris à l'Elan retrouvé eurent également une certaine influence sur les responsables de l'association.

La création des ateliers de réadaptation n'était donc qu'une initiative parmi d'autres pour s'attaquer à ce problème. La première de ces initiatives fut en effet, rapidement, le recrutement de spécialistes du reclassement professionnel. Outre les assistantes sociales, l'association employa à partir de 1962 et jusque dans les

²³³ Azoulay, 1969

années 1970 un, puis deux conseillers du travail, alors qu'un premier conseiller du travail avait été mis à la disposition de l'ASM dès 1960 une journée par semaine par le centre de reclassement professionnel de la caisse primaire de sécurité sociale. L'une des psychologues avait été par ailleurs recrutée pour ses compétences en psychotechnique.

Les conseillers du travail devaient intervenir sur les cas pour lesquels l'équipe de secteur envisageait la reprise d'un emploi, mais qui s'étaient tellement éloignés du monde du travail qu'il fallait les y réorienter. La tâche n'était pas mince. Le rapport d'activité de 1962, l'année de la création du premier poste donc, soulignait combien le reclassement professionnel des patients du treizième arrondissement était difficile :

Les quatre assistantes sociales de service avaient testé sans succès une reprise de travail pour les malades dont la grande majorité était des schizophrènes. L'arrivée du conseiller du travail a constitué en quelque sorte un espoir nouveau dans ces cas très difficiles, qu'il a pu résoudre pour 20%²³⁴.

Les raisons de ces difficultés étaient au demeurant facilement compréhensibles :

Le placement direct dépend en fait du nombre d'employeurs de bonne volonté connus du service, et de la façon dont ils le connaissent. Lorsque le premier contact est bon, il est nécessaire de rechercher les moyens d'entretenir de bonnes relations (réunions, invitations, participation à des activités communes). L'information sur la maladie mentale paraît être une grande tâche urgente. Il est nécessaire, comme on le dit souvent, de dédramatiser ce concept et de montrer que les « mentaux » ne sont pas tous dangereux.²³⁵

On attendait donc du conseiller du travail qu'il dénoue ces difficultés. Son carnet d'adresse et sa bonne connaissance des exigences du monde du travail devaient permettre de lever certaines des barrières qui étaient mises à l'intégration professionnelle des malades mentaux, ou au moins de mieux préparer ces derniers à reprendre un emploi.

Pour certains patients qui savaient relativement précisément ce qu'ils cherchaient, le conseiller du travail avait seulement à leur indiquer les démarches qu'ils pouvaient entreprendre. Mais cette mission d'information devait parfois s'accompagner de véritables thérapies de soutien. Le bilan de l'activité du conseiller du travail en 1963 montrait en effet que certains patients avaient été l'objet de véritables prises en charge. Le rapport d'activité de l'association présentait l'activité du conseiller du travail en classant les situations en fonction du nombre d'entretiens qui avaient été nécessaires pour résoudre le cas. 139 patients avaient été vus pendant l'année, chacun en moyenne 3,6 fois²³⁶. Lorsque le patient faisait lui-même les démarches, un ou deux entretiens suffisaient à l'orienter. Certains patients qui « ne se représent[aient] pas bien [leur] avenir » revenaient 3 à 6 fois voir le conseiller et étaient passés par un « bilan des ressources », qui était fait par la psychologue. Les cas difficiles étaient vus en

²³⁴ RA 1962

²³⁵ RA 1962

²³⁶ Dont 45 alcooliques.

collaboration avec la psychologue et le médecin, et pouvaient être vus jusqu'à une douzaine de fois. Trois patients enfin avaient eu respectivement 21, 30 et 50 entretiens : c'étaient selon le rapport des « cas spéciaux », des malades qui ne se considéraient pas comme malades, et pour qui le conseiller du travail était le seul lien avec l'institution.

Le bilan de cette activité n'était en fait guère meilleur qu'en 1962, mais le rapport se montrait optimiste. Seulement 23,7% des candidats avaient effectivement réussi à trouver emploi. On espérait toutefois parvenir à l'avenir à 50% : dans la plupart des cas en effet les malades étaient d'un « bon niveau intellectuel » mais ils voulaient « occuper des emplois auxquels malheureusement ils n'ont pas été préparé ». La mise en place d'une préparation à l'emploi devait permettre d'ouvrir davantage de perspectives. Cette préparation fut donc recherchée à la fois du côté de l'éducation et du côté de la formation professionnelle.

Un cours du soir fonctionna ainsi à partir de 1963, avec l'aide d'un instituteur. Le rapport d'activité 1962, qui annonçait son ouverture en 1963, présentait ainsi les objectifs du cours :

Beaucoup de malades sont handicapés par l'insuffisance ou l'oubli des notions scolaires de base, en particulier du calcul, malgré un bon niveau intellectuel général. Par ailleurs ils ont des difficultés d'attention et de relation telles que leurs essais de fréquentation des cours du soir d'adultes de l'arrondissement échouent généralement²³⁷

Le cours était animé par un instituteur et était encadré par l'une des psychologues du centre. Celle-ci procédait également à la sélection des candidatures. Chaque candidat était en effet soumis à un examen psychologique, qui devait permettre de faire le point des connaissances scolaires du patient, mais également de se faire une idée de son « style de travail » et de sa « fatigabilité ». Un entretien individuel complétait les tests, qui devait renseigner l'histoire de la scolarité du patient – notamment les raisons des « carences » qu'il cherchait à combler -, et permettre d'apprécier sa motivation. Cet examen débouchait enfin sur l'élaboration avec l'instituteur d'un plan de réinsertion sociale et professionnelle.

À la création du cours, pour sa première année, trois groupes de niveau avaient été créés : un groupe devait suivre le programme du cours moyen, un second groupe était engagé dans la « préparation accélérée » du certificat d'étude, et un cours par correspondance était mis en place pour un groupe d'adultes « ayant fait des études secondaires, souhaitant compléter des lacunes d'acquisition (en mathématiques particulièrement) ».

Les archives ne donnent guère d'indications sur les résultats obtenus par le cours, mais quelques indices laissent à penser que les objectifs qu'il s'était fixé furent assez rapidement abandonnés. Le groupe du premier niveau cessa semble-t-il de fonctionner dès 1964. Mais surtout le rapport d'activité de l'association de 1967 suggère que si le cours fonctionnait toujours, c'était dans un esprit très différent de celui qui animait ses créateurs : l'examen d'entrée était supprimé, et

²³⁷ RA 1962.

on commentait ainsi les objectifs que se donnaient les responsables du cours : les cours permettaient de laisser les « adultes de régresser à un stade infantile », leur « procuraient une satisfaction sur le plan narcissique » et les « obligeaient à faire face à une certaine réalité : « on sait on ne sait pas », on constate ses erreurs, ses faiblesses, et on voit aussi ses progrès ». L'insistance sur ces bénéfices psychologiques cachait peut-être des difficultés du même ordre que celles que rencontrèrent les ateliers, sur lesquels les sources sont plus riches.

L'atelier de réentraînement à l'effort, ou atelier des Cordelières, du nom de la rue où il s'installa en 1966, était dans le domaine de la réadaptation professionnelle le pendant du cours du soir. Il devait permettre aux patients de retrouver des capacités qu'ils avaient perdues ou n'avaient jamais eues.

L'atelier fut ouvert en 1964 dans des locaux, rue de la Glacière, prêtés par la préfecture, qui hébergeaient également une consultation du centre. Il disposait d'une pièce, et était animé, à son ouverture, par deux moniteurs – dont une femme -, bientôt rejoints par une troisième monitrice, et qui étaient placés sous la direction d'un médecin et d'une psychologue. Il fut ensuite rapidement déménagé une première fois en 1966, rue des Cordelières, puis à nouveau dans les locaux que l'association parvint à acquérir îlot Bièvre, où il fut regroupé avec le second atelier dont je vais parler plus loin.

L'atelier paraît avoir été au moment de sa création un projet important pour les entrepreneurs de l'ASM. Le rapport d'activité de l'année 1964 soulignait avec fierté qu'il était une structure pionnière en France, la seule institution comparable étant une institution de la MGEN. On en attendait donc beaucoup.

Son ouverture avait été préparée durant les deux années précédentes par une équipe placée sous la direction d'un médecin, C. Balier, et qui comprenait également la psychologue et le conseiller du travail. C. Balier avait fait sa thèse dans le CTRS de Sivadon sur certaines caractéristiques du travail des malades mentaux – et tout particulièrement la question du rythme de travail – et était donc particulièrement au fait de la question²³⁸.

Là encore toutefois, comme pour l'hôpital de jour, le projet était à l'évidence dans l'air dans les milieux psychiatriques au cours des années 1950. Quelques temps avant l'ouverture de la structure, Paumelle avait rappelé au conseil d'administration que ce projet avait naturellement sa place dans l'action de secteur. « Dès l'origine de l'association, le projet de cet atelier, qui est le complément indispensable de l'action de secteur, avait été envisagé. » De fait un projet qui aurait pu être proche de l'atelier des cordelières avait été sérieusement évoqué dans le courant de l'année 1958. On avait en effet pensé installer un atelier protégé dans une ancienne usine de céramique funéraire, dont l'association aurait pu reprendre le fond d'exploitation²³⁹. Il est difficile de se faire une idée tant soit peu précise de ce projet, mais les discussions rapportées dans les archives suggèrent que cet atelier, qui aurait pu accueillir jusqu'à une centaine de patients, devait également participer d'une forme de réinsertion professionnel - même si la

²³⁸ Balier, 1954

²³⁹ Bureau du CA mai et juin 1958. Il n'est pas clair dans les discussions rapportées dans les compte rendus du conseil d'administration si cet atelier devait s'ajouter à l'atelier de la rue de la Colonie, qui était lui aussi en discussion, ou s'y substituer.

dimension de réentraînement à l'effort ne fut pas évoquée lors des discussions²⁴⁰. Ce projet fut toutefois rapidement abandonné, sans que les archives permettent de dire vraiment pourquoi.

Dans les discussions dont on a une trace dans les comptes rendus des réunions du CA ou même dans le rapport d'activité de 1963, l'atelier de réentraînement à l'effort apparaissait comme un projet complémentaire des institutions plus directement thérapeutiques que les responsables de l'ASM avaient mis en place. Il devait constituer un milieu de transition entre le monde des soins, l'hôpital - et éventuellement les autres institutions extrahospitalières -, et le monde du travail : tout en démarquant ses activités des activités de soins proposées à l'hôpital ou l'hôpital de jour, il devait permettre à ses pensionnaires de se « réhabituer aux conditions de travail » de l'extérieur dans un milieu qui fût plus tolérant à des rythmes de travail plus lents, ou à « des absences, des rechutes ou des attitudes parfois « anormale » »²⁴¹ :

Les problèmes qui se posent sont assez différents de ceux posés par les handicapés physiques; certes les gestes et leur apprentissage revêtent également une grande importance, mais on doit tenir compte aussi du comportement, des conflits qui peuvent survenir, de l'ambiance qui règne à l'intérieur de l'atelier.²⁴²

L'atelier de réentraînement à l'effort devait être réservé en priorité aux patients sortis de l'hôpital²⁴³. On supposait d'autre part que les patients qui poseraient le plus de difficulté à la reprise du travail seraient les patients les moins qualifiés : c'était donc des « activités simples » qu'il fallait mettre en œuvre. Celles-ci fourniraient cependant « le maximum de diversité dans les postes de travail, ainsi qu'une préparation directe à une formation professionnelle ou à des emplois d'ouvriers spécialisés les plus variés possibles »²⁴⁴. L'organisation du travail reposerait sur une décomposition des gestes, qui seraient faite sous la direction de psychomotriciens. Les séjours ne devaient pas dépasser 6 mois et l'on projetait de mettre en place un suivi régulier des progrès, avec bilan mensuel réalisé par les moniteurs au moyen d'une épreuve de chronométrage. Le séjour devait déboucher directement sur la reprise du travail - ou sur l'entrée dans un stage de formation professionnel.

Une grande partie des efforts des responsables de l'institution, tels qu'ils transparaissent dans les différents écrits sur l'atelier des Cordelières, était de faire de l'atelier un endroit qui fût le plus proche possible d'un atelier d'usine. Tant la nature du travail, que les conditions, « strictes », dans lesquelles il était proposé aux patients, devaient rappeler la réalité des rapports sociaux de l'usine. Le médecin n'avait qu'une place de conseiller et n'intervenait pas directement auprès des patients. Les moniteurs étaient recrutés parmi d'anciens ouvriers, qui devaient

²⁴⁰ Sivadon proposait en effet que l'on y développât « une industrie choisie qui nécessite des opérations uniquement faites à la main, ou du travail à façon, pour les industriels manquant de place. » CA 26.06.1958

²⁴¹ RA 1963

²⁴² RA 1963

²⁴³ CS 22 avril 1964

²⁴⁴ RA 1963

apporter non seulement leur savoir faire technique mais également leur culture ouvrière : « lors de sa création nous avons pensé faire de cet atelier le reflet des ateliers industriels en demandant en particulier aux moniteurs de se comporter, quoiqu'avec souplesse, comme des contremaîtres » soulignait C. Balier²⁴⁵. « Je devais essayer d'introduire dans l'atelier « la réalité sociale du travail » » rappelait de son côté l'un des premiers moniteurs de l'institution, dans son mémoire rédigé pour l'obtention du diplôme du CP, et qui décrivait ainsi son travail :

Mon rôle [à l'ouverture] est uniquement de répartir entre eux les pièces à confectionner, d'en assurer la bonne exécution et d'effectuer les livraisons. Chaque mois, un graphique sur papier millimétré représente le travail réalisé par chaque malade. Chaque semaine, je distribue aux malades une somme d'argent qui correspond au nombre de pièces effectuées par chacun.²⁴⁶

Les moniteurs avaient donc pour tâches principales l'organisation du travail à l'intérieur de l'atelier et la recherche d'activités pour les patients. Le travail des patients devait en effet avoir une réelle valeur économique et l'on avait décidé que l'atelier se positionnerait comme sous-traitant pour des entreprises parisiennes. « Si l'on veut réaliser une ambiance qui se rapproche des conditions industrielles il est évident que les activités pratiquées doivent être étroitement liées à celles des entreprises » estimait le rapport d'activité de 1963²⁴⁷.

De fait une partie au moins des efforts des moniteurs fut absorbée dans cette tâche, la recherche de marchés et la gestion des relations avec les entreprises, qui fut de toute évidence plus difficile que prévue. Les responsables de l'atelier en prirent du reste conscience dès l'ouverture de l'institution, en 1964. Les entreprises étaient peut-être réticentes à sous-traiter certaines de leurs activités à un atelier de malades mentaux. Mais surtout la désindustrialisation de Paris - et du treizième arrondissement en particulier - aggravait le problème. En 1963 les responsables du projet avaient retenu trois activités, dont ils pensaient qu'elles ne seraient pas difficiles à trouver : le « montage-cablage » - le rapport d'activité de 1963 soulignait : « il est évident que cette source de travail n'est pas près de se tarir » -, le brochage, et la confection. En réalité seules les activités de montage se révélèrent effectivement accessibles, et difficilement encore. Les premières années, les patients travaillèrent donc au montage de poupées Peynet ou encore de téléphones pour enfants, parfois à la couture. L'achat de machines à souder en 1965 permit toutefois de diversifier le travail et peut-être de soulager les difficultés à trouver du travail.

D'un autre côté les relations avec les employeurs n'étaient pas toujours simples. Certains entrepreneurs étaient plus exigeants en termes de rendement et de qualité du travail, et les marchés passés avec eux pouvaient mettre les moniteurs dans des positions difficiles, au point de perdre la maîtrise concrète de l'organisation du travail à l'. Au pire les moniteurs devaient finir le travail à la place des patients. L'une des monitrices de l'atelier notait ainsi : « Nous prenons une activité pour un certain nombre de patients et si une partie de ces patients

²⁴⁵ Balier, 1965

²⁴⁶ Mémoire CP

²⁴⁷ RA 1963

décroche, nous sommes obligés de finir le travail à leur place pour assurer la livraison. »²⁴⁸

Le second atelier de l'association, l'atelier thérapeutique ou atelier Saint-Jacques, ouvrit peu de temps après l'atelier de réentraînement à l'effort, en mars 1965. Comme l'atelier des cordelières il devait fonctionner comme un atelier de réadaptation, mais son ouverture s'inscrivait dans un contexte différent. C'est en effet le départ à Soisy de l'hôpital de jour, dont il reprit les locaux, qui décida de son ouverture, et il eut dans un premier temps à accueillir les patients de l'hôpital de jour qui ne pouvaient suivre celui-ci à Soisy²⁴⁹. Le départ de l'hôpital de jour vers Soisy marquait d'autre part, je l'ai signalé, une évolution de son recrutement vers des cas plus lourds. Dans une certaine mesure, l'atelier Saint Jacques allait ainsi se substituer pour une certaine classe de patients à l'hôpital de jour.

L'encadrement de l'atelier était plus médicalisé que celui de l'atelier de réentraînement à l'effort : le médecin devrait s'impliquer davantage dans l'institution, un interne venait trois demi-journées par semaine. L'un et l'autre devaient en particulier suivre de près les traitements des malades, ce qu'il était hors de question de faire à l'atelier des Cordelières. Une infirmière avait été par ailleurs également recrutée, qui toutefois ne resta guère, en raison semble-t-il de difficultés à articuler son travail avec celui des moniteurs. L'équipe comptait sinon deux moniteurs et le conseiller du travail venait faire une permanence par semaine. L'institution était placée sous la responsabilité d'une psychologue.

Pour le reste, l'institution s'inspirait fortement du modèle du réentraînement à l'effort : tentative de normaliser les relations avec les patients, environnement le plus proche possible de celui d'un atelier normal. Comme à l'atelier de réentraînement à l'effort, l'ergothérapie était productive, les patients étaient payés à la pièce. Les deux ateliers avaient chacun leurs marchés, mais en gros les travaux étaient sensiblement les mêmes.

Thérapie ou réadaptation ?

Les premiers mois de fonctionnement de l'atelier des Cordelières apportèrent une vive satisfaction aux entrepreneurs de l'association : « De plus en plus l'atmosphère et l'organisation quotidienne de la vie tendent à se rapprocher des conditions normales à l'extérieur » notait le rapport d'activité de 1965, tandis qu'il soulignait l'effort fait pour le rendre aussi « autonome » que possible à l'égard « des médecins et de la thérapeutique ». Pourtant les difficultés furent très rapidement plus nombreuses que prévues. Dans un article paru en 1969, C. Balier fit une sorte de mea culpa rétrospectif :

Il nous est vite apparu que dans le domaine des maladies mentales, le « réentraînement à l'effort » conçu par analogie sur le modèle de ce qui existe pour les handicapés physiques ne pouvait être qu'une aberration : tout au plus peut-on l'imaginer pour des schizophrènes tels que nous les rend l'hôpital après neuroleptisation intense et prolongée, ralentis, passifs, mais en fait, même dans ce cas, ce n'est pas en imposant

²⁴⁸ Mémoire CP

²⁴⁹ Pour des raisons qui toutefois n'apparaissent pas clairement.

discipline de travail et cadences qu'on obtient des résultats, mais en touchant au système relationnel du malade et l'on entre alors dans une toute autre aventure.²⁵⁰

Ces propos semblent en nette contradiction avec les projets initiaux, qui précisément, je l'ai souligné, reposaient sur la mesure des rythmes de travail et de la progression des performances des patients. Mais de fait l'atelier dut rapidement abandonner les objectifs simples qu'il s'était fixés. Les patients qu'il accueillait ne pouvaient être considérés comme de simples malades convalescents qu'il suffisait de réhabituer aux conditions de travail en entreprise en les replaçant dans des conditions qui simulaient le travail d'un atelier réel. Les sorties étaient plus difficiles qu'on ne l'avait envisagé, et il fallait bien davantage qu'on ne l'avait pensé ajuster le fonctionnement de l'atelier aux pathologies des patients.

Il est difficile de se faire une idée de la mesure dans laquelle les responsables de l'association avaient, au moment de la création de l'institution, considéré ces difficultés. La présentation que fit Balier des deux ateliers dans le numéro spécial de *l'Information psychiatrique* consacré au treizième arrondissement paru à l'été 1965 était en effet déjà assez éloignée du modèle simple de la réadaptation qui était présenté dans les projets discutés dans les rapports d'activité et au conseil d'administration de l'association avant 1964. Ce document est important et il faut en dire quelques mots.

Balier présentait en réalité les activités de l'atelier des Cordelières en proposant un modèle plus général d'« ateliers thérapeutiques de réadaptation ». L'atelier thérapeutique de réadaptation, tel que le systématisait Balier, proposait aux patients, comme le faisaient les ateliers du treizième, une activité de type industriel. Mais Balier le décrivait comme une institution conçue pour la prise en charge de *malades chroniques*, et qui devait donc être porteuse également d'un projet thérapeutique pour le patient, et non pas seulement d'un projet social :

L'idée préliminaire à la recherche d'institutions nouvelles vient de la constatation qu'un assez grand nombre de malades dans les services psychiatriques restent incapables de reprendre une vie totalement autonome et en particulier de gagner leur vie tout en étant adaptables à une certaine réalité qui se situe hors de l'hôpital, milieu protégé par excellence. Il est donc légitime de chercher à offrir à ces malades un autre mode d'existence que celui offert par l'hôpital. Encore faut-il se demander - sachant que sous prétexte d'adaptation à la réalité notre action n'est pas de tirer le meilleur parti possible, le meilleur rendement de notre population d'aliénés - si ce transfert de l'hôpital à de nouvelles conditions d'existence est justifié par le bénéfice qu'en peut tirer le malade en vue de sa guérison ou de l'amélioration de son état. Fidèle en somme à notre démarche de médecins, il nous faut savoir si le fait même de rapprocher le malade des conditions de la vie réelle, en lui donnant par exemple la possibilité d'effectuer un travail rémunéré, facilite le projet thérapeutique formulé pour lui. Car nous ne pensons pas que le contact avec la réalité est thérapeutique par lui-même et la « sociothérapie » ne nous paraît pas avoir de valeur en soi, mais en fonction de tout un contexte de moyens thérapeutiques.²⁵¹

Ou, plus haut dans le texte :

²⁵⁰ Balier, 1969

²⁵¹ Balier, 1965

Nous pensons que le danger est encore bien plus grand qu'à l'hôpital de transformer ces ateliers en « dépôts » de malades chroniques et ceci d'autant plus qu'on aura ainsi l'illusion de leur offrir des conditions de vie meilleures doit nous obliger résolument à nous refuser de faire de cet organisme un moyen d'assistance. Il doit être essentiellement à visée thérapeutique, tenant compte de la longue évolution d'une maladie qui nécessite autant que l'affection aiguë des soins vigilants et peut-être particulièrement éclairés, et ne se satisfaisant jamais d'un résultat partiel considéré comme définitivement fixé. Bien sûr nous ne saurions prétendre à « guérir » tous les malades chroniques et nous savons bien que dans l'intérêt même du malade il faut parfois savoir accepter un certain état « déficitaire » : vouloir obtenir mieux dans ces cas conduit inévitablement un retour en arrière. Mais dans l'ignorance où nous sommes encore des possibilités de traitement et de récupération des malades chroniques, il est évident, si l'on veut progresser qu'il est nécessaire de disposer d'un appareil qui soit résolument thérapeutique dans sa conception et non d'un moyen d'assistance qui tendrait trop facilement à devenir une sorte d' « orthopédie » pour des malades considérés un peu hâtivement comme étant « fixés » définitivement dans leur état et donc infirmes.²⁵²

Les ateliers thérapeutiques de réadaptation ne devaient donc pas être simplement des ateliers de travail protégé. Ils avaient vocation à se situer également sur le plan d'une action sur la psychopathologie des patients. Balier proposait donc quelques éléments pour saisir le type d'action thérapeutique qu'ils pouvaient avoir.

Ces ateliers s'adressaient à des patients « pour lesquels on ne pense pas qu'un remaniement structural profond soit possible ou souhaitable » - soit des patients à « contenus psychologiques [...] si pauvres, si stéréotypés que l'on désespère à l'avance de parvenir à une relation qui ait quelque valeur psychothérapique, ne serait-ce que de soutien », ou encore des patients « stabilisés depuis si longtemps qu'il apparaît plus dangereux que bénéfique de vouloir y toucher. » A contrario l'atelier devait éviter les malades « pour lesquels un traitement de grande envergure en cours - psychothérapie profonde par exemple - risquerait de faire réapparaître des conduites pathologiques importantes dans un délai court. » Balier ajoutait cependant : « Toutefois [l'atelier] peut être indiqué [...] dans une phase calme de ces mêmes traitements, de « mobiliser » le patient en le mettant en contact avec des problèmes récents que ne peut lui offrir l'hôpital. »

Du point de vue de l'efficacité de l'atelier, les conceptions de Balier se situaient en fait dans une lignée classique. Le travail des patients permettait de faire travailler « la partie saine de leur psychisme » : « l'indication de séjour à l'atelier revêt un caractère réellement positif si, tenant compte des potentialités d'adaptation du malade elle vise à renforcer celles-ci à développer en somme la partie saine de son psychisme à lutter contre ses phantasmes par le développement de relations contrôlées avec le monde réel ». Mais développer la partie saine du psychisme des malades avait une signification dynamique :

Rencontrant chez [le malade], et nous ne parlons pas forcément du malade chronique classique (schizophrène, délirant chronique, etc.) mais aussi bien de celui dont la malade évolue en quelques mois (état dépressif névrotique, état oniroïde traînant etc.)

²⁵² Balier, 1965

qui peut également être une indication de séjour à l'atelier, rencontrant donc suffisamment d'éléments positifs, de comportement tenant compte de la réalité, nous essayons naturellement de mieux organiser ces comportements de développer les contacts avec la vie réelle pour pouvoir aborder dans un second temps, par l'intermédiaire d'une technique psychothérapique des problèmes profonds qui, réactivés alors, ne risquent plus, ou moins, de perturber gravement le malade dont la vie « organisée » est devenue suffisamment solide pour servir de défense contre l'angoisse. Ou bien si on ne peut espérer résoudre ces conflits profonds, on aura au moins effectué une sorte de « colmatage » propre à maintenir un mode d'existence relativement adapté. C'est au fond, croyons nous le « renforcement du moi » que nous cherchons, toujours valable chez un malade psychotique que l'on entreprenne ou non par ailleurs une psychothérapie profonde.

Renforcement du moi, donc, éventuellement accompagné d'une psychothérapie à fin de modification de la structure psychique. En confrontant le patient à la réalité du travail, l'atelier amenait progressivement le patient à dominer ses angoisses et à adopter les comportements plus adaptés qui lui permettaient de s'autonomiser. Le moniteur lui servait de modèle en même temps qu'il l'encourageait dans ses progrès. Au moment de la parution de l'article, un effort avait du reste déjà été fait pour adapter dans cette ligne les comportements des moniteurs envers les patients et en atténuer la rigidité. Balier encore :

À mesure que l'atelier s'est mieux défini dans ses fonctions, l'attitude de chacun a perdu de sa rigidité et tout le travail en réunion avec le médecin au cours des premiers mois ainsi que les discussions avec la psychologue ont porté sur la possibilité de pouvoir s'adresser au malade sans faire resurgir les comportements pathologiques tout en maintenant des relations riches et profondes. Il fallait pour cela que le moniteur découvre son vrai rôle et substitue à l'image de contremaître celle du conseiller de l'ami, particulièrement averti des problèmes de travail, mais ne s'engageant pas dans d'autres domaines : au souci du respect, de la discipline, du rendement à atteindre par la contrainte, ont fait place à l'encouragement, les conseils pour améliorer les gestes, la représentation du but à atteindre; des visites d'usines ont été organisées accompagnées de discussions sur les modalités de reprise du travail. Peu à peu le moniteur s'est aperçu qu'il pouvait être plus proche à mesure que son rôle était mieux spécifié.

Je l'ai dit, il est difficile de mesurer si les réflexions de Balier étaient présentes à l'esprit des entrepreneurs de l'association en 1963, au moment de la création du premier atelier. Les discussions sur la prise en charge extrahospitalière et la réadaptation sociale des patients souffrant de maladies mentales chroniques évoluaient de toute façon rapidement au début des années 1960 à mesure que se développaient les expériences de psychiatrie extrahospitalière. En septembre 1964 Le Guillant, Bonnafé et Mignot avaient présenté un rapport important sur les « Problèmes posés par la chronicité sur le plan des institutions psychiatriques » au congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française qui se tenait à Marseille, dans lequel ils avaient dénoncé en particulier les conditions de vie des patients que l'on sortait trop facilement de l'hôpital, et proposé l'idée « d'institutions intermédiaires ». Balier citait à deux reprises ce rapport et situait ses ateliers de thérapie de réadaptation dans la perspective que proposaient

ses auteurs. Il est possible que le texte de Le Guillant et ses collègues ait joué un rôle important dans l'évolution de la réflexion de Balier.

De toute façon l'atelier n'avait pas à changer son mode de fonctionnement. Dans la perspective dégagée par Balier, les ateliers pouvaient être thérapeutiques précisément parce qu'ils reconstituaient un milieu de travail authentique. C'étaient en ce que les ateliers proposaient un milieu démedicalisé et proche de la réalité qu'ils permettaient d'agir sur le psychisme des patients. Les théorisations de Balier se situaient au niveau de l'organisation d'ensemble de l'atelier et non pas au niveau de la production même du soin. Il n'était pas nécessaire pour les moniteurs de partager les réflexions de Balier – et c'est au demeurant ce que suggèrent les exposés que l'on trouve dans les mémoires des moniteurs pour le centre de perfectionnement de l'association, qui, lorsqu'ils retracent l'évolution de l'atelier jusqu'au début des années 1970 soulignent l'importance du modèle du réentraînement à l'effort.

Reste que les patients opposèrent des difficultés plus lourdes qu'on ne l'avait souhaité au fonctionnement des ateliers, et les responsables des deux structures se rendirent compte que les objectifs de réintégration rapide d'un milieu social normal ne pouvaient de toute évidence pas être remplis. Le rapport d'activité de 1965 – paru, donc, en 1966 – prenait acte de la difficulté :

Il serait en effet plus juste et plus réaliste de parler à propos du travail fait rue de la Glacière [à l'atelier des Cordelières] de limitation de la marge de désadaptation plutôt que de réadaptation. Pour les psychotiques qui constituent le gros des stagiaires pris en charge, il faut pouvoir leur permettre "d'aller et venir" entre le circuit professionnel normal et l'atelier, au cours des rechutes passagères. La reprise de travail définitive comme on peut l'envisager dans d'autres formes de pathologie est le plus souvent un mythe. Nous nous orientons ainsi vers une conception dans laquelle l'Atelier de la Glacière serait plus un lieu de mobilisation professionnelle et sociale maximum qu'un centre de promotion ou de reclassement professionnel rapide.²⁵³

En 1967, le rapport était plus pessimiste encore. « Gravité de l'échec », « risque de déchéance sociale » caractérisaient massivement la population accueillie à l'atelier :

Etant donnée l'ampleur de la désorganisation pathologique de la personnalité des malades que nous prenons en charge et l'échec existentiel préalable à leur entrée, le progrès est déjà grand s'ils peuvent vivre à l'atelier. L'ensemble des institutions psychiatriques du 13^e arrondissement représente une gamme de "milieux de mobilisation thérapeutique" ajustés à la force d'intégration du moi des malades aux différents moments de l'évolution de leur maladie à leur possibilité de coexistence et d'échanges avec la collectivité ambiante. Elles sont donc, ces institutions, de plus en plus intégrées, ramifiées dans la "communauté". Dans ces milieux de mobilisation l'atelier représente celui où sont en principe "activées" au maximum les capacités d'automatisation, de socialisation et d'affirmation personnelle du malade.

En ce sens même si sortant de l'hôpital un malade doit y réaboutir après un temps de séjour plus ou moins long, son séjour aura pu être un progrès, à condition évidemment que nous-mêmes le vivions comme un progrès. Il arrive que ce soit « enfoncer » un

²⁵³ RA 1965

psychotique dans son aliénation que de lui demander trop vite de reprendre un travail, a fortiori de se promouvoir professionnellement. On augmente cette distance (où réside toute l'aliénation mentale) entre le rôle proposé par la société ou l'environnement ou que le malade se propose à lui-même et *ses possibilités de réalisation*. Ce faisant on satisfait au besoin normal de recherche de critères intangibles de l'efficacité de notre action, mais on ne fait pas nécessairement œuvre de thérapeute.

Il faut se départir en matière de maladie mentale des schèmes de "guérison" hérités de l'étude des maladies physiques.²⁵⁴

Les difficultés de l'atelier Saint Jacques paraissent avoir été encore plus lourdes, bien que l'institution y fût mieux préparée. Les dix premiers patients de l'institution avaient été des anciens patients de l'hôpital de jour, « schizophrènes de lente évolution » ou « grands alcooliques souvent de structure psychotique », tous patients lourds. En 1966, les responsables de l'institution rapportaient n'avoir obtenu pour l'ensemble des patients pris en charge à l'atelier, soit 50 patients, que cinq « sorties satisfaisantes ». Ils estimaient que « l'une des ambitions du service [était] peut-être d'essayer de réduire la marge de désadaptation, en particulier en diminuant peu à peu les réhospitalisations », qui étaient très importantes. En 1967, l'atelier n'avait pu accueillir que neuf nouveaux patients, et l'on soulignait la vocation de l'atelier à prendre en charge des malades « à longue évolution ». Là encore les objectifs de réadaptation ne pouvaient pas être tenus.

La perception que les responsables des ateliers avaient de leurs institutions évolua donc rapidement. Leurs principes de fonctionnement ne furent toutefois pas profondément remis en cause : les deux ateliers continuaient de recréer les conditions de travail d'un atelier d'usine, et surtout le travail que l'on proposait aux patients restait un travail rémunéré et à caractère industriel. Des adaptations y furent toutefois apportées.

Aux Cordelières, la limitation de la durée des séjours à 6 mois fut abandonnée, ainsi que la rémunération au rendement – à partir de 1964 ou 1965 les patients furent payés à l'heure²⁵⁵. Un ajustement fut également cherché du côté des activités proposées : les deux ateliers mirent en place des réunions hebdomadaires avec les patients de manière à favoriser leur participation. Ces réunions purent être parfois pensées comme des réunions thérapeutiques, même si en réalité les expériences en ce sens ne semblent pas avoir duré. Les patients qui posaient des difficultés étaient vus en entretiens individuels. D'un autre côté l'organisation de chaînes de travail permettait également aux soignants de sortir certains des patients de leur isolement : des chaînes furent organisées au Cordelière dès 1965 ou 1966, Saint Jacques tenta l'expérience en 1970. L'atelier Saint Jacques de son côté amenda plus sérieusement le modèle du réentraînement à l'effort, mais je vais y revenir.

Mais c'était pour les moniteurs que la situation était de toute évidence la plus difficile. La tension était forte entre la conduite que supposait d'adopter la philosophie des deux institutions et les réponses que l'on était tenté de donner aux

²⁵⁴ RA 1967

²⁵⁵ Mémoire CP

pathologies des patients. Comment en effet réagir aux comportements pathologiques des malades ? Fallait-il garder la réserve que supposait le rôle d'un contremaître ou de maître de stage *réel* ou bien les moniteurs pouvaient-ils intervenir sur un plan directement thérapeutique ? Cette tension était difficile à tenir et elle fut l'un des facteurs déclenchant d'une crise qui traversa les ateliers en 1973. Les deux équipes éprouvèrent le besoin de justifier le travail qu'ils faisaient et se lancèrent en effet dans un vaste travail d'explicitation de leur fonctionnement et des résultats qu'ils obtenaient.

De manière immédiate, ce fut une tentative de réorganiser les responsabilités au sein des deux institutions qui causa cette crise. Les deux ateliers avaient en effet été réunis en 1969 au sein des locaux de l'îlot Bièvre mais continuaient à travailler séparément, et avec une certaine hostilité réciproque. La direction de l'association souhaitait rapprocher les deux structures et rationaliser leur organisation – notamment la prospection des marchés - en ne nommant qu'un responsable à leur tête. Les responsables des deux ateliers s'y opposèrent vivement en arguant des divergences d'orientations de leurs institutions, et se proposèrent de documenter ces différences par une enquête approfondie. L'enquête menée par les deux équipes, avec le concours d'une sociologue du centre de recherche de l'association, comprenait un point statistique sur les patients vus par les ateliers depuis 1965 et des réflexions des médecins consultants des deux structures, et, pour l'atelier Saint Jacques, de la psychologue et de certains moniteurs. Le compte rendu d'une série d'entretiens que la sociologue avait menés auprès des moniteurs des deux ateliers complétait le document.

Le texte du médecin consultant de l'atelier des Cordelières était une explicitation et une justification de la philosophie de l'atelier, qui reprenait, de manière peut-être plus sophistiquée cependant, l'argument de C. Balier en 1965 – en substance, l'atelier était thérapeutique parce qu'il s'efforçait de se démedicaliser. Les Cordelières tenaient le projet initial, même si l'atelier était lui aussi passé par des phases de doutes. Le rapport d'activité de 1967 avait en effet signalé que l'atelier avait expérimenté une phase où il avait essayé de fonctionner comme un hôpital de jour – et se félicitait que l'on fût revenu à un mode de fonctionnement plus raisonnable. L'équipe des Cordelières avait en effet « transposé trop directement et de façon inadéquate, en particulier au niveau des réunions de groupe, les modes d'abord thérapeutiques de l'hôpital », et avait manifesté une « négligence » à l'égard de « l'originalité du médiateur » de l'action thérapeutique – le travail. Les réunions étaient devenues des « pseudopsychothérapies de groupe » :

Ce groupe initialement constitué autour de la notion de travail en tant que « catalyseur d'autonomie et de socialisation », « facteur d'organisation de la personnalité, moyen d'échange et élément constitutif de la vie collective » fonctionnait ainsi complètement en marge de ses objectifs premiers et devenait parfaitement artificiel.²⁵⁶

L'atelier des Cordelières était revenu de fait à une philosophie plus proche de son organisation initiale, et cette philosophie du soin s'affirmait malgré les dispositions prises pour adapter les conditions de vie à l'atelier aux patients – réunions de malades ou entretiens personnels. Ainsi, si l'on en croit ce moniteur :

²⁵⁶ RA 1967

L'aide médicale, contrairement à ce que nous pensions à l'origine, n'est pas incompatible avec un bon rendement du travail. C'est pourquoi après notre déménagement à l'îlot Bièvre, nous n'avons pas hésité à accentuer encore le côté technique et industriel.²⁵⁷

À l'atelier Saint Jacques les discussions avaient manifestement été plus vives. Les réflexions du médecin et des moniteurs dans le document de 1973 s'appuyaient sur un dépouillement des comptes rendus de réunion de synthèse et des réunions de malades et constituait une interrogation serrées des pratiques qui avaient été développées. Ce document permet donc de saisir quelques unes des questions qui traversaient le travail de l'équipe de l'atelier St Jacques. Un des textes, qu'il faut citer extensivement, me paraît être significatif en ce sens. Son auteur, un moniteur de l'atelier, commentait les questions que les réunions de soignant avaient permis d'aborder depuis la création de l'institution – les guillemets du texte correspondent à des citations de compte rendus de réunion :

En 1965, première année de fonctionnement de l'atelier Saint Jacques, deux thèmes semblent dominer la réflexion de l'équipe :

LA READAPTATION et la PREFORMATION

Ces thèmes amènent un certain nombre de réflexions en réunion de synthèse :

- appelle-t-on le malade « stagiaire »?
- les dossiers doivent-ils être orientés sur les problèmes de réadaptation et de travail?
- comment faire des études graphiques sur le calcul du taux horaire, en prévoyant le dit « chômage »?
- faut-il étudier le rendement?
- est-il souhaitable de faire deux ateliers, un pour les hommes, l'autre pour les femmes?

Il apparaît nettement qu'à travers ces thèmes et ces questions on désire donner aux malades l'impression que l'atelier « c'est comme l'extérieur »...

On dit même : « le moniteur, c'est le personnage de référence, celui qui représente la réalité... »

Mais quelle réalité

Dès la deuxième année, ces thèmes vont être abordés différemment,

Deux mots sont mis en parallèle avec deux questions :

- re-structuration, réadaptation.
- souhaitable pour le malade?

Souhaitable pour l'extérieur?

Il semble que l'évolution des thèmes et des questions s'accompagne d'une évolution de la demande du moniteur.

Il réclame « un plan thérapeutique à suivre »

Il parle même de « distance » vis-à-vis du malade, et de « vie éprouvante du moniteur ».

Et là, très peu de temps après ces demandes on embauche un manutentionnaire à mi-temps!

Dans ces mêmes années, le rôle et la fonction de l'infirmière, dans le cadre de l'atelier thérapeutique Saint Jacques sont abordés :

« L'infirmière c'est elle qui s'occupe des problèmes « mentaux et physiques » »

Au cours d'une autre réunion de synthèse, est plus précisément défini son rôle, toujours dans le cadre de l'Institution Saint Jacques : « l'infirmière : médicaments,

²⁵⁷ Mémoire CP

visites à domicile, prise en charge des moments difficiles, rôle de présence socio-thérapeutique, temps de pause, personnage gratifiant, disponible, écoute le sens de la demande.

Après cette définition, que reste-t-il aux autres membres de l'équipe?

Est-il étonnant que les essais d'intégration d'infirmières se soient soldés par des échecs...?

Et pourquoi la pharmacie a-t-elle toujours été très investie par les femmes? Comme si le travail dans l'atelier était affaire d'homme!

Cela nous amène à la proposition qui a été faite à plusieurs reprises : l'embauche d'un infirmier-moniteur.

Longtemps le problème de la responsabilité institutionnelle a été posé. L'équipe s'est toujours opposée à ce qu'il y ait un responsable moniteur, la décision de nommer ce responsable a permis de définir clairement le rôle et la fonction de la psychologue (ex-responsable) dans le travail d'équipe.

Mais alors, si cette nomination a clarifié certains rôles, la contestation de l'équipe n'était-elle que « la peur du gendarme »? (le responsable)

Ne contenait-elle pas en elle une demande précise vis-à-vis de la responsabilité médicale?

Tout au long de ces huit années, la réflexion évolue, la « prise en charge » ou la « situation thérapeutique » aussi.

Pour l'atelier Saint Jacques, « c'est l'organisation qui donne l'originalité », « le travail n'est que le média ».

A la suite de cette affirmation, on parle de « dimension ou d'orientation Hôpital de jour. »

Comme si nous ne pouvions répondre à cette affirmation qu'en nous situant par rapport à l'hôpital de jour.

Ce travail de recherche de l'Equipe Saint Jacques nous amènera certainement à mieux définir notre « situation thérapeutique » dans l'ensemble du système institutionnel XIIIe, que par rapport à UNE institution.

Ce qui permettra de situer l'institution atelier thérapeutique Saint Jacques dans l'ensemble thérapeutique du XIII est surtout qu'elle réponde à la demande psychiatrique de la communauté. (quelle que soit l'intégration des institutions extrahospitalière dans ce système.)

C'étaient les identités et les positionnements professionnels qui étaient, on le voit, violemment mis en cause par le fonctionnement de l'atelier. La possibilité de tenir le rôle de moniteur dépendait en effet de manière cruciale de la manière dont les moniteurs étaient effectivement soutenus par la philosophie de l'organisation. La remise en cause des objectifs de l'institution en réunion aboutissait à une tension que les moniteurs ne pouvaient résoudre qu'en cherchant à réajuster leur conception de ce qu'était leur travail auprès des patients. Mais celle-ci était difficile alors que le modèle alternatif proposé par l'hôpital de jour restait inaccessible aux soignants.

Le modèle de l'atelier de réadaptation était de manière générale mis à mal par la confrontation avec les populations que leur envoyait le fonctionnement de l'ASM. En 1975 ces difficultés furent du reste entérinées par une décision de réduire leur importance : l'hôpital de jour fut en effet déménagé dans les locaux qu'ils occupaient, îlot Bièvre. Une partie de l'équipe de l'atelier Saint Jacques était assimilée à l'équipe de l'hôpital de jour et le reste déménageait pour reconstituer un nouvel atelier dans de nouveaux locaux.

* * *

Dans l'ensemble, si les années 1960 virent bien le succès des structures de jour, les modèles sur lesquels ces institutions de jour étaient conçues furent toutefois sérieusement amendés. Tant du côté de l'hôpital de jour, avec les évolutions de la psychothérapie institutionnelle, que du côté des ateliers thérapeutiques avec l'abandon du modèle simple de la réadaptation professionnelle, les institutions de jour avaient dû se forger de nouveaux modèles pour faire face à leurs population. Au cœur de ces modèles se situait bien une nouvelle vision de la chronicité en psychiatrie.

Ch. 4. Vers un cadre nouveau pour l'action de secteur : la routinisation du fonctionnement institutionnel, la participation des soignants et le problème de l'encombrement.

Dans les deux chapitres précédents, j'ai décrit la manière dont les institutions de jour et le centre de santé mentale de l'ASM avaient été façonnés dans le courant des années 1960. A la fin des années 1960, la mise en pratique des projets des entrepreneurs de l'association amenaient à une évolution du projet d'ensemble de l'association. A travers le travail sur le dispensaire et sur les institutions de jour un certain nombre de questions étaient posées, qui portaient sur la chronicité, la possibilité pour les malades mentaux d'être pris en charge en dehors de l'hôpital psychiatrique. Les descriptions que j'ai données indiquent déjà les lignes sur lesquelles le projet du treizième arrondissement, et de la psychiatrie de secteur en général, allaient devoir évoluer dans le courant des années 1970. Je reviendrai brièvement sur ce point dans la conclusion. Avant cela, il faut encore tâcher de saisir une série d'évolutions importantes à la fin de la décennie 1960, qui concernent cette fois l'association toute entière. Ces évolutions ne se situent plus en effet au niveau de la production du soin, mais au niveau de l'organisation d'ensemble des différents dispositifs de l'association. Elles concernent la prise de décision et le partage des responsabilités à l'intérieur de l'association d'une part, et l'évolution de l'insertion de l'association dans le paysage psychiatrique parisien, et sont liées à l'ouverture en 1968 et 1969 des dernières institutions de l'association. Ces différentes évolutions sont importantes, car elles constituent le nouveau cadre à l'intérieur duquel l'action de secteur dans le treizième arrondissement sera pensée pendant la décennie 1970

Je l'ai évoqué dans le premier chapitre, en l'espace de quelques mois, entre le début de l'année 1968 et la fin de 1969 l'association ouvrit trois foyers, des places supplémentaires dans les institutions de jour, les derniers pavillons de l'hôpital, ainsi qu'un centre de jour pour déficients. Elle se trouva brusquement avec une centaine de places supplémentaires dans ses institutions. Ces ouvertures étaient attendues par les entrepreneurs de l'association. Elles ne portaient pas encore le dispositif du treizième arrondissement au total des prévisions des programmes de

1963-1963. La gestion de ces places amena pourtant une série de problèmes qui conduisirent à des changements durables pour l'association.

L'évolution de la place du groupe des soignants dans le fonctionnement de l'association est l'un des aspects importants des transformations induites par ces créations. L'aménagement des relations entre les médecins et les soignants, sur le lieu de travail, fut sans doute un processus progressif, à mesure que les uns et les autres gagnaient de l'expérience. Les grèves de mai 1968, d'un autre côté, ont également joué un rôle important dans cette évolution²⁵⁸. J'ai toutefois de manière générale peu d'éléments qui me permettent de documenter ces aspects, et c'est ici sur un autre point que je voudrais insister. L'ouverture des institutions extrahospitalières, et les problèmes que l'organisation, devenue complexe, de l'association posait amenèrent les entrepreneurs de l'association à réfléchir de manière systématique à la manière d'impliquer les soignants dans la direction et la gestion de l'association. Cette réflexion avait pour eux une importance considérable dans le cadre du travail qu'ils menaient sur les « institutions ». En tous les cas les soignants jouèrent dès lors un rôle croissant dans la vie de l'association. Dans le courant des années 1970, ils occupaient une place qu'ils n'avaient pas auparavant dans l'évolution du dispositif de l'ASM.

L'ouverture des institutions eut également pour effet paradoxal de mettre l'association en face de ce problème majeur des hôpitaux psychiatriques dans les années 1950 et 1960, « l'encombrement ». L'ouverture des dernières institutions avait en effet amené les entrepreneurs du treizième arrondissement à demander à leurs collègues de leur confier la prise en charge des patients du treizième arrondissement qu'ils avaient encore dans leurs services. Je l'ai souligné, la prise en charge de l'ensemble des patients du treizième arrondissement constituait une dimension de « l'expérience », à proprement parler, menée par l'ASM. En quelques semaines l'arrivée de ces patients eut toutefois pour effet de produire à l'hôpital, une situation d'excédent, qui allait perdurer durant la plus grande partie de la décennie. L'encombrement, dès lors, devenait un révélateur des difficultés à tenir le projet psychiatrique de secteur tel qu'il avait été formulé dans le projet des débuts de la décennie 1960.

Organiser la décision, faire participer les soignants : le problème de la gestion des besoins de l'arrondissement.

On peut considérer jusqu'à un certain point que durant les premières années de son existence, l'association était pour l'essentiel une entreprise de médecins. On l'a vu, les médecins avaient été en effet les principaux architectes du dispositif du treizième arrondissement. Tant que l'association comptait peu d'institutions, ils en étaient également les principaux animateurs, prenant à leur charge certaines tâches qu'ils délégueraient par la suite aux soignants – telles que, à l'hôpital, l'animation des pavillons et l'organisation des réunions avec les patients, ou la formation des soignants.

²⁵⁸ Une conséquence directe de mai 1968 fut en particulier, dans le treizième arrondissement la création de comités d'entreprise, qui n'existaient pas jusqu'alors. Il me faut toutefois préciser davantage leur rôle dans l'architecture du treizième arrondissement.

La routinisation du travail à l'intérieur d'institutions par ailleurs de plus en plus importantes, et l'importance du travail que demandait leur gestion au quotidien conduisit à réfléchir à l'élargissement du partage des responsabilités. « L'association comporte maintenant environ 500 salariés, une mutation importante s'est effectuée par rapport au temps où elle pouvait conserver un caractère familial. C'est à une véritable entreprise que nous avons à faire, forcément démultipliée en une quantité d'équipes thérapeutiques diversifiées » déclarait dans une note en octobre 1968 l'un des responsables de l'association, qui notait également que « l'augmentation du volume des équipes et des institutions rendront de plus en plus difficile un contrôle de leur fonctionnement par les médecins de secteur qui seuls, par la nature de leur travail quotidien, ont et doivent avoir une vue d'ensemble concrète de la marche de l'ensemble de l'Association »²⁵⁹. Il fallait pourtant réfléchir aux conditions dans lesquelles les soignants allaient être impliqués dans ces responsabilités.

Depuis leur création, les institutions et, à l'hôpital, les pavillons étaient placés sous la responsabilité d'un soignant, le « responsable », éventuellement assisté d'un ou de plusieurs « sous-responsables ». La fonction des responsables et des sous-responsables et les qualités que l'on en attendait n'étaient pas définies avec beaucoup de précision. Mais les entrepreneurs de l'ASM voulaient avant tout éviter de reproduire à l'intérieur de leurs institutions les dysfonctionnements que les psychiatres du groupe de *l'Information psychiatrique* avaient repérés dans les hôpitaux psychiatriques, où, dans leurs analyses, les impératifs de la gestion prenaient trop souvent le pas sur ceux du soin, ce qui jouait un rôle important dans la chronicisation des patients²⁶⁰. Selon eux, dans l'asile le surveillant général était en effet la clef de voûte du système d'autorité, et pour cette raison il était rendu responsable des dérives que rencontraient ces institutions.

A l'ASM, les responsables étaient chargés de l'organisation du travail soignant et de la gestion des places dans leur institution. Il leur revenait en fin de compte d'assurer la gestion effective des pavillons ou des institutions. Mais ils avaient également une mission d'enseignement et de réflexion sur le soin. Ils avaient à assurer la mise en œuvre au sein des institutions d'une forme de réflexivité soignante, que traduisait la notion d' « élaboration » sur le soin. A de nombreuses reprises au cours de la décennie 1970 les discussions lancées sur la formation donnèrent aux médecins l'occasion d'affirmer qu'ils souhaitaient voir s'affirmer l'expertise des soignants.

L'autorité des responsables était supposée être contrebalancée par celle du médecin, qui en dernière instance personnifiait le pouvoir thérapeutique. La métaphore du couple familial employée dans plusieurs écrits pour caractériser le type de direction qui était donnée aux institutions avait ainsi pour but de caractériser un partage de l'autorité qui n'était pas aliénant mais qui reposait sur un principe de familiarité et de complémentarité harmonieuse.

²⁵⁹ Archives hôpital.

²⁶⁰ Ce thème était développé avec vigueur dans les premiers écrits sur la psychothérapie institutionnelle, qui, sur ce plan, annonçaient largement les écrits des sociologues critiques des années 1960 et 1970. L'un des textes les plus importants en ce sens est Daumézon et Koechlin, 1952.

Les responsables étaient issus des rangs mêmes des soignants. Ils étaient choisis pour leurs qualités de leader et leur compétence clinique, mais sans avoir suivi de formation particulière²⁶¹. Si les premiers responsables de l'hôpital avaient été choisis par l'équipe médicale parmi les infirmiers expérimentés que P. Paumelle avait fait venir des Rives de Prangins, par la suite les responsables des pavillons furent choisis par leurs pairs et les médecins, en réunion de direction de l'hôpital, parmi les soignants, après appel à candidature. Pour les institutions parisiennes en revanche les postes étaient moins nombreux et tournaient moins souvent. C'étaient également des postes plus prestigieux, dont les titulaires avaient plus d'autonomie et de responsabilité que les responsables de pavillon à l'hôpital, et les nominations en dernière instance revenaient à l'équipe dirigeante de l'association.

Au niveau de la direction de l'association, le problème se posait toutefois en d'autres termes. Le lancement, à la fin de la décennie 1960, d'une réflexion sur la direction de l'association paraît en effet liée aux difficultés de gestion que rencontrait l'association à ce moment-là. Il me faut d'abord donner quelques indications sur ces difficultés, qui étaient liées au mode de financement des institutions.

Le système des prix de journée faisait que les rentrées financières étaient liées aux journées effectivement réalisées dans les institutions. Les budgets, et en particulier les prix de journée des institutions, étant calculés au plus juste, les institutions, et en particulier l'hôpital, devaient donc être remplies pour que le budget de l'association fût équilibré. C'était paradoxal, et c'était pour les entrepreneurs de l'association un réel dilemme : le projet de soigner les patients hors de l'hôpital ne pouvait se faire qu'au prix d'un remplissage optimal de l'hôpital. Ce médecin se souvient ainsi :

Paumelle avait le sens de ce qu'il voulait monter comme institution. Et on comprend. On comprend, avec un peu plus d'années. D'accord, on comprend. Mais... alors, c'est une petite parenthèse... un jour, j'ai entendu Paumelle qui avait eu ce magnifique projet de faire un tout petit hôpital pour que les patients soient pris en charge dehors, je l'ai entendu dire « Dites donc ! Il y a des places à l'hôpital, il faudrait peut-être veiller à le remplir parce qu'il va y avoir un problème budgétaire »... Et je me souviens du dr. Y. lui disant « Mais enfin, Paumelle... tu as entendu ce que tu as dit ? » Et c'était... c'était typique. Et on le comprend très bien. Paumelle avait des institutions qui devaient tourner...²⁶²

Faire tourner les institutions n'était pourtant pas si simple. L'hôpital avait ainsi été en sous-effectif durant les années 1960 et il avait donc accusé un déficit chronique. L'ouverture de l'hôpital s'était pourtant faite dans l'optimisme. Compte tenu des patients du treizième arrondissement hospitalisés dans les hôpitaux de la Seine et de l'activité des consultations, les lits ouverts devaient être « facilement » et « rapidement » occupés²⁶³. A l'usage toutefois et très rapidement les choses s'étaient avérées plus difficiles que prévues. Il était impossible

²⁶¹ Même si dans le courant des années 1970 plusieurs soignants de l'association suivirent une formation dans les écoles de cadres infirmiers, cette formation n'était pas requise pour

²⁶² Entretien médecin.

²⁶³ CA 5.02.1963

d'effectuer le nombre de journées qui étaient convenues avec les inspecteurs de la sécurité sociale et en fonction desquelles le prix de journée était fixé. En l'occurrence, la principale cause de la situation était un recrutement déficitaire d'infirmiers, qui empêchaient d'accueillir les patients que l'on aurait souhaité : Paumelle y insistait en effet, et il obtenait sur ce point le soutien de son conseil d'administration, l'hôpital ne devait pas accueillir davantage de patients qu'il n'avait de places théoriques, indexées sur le nombre de personnels soignants. Les difficultés du recrutement du personnel hospitalier étaient, disait-on, générales en France, mais elles étaient particulièrement accusées à l'ASM. L'une des raisons en étaient les conditions de travail imposées par l'association à un personnel que l'on voulait par ailleurs très qualifié : les entrepreneurs de l'association insistaient en effet pour que les infirmiers de l'hôpital fussent autant que possible diplômés d'Etat, et qu'ils s'engagent à suivre durant leurs deux premières années à l'association la formation du centre de perfectionnement, dont une partie devait être suivie sur leur temps de congé. Or, constatait-on, la rémunération était « insuffisante », « compte tenu du travail demandé auprès des malades mentaux et de l'obligation de suivre des cours de perfectionnement pendant 2 ans sanctionnés par un examen. »²⁶⁴ D'autre part l'isolement de Soisy - qui était encore un bourg de campagne à l'époque - et l'absence de programmes de logement dans la commune faisaient que les soignants étaient logés dans des conditions précaires²⁶⁵.

La situation perdura durant toute la décennie, et en 1969 elle devint même franchement alarmante. En février, une baisse subite de l'effectif soignant d'un pavillon fut la cause d'une nouvelle difficulté, ponctuelle, mais qui intervenait à un mauvais moment. Pour la première fois en effet, en 1968, le déficit causé par la sous-utilisation des lits de l'hôpital n'avait pas été compensé par des excédents dans les autres parties de l'association. « Plusieurs mois d'occupation déficitaire mettent irrémédiablement en cause l'équilibre d'une année, nous nous trouvons devant une situation qui si elle se prolongeait, mettrait gravement en question l'avenir de l'hôpital » s'inquiéta le responsable administratif de l'association²⁶⁶. En fait cette situation de sous emploi de l'hôpital n'allait pas durer, comme nous allons le voir, mais en ce début d'année 1969, au moment où plusieurs institutions extrahospitalières s'ouvraient, on ne pouvait pas laisser les choses en l'état. L'ouverture des institutions extrahospitalières allait en effet démultiplier ces difficultés. Le fait qu'elles fonctionnaient également sur le mode du prix de journée transformait l'équilibre budgétaire de l'association. La part des prix de journée dans le budget de l'association devenait réellement importante et l'on ne pourrait plus compter sur les ressources du centre de santé mentale pour compenser un défaut d'utilisation des institutions. Il fallait que les prix de journée rentrent réellement.

Dans le cas des institutions de jour pourtant, le risque n'était pas tant le manque de personnel que le problème de l'adaptation des institutions à la « demande » ou aux « besoins » de l'arrondissement. Il faut s'arrêter un instant

²⁶⁴ CA 14.05.1963

²⁶⁵ Les responsables de l'ASM se lancèrent dans la prospection dans les communes voisines et parvint finalement à obtenir des places dans leurs programmes de logements sociaux.

²⁶⁶ Dir. 11.02.1969

sur ce point. Cette notion de demande ou de besoin jouait en effet un rôle considérable dans la manière dont les entrepreneurs de l'association, et avec eux les responsables soignants, pensaient le fonctionnement de leurs dispositifs²⁶⁷. Elle correspondait en effet à la vision globale que les entrepreneurs de l'association avaient de leur mission, prendre en charge la santé mentale dans le treizième arrondissement, et au type de raisonnement proprement biopolitique qu'ils mettaient en œuvre pour apprécier la manière dont cette mission était conduite.

D'un point de vue pratique, cette notion de besoins fonctionnait en réalité comme une sorte de boîte noire. Elle renvoyait à deux dimensions distinctes du travail sur les institutions fait par les responsables de l'association : d'un côté un problème de planification de l'action, d'un autre côté, une évaluation du bon fonctionnement du dispositif.

En dehors de quelques estimations grossières de la prégnance des pathologies mentales dans les populations, qui circulaient dans des arènes très éloignées des lieux de soin – et notamment dans les documents de l'OMS –²⁶⁸, et en dehors de l'appréciation que les entrepreneurs du treizième faisaient de certains problèmes qu'ils estimaient devoir prendre en charge²⁶⁹, il était difficile de prévoir avec un semblant de réalisme le type de pathologies auxquelles devait répondre le dispositif du treizième arrondissement. J'ai souligné dans le premier chapitre la manière dont au début des années 1960, les normes qui étaient proposées pour les institutions reposaient pour une part sur un arbitraire, et j'ai par ailleurs souligné la manière dont c'était progressivement que s'étaient façonnées les clientèles des institutions de jour de l'association à partir de projets finalement peu réalistes, en fonction à la fois de leur insertion dans l'ensemble du paysage institutionnelle de l'association, voir de la psychiatrie parisienne, et en fonction de la manière dont les patients réagissaient au traitement, au sens large, qu'on leur proposait. L'évaluation des « besoins » en matière d'équipements psychiatriques ne pouvait ainsi correspondre à une analyse a priori des pathologies rencontrées dans l'arrondissement : tant que celles-ci ne fonctionnaient pas on était bien en peine d'imaginer les réactions qu'auraient les patients – on était en réalité en peine d'imaginer ce que seraient les patients dans ces institutions.

Au niveau de l'association, le principal indicateur de l'adéquation aux besoins du dispositif treizième arrondissement était en fin de compte le fait qu'il se substitue effectivement aux hôpitaux psychiatriques. C'est ainsi qu'une réunion du conseil d'administration en juillet 1970, après l'ouverture des dernières institutions de l'association et lorsqu'il n'y eut plus de patients domiciliés dans le treizième arrondissement pris en charge par les hôpitaux psychiatriques parisiens, fut consacrée à une sorte de bilan. Les entrepreneurs de l'association y faisaient un bilan positif des transformations récentes de l'association et à la fin de la réunion, l'assistance se félicita, avec le sentiment du devoir accompli, du bon

²⁶⁷ Il faut noter que la notion de « demande » renvoyait par ailleurs à un autre débat, que j'ai un peu évoqué dans le chapitre précédent, mais qui mériterait davantage de développements, celui de la justification de l'intervention psychiatrique sans le consentement des patients.

²⁶⁸ Mais qui pouvait toutefois servir d'arguments dans le cadre de négociations avec les tutelles des institutions de soin : durant les années 1950 les responsables de l'OPHS rappelaient souvent que les problèmes de santé mentale concernaient près d'un dixième des populations, pour souligner combien l'effort entrepris était modeste.

²⁶⁹ Après coup, c'était également le cas de l'hospitalisation à domicile.

fonctionnement de l'association. Le compte rendu de la réunion rapportait ainsi l'intervention de son président :

M. X. « pense que le moment est, semble-t-il, venu de dire quelque chose de positif à propos de cette expérience qui pourrait rendre le service d'institution expérimentale puisqu'elle assume les prises en charge demandées avec un nombre de lits d'hôpital plus bas que les normes théoriques de 3/1000 (avec un taux d'occupation moyen de 121/100) et un nombre de places en EH loin d'atteindre les prévisions. »²⁷⁰

De manière plus rigoureuse, c'est également ce type d'évaluation que mit en œuvre Paumelle dans une série de travaux, à la fin des années 1960, qui visaient à une tentative de justification économique de la politique de secteur²⁷¹. Les calculs de Paumelle reposaient sur une comparaison du coût de l'action engagée dans le treizième arrondissement avec le coût du dispositif hospitalier auquel il se substituait. Paumelle comparait en particulier le coût de revient des prises en charge par patient au sein de l'association et dans les hôpitaux psychiatriques. Ce coût de revient, pour l'association, reposait sur le calcul d'un profil moyen des prises en charge des patients de l'association, qui était en fait un calcul abstrait : pour chaque institution, Paumelle calculait en effet le nombre total de journée qui y avait été réalisé, et en déduisait, en divisant à chaque fois ce total par le chiffre de la file de l'association, un temps de séjour théorique pour chaque patient de l'association. En fin de compte on parvenait pour chaque patient de l'association à un parcours théorique dans les différentes institutions du treizième arrondissement – à l'hôpital, 34,14 jours, à l'hôpital de jour, 5,70 jours, etc. – d'où pouvait être déduit le coût total de sa prise en charge. Le résultat auquel parvenait Paumelle – à l'avantage, évidemment, du secteur – m'intéresse ainsi moins que le type de raisonnement qui était mis en œuvre. Au final, l'évaluation des services rendus par la politique de sectorisation se faisait par comparaison avec les hôpitaux psychiatriques. En particulier, on était incapable de donner une évaluation des services rendus par les secteurs fondée sur une estimation des caractéristiques des populations auxquelles ils étaient supposés s'adresser.

Au niveau des institutions, la prévision des besoins était peut-être plus hasardeuse encore. Une discussion, qui eut lieu au moment de l'ouverture des foyers, en 1969, me paraît à cet égard significative. Une note des responsables de l'association, discutée en réunion des médecins au début de l'année 1969, tâchait en effet d'évaluer les transformations qu'allait apporter à l'ensemble de l'association l'ouverture des places supplémentaires dans les nouvelles institutions²⁷². Le raisonnement des responsables de l'association était simple : les 7 équipes que comptait jusqu'à présent le centre de santé mentale avaient chacune une file active d'en moyenne 200 patients, soit 1400 patients pour l'ensemble de l'association. Pour l'instant le dispositif institutionnel comptait 310 places. Les ouvertures d'institutions prévues à court et moyen terme allaient porter le nombre de places à 490 – soit une augmentation de près de 60%. Il fallait donc trouver le moyen d'augmenter la file active de l'association dans le même rapport, c'est à

²⁷⁰ CA 22.07.1970

²⁷¹ RA 1969 et Paumelle et Lepastier, 1974. Sur l'utilisation du calcul économique à la fin des années 1970 dans le domaine de la santé, voir Benamouzig, 2000.

²⁷² Archives hôpital.

dire de la porter à 2240 malades, avec donc 800 patients supplémentaires qui allaient peser sur les équipes – et la question essentielle que posait la note était : comment porter les files actives des secteurs à ce chiffre. Là encore le raisonnement ne pouvait se faire qu'à partir d'une extrapolation de la situation que connaissait. Les problèmes d'encombrement allaient prouver que ces raisonnements étaient fragiles.

De manière générale, la notion de besoin telle qu'elle pouvait être maniée dans les discussions des responsables du treizième arrondissement correspondait à un niveau d'agrégation des patients. Au cours de la décennie 1970, le questionnement des besoins de l'arrondissement consistait en une évaluation a posteriori du fonctionnement de l'association, basée sur les taux d'occupation des institutions. Cela correspondait à un niveau d'analyse statistique. Dans les raisonnements des entrepreneurs de l'association, les besoins étaient remplis lorsque les taux d'occupations des différentes institutions étaient satisfaisant, mais également lorsque à l'échelle de l'association, l'ensemble des institutions de l'arrondissement était équilibrées. A ce titre « l'encombrement » de certaines institutions, et en particulier de l'hôpital, sur lequel je vais revenir, posait problème lorsqu'il voisinait des situations de sous-emploi d'autres institutions.

Ces raisonnements sur les « besoins » permettaient de penser, de manière générale, l'articulation entre un intérieur et un extérieur des institutions. En ce sens ils prolongeaient le questionnement engagé par les théoriciens de la psychothérapie institutionnelle à la Libération. Les entrepreneurs de l'association raisonnaient sur ce plan d'une manière qui était parfois proches des sociologies des organisations de cette époque : le principe que les institutions répondent aux besoins de l'arrondissement s'opposait au fait que les organisations fonctionnaient en répondant à leurs propres besoins. Dans les discussions des années 1968 et 1969, on estimait ainsi qu'une source de difficultés pour la bonne gestion des prix de journée dans l'association pourrait ainsi venir du fonctionnement même des institutions. Le fonctionnement d'une institution induisait en effet une sélection de sa clientèle. Les institutions devaient développer des indications suffisamment précises, afin de fonctionner au maximum de rendement thérapeutique. Mais les institutions devaient également être suffisamment ouvertes pour répondre aux demandes de transfert qui pouvaient venir d'autres institutions. Cette note de juin 1969 pose bien le problème :

Nous allons disposer de 440 places, réparties en 8 institutions, sans compter le club et le placement familial.

Ces institutions auront chacune leur spécificité, c'est à dire leurs indications et contre-indications et doivent fonctionner avec un effectif de malades dont la moyenne tout au long de l'année doit se situer aux environs de 90 % des places disponibles. Il y a là un paradoxe, car il se peut que le nombre de malades correspondant à ces indications précises soit insuffisant pour tenir ce chiffre.

Si chacune des institutions évolue de façon rigide, pur son propre compte, on risque de se trouver dans la situation où l'une d'entre elle aura une file d'attente pendant plusieurs mois, tandis que la voisine aura des places inoccupées. En dehors du problème budgétaire que cette situation poserait, cela montrerait que nos moyens ne sont pas adaptés aux besoins de la population.

Par ailleurs il est difficile à une institution de fonctionner à un taux d'occupation de 90 % puisque la marge de manœuvre se situe souvent, étant donné nos petites unités, entre 3 et 4 places.

Il est plus facile de fonctionner sur un ensemble de 440 places, c'est à dire avec une marge de manœuvre de 40 places, en sachant évidemment qu'au point de vue budgétaire une place de Soisy vaut le double d'une place en extrahospitalier et que sur le plan des indications, il faut distinguer les institutions d'hébergement (hôpital, foyer) des institutions de jour (hôpital de jour, ateliers...)

C'est le rôle de la direction de l'extrahospitalier d'amener les institutions à fonctionner par rapport à un ensemble, de concilier spécificité thérapeutique de l'institution, équilibre budgétaire, réponse aux besoins de la population, éventuellement de faire évoluer l'une ou l'autre vers une modification de fonctionnement si la répartition des malades mentaux de l'arrondissement l'exige.²⁷³

Pour prévenir l'ensemble de ces difficultés, à la fin de l'année 1968, une réflexion fut donc lancée au sein du groupe des médecins sur la gestion du dispositif du treizième. Il fallait trouver les moyens de réagir rapidement au sous-emploi des institutions lorsque celui-ci arrivait. Je n'ai que peu de détails sur les discussions qui furent conduites et la manière dont on parvint finalement au dispositif qui fut mis en place dans le courant de l'année 1969, mais une note explicite les principes auxquels les médecins de l'association étaient arrivés. Je cite cette note presque entièrement :

La règle fondamentale est que la décentralisation soit effective, permettant l'utilisation de l'activité créatrice de chacun et qu'en même temps un contrôle de la gestion de chaque équipe soit possible. Cette gestion financière doit être étroitement associée à la gestion de fonctionnement, chacun devant se sentir participant à l'élaboration du budget qui permettra le fonctionnement destiné à répondre à des objectifs définis en commun et responsable de son utilisation. L'élaboration du budget faite en comité technique par les responsables des équipes pourrait être la suite normale d'un travail de réflexion de celle-ci pratiqué tout au long de l'année. Une partie de l'enseignement pourrait être constituée par ce travail de réflexion : en réunion mensuelle par exemple, groupant plusieurs équipes en institution, on demanderait à chacune d'elles d'exposer devant les autres un travail concernant tel point de son fonctionnement dont la modification serait susceptible de mieux répondre aux besoins thérapeutiques (ex : action auprès des familles pour les malades de l'hôpital de jour - rémunération des malades de l'atelier - rapports entre l'équipe de secteur et l'institution, etc.) Ce serait l'occasion pour les médecins enseignants d'approfondir le sens thérapeutique des activités des institutions et équipes.

Ce serait l'occasion pour les équipes de se rencontrer et de communiquer réellement. Ce travail de réflexion aboutirait à une définition claire des objectifs que se proposerait de réaliser chaque équipe et à l'élaboration du budget nécessaire pour y parvenir. Recherche et enseignement seraient intimement liés. Le service des statistiques prêterait son concours aux équipes pour analyser leur activité.

Une fois définis les objectifs de l'année à venir, chaque équipe serait libre de les réaliser comme elle l'entend, à condition de se tenir dans les limites du budget imparti. Seul un contrôle a posteriori serait à établir. Il pourrait consister en réunions trimestrielles, par exemple, groupant plusieurs équipes, avec le ou les directeurs qui ont la responsabilité de ces équipes ; chaque responsable d'équipe ferait un compte rendu de gestion portant sur : le fonctionnement pendant les trois mois précédents, la réalisation ou non des objectifs fixés et les difficultés survenues, l'équilibre financier exposé en collaboration avec un représentant de l'administration présent à la réunion. Ce dernier point particulièrement important permettrait de mettre en évidence le

²⁷³ Note pour DirEH 06 06 69

déficit éventuel d'une institution, d'analyser ses raisons (surcharges de personnel ou insuffisance d'occupation) de prendre des mesures pour y remédier rapidement, éventuellement si le déficit est permanent, de prévoir un réajustement du financement si cela apparaît justifié ou d'en subir les conséquences en équipe après étude approfondie (modification concernant un poste coûteux ou non rentable sur le plan thérapeutique, par exemple). [...]

Au cours de ces mêmes réunions, le directeur et l'administrateur donneraient les informations sur les aspects de la politique et de la marche générale de l'association qui concerneraient les équipes en présence. Les comptes-rendus des 4 réunions trimestrielles constitueraient le rapport annuel qui pourrait être fourni dès le mois de janvier. [...]

Les réunions de compte rendu de gestion se garderaient de s'immiscer dans le fonctionnement intime des équipes, mais se situeraient au niveau de la réponse aux besoins de la population en matière psychiatrique, c'est à dire de l'intégration des équipes dans l'ensemble du fonctionnement de l'association.

Dans la perspective évoquée plus haut du partage de responsabilité entre médecin et responsable d'institution, qu'on pourrait qualifier de responsable de gestion (au sens large et noble du terme), il y aurait lieu de maintenir la spécificité des réunions de médecins actuellement existantes, chargées d'étudier, de réfléchir, d'élaborer la politique thérapeutique de l'ensemble de l'association et les bases techniques des différents modes d'intervention en réponse aux besoins (ex : quelle est la part de simple action de soutien auprès des psychotiques qu'on doit admettre viser à une haute élaboration thérapeutique).

Dans un rythme à déterminer (2 mois ?) une réunion commune des médecins avec une partie ou peut-être l'ensemble (?) des responsables de gestion aurait lieu pour confronter problèmes techniques et problèmes de fonctionnement. Entre temps la participation des responsables et du personnel à l'élaboration du fonctionnement aurait été assurée par le premier type de réunions citées plus haut, c'est à dire, celles intitulées : « recherche-réflexion-enseignement ». Pour ne pas surcharger les horaires, celles-ci pourraient se faire facilement à la place d'une des réunions institutionnelles qui ont lieu actuellement dans chaque institution, mais elles demanderaient un travail de préparation au sein de chaque équipe.

Enfin l'ensemble des médecins et responsables se trouverait groupé pour la réunion relative à la préparation du budget annuel.²⁷⁴

Dans les faits l'organisation du dispositif de gestion de l'association se fit un petit peu différemment. En 1969 le département adulte fut séparé en deux sections – hôpital d'un côté et extrahospitalier de l'autre – et les responsabilités de Paumelle, qui jusque là assurait la direction de l'ensemble du dispositif, furent partagées entre deux médecins, nommés directeurs pour chacune des deux sections. Deux structures de concertation les assistaient à chaque fois : une réunion de direction – qui réunissait les responsables soignants et médecins – et une instance de consultation et « d'élaboration », réservées aux responsables : « réunion interéquipe » pour l'extra-hospitalier et réunion de responsables à l'hôpital. Les médecins continuaient de leur côté à tenir leurs propres réunions, transversales à ce dispositif. Le centre de santé mentale restait à l'écart de ces dispositions et restait sous la responsabilité directe de Paumelle.

Les réunions de direction avaient en principe pour but de prendre les décisions importantes concernant la gestion au quotidien des institutions. Elles permettaient

²⁷⁴ Archives Soisy.

de suivre l'évolution de leurs taux d'occupation. Elles s'occupaient également de l'organisation de la formation. Les réunions de responsables avaient quant à elles pour but de contrebalancer l'excès d'autorité et le caractère trop lointain des décisions qui pourraient venir de la réunion de direction. Ce commentaire fait lors de la mise en place des instances de direction de l'extrahospitalier traduit ce souci :

[La réunion de direction de l'extrahospitalier] est l'organe centralisateur d'institutions très diversifiées, mais qui doivent cependant constituer un ensemble pour répondre aux besoins extrahospitaliers du treizième. Nous devons donc étudier l'adaptation et le fonctionnement de ces institutions les unes par rapport aux autres. Cet aspect centralisateur ayant des inconvénients, il a donc été prévu un second type de réunions que l'on peut appeler réunion interéquipe. Ces réunions regrouperaient les personnes qui travaillent dans plusieurs institutions et permettraient l'élaboration et la réflexion du personnel confronté avec les problèmes pratiques de fonctionnement des institutions.²⁷⁵

Ce dispositif ne dura guère cependant. En 1972, les structures de direction de l'extrahospitalier furent abandonnées – et en particulier le poste de directeur de l'extrahospitalier. Des commentaires faits à ce moment-là rendaient le dispositif responsable des dysfonctionnements de l'association, et en particulier de la difficulté essentielle du moment, l'encombrement de l'hôpital. En créant une « coupure artificielle » entre les institutions, le centre de santé mentale et l'hôpital, on empêchait la bonne circulation des patients²⁷⁶. De fait un projet de « rencontres des responsables de l'hôpital et de l'EH » fut évoqué au printemps 1971 :

Ces réunions permettraient de dégager un certain nombre d'idées qui pouvant être rediscutées avec les médecins donneraient les lignes de l'apolitique de l'association.

Lors de ces rencontres un travail pourrait être présenté par les responsables suivi d'une discussion. Les thèmes pourraient être : possibilité pour l'extra-hospitalier de prendre en charge des malades chroniques, ou : place et fonction des responsables dans le fonctionnement global de l'association, par exemple.

Le rythme de ces réunions pourrait être de une fois par trimestre, si nécessaire à la place d'une réunion de l'extrahospitalier ; elle se ferait en présence des médecins.²⁷⁷

Ces réunions toutefois n'allaient pas être suffisantes. D'un autre côté, selon le médecin qui avait tenu le poste de directeur de l'extrahospitalier, son rôle était de toute façon « superficiel », les institutions ayant une large autonomie de gestion, et lui-même n'intervenant pas dans leur fonctionnement : il lui revenait seulement de s'assurer que régnait effectivement au sein des institutions ce qu'il appelait « l'esprit du treizième arrondissement » - soit dans la description qu'il m'a fait de cet « esprit », la prise en compte des besoins réels des populations²⁷⁸.

Le nouvel organigramme qui fut alors mis en place reposait sur deux instances, qui devaient être la base de toute réflexion menée dans l'association. Le collègue

²⁷⁵ DirEH 06.06.1969

²⁷⁶ CI 13.10.1972

²⁷⁷ DirEH 19.03.1971

²⁷⁸ Entretien

institutionnel, d'un côté, devait réunir l'ensemble des responsables des institutions et des pavillons de l'hôpital. Il était supposé constituer le pendant du collège médical, de l'autre côté, qui réunissait les médecins et prenait la relève des réunions qu'ils tenaient depuis la création de l'association.

Cette organisation, qui structure encore aujourd'hui l'association, devait d'abord permettre de repenser l'architecture d'ensemble de l'extrahospitalier. Aux yeux des responsables de l'association, il fallait réfléchir à l'articulation qui devait être réalisée entre les différents dispositifs de l'association. Il n'était en effet pas certain que le fonctionnement institutionnel des institutions les rapprochât plus entre elles qu'avec l'hôpital comme le supposait implicitement l'organisation précédente : « au lieu de recréer un extrahospitalier dans son ensemble, [il faut] créer des liens plus étroits, par exemple entre les 3 foyers, entre l'hôpital de jour et les ateliers » avait-on ainsi proposé lors de l'une des premières réunions du collège institutionnel. Le directeur de l'association, qui participait à la réunion, poursuivait :

Il faut arriver à travailler ensemble, qu'il y ait un coordinateur, que ça continue à être le Dr. Y. ou quelqu'un d'autre, on verra mais ce qui est difficile à obtenir, c'est le fait de travailler ensemble, c'est à dire de concevoir ensemble une certaine coordination et d'avoir assez de souplesse pour ne pas s'enfermer dans une institution. Toutes ces institutions, quelle que soit leur qualité, finissent par décoller de la réalité. C'est contre cela qu'il faut lutter. C'est la nécessité de créer un processus anti-institutionnel par la création d'une véritable collégialité. Ne pas recréer un chef de l'extra-hospitalier après avoir détruit une direction de l'extra-hospitalier, il s'agit de remplacer un chef par un groupe collégial qui élabore ensemble toute une doctrine, tout un fonctionnement des institutions urbaines, c'est à dire celles qui sont dans la cité et dont le fonctionnement doit être marqué par cette présence dans la cité.²⁷⁹

Pour les responsables de l'association, le collège institutionnel devait également constituer un outil du soin. Conjointement avec le CM, il devait permettre un « approfondissement [des] prises en charge » réalisées par l'association²⁸⁰. Le directeur de l'ASM assistait aux réunions et faisait le lien avec le CM. Le CI devait être le lieu de l'élaboration des soignants. La direction de l'association pensait que le CI devait permettre l'émergence d'un « langage » des soignants comparable au discours médical. En février 1975, à l'occasion d'une discussion sur le bilan du travail du Collège, qui donna lieu en fait à l'expression d'une certaine frustration, le directeur de l'association rappela ces principes, qui avaient de fait conduit à la mise en place de la structure. Selon lui la création du CI avait en effet correspondu à :

une option politique très claire, qui est celle de donner les moyens d'élaborer une conception du travail institutionnel, une politique institutionnelle à ceux qui ont la responsabilité effective des institutions. [...] Ce qui est absolument nécessaire, c'est que les soignants ne vivent pas de la pensée du médecin, mais qu'ils pensent eux-

²⁷⁹ Médecin, CI 19.04.1974

²⁸⁰ Médecin, CI 13.10.1972

même et qu'ils aient les mêmes problèmes. Que chacun d'eux aient leur savoir spécifique et construisent en ce qui les concerne.²⁸¹

Les deux collègues étaient supposés échanger le résultat de leur travail, les perspectives propres à chacun devant se compléter. Dans la suite de la discussion que je viens d'évoquer, le directeur de l'association exposa ainsi la manière dont il pensait l'articulation du travail des responsables et celui des médecins :

Il y a deux choses contradictoires, la gestion institutionnelle, l'ordre institutionnel nécessaire pour qu'une institution puisse trouver son moyen d'exister et d'avoir une fonction thérapeutique, d'autre part les besoins thérapeutiques qui ne coïncident jamais avec l'ordre institutionnel. Toute institution, quelle qu'elle soit a un caractère aliénant. Le malade est dépossédé pour être inclus dans un système par lequel il est porté. L'attitude du médecin est de s'opposer à ce que le malade soit porté et celle de l'institution qu'il soit porté. Le collègue médical avait pour but d'élaborer une politique en fonction des besoins émergents de la réflexion psychopathologique. Le CI lui avait pour but de réfléchir aux besoins des institutions, d'adapter ses institutions aux problèmes cliniques qui sont posés dans l'institution par les malades. On ne trouvera pas la solution en mettant aux médecins « la casquette » de responsable, le responsable médical de l'institution a une autre fonction que le responsable. Ça doit amener des conflits, il faut que de ces deux élaborations, il y ait une confrontation.²⁸²

Ces discussions sur la prise de décision à l'intérieur l'association touchèrent également l'hôpital. A l'hôpital, un poste de responsable générale avait été créé au moment de l'ouverture du premier pavillon, en 1963. Le poste était tenu par une des infirmières recrutées par les entrepreneurs de l'association pour son expérience du travail psychiatrique²⁸³. La responsable toutefois quitta l'association en 1967. Elle ne fut pas remplacée, mais il fut mis en place un système de direction collégiale, impliquant l'ensemble des responsables des pavillons, qui se partagèrent ses responsabilités. On espérait ainsi parvenir à « des décisions mieux motivées ». Cette disposition permettait en tous les cas l'exercice d'une participation plus grande des soignants à la gestion de l'institution.

Le système allait pourtant poser des difficultés. Les responsables étaient moins présents dans leur pavillon et une disposition dut être prise pour assurer leur suppléance pendant qu'ils s'occupaient de la direction. Mais surtout il aboutissait à surcharger de travail le directeur médical de l'hôpital. En l'absence d'un véritable responsable général, c'était à lui en effet que revenaient de fait ses responsabilités. En 1973 la direction de l'association décida de mettre fin à l'expérience et de rétablir le poste de surveillant général.

²⁸¹ CI 21.2.1975

²⁸² CI 21.2.1975

²⁸³ Les responsables de l'association avaient en effet, je l'ai évoqué, cherché à avoir un personnel plus qualifié que ne l'étaient les infirmiers psychiatriques à ce moment-là, en recrutant des infirmiers diplômés d'Etat. ces infirmiers étaient toutefois dépourvus pour la plupart d'expérience en psychiatrie. les responsables de l'association avaient du coup pris soin de recruter un certain nombre de soignants doté d'une forte expérience de psychiatrie. Paumelle avait en particulier débauché plusieurs infirmières de la clinique des Rives de Prangins, en Suisse, où travaillait Racamier et où Paumelle était venu présenter son travail dans le treizième. la personne qui fut recrutée pour occuper le poste de responsable générale de l'hôpital ne semble pas avoir suivi cette filière, mais elle était à la fois diplômée d'Etat et dotée d'une grande expérience en psychiatrie.

Ces discussions sur le partage des responsabilités avaient de toute évidence un profond retentissement sur la manière dont soignants et médecins travaillaient ensemble. L'une des raisons invoquées au moment des discussions l'intérieur de l'hôpital, correspond à une interrogation plus générale de ces années 1970 sur le travail des médecins, et tout particulièrement dans les institutions de soin. La volonté de recentrer l'activité médicale sur la clinique fut en effet un souci constant des entrepreneurs de l'association sur la période : « Une chose me paraît urgente, que les médecins aient une fonction plus réelle à l'intérieur des pavillons [...] je pense que les médecins ne travaillent pas assez à l'intérieur de l'hôpital et que ça gêne le fonctionnement de l'hôpital » avait ainsi argumenté le directeur de l'association lors de la discussion sur la création du poste de surveillant général à l'hôpital. Cette position rejoignait la discussion qui avait lieu sur le rôle des psychanalystes dans les institutions à la fin de la décennie 1960, que j'ai évoqué dans le chapitre précédent. Ainsi ce commentaire du directeur de l'association en 1972, au moment de la création des deux collègues :

On a beaucoup écrit sur le thème « psychanalyse et institutions » et la contradiction qui existait entre projet psychanalytique et mécanisme institutionnel. Cette contradiction est réelle. Il est nécessaire de retrouver dans notre forme de travail, cette contradiction et de lui permettre de jouer à plein. Redonner aux médecins leur fonction purement médicale et faire des responsables non médecins qui gèrent des institutions, des gestionnaires au sens complet du terme.

En 1977, au cours d'une discussion sur les relations entre les différents membres des équipes de secteur, le directeur de l'association prit le temps d'une longue intervention pour poser le problème de manière plus frontale encore :

On aborde et on enterre depuis 8 ans le 4^e point de l'ordre du jour. Problème posé dans des termes qui vont permettre qu'il ne soit plus enterré, problème de ce qu'est le médecin dans une institution psychiatrique en 1977. Problème de son statut, de la façon dont il se représente lui-même, et dont il est représenté par les autres. Il y a une histoire en psychiatrie, médecin accessoire en psychiatrie, autrefois le surveillant général avait tous les pouvoirs dans l'asile. Les médecins croyaient avoir le pouvoir, mais ne dirigeaient pas vraiment le service. Le problème du médecin est important. Tout concourt à faire du médecin un technicien de la santé publique et de la politique sanitaire et pas un représentant de la médecine comme réflexion sur un problème de la maladie. A tous les niveaux, y compris au ministère. Les médecins sont utilisés pour couvrir et réfléchir à une politique sanitaire. On est devant des contradictions. Au lieu de demander aux médecins de prendre leur rôle de contradicteur, on leur demande de prendre un rôle bâtard : représenter les médecins dans le cadre d'une politique sanitaire. Des médecins qui ont conçu l'évolution de leurs secteurs se sont laissés piéger car ils devenaient des organisateurs de la politique sanitaire. Les médecins ont un rôle à jouer et il n'est pas d'organiser et de couvrir une politique sanitaire. Le médecin tend à oublier son rôle de médecin pour prendre celui d'organisateur et de gestionnaire d'un politique sanitaire appliquée à la maladie mentale. Fonction ambiguë dont on ne sait ce qu'elle est. Travail d'organisme de direction. Les médecins ont du mal à se situer. La psychiatrie n'est pas en plus une discipline univoque. Elle est hétérogène et contradictoire. Problème à résoudre, essayer de voir ce qu'est un médecin psychiatre comme médecin dans une institution psychiatrique où il n'est pas

seul à fonctionner, dont il ne peut pas être le maître absolu. Place difficile à trouver et l'organisation du temps médical n'en est qu'un reflet.²⁸⁴

L'évolution des groupes des médecins et des soignants est un autre élément de cette évolution. Dans le courant de la décennie 1970, le groupe des médecins connut un fort renouvellement. La mort de Paumelle, à l'été 1974, fut suivie, que cela y soit lié ou non, du départ de plusieurs des médecins qui avaient participé à l'ouverture des institutions. 5 des 8 chefs de secteur en place en 1972 quittèrent ainsi l'association entre 1974 et 1977.

Ces départs entraînaient de toute évidence un remaniement profond des rapports entre l'équipe médicale et les soignants. Le principe de cooptation pouvait permettre de préserver une certaine continuité, il n'en restait pas moins que l'esprit dans lequel soignants et médecins collaboreraient allait évoluer²⁸⁵.

Le groupe des responsables soignants était en comparaison peut-être plus stable. Cette stabilité permit de toute évidence l'émergence de leaders, à qui leur ancienneté dans l'association conférait une légitimité différente de celle que détenaient les médecins, mais qui n'en était pas moins grande. La création d'un comité de direction du département adultes en 1975, qui comptait en son sein 4 responsables soignants et 4 des médecins, fut peut-être l'un des signes de cette évolution. Pour la première fois en effet, les responsabilités au plus haut niveau à l'intérieur de l'association, qui avaient jusque là été concentrées entre les mains des médecins allaient être partagées avec des soignants.

La réflexion menée à l'intérieur de l'association sur ses outils de décision visait ainsi à imaginer un mode de gestion des institutions qui ne sacrifiât pas les intérêts du travail clinique au profit de ce que l'on appelait alors les « impératifs institutionnels ». Comment imaginer une gestion proprement médicale des institutions, qui évite de reproduire le caractère aliénant de l'asile ? Comment imaginer une gestion qui par ailleurs permettait de répondre réellement aux enjeux du travail de secteur ? Les solutions qui étaient apportées dans le treizième arrondissement semblaient passer par la volonté de donner aux soignants des arènes à l'intérieur desquelles ils puissent élaborer leurs propres savoirs. Il n'était pas sûr que cela suffirait.

La coopération des deux collègues paraît, ainsi, avoir été difficile, dans un premier temps au moins²⁸⁶. Il avait été prévu la mise en place d'un secrétariat commun aux deux collègues et la rédaction de comptes rendus qui devaient circuler entre les deux groupes. Mais de fait l'information passait mal entre les deux groupes. Les réunions du collège institutionnel donnaient lieu à des comptes

²⁸⁴ CI 24.06.1977. Je rappelle que cet extrait est issu des comptes rendus de réunion fait par les secrétaires de l'association à partir d'une prise en sténo-dactylo des discussions du CI. Cela explique la syntaxe parfois approximative de cet extrait, que je n'ai pas cherché à corriger.

²⁸⁵ On a beaucoup commenté le principe de la cooptation dans le treizième arrondissement, il n'est pourtant pas si extraordinaire : c'est en effet une règle des établissements de santé que la CME donne son accord au recrutement de nouveaux praticiens. De fait il n'empêchait pas les médecins d'avoir des positions divergentes sur un certain nombre de questions

²⁸⁶ Je n'ai trouvé dans les archives que j'ai consultées que peu de trace des réunions du collège médical. Selon l'un des médecins que j'ai interrogé, elles ne donnaient pas lieu systématiquement à un compte rendu. Ces réunions étaient d'autre part environnées d'un certain mystère au sein de l'association - un autre médecin me dit ainsi avec un sourire qu'elles étaient « top secret ».

rendus très détaillés, qui étaient donnés aux médecins, mais le collège médical ne fournissait aucunement l'équivalent. Si pour une part ces difficultés furent imputées aux difficultés de rodage d'un dispositif nouveau, elles semblent avoir perduré. Une réunion commune qui eut lieu à la fin de l'année 1974 suscita des commentaires amers lorsque l'on proposa par la suite de renouveler l'expérience – et de fait l'expérience ne fut pas renouvelée au cours de la décennie 1970. Les malentendus étaient par trop nombreux entre médecins et soignants. Cette intervention d'une infirmière au cours de la discussion de 1978 sur le fonctionnement du CI que j'ai déjà citée me paraît un signe important de l'état d'esprit de certains soignants de l'association :

Ce qui m'inquiète, est-ce qu'on arrivera à une confrontation réelle. Sans rêver l'idéal, j'ai l'impression qu'on est loin d'arriver à une vraie confrontation, il y a le problème des nombres, mais même en collège restreint quelque chose me fait peut. Nous sommes séparés de façon importante. Nos langages diffèrent et nos pratiques diffèrent. C'est ça la dialectique. Ou alors elle fonctionne, ou alors elle n'existe pas. Je ne suis pas la seule à dire que nous avons un langage différent. On a souvent été amers et déçus car lors de ces rencontres certains médecins demeurent sur des problèmes théoriques non dénués d'intérêts, mais on avait l'impression qu'on s'éloignait du sujet, et que quand on revenait au concret, on n'était pas plus avancé, il n'y avait pas de dialogue. D'autre part problème de pratique. Nous n'avons pas le même métier. Problème entre les médecins vacataires et à temps pleins. J'ai l'impression qu'il y a un grand fossé. Je vois ça au niveau de la cellule de secteur. Nous avons eu des divergences assez profondes à propos de malades précis, discussions à trois et pourtant nous avons des divergences à propos de perspectives de prise en charge. Actuellement même à de petits niveaux, il est difficile d'arriver à confronter nos opinions. J'avoue mon scepticisme.²⁸⁷

Le problème de l'encombrement.

Il n'est pas question ici d'analyser les conséquences qu'eut pour l'association la situation d'encombrement que rencontrèrent ses institutions à partir du début des années 1970. Je donnerai quelques indications sur ce point dans la conclusion, et je réserve de manière générale ce point pour un travail ultérieur. Je veux toutefois souligner rapidement la manière dont ce problème apparut et dont il fut problématisé par les entrepreneurs de l'association. Dans les années 1970, l'encombrement allait en effet constituer le cadre à l'intérieur duquel le dispositif du treizième arrondissement allait être réaménagé. Si l'encombrement pouvait être vécu comme un manque de moyen, dans le cas du treizième arrondissement, l'encombrement posait une question plus profonde au projet de psychiatrie secteur des entrepreneurs de l'association. Il remettait en cause le pari tenté par les entrepreneurs de l'ASM, et son assise sur les thérapeutiques actives. Dans une certaine mesure c'était les mêmes questions qui étaient posées au niveau des institutions, et que j'ai examinées dans le chapitre précédent. Mais le problème de l'encombrement permettait de poser ces questions à l'échelle de l'association tout entière, et il obligeait surtout à l'action.

²⁸⁷ CI 21.02.1975

C'est brutalement que le problème de l'encombrement fit irruption à l'hôpital, en novembre 1969. Après des années de sous-emploi, le taux d'occupation des lits atteignait brusquement les maxima qui étaient fixés par les normes théoriques. Une première note discutée à ce moment-là en réunion de direction à l'hôpital pointait les dangers de la situation :

Ce problème réclame de la vigilance et une étude de la situation, prévisible à brève échéance, d'encombrement relatif par des malades hospitalisés pour une longue durée. L'utilisation de séjours plus rapides à l'hôpital et des possibilités extra-hospitalières devient impérative.²⁸⁸

En décembre la situation devint alarmante : « le taux d'occupation des lits à Soisy, compte tenu de la liste d'attente est tel que nous ne pouvons plus assurer les entrées d'urgence et les éventuels placements d'office »²⁸⁹. On voyait pointer le spectre d'un retour à la situation des asiles. Surtout les solutions apparaissaient difficiles à trouver. Si dans les années qui suivirent le problème toucherait souvent l'ensemble des institutions, dans ces années 1969-1970 le problème était paradoxalement d'autant plus grave qu'en dépit de places disponibles dans les institutions on ne trouvait aucun patient dont on jugeait qu'ils pourraient effectivement supporter une prise en charge en extrahospitalier.

Une partie des difficultés des institutions du treizième arrondissement, en 1969, fut à l'évidence liée à la nécessité d'accueillir les « malades des hôpitaux psychiatriques ». Les malades des hôpitaux psychiatriques étaient ces patients domiciliés dans le treizième arrondissement qui étaient pris en charge dans les autres hôpitaux psychiatriques de la Seine. Ils pouvaient être soit des patients hospitalisés avant la création de l'ASM, soit des patients que les équipes du treizième arrondissement avaient dû faire admettre dans les hôpitaux de la Seine, faute de place dans les institutions du treizième arrondissement. Au cours de la décennie 1960, leur nombre fut de plus en plus réduit, mais les médecins-chefs des services où ces patients étaient admis voyaient d'un mauvais œil leur présence dans leurs murs. Ils étaient vécus comme un privilège supplémentaire des entrepreneurs du treizième arrondissement, dont par ailleurs le discours militant et la critique qu'ils faisaient des hôpitaux psychiatriques étaient pour les médecins des hôpitaux psychiatriques blessants. Le représentant de la préfecture au conseil d'administration de l'ASM se faisait ainsi régulièrement leur porte parole pour réclamer que cette situation fût réglée.

En 1969, les entrepreneurs de l'Association se déclarèrent prêts à recevoir les derniers patients de l'arrondissement pris en charge dans les hôpitaux psychiatriques. Les archives ne permettent pas de savoir ce qui les détermina précisément à ce moment-là à faire cette proposition, mais quelques indices suggèrent que l'on comptait sur ces patients pour les nouvelles institutions – que ce soit directement ou non, en opérant éventuellement un transfert de malades depuis l'hôpital vers les foyers. Ainsi le compte rendu d'une réunion de la direction de l'extrahospitalier consacré au problème parlait-il du « recrutement des malades pour les institutions extrahospitalières ».

²⁸⁸ Dir. 18.11.1969

²⁸⁹ Dir. 11.12.1969.

Une procédure systématique de recensement des patients du treizième hébergés dans les hôpitaux psychiatriques fut lancée. L'association se proposait de considérer les situations au cas par cas et de proposer des solutions individuelles, en fonction du diagnostic, de la situation sociale des patients et de leur capacité à vivre effectivement à l'extérieur. Deux internes devaient réaliser une fiche pour chaque patient, qui était transmise à l'équipe de secteur pour s'assurer « du domicile réel du patient et de l'existence de la famille »²⁹⁰. L'équipe de secteur faisait alors une proposition de prise en charge, ou en tout cas donnait un avis sur la manière de gérer le dossier. La décision finale devait être prise collectivement à l'issue de cette procédure.

La préfecture apporta un chiffre d'environ 180 malades, mais celui-ci apparut rapidement fortement surestimé. Ce furent en effet finalement une centaine de dossiers qui furent examinés. Les bilans réalisés à ce moment comme les témoignages que j'ai recueillis soulignaient la lourdeur de ces cas. Un premier pointage réalisé en mai 1969 sur 60 patients montrait que c'étaient des patients âgés. La durée moyenne d'hospitalisation était de 10 ans : « les 2/3 des malades [peuvent] être considérés comme asilisés » observa-t-on. 1/3 d'entre eux entraient dans des catégories déficitaires, soit des « débiles » ou des « déments ». La moyenne d'âge – 40 ans – n'était pas très élevée, mais certains patients avaient tout de même plus de 40 ans d'hospitalisation derrière eux. La prise en charge de ces patients allait se révéler difficile.

Il avait été notifié aux chefs de service que nous avions seulement des places d'extrahospitalier. Or il semble actuellement que peu de malades en soient justifiables. Les places d'extrahospitalier ne pourront pas être occupées intégralement par ces malades sinon après une hospitalisation à Soisy.²⁹¹

L'ensemble de ces patients fut accueilli progressivement. Un grand nombre semble avoir été absorbé entre 1970 et 1971, mais des demandes de la part de médecins des hôpitaux psychiatriques furent formulées jusqu'en 1972. Certains d'entre eux purent rapidement être dirigés vers les institutions parisiennes. Les soignants que j'ai interrogés m'ont donné des exemples de patients que le transfert depuis l'hôpital psychiatriques dans un environnement nouveau avait de fait permis de « mobiliser » pour les sortir rapidement. Les foyers qui venaient d'ouvrir, et notamment le foyer de Soisy, jouèrent à plein pour les accueillir, même si ces patients obligèrent en retour ces institutions, qui étaient conçues, à l'exemple du foyer de l'Elan que j'ai évoqué dans le chapitre précédent, sur le modèle de la post-cure, à s'adapter rapidement. Ces cas étaient de toute évidence les plus marquants pour les soignants. Mais d'autres posèrent des problèmes beaucoup plus difficiles à résoudre et obligèrent à des aménagements importants au sein de l'hôpital. Ce fut le cas en particulier des « déficients », pour qui fut créée une unité spécifique à l'hôpital.

Mais de manière générale, l'arrivée des « malades des hôpitaux psychiatriques » fut de toute évidence un choc pour l'ensemble des employés de l'association. Devoir prendre en charge en peu de temps un grand nombre de patients, présentant tous des pathologies graves et une autonomie limitée, était une

²⁹⁰ DirEH 02.05.1969

²⁹¹ DirEH 01.05.1969.

charge réelle pour les institutions du soin, quand bien même on disposait de nouvelles institutions qu'il fallait remplir. Leur absorption par les institutions extrahospitalières fut par ailleurs plus compliquée que prévu. Ce commentaire fait en réunion de direction de l'extrahospitalier en janvier 1971 est révélateur du désarroi dans lequel cette situation plongeait les responsables de l'association :

En ce moment on est en rupture de fonctionnement normal, rupture due au nombre peu important de malades qui « tournent », à l'arrivée des malades des hôpitaux de la région parisienne et à l'instabilité du personnel. On a l'impression que l'on vit à la petite semaine et il semble que l'on ait évalué au minima le nombre des malades des hôpitaux de la région parisienne que nous devons absorber. Au départ on aurait dû réfléchir - entre l'hôpital et l'extrahospitalier - pour envisager une solution. En fait on a vécu sur certaines illusions en pensant que beaucoup de ces malades venant de l'extérieur, pourraient aller en extrahospitalier après un court séjour à Soisy.²⁹²

Les malades des HP jouèrent un rôle certain dans l'émergence du problème de l'encombrement. Mais si les indications sur ce point sont discrètes, le problème de la chronicité et de la sédimentation semble être venu également de l'association même et ce, dès le milieu des années 1960.

En 1969 le rapport d'activité - pour l'année 1968 - pointait un « poids de la prise en charge » qui devenait critique en raison « du résidu de malades lourds auquel il convient de faire face alors que notre plan de développement n'est qu'en partie réalisé ». À une réunion de présentation de cas, à l'hôpital, on présenta cette même année un cas d'un patient « présent depuis longtemps sans qu'on l'ait voulu », paradigmatique de cette question de la chronicisation. En 1969 toutefois le rapport d'activité se félicitait que le treizième parvenait à limiter les phénomènes de sédimentation à l'hôpital, et en 1970 encore en conseil d'administration Paumelle souligna l'efficacité des moyens pris pour gérer le problème des patients qui sédimentaient dans les institutions : les institutions de jour permettait de régler le problème des patients chroniques ; l'association de gérontologie gérait le problème des vieillards, qui ne représentaient que 20% de la population de l'hôpital contre 60% des malades hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques.

Mais en 1971 l'optimisme n'était plus de mise : le rapport d'activité était obligé de l'admettre, le problème entrainait de plein pied dans l'association, les patients chroniques, lourds « sédimentaient » dans les institutions du treizième et le problème fut jugé suffisamment sérieux pour qu'une recherche fût lancée l'année suivante pour « circonscrire les notions de surcharge des équipes et de « malades lourds » en tentant d'évaluer les différentes associations thérapeutiques ». Plusieurs indices suggèrent que parmi ces patients qui « sédimentaient », un certain nombre n'avaient jamais connu d'autres mains que celles du treizième arrondissement.

De toute évidence, l'arrivée des patients des hôpitaux avait agi comme un révélateur. Le grand nombre de patients chroniques dans les institutions du treizième arrondissement obligeait à voir que ce phénomène de « sédimentation » n'épargnait pas le fonctionnement du treizième arrondissement. Il faut dire encore

²⁹² DirEH 12.02.1971

quelques mots sur ce point, crucial pour comprendre le retentissement dans le treizième arrondissement de cette question de l'encombrement.

Le problème de l'encombrement tel qu'il se posait dans les institutions du treizième arrondissement était déstabilisant pour les entrepreneurs du treizième arrondissement. Je l'ai souligné, l'encombrement de l'hôpital dura jusqu'à la fin de la décennie 1970, par crises successives. Ces crises mettaient les entrepreneurs de l'association dans des situations difficiles. Elles obligeaient à abaisser le niveau de confort des patients. Les patients en surnombre recevaient en effet des matelas qu'il fallait installer par terre. Ils étaient moins entourés par les soignants. Elles plaçaient également les équipes de l'hôpital dans des situations difficile : il leur fallait faire face à une charge de travail plus importante, qui pouvait rendre périlleuse la gestion des urgences. Il y avait davantage de patients à soigner et les soignants étaient moins disponibles pour chacun d'entre eux. Cette baisse d'attention globale des soignants pour les patients de l'association pouvait conduire également à une détérioration du climat d'ensemble à l'hôpital – et à la limite à une augmentation des actes antisociaux, et en retour des mesures de contraintes. Du point de vue de l'organisation, elles signaient une forme d'impuissance des équipes des institutions : « J'ai le sentiment que nous ne sommes pas maîtres de notre politique d'admission à l'intérieur de l'hôpital » commenta un médecin à une réunion de direction à l'hôpital.

Ces crises obligeaient par ailleurs les équipes de l'association à chercher des solutions pour déplacer des patients, abréger les séjours à l'hôpital. Les équipes de secteur devaient à chaque fois faire le tour des pavillons et trouver des solutions pour des patients que l'on n'aurait normalement pas fait sortir. Plus généralement elles incitaient les entrepreneurs de l'association à revoir l'articulation entre leurs différentes institutions. Si les patients sédimentaient à l'hôpital, c'était qu'il fallait imaginer d'autres solutions pour les sortir, que ce soit en revoyant les liaisons entre les diverses institutions du treizième arrondissement, ou en repensant de nouveaux dispositifs.

Plus profondément, l'encombrement de l'hôpital renvoyait à l'idée que les patients étaient des personnes encombrantes. Ils prenaient la place d'autres patients que l'on ne pouvait plus soigner, alors que l'on ne voyait pas d'autre solution pour eux. Pour ces patients, l'hôpital apparaissait ainsi comme un lieu de relégation, à un degré moindre, mais avec les mêmes difficultés que l'asile. L'encombrement prenait ainsi à rebours la conviction des entrepreneurs de l'association que le problème de la chronicité pouvait être résolu par le dispositif de secteur. C'était tout le projet de traitement actif des psychoses chroniques qui était remis en cause. Ce psychiatre se souvient ainsi :

C'est-à-dire que quand Paumelle a créé le 13^e et l'hôpital de Soisy, il était mû par un aspect révolutionnaire qui était de détruire l'asile. Ce qui restait de l'asile. Qui avait déjà bougé, mais qui restait encore l'asile. Et donc, il pensait... et beaucoup pensaient que ce qui provoquait la chronicité, le gros problème de la psychiatrie, c'était l'asile qui secrétait la chronicité. Ce qui n'est pas faux. Et donc, avec un traitement individualisé, la possibilité de disposer de foyers de postcure, d'accueillir les patients en consultation, de faire que l'hospitalisation ne soit pas le seul élément du traitement, la seule réponse aux troubles psychotiques... il pensait et beaucoup pensaient comme lui, que la chronicité serait en gros, surmontée. Et il y a eu une période, de quelques

années où on a vu que ce n'était pas le cas. C'est-à-dire que la chronicité psychotique, elle est favorisée sûrement par l'asile puisque les patients restaient jusqu'à leur mort dans l'asile. Mais elle a quand même un aspect sui generis. Elle résiste, même dans les conditions relativement optimales que proposait le 13^e au début.²⁹³

Cette prise de conscience marquait de fait le début des tentatives faites de réorganiser en profondeur le dispositif de l'association. Au cours de la décennie 1970 c'est à une refonte en profondeur du projet des entrepreneurs de l'association que l'on assiste. C'est à un travail ultérieur que je réserve l'analyse de ces évolutions.

²⁹³ Entretien.

Conclusion

Ce travail avait pour ambition d'analyser quelques uns des enjeux de l'élaboration du dispositif de psychiatrie de secteur dans le treizième arrondissement au cours des années 1960. Il visait surtout à fournir un premier éclairage sur les mécanismes à l'œuvre dans la constitution des pratiques en psychiatrie de secteur, au travers du travail de certains de ses initiateurs.

La psychiatrie de secteur, telle qu'elle se constitue à partir des années 1960, est liée au travail entrepris par un groupe de médecins des hôpitaux psychiatriques sur leur dispositif de soin. Les analyses que j'ai données ici confirment sur ce point certaines analyses plus anciennes de R. Castel, mais elles permettent il me semble d'aller plus loin²⁹⁴. R. Castel soulignait en effet l'ambivalence du projet réformateur des psychiatres de *l'Information psychiatrique* tel qu'il s'était constitué de 1945 à la fin des années 1950, et la manière dont il n'avait pas su opter radicalement pour un dépassement de l'appareil asilaire en laissant toujours ouverte la perspective de sa rénovation. En fin de compte le secteur consacrait un « principe de non choix » entre ces deux options. J'ai montré dans ce travail comment en réalité la psychiatrie de secteur prolongeait le travail entrepris par les psychiatres de *l'Information psychiatrique*. Les outils mis en œuvre dans les secteurs étaient ceux-là même que ces psychiatres avaient développés dans les hôpitaux psychiatriques à la Libération. En un sens, pour les psychiatres de *l'Information psychiatrique*, et en particulier les entrepreneurs du treizième arrondissement, l'enjeu essentiel de la psychiatrie de secteur était la poursuite du projet réformateur qui avait commencé à l'intérieur de l'hôpital dans les années 1945.

Dans cette perspective, l'une des dimensions importantes que cette étude a permis de mettre en évidence me paraît être le travail d'explicitation progressive et de reformulation des enjeux du travail psychiatrique au contact des malades dans le cadre nouveau que constitue le secteur. Des thérapeutiques actives à la psychanalyse des psychoses, en passant par les dispositifs d'urgence, les entrepreneurs de la psychiatrie de secteur ont constitué leurs outils d'abord en

²⁹⁴ Castel, 1975 et Castel, 1982/1982

adaptant aux environnements et aux patients qui étaient les leurs des outils qu'ils avait observés ailleurs. J'ai en particulier insisté sur les mises à l'épreuve auxquels ces outils ont été soumis, dans des dispositifs qu'il a fallu tailler à la mesure des enjeux du travail auprès les patients du treizième arrondissement.

Une autre dimension importante de ces analyses me semble être la mise en évidence de l'optimisme thérapeutique qui marquait le travail dans le treizième arrondissement dans les années 1960. Cet optimisme des entrepreneurs du treizième arrondissement avait certainement une dimension stratégique : pour les entrepreneurs de l'association, il s'agissait en effet de convaincre de la pertinence de leurs choix et de l'intérêt de leur démarche. Afficher un optimisme entreprenant ne pouvait qu'aider sur ce plan. L'optimisme des entrepreneurs du treizième arrondissement reposait toutefois également sur une réelle croyance dans les possibilités de progrès de la psychiatrie. Les témoignages sont nombreux en ce sens : pour les psychiatres de *l'Information psychiatrique* les innovations thérapeutiques – et en particulier dans le contexte de la révolution pharmacologique – mais également la capacité des dispositifs de secteur à éviter certaines des conséquences de la pathologie mentale devaient permettre à terme de régler définitivement le problème des maladies mentales chroniques.

D'avantage cependant que de commenter les raisons de cet optimisme, il me semble important de souligner la manière dont il était l'un des fondements même du projet des entrepreneurs de l'association. Il était au cœur du projet de traitement actif de la psychose, tel qu'il était mis en œuvre dans les institutions de l'association. En ce sens analyser l'évolution de cet optimisme et l'apparition de phénomènes de déception²⁹⁵ pourrait constituer une piste pour comprendre les « crises » de la psychiatrie à partir des années 1970.

Le travail sur les institutions du treizième arrondissement reste à l'issue de la période étudiée ambigu et flottant. J'ai en effet souligné les mises à l'épreuve auxquelles fut soumis le projet de traitement actif de la psychose, mais à la fin des années 1960 les responsables du treizième arrondissement n'avaient pas élaboré de projet alternatif. Les savoirs opératoires qui avaient été développés dans les institutions restaient pour les acteurs du soin ceux qui dérivait de leurs projets initiaux. Je l'ai suggéré, c'est le problème global de l'encombrement de l'hôpital qui amena les entrepreneurs de l'association à revoir l'organisation de leur dispositif, en intégrant des réponses aux problèmes posés par les psychoses chroniques et les patients « déficitaires » : à partir de 1972, plusieurs des dispositifs de l'association furent aménagés pour accueillir des patients que l'on ne jugeait pas loisons d'un traitement actif.

Analyser ces évolutions, et de manière générale poursuivre ce travail, nécessiterait par ailleurs d'analyser peut-être plus finement que je ne l'ai fait dans ce rapport le travail d'articulation entre les différents niveaux de production du travail psychiatrique – et en particulier entre le niveau de la production des soins dans les institutions et les services et celui de l'organisation du dispositif de secteur. Ce problème pose plus largement la question de la coordination des pratiques engagées par les acteurs dans des sites différents, autour des cas

²⁹⁵ Hirschman, 1983 (1982)

auxquels ils ont affaire. Ce problème, il faut le souligner, pourrait intéresser plus largement le fonctionnement de la médecine au-delà des secteurs psychiatriques. La coordination du travail d'acteurs sur des sites différents en est en effet une dimension de plus en plus importante. Il suffit de penser à la diffusion de pratique de travail en réseau, bien que dans des perspectives différentes, dans le cas de la cancérologie ou de la prise en charge du sida. Comprendre précisément, à partir de l'organisation concrète du travail dans les institutions, les opérations mises en œuvre dans ce travail d'articulation enrichirait la compréhension de ce problème. L'hôpital psychiatrique de l'association, en raison notamment de la richesse de ses archives et de l'acuité des problèmes posés par son organisation, pourrait constituer un terrain d'observation intéressant pour s'y mesurer.

Il faudrait également situer plus généralement ces évolutions du treizième arrondissement en prenant en compte l'évolution de la place de l'ASM dans le monde social de la psychiatrie de secteur. La généralisation de la sectorisation psychiatrique, et l'évolution de la position du treizième arrondissement vis-à-vis de ses voisins à partir du début des années 1970 n'ont pas manqué en effet d'affecter le dispositif du treizième arrondissement. L'écart entre les choix faits dans les autres secteurs et les modèles mis en œuvre dans le treizième arrondissement est une dimension importante de ce problème. La possibilité de maintenir une position d'entrepreneur de la psychiatrie de secteur, par le renouvellement de son projet, ou au contraire la banalisation de l'expérience du treizième arrondissement au sein du monde de la psychiatrie de secteur est une autre dimension de ce problème. Au-delà des transformations du treizième arrondissement, analyser ces évolutions permettrait ainsi de saisir quelques uns des processus de transformations d'un monde social dans son ensemble.

Bibliographie

Alessandri, J. (1949). Rapport au nom de la 2e commission relatif au fonctionnement de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine au cours de l'année 1949. Paris, Conseil général de la Seine.

Alessandri, J. (1953). Rapport au nom de la 2e commission relatif au fonctionnement de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine au cours de l'année 1952. Paris, Conseil Général de la Seine.

Arveiller, J.-P. (dir.) (2002). Pour une psychiatrie sociale. 50 ans d'action de la Croix Marine. Ramonville Sainte Agne, Erès.

Ayme, J. (1995). Chroniques de la psychiatrie publique à travers l'histoire d'un syndicat. Ramonville Saint Agne, Erès.

Azoulay, J. (1965). "L'hôpital de jour du centre de santé mentale du XIIIe arrondissement." Information Psychiatrique, 7, p. 591.

Azoulay, J. (1967). "De la prise en charge institutionnelle à une dynamique psychothérapique." Perspectives psychiatriques, 17, p. 31-43.

Azoulay, J. (1969). "Les institutions extra-hospitalières dans le XIIIe arrondissement de Paris. L'hôpital de jour pour adultes." Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, 1, p. 3-14.

Balier, C. (1954). Principes élémentaires pour la réadaptation des malades mentaux par le travail. Thèse de médecine. Paris.

Balier, C. (1965). "Les ateliers thérapeutiques de réadaptation au travail." Information Psychiatrique, 7, p. 603.

Balier, C. (1969). "Les institutions extrahospitalières dans le 13e arrondissement de Paris. Etude critique d'une expérience particulière." Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, p. 15.

Baszanger, I. (1986). "Les maladies chroniques et leur ordre négocié." Revue Française de Sociologie, 27, p. 3-27.

Beaudouin, H., R. H. Hazemann et P. Fouquet (1944). "L'assistante sociale psychiatrique (III). Son rôle au dispensaire." Annales Médico-psychologiques, 2, p. 553.

Becker, H. (1985 (1963)). Outsiders. Paris, Métailié.

Benamouzig, D. (2000). Essor et développement de l'économie de la santé en France. Une étude empirique de sociologie cognitive. Paris.

Bion, W. et Rickman (1947). "A l'étranger. Thérapeutiques de groupes." Information Psychiatrique, 5, p. 127.

Bonnafé, L. (1944). "Assistance et prophylaxie psychiatrique." Le Médecin Français, IV, 31, p. 7.

Bonnafé, L. (1947). "Reclassement et prévention du déclassement: une expérience de Saint-Alban." Annales Médico-psychologiques, 2.

Briend, R. (1893). Les aliénés guéris. Thèse pour le doctorat en médecine. Paris.

Brisset, C. (1972). L'avenir de la psychiatrie en France. Paris, Payot.

Castel, R. (1975). "Genèse et ambiguïté de la notion de secteur en psychiatrie." Sociologie du travail, 1.

Castel, R. (1976). L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme. Paris, Minuit.

Castel, R. (1982). La gestion des risques. De l'anti-psychiatrie à l'après psychanalyse. Paris, Ed. de Minuit.

Chauvière, M. (1980). Enfance inadaptée: l'héritage de Vichy. Paris, Editions ouvrières.

Daumézon, G. (1946). La protection de la santé mentale en France. Etat actuel et projet de rénovatoir. Le malade mental dans la société. Paris, Desclée de Brouwer.

Daumézon, G. (1952). "Analyses de thèses sur la sociothérapie." Evolution Psychiatrique, p. 583.

Daumézon, G. (1956). "La réadaptation en milieu hospitalier." Réadaptation, 34.

Daumézon, G. (1960). "Essai d'historique critique de l'appareil d'assistance aux malades mentaux dans la Seine depuis le début du XIXe siècle." Information Psychiatrique, 1.

Daumézon, G. et P. Koechlin (1952). "La psychothérapie institutionnelle contemporaine." Anais Portugueses de psiquiatria, 4, p. 271-311.

Demay, G., H. Beaudouin et R. H. Hazemann (1944). "L'assistante sociale psychiatrique. (I) Note préalable sur la définition et le rôle de l'assistante (médico-)sociale en générale." Annales Médico-psychologiques, 1, p. 407.

Despinoy, M. (1963). "Les hôpitaux de jour et les hôpitaux de nuit." Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, 4.

Diatkine, G. (1972). "La psychiatrie de secteur et les urgences." Information Psychiatrique, 8.

Diébolt, E. (1997). De la quarantaine au quarantenaire, histoire du foyer de postcure de l'Élan. Paris, Editions de l'Élan Retrouvé.

Dijon, H. (1951). "Organisation et fonctionnement d'un service d'hygiène mentale à Amsterdam." Information Psychiatrique, 3, p. 72.

Doussinet, P. et H. Courbaire de Marcillat (1949). "Essai de définition et de réalisation du placement tuteur." Archives de médecine sociale, p. 281-287.

Doussinet, P. et H. Courbaire de Marcillat (1957). "Le mouvement croix-marine et ses activités." Hygiène mentale, 46, 3, p. 241-258.

Duchêne, H. (1951). "Interdépendance des problèmes de dépistage et de cure libre." Sauvegarde de l'enfance, 7/8, p. 549-558.

Duchêne, H., dir. (1955). Etudes de socio-psychiatrie. Monographies de l'institut national d'hygiène. Paris, Institut national d'hygiène.

Duchêne, H. (1956). Les consultations de post-cure et de désintoxication du service de prophylaxie mentale de l'OPHS. Conférence prononcée dans le cadre du service de coordination des services sociaux de la Seine, le 11 janvier 1956, Prefecture de la Seine. Service départemental de Coordination des services sociaux de la Seine.

Duchêne, H. et P. Paumelle (1956). "L'électrochoc prophylactique au dispensaire dans certains cas de psychoses maniaco-dépressives." Annales Médico-psychologiques, 1, 5, p. 867-870.

Duchêne, H. et P. Paumelle (1958). "A propos de la notion d'urgence en psychiatrie." Information Psychiatrique, p. 27-37.

Duchêne, H. et J. Puech (1953). "Le service de prophylaxie mentale de l'office public d'hygiène sociale." Hygiène Mentale, 42, 3.

Ferrière, G. (1948). L'assistance post-hospitalière. Congrès des aliénistes et neurologues de langue française.

Fouquet, P. (1944). "Pour une psychiatrie sociale: les assistantes d'hygiène mentale." Hygiène Sociale.

Fourquet, F. et L. Murard (1975). "Histoire de la psychiatrie de secteur ou le secteur impossible?" Recherches, 17.

Frécourt (1967). "Le psychanalyste dans l'institution." Perspectives psychiatriques, 17, p. 9-14.

Fujimura, J. H. (1987). "Constructing 'do-able' problems in cancer research: articulating alignment." Social studies of science, 17, p. 257-293.

Genil-Perrin, G. (1931). Maladies nerveuses et mentales. Paris, Larousse.

Goldstein, J. (1997). Consoler et classifier. L'essor de la psychiatrie française. Le Plessis-Robinson, Synthélabo.

Guillemard, A.-M. (1986). Le déclin du social. Formation et crise des politiques de la vieillesse. Paris, PUF.

Hazemann, R. H. et Bourjaillet (1944). "L'organisation des services de prophylaxie mentale." Hygiène Sociale, 2, p. 4.

Hazemann, R. H. et P. Fouquet (1945). "Bilan de trois années de fonctionnement du service de prophylaxie mentale de l'OPHS (Seine)." Annales Médico-psychologiques, 1, p. 373.

Hirschman, A. O. (1983 (1982)). Bonheur privé, action publique. Paris, Fayard.

Huteau, M. (2002). Psychologie, psychiatrie et société sous la troisième république. La biocratie d'Édouard Toulouse (1865-1947). Paris, L'Harmattan.

Lacan, J. (1947). "La psychiatrie anglaise et la guerre." Evolution Psychiatrique, 1.

Lamarche-Vadel, G. et G. Préli (1978). "L'asile." Recherches, 31.

Latour, B. et S. Woolgar (1996 (1979)). La vie de laboratoire. Paris, La Découverte.

Lauzier, J. (1953). "Le plan quinquennal d'équipement sanitaire: I. Hôpitaux psychiatriques; II. Dispensaires d'hygiène mentale." Information Psychiatrique, 6 et 8, p. 154-179 et 214-228.

Legrain et G. Demay (1936). "Le travail des aliénés convalescents. Rapport présenté à la 4e section du conseil supérieur de l'Assistance publique en 1934." Aliéniste Français, 6, p. 281.

Lert, F. (1980). Emergence et devenir d'un système de prévention: le système de prise en charge de la tuberculose. Thèse de 3e cycle. Paris.

Murard, L. (2003). "Dispensaire". Dictionnaire de la pensée médicale. Paris, PUF.

Murard, L. et P. Zylberman (1987). "Robert-Henri Hazemann, urbaniste social." Urbi, X, p. 54-91.

OMS (1953). L'hôpital psychiatrique public. Troisième rapport du comité d'experts de la Santé mentale. Paris, Masson.

Oules, J. et R. Soubrié (1957). "Le transport des malades à l'hôpital psychiatrique." Information Psychiatrique, 33, 5, p. 268-271.

Paumelle, P. (1952). Essais de traitement collectif du quartier d'agités. Thèse de médecine. Paris.

Paumelle, P. (1952). "Le no-restraint." Information Psychiatrique, 2, p. 60.

Paumelle, P. (1953). "Réflexion sur les "Principes à suivre sur la fondation et la construction des asiles d'aliénés" de Parchappe." Information Psychiatrique, 10, p. 270.

Paumelle, P. (1954). "Accouchements sans douleur." Esprit, p. 157-160.

Paumelle, P. (1956). "Hygiène mentale d'une consultation." Hygiène Mentale, 1, p. 63-104.

Paumelle, P. (1956). "Les moyens de la guérison." Esprit.

Paumelle, P. (1959). Réflexions à propos de la création d'un service psychiatrique de secteur. Congrès des psychiatres et neurologues de langue française, Tours, Masson.

Paumelle, P. (1964). "Le sens d'une expérience de secteur." Informations sociales, numéro spécial "l'expérience de santé mentale du 13e arrondissement", p. 5-9.

Paumelle, P. (1970). "L'apport psychanalytique à la pratique psychiatrique de secteur l'expérience du XIIIe arrondissement." Information Psychiatrique, 46, 10, p. 917-924.

Paumelle, P. (1971). A propos de la psychiatrie de secteur. Cours à l'Université de Montréal. Faculté de médecine, Département de Psychiatrie, ronéotypé.

Paumelle, P. et coll. (1973). "Rapport du centre de santé mentale du 13e arrondissement de Paris." Information Psychiatrique, 49, 10, p. 921-946.

Paumelle, P. et S. M. Lepastier (1974). "Contribution à l'étude du coût de l'action de secteur en psychiatrie d'adultes." Information Psychiatrique, 50, 3, p. 237-258.

Paumelle, P. et J. Prévost (1969). "Les modalités de l'intervention à domicile en psychiatrie de secteur." Information Psychiatrique, 45, 10, p. 1053-1065.

Paumelle, P. et N. Sonolet (1956). "Le dispensaire d'hygiène mentale." Techniques hospitalières, 133, p. 51-53.

Prestwich, P. E. (1988). Drink and the Politics of Social Reform: Antialcoholism in France since 1870. Palo Alto, The Society for the promotion of science and scholarship.

- Raynier, J. et H. Beaudouin (1951). L'assistance psychiatrique en France. III. Assistance psychiatrique extra-hospitalière. Psychiatrie sociale. Paris, Le François.
- Rothman, D. J. (1980). Conscience and Convenience: The Asylum and Its Alternatives in Progressive America. Boston, Little, Brown.
- Roumieux, A. (1974). Je travaille à l'asile d'aliénés. Paris, Éditions Champ Libre.
- Scherrer, P. (1989). Un Hôpital sous l'occupation. Paris, Atelier Alpha bleue.
- Simonin, A. (1997). Le comité médical de la résistance: un succès différé. dans A. Prost (dir.). La Résistance, une histoire sociale. Paris, les Éd. de l'Atelier-Éd. ouvrières.
- Sivadon, P. (1947). "L'assistance extra-hospitalière (vers une assistance psychiatrique extra-hospitalière efficace)." Annales Médico-psychologiques, 1, 1, p. 30-51.
- Sivadon, P., F. Tosquellès, L. Le guillant et G. Daumézon (1952). "Symposium sur la psychothérapie collective." Evolution Psychiatrique, 3, p. 531-592.
- Stiker, H.-J. (1982). Corps infirmes et sociétés. Paris, Aubier Montaigne.
- Strauss, A., L. Schatzman, R. Bucher, D. Ehrlich et M. Sabshin (1964). Psychiatric ideologies and institutions. New York, Free Press of Glencoe.
- Torrubia, H. (1956). "A propos de la sociothérapie." Revue pratique de psychologie de la vie sociale et d'hygiène mentale, 4, p. 136-137.
- Valette, J. (1977). "Étude sur l'évolution des structures de l'actuelle direction des hôpitaux de 1945 à 1976." Revue Française des Affaires Sociales, p. 139-171.
- Vidart, L. (1959). "L'hôpital de jour pour les épileptiques." revue d'hygiène et de médecine sociale, VII, 6, p. 542-562.
- Winteler, R. (1949). L'électrochoc ambulatoire. Thèse de médecine. Paris.
- Woodbury, M. A. et M. Woodbury (1969). "Psychiatrie communautaire à Paris." Information Psychiatrique, 10, p. 1073-1081.