

# *SAINT-EGRÈVE, DES HORREURS DE VICHY À LA MÉDICALISATION D'UN ASILE (1930-1960)*

---

*Samuel* ODIER

**Samuel ODIER**  
Université Lyon 2

**M**arginaux dépourvus de responsabilité, les aliénés du milieu du siècle sont encore regroupés et mis à la merci d'une société dont les valeurs se reflètent dans leur internement. A Saint-Egrève, les conditions qui transforment « l'Asile public d'aliénés Saint-Robert » de 1930 à 1960, en « Hôpital psychiatrique départemental de l'Isère », soulignent l'importance des conditions matérielles d'internement des malades mentaux<sup>1</sup>. A partir de l'asile des années 1930 – un cadre de vie plus qu'un cadre médical – on observe en effet une lente évolution, qui rend intéressante une approche des rapports entre les conditions de vie des internés, et l'émergence possible d'un traitement psychiatrique. Cependant, le lieu de soins restant soumis aux impératifs du lieu de contention jusqu'à la fin des années 1950 au moins, il pouvait être

1- Avec pour source principale d'investigation les rapports des médecins conservés dans le fonds d'archives du Centre hospitalier spécialisé.

2 - LAFONT (Max),  
*L'Extermination douce*,  
Ligné, éd. de  
L'Arefppi, thèse de  
médecine présentée en  
1981 à l'université  
Claude Bernard, 1987,  
255 pages.

3 - SAUVAIRE (Raoul),  
*Le malade mental et les  
pouvoirs publics*,  
éd. du Scarabée,  
Bibliothèque de  
l'infirmier  
psychiatrique, 1969,  
130 p.

significatif de privilégier certains moments révélateurs des implications socio-culturelles de cette difficile évolution ; c'est pourquoi je traite essentiellement ici du sort réservé aux aliénés sous l'Occupation – aussi popularisé par le terme « d'extermination douce<sup>2</sup> » – et de la lente humanisation de l'hôpital psychiatrique qui a suivi.

### UNE INSTITUTION SÉCULAIRE

Lorsque commence cette étude, l'asile est une institution déjà vieille d'un siècle : la loi du 30 juin 1838 y régit la vie intra-muros en plaçant l'hospitalisé sous un régime juridique spécial, l'affublant du terme d'aliéné, et le privant de sa liberté. Le cas le plus fréquent est le placement d'office (PO), où l'individu, réputé dangereux, est sous le coup d'un arrêté préfectoral qui l'écarte de la société ; mais on trouve aussi des placements volontaires (PV), où intervient la famille du malade, demandant, certificat d'un généraliste à l'appui, à ce qu'on la soulage d'un membre encombrant. A chaque fois, « l'aliéniste » (ce futur psychiatre) reste seul juge de la folie.

En voulant accueillir des personnes réputées dangereuses, la loi de 1838 remplit une fonction d'hygiène sociale mais aussi de sécurité publique : dans l'internement des PO on voit autant la main du préfet que celle du psychiatre, l'obligation de soigner les aliénés tendant à compenser par une action médicale la privation de liberté prise au nom de l'ordre public<sup>3</sup>. Pour être applicable, il fallait que l'internement fût gratuit, ce qui fait de la loi de 1838 l'une de nos plus vieilles lois d'assistance. Mais dans les faits, s'il n'y a encore que deux moyens d'entrer à l'Asile – l'internement à la demande de la famille et celui à la demande du préfet – c'est que, les thé-

rapeutiques étant encore inexistantes ou inefficaces, il n'est pas question pour les collectivités de payer une hospitalisation à durée indéfinie, si ce n'est pour protéger les citoyens paisibles d'individus dangereux. Les familles qui veulent que des soins soient apportés à leurs proches payent le prix d'un placement volontaire (on peut financer jusqu'au prix d'un garde-malade personnel à Saint-Robert), mais les indigents qui veulent bénéficier d'une assistance n'ont d'autre recours qu'un arrêté préfectoral d'internement. Les « placés d'office » observés sont donc en grande majorité inoffensifs, mais pauvres ; et c'est la raison pour laquelle on les a déclarés dangereux.

La loi introduit ainsi un système foncièrement inégalitaire, où les « placés d'office » – 90 % des aliénés de l'Isère à la veille de la guerre – sont entassés dans des conditions abominables, quand les pensionnaires (PV) répartis en quatre classes – la première étant la plus chère et la plus enviable – bénéficient seuls d'un confort relatif. Les uns sont logés dans des dortoirs surpeuplés de 60 à 80 lits, nourris au potage et sans autre distraction qu'un travail sous-payé, les autres ont des chambres de deux à trois personnes, parfois même individuelles, un parc de promenades, un régime alimentaire et des activités élaborés.

Le monde réglé par la loi de 1838 a subi de nombreuses transformations depuis les années 1930. L'objet de mes recherches était de les repérer au niveau d'un hôpital départemental de province et de souligner la raison qui les guidait. Il est symptomatique d'une organisation sociale qu'une telle loi se soit maintenue sans modification depuis la monarchie de Juillet jusqu'à la III<sup>e</sup> République ; mais quelle était la volonté des législateurs de cette III<sup>e</sup> République finissante qui, les premiers, avaient voulu changer les fondements du système asilaire ?

En 1928-1930 intervenait un événement qui allait se révéler d'une importance capitale par la suite : la naissance des assurances sociales qui, pour une frange encore infime de la population, pouvaient signifier la prise en charge de son internement par une caisse à laquelle elle avait cotisé. Elle pouvait échapper ainsi (du moins en partie), à l'infamante indigence qui la confinait jusque là dans les placements d'office. Un autre changement était constitué par la création d'un ministère de la Santé, qui enlevait l'asile au ministère de l'Intérieur. On commençait à envisager le passage à une perspective médicale d'une psychiatrie jusque là confinée dans la répression sociale de la folie.

Mais ce passage ne se concrétisa qu'avec l'arrivée au ministère de la Santé des hommes du Front Populaire<sup>4</sup>. Sellier tout d'abord, qui par le décret du 5 avril 1937 donna le nom d'hôpital psychiatrique (HP) aux maisons d'internement ; Rucart ensuite, dont la circulaire du 13 octobre 1937 envisageait un suivi social, et un service d'hospitalisation libre.

Mais l'ambition de faire de l'asile un hôpital n'était pas comprise des contemporains. Il fallut des années avant que les résolutions du Front Populaire soient appliquées ; et ce n'est pas le moindre des paradoxes que de voir la première ébauche de leur mise en œuvre sous l'Occupation, grâce à l'appui de Vichy, qui aida Hazeman (ancien collaborateur de Sellier) à suivre une partie de la population de la Seine au moyen de dispensaires d'hygiène sociale. Il s'agissait, semble-t-il, de prendre en main les sujets tarés, pour la mise en valeur de la race et de la famille.

Des décisions de Vichy eurent même un effet bénéfique par la suite, comme cette « loi » du 21 décembre 1941, qui mettait un terme à la partition des PO

et des PV. Mais dans le même temps, le ministère de la Santé était supprimé, et le nouveau secrétariat d'Etat à la Santé et à la Famille dont dépendaient les hôpitaux psychiatriques, intégré au ministère de l'Intérieur. Plus inquiétant, Alexis Carrel et certains proches du pouvoir s'étaient exprimés pour le gazage des fous<sup>5</sup>.

Toutefois, on ne peut comprendre les événements de la période de Vichy que si on a déjà une idée de la vie des aliénés dans les années 1930. Comme la plupart des asiles publics, Saint-Robert est un ancien dépôt de mendicité, « transformé » en asile d'aliénés ; mais la vingtaine de pavillons qui composent l'établissement des années 1930 sont issus, pour la plupart, des ajouts édifiés entre 1854 et le début du siècle. Les bâtiments portent la trace des conceptions architecturales et asilaires de leur temps : chacun est un monde autonome, encore trop rarement pourvu de sanitaires, mais avec un réfectoire et des dortoirs immenses (des pavillons cellulaires sont aussi prévus pour les plus agités). Il donne sur une petite cour rendue trop sombre par la hauteur des murs qui l'entourent, et si tout est prévu pour la contention, on y cherche en vain une véritable salle de soins. En 1930, les bâtiments n'ont pas été restaurés depuis un demi-siècle en moyenne ; et leurs habitants ne sont pourtant guère soigneux.

Les perspectives de l'internement n'offrent pas seulement la vision d'un monde clos ; elles laissent aussi apparaître un monde cloisonné, où l'on vit regroupé par catégorie, selon son état d'agitation et son statut (PO ou PV). On y est condamné à vivre dans la promiscuité de ses semblables, sous l'œil vigilant et omniprésent de l'infirmier, coupé de tout contact avec l'autre sexe, confiné dans des locaux d'où l'on ne sort jamais (sauf dans la cour), à moins de travailler dans la ferme, la buanderie ou

4 - MASSE (Georges), « Il y a 50 ans : 1936, la psychiatrie au rendez-vous », *L'Information Psychiatrique*, vol. 62, n° 8, octobre 1986.

5 - Les positions d'Alexis CARREL étaient connues depuis qu'il avait écrit *L'homme, cet inconnu*, Paris, Plon, 1935, 400 p.

6 - Conservés non classés dans les archives du Centre hospitalier spécialisé de Saint-Egrève.

7 - D'après une enquête de J. MANS de 1937, 25 % environ des aliénés travaillent, alors que la nature de ces travaux et leurs interventions ne dépassent pas le cadre de la routine asilaire – citée par VERMOREL (H.) et MEYLAN (A.), *Cent ans de psychiatrie*, éd. du Scarabée, Bibliothèque de l'infirmier psychiatrique, 1969, 80 p.

8 - Ces statistiques, ainsi que les suivantes, sont établies sur la base de la population totale traitée (présents au premier janvier et entrants de l'année) consignée dans les rapports annuels des médecins des archives du Centre hospitalier spécialisé de Saint-Egrève.

9 - CASADEBAIG (F.), QUEMADA (N.), GUILLAUD-BATAILLE (J.M.), GAUSSET (M.F.), TERRA (J.L.), « Enquête sur la mortalité des malades mentaux en soins », *Synapse*, n° 89, octobre 1992.

10 - BONNAFE (Lucien), LE GUILLANT (Louis), « La condition du malade à l'hôpital psychiatrique », *Esprit*,

la boulangerie, qui font de l'asile un établissement prospère, au coût minimum pour la société. Les rapports adressés au préfet<sup>6</sup> ne retiennent que deux catégories essentielles de malades : les travailleurs et les agités ; quoiqu'aucune de ces deux catégories ne soit à proprement parler médicale. Si l'on s'en tient à ces mêmes rapports, la première semble représenter le tiers des aliénés du Saint-Robert des années 1930 (ce qui serait plus que la moyenne nationale d'alors)<sup>7</sup>.

Mais les conditions d'internement traduisent surtout le désintérêt général des collectivités responsables (le conseil général en premier lieu) pour des aliénés que l'on se contente d'entasser sans se préoccuper de l'hygiène. Pourtant, le monde rural laisse la place à un monde urbain où les malades mentaux ont plus de mal à s'intégrer, et on commence à recourir à l'asile comme à une alternative normale pour des êtres inadaptés : pour une capacité officielle de 1 000 lits, Saint-Robert accueille déjà 1 385 malades à la fin de 1930 ; ils sont 1 693 en décembre 1939. Ce ne sont pas des individus ordinaires que l'on peut rassembler sans risque pour la sécurité (ou la salubrité) ; des incidents dont sont victimes des membres du personnel, mais aussi des malades, surviennent parfois pour le rappeler. Alertées, les collectivités ne font rien contre une situation qui permet d'interner à bas prix dans des pavillons insalubres, en intercalant des paillasses entre les lits ou en transformant le réfectoire en dortoir.

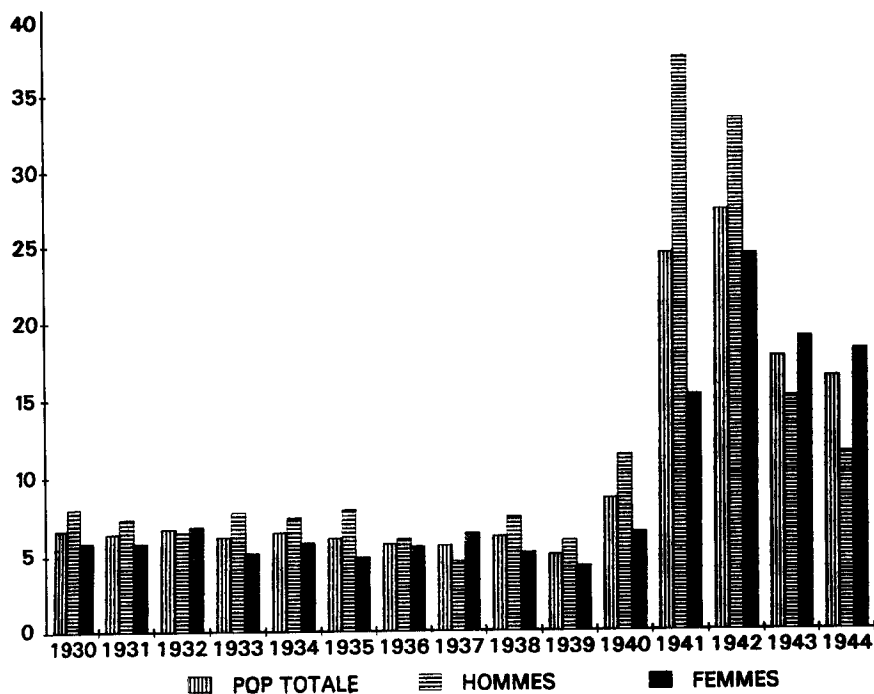
Rien d'étonnant après cela à ce que le taux de mortalité soit important (6 % de 1930 à 1939 inclus<sup>8</sup>) ; mais il faut aussi compter avec l'âge des intéressés (17,8 % des aliénés admis entre 1935 et 1939 ont plus de 60 ans), et la propension des malades mentaux à être victimes plus facilement que les autres de certaines maladies somatiques<sup>9</sup>. Beaucoup décè-

dent des propres maux qui sont la cause de leur internement, comme la cachexie sénile ou la paralysie générale (syphilis) ; mais la première cause de mortalité reste la tuberculose, que l'on combat d'autant moins que le département n'a pas voté les crédits nécessaires à la construction d'un pavillon d'isolement. Des conditions misérables et une promiscuité incessante la rendent responsable de 10 à 20 % des causes de mortalité annuelles, faisant de cet « hôpital » un lieu d'infection endémique.

## L'OMBRE DE « L'EXTERMINATION DOUCE »

Sous l'Occupation, les conditions d'hospitalisation empirent encore, dans des proportions sans précédent. Du 1<sup>er</sup> janvier 1940 au 31 décembre 1945, le taux de mortalité moyen de la population traitée atteint 17 %, avec un total de 1 778 morts. Le graphique qui rapporte l'évolution de la mortalité annuelle, laisse apparaître dès 1940 une croissance significative de la détresse qui règne à Saint-Egrève (voir ci-dessous). De 1 693 malades en janvier 1940, on passe à 800 en mars 1946. Le docteur Bonnafé, dénonçant dans un article de 1952 « la politique fasciste "d'assistance" aux aliénés appliquée par l'occupant et le gouvernement de Vichy », donnait le chiffre national de 40 000 morts<sup>10</sup>. Il semble être en dessous de la réalité<sup>11</sup>. Comment cela a-t-il été rendu possible ?

A partir de juillet 1940, on commence à rationner la nourriture des Français dans des proportions qui deviennent très vite insupportables car les rations officielles tiennent moins compte du minimum vital que des stocks laissés disponibles par les autorités allemandes<sup>12</sup>. Un être humain de 65 kg a besoin de 2 500 calories par jour



(2 100 pour une femme) pour se maintenir en vie sans une trop grande activité ; or, à titre d'exemple, les malades du quartier des femmes disposaient de moins de 1 200 calories en 1942<sup>13</sup>. Les conséquences furent immédiates. On compta 457 morts par « débilite » de 1941 à 1945. En outre, des causes de mortalité qui existaient déjà se trouvèrent démesurément amplifiées par des organismes affaiblis ; la tuberculose se développa ainsi avec une rapidité qui laissait les médecins désemparés, constituant jusqu'à 34,7 % des décès en 1943 (46,5 % des décès masculins) !

L'âge moyen des décédés montre que les plus âgés s'éteignent les premiers. De 1940 à la fin de la guerre, on meurt à moins de 60 ans chez les femmes, et moins de 50 ans chez les hommes. Les femmes sont touchées plus tard et de façon moins brutale, mais plus constante : l'année la plus meurtrière est 1941

chez les hommes (36,4 % de mortalité), contre 1942 chez les femmes (23,9 %<sup>14</sup>), alors que les années suivantes subissent des chutes de mortalité de 4 à 5 % chez les femmes, contre 4 à 18 % chez les hommes. Sur la période 1940-1945, les taux de mortalité masculins sont de 18,6 % contre 14,8 % pour les taux féminins<sup>15</sup>. En 1945, il ne reste que les plus résistants, les agités ayant généralement décédé les premiers pour avoir brûlé des calories qu'ils ne pouvaient renouveler.

Mais il y a aussi d'autres facteurs. Le taux de létalité moyen des PV, est de 37, 64 % ; celui des PO, de 21, 61 %. Entre les deux, il y a peut-être le gouffre qui sépare ceux qui peuvent être autorisés à sortir (sous conditions il est vrai), de ceux auxquels les familles n'écrivent jamais ni n'envoient de colis alimentaires. On ne peut exclure non plus la possibilité d'un tarif préférentiel, qui expliquerait notamment pourquoi la

décembre, tome II,  
1952.

11 - En fait, une évaluation scientifique restait à faire. Reprenant la parole en 1987 dans l'ouvrage de Max Lafont, *op. cit.*, p. 60, le docteur Bonnafé concédait qu'il avait disposé de moyens statistiques rudimentaires. Mais des études plus récentes semblent confirmer une fourchette comprise entre 40 000 et 50 000 morts. O. BONNET et Cl. QUETEL dans « La surmortalité asilaire pendant l'Occupation », *Nervure*, tome IV, n° 2, mars 1991, estiment qu'il y a eu 76 327 morts sur une période où les projections auraient pu en laisser attendre 27 729...

12 - ARON (Robert), *Histoire de Vichy*, Paris, Fayard, 1990.

13 - Calcul effectué à partir d'un menu précis retrouvé, non classé, dans les archives du Centre hospitalier spécialisé de Saint-Egrève.

14 - En ne comptant que les décès de l'hôpital psychiatrique, car le service des femmes par exemple annonce le départ d'une dizaine de moribondes non

répertoriées dans ses  
250 décédées.

15 - Chiffres  
compliqués par  
l'arrivée d'une  
population d'aliénés  
du sud de la France  
dont les taux de létalité  
subissent le poids des  
privations en décalage  
avec la population de  
Saint-Robert.

16 - Lettre du directeur  
de Saint-Robert à la  
préfecture de l'Isère,  
17 janvier 1942  
(archives du Centre  
hospitalier spécialisé  
de Saint-Egrève, non  
classées).

mortalité se déclare avec un an de retard chez ceux qui peuvent payer leur place. Les mouvements de population des PV de 1940 à 1945, montrent que la IV<sup>e</sup> classe, la plus nombreuse, se comporte de la même façon que la masse des indigents à laquelle elle est mêlée ; les trois autres en revanche se conduisent jusqu'en 1942 sans paraître affectées par les privations.

Les trois premières classes n'en deviennent qu'une au 1<sup>er</sup> janvier 1942 parce qu'en l'absence de toute denrée, il devient impossible d'effectuer des différences de traitement significatives (le seul avantage commun aux pensionnaires reste, comme toujours une certaine marge de liberté). Pourtant, les théories autarciques qui régissent l'institution asilaire font que tous les établissements psychiatriques sont dotés d'une ferme. Celle de Saint-Robert couvre un espace de 40 ha (22 ha de terres labourables et potagères, 4,7 ha de vigne, le reste en prairies artificielles et parc herbager pour les bovins) avec lesquels il faut nourrir près de 2 000 personnes. (personnel compris). Cela peut-il suffire ?

Les courbes d'approvisionnement de l'hôpital montrent une chute libre des arrivages de produits de traitement et d'engrais, ainsi qu'une difficulté très grande à se fournir en semences. La sécheresse persistante des années 1942 à 1945 n'arrange rien. On ne peut pas optimiser les rendements. Cependant, en la quasi impossibilité d'obtenir jusqu'aux denrées non rationnées, la production de la ferme s'avère capitale pour les légumes (frais ou secs) et les pommes de terre ; le vin de l'hôpital améliore aussi l'ordinaire des malades travailleurs.

Mais la ferme écarte l'établissement des attributions de tickets pour les œufs, les succédanés de café, ou les suppléments dits « nationaux ». Les citadins, moins bien lotis que les ruraux pour l'ensemble, ont ainsi des privilèges com-

pensatoires auxquels Saint-Robert ne peut prétendre. Pourtant, s'il est possible aux ménages ruraux de se procurer quelques suppléments alimentaires, il n'est pas pensable que l'administration asilaire nourrisse au marché noir ses 2 000 pensionnaires et agents.

L'hôpital psychiatrique est considéré malgré tout comme un producteur. La totalité de son blé est remise au Ravitaillement général (3,5 tonnes en 1943), et sur une réserve de 2,3 tonnes de riz constituée en 1940, il faut aussi se séparer de 1,6 tonne. Enfin, pour chacun des porcs abattus par l'établissement il faut rendre l'équivalent du poids en tickets de viande (puis, la moitié, et enfin, le tiers. en 1944) ; mais de fait, les aliénés mangent la farine de maïs destinée aux porcs, ce qui rend précaire l'élevage de ces derniers<sup>16</sup>. En 1945, le cheptel représente encore une quinzaine de têtes de gros bétail (dont l'usage reste subordonné aux conditions du Ravitaillement général), et une vingtaine de porcs.

Face aux divers représentants de Vichy, les médecins de Saint-Robert n'ont pas hésité à dénoncer les conditions d'internement de leurs malades ; mais si on sait (par témoignage oral) que l'hôpital pouvait être un refuge pour des personnes recherchées, il ne semble pas en revanche que l'on ait laissé s'enfuir ceux que la loi retenait là. L'asile qui n'en est plus un (au sens de refuge) serait-il devenu un lieu de soins ? Si non, il n'y a rien qui justifie le maintien d'individus non dangereux entre des murs où on ne peut pas les nourrir.

## FAIRE DE L'ASILE UN HOPITAL

Ce n'est pas le moindre des paradoxes que de voir des médecins qui n'ont pas même de quoi alimenter leurs malades tenter de les guérir... et obtenir

les premiers résultats dignes de la psychiatrie moderne sur des sujets mourants de faim. Au milieu des êtres squelettiques qui peuplent l'établissement, l'arrivée des techniques de chocs aux résultats spectaculaires (insulinothérapie, électrochocs) représente l'espoir d'un immense progrès scientifique au milieu d'un monde asilaire en ruines, malade de la logique abjecte de ses exclusions. Les taux de sortie qui s'étaient maintenus autour de 12,4 % tout au long des années 1930 montent à 16,1 % en 1943, pour des raisons qui semblent purement médicales (résultat des premiers électrochocs).

Malgré tout, que la psychiatrie française ait pu progresser dans ces conditions (en fait elle comble un retard accumulé depuis la fin des années 1930 par rapport à d'autres pays) est un miracle qui ne peut en rien nous faire oublier les morts des années précédentes, maintenus sans nourriture suffisante quand leur état mental ne laissait présager aucune amélioration. Comment expliquer en effet que 40 à 50 000 personnes confiées corps et âme à l'Etat Français aient ainsi disparu dans les silences de l'Histoire ?

Une lettre<sup>17</sup> de la main d'un chef de bureau de la direction régionale de l'administration du Ravitaillement général, subordonne l'adjonction de maigres suppléments pour les malades<sup>18</sup> à la condition qu'ils soient distribués aux individus « récupérables ». Il ne s'agit pas de ceux dont la cachexie n'est pas trop avancée, mais bien des malades récupérables pour la société ; ceux qui sont susceptibles de guérir de leur affection mentale. Mais les conditions antérieures d'internement montrent que les fonctionnaires de Vichy n'étaient pas seuls à considérer les aliénés comme des non valeurs. Depuis longtemps il est vrai, la folie est une sorte de « déjà-là de la mort<sup>19</sup> »...

Pourtant, en cette période de progrès scientifiques sans précédent, que représente, pour la psychiatrie et pour l'éthique, un être « récupérable » ? Ainsi que le montre la lecture des mémoires du docteur Scherer<sup>20</sup>, les électrochocs permettent déjà de sauver des malades que l'on croyait perdus. Plus tard, au nom des techniques nouvelles mais aussi des horreurs passées, l'après-guerre repense totalement l'approche des maladies mentales.

Cela ne veut pas dire que dans la pratique les collectivités discernent immédiatement les enseignements à tirer de l'Histoire. L'hôpital psychiatrique déserté, les hommes de Vichy en profitent pour installer un centre de mineurs délinquants dans un pavillon vide, ce qui semble souligner la proximité dans laquelle on tient l'asile et la prison (les deux institutions dépendent alors du même ministère) ; à la veille de la Libération, l'administration de l'hôpital est en tractations pour recevoir des vieillards des camps de travailleurs étrangers ; on reçoit les malades méridionaux évacués de leurs centres de soins par les Allemands (en vue des combats), puis, surtout, par les Alliés, qui ont réquisitionné des établissements psychiatriques pour y abriter leur administration. De l'utilité première de ces locaux, personne n'a cure, comme pour montrer qu'on leur a trouvé une application « plus utile » pour un an ou deux. A ma connaissance, une telle attitude ne s'est pas appliquée à des hôpitaux de services généraux. On se conduit comme si la guerre avait eu le bon goût de débarrasser le pays à jamais de ses malades mentaux. On « rentabilise » l'hôpital en créant un service pour les enfants déficients, sans tirer de leçon de la surpopulation des années 1930. Or le mouvement d'encombrement reprend, plus inquiétant encore, car l'établissement a abordé une importante mutation.

17 - Archives du Centre hospitalier spécialisé de Saint-Egrève, lettre en date du 28 avril 1942.

18 - Personnes souffrantes, ayant droit au Régime I prévu pour les Français malades (les aliénés de Saint-Robert ne pouvaient en profiter avant la lettre en question).

19 - Pour reprendre une citation de FOUCAULT (Michel), *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972, 583 p., p. 26.

20 - SCHERER (Docteur Pierre), *Un hôpital sous l'Occupation*, Paris, Atelier Alpha Bleu, 1989, 189 p., p. 62.

En 1953, dix ans après les électrochocs, l'hôpital psychiatrique découvre enfin des médicaments adaptés au genre de maux dont souffrent ses patients : les neuroleptiques. Mais cela nécessite des salles spécialisées et un personnel compétent. L'encombrement des années 1950 est beaucoup plus tragique que celui des années 1930 car il empêche à présent une action thérapeutique naguère insignifiante. Des malades guérissent ; mais d'autres qui pourraient l'être passent le restant de leurs jours véritablement chronicisés par l'asile.

On commence à agir. Depuis 1877 il n'y avait que deux aliénistes à Saint-Egrève, soit en 1939, un pour plus de 1 100 malades dans le quartier des femmes (toujours plus peuplé) et un pour 600 environ dans le quartier des hommes. Mais en 1955 et 1959, arrivent un troisième puis un quatrième psychiatre, ramenant la proportion à un médecin pour 334 malades.

Cela ne peut suffire sans l'aide des auxiliaires précieux que sont les infirmiers, véritables relais entre les docteurs, et des patients trop rarement distingués comme individus. Du fait de l'évolution des techniques, on assiste à une multiplication, mais aussi à une professionnalisation du corps des infirmiers ; de 0,4 agent en service pour 10 malades en 1938, à 0,7 en 1957, ce qui est peu – les prescriptions du règlement de 1938 sont d'un infirmier pour 10 malades agités ou 15 calmes – mais représente tout de même près du doublement du taux d'encadrement. Enfin, après le départ des sœurs en 1958, on passe d'une organisation tenue en main par les religieuses (qui occupaient les postes à responsabilités du quartier des femmes) à un monde de laïcs qualifiés. La brute épaisse du début du siècle doit définitivement faire place désormais – et

malgré les problèmes de recrutement d'une profession peu considérée – à l'agent formé et diplômé par l'établissement. Toutefois, ce mouvement a, là aussi, ses limites, puisqu'en 1958 seuls 57 % des hommes et 50 % des femmes laïques sont diplômés. Cette spécialisation du personnel dans des tâches de thérapeute était une nécessité à une époque où les malades étaient de moins en moins soignés globalement et de plus en plus individuellement. Le malade devient un sujet, et non plus un fou noyé dans la masse presque indistincte de ses semblables.

Mais l'évolution des thérapeutiques est indissociable, pour quitter la logique asilaire, d'une évolution de la conception sociale de la psychiatrie. Alors que l'internement permettait l'exclusion, les assistantes sociales – dont la présence était requise depuis le Front populaire – arrivent à Saint-Egrève à la fin de 1953, avec pour mission, au delà des soins thérapeutiques, d'aider les reclus de la normalité à se comporter à nouveau comme des êtres sociaux. C'est aussi le nouveau but du travail à l'asile qui, d'un passe-temps routinier avant-guerre, est devenu à la fois une technique de soins (l'ergothérapie) et un apprentissage de la réinsertion. On dépasse la logique de l'internement parce qu'on envisage désormais de soigner les gens et non plus uniquement de les enfermer. Le but n'est plus d'écarter les inadaptés de la société mais au contraire, de leur apprendre à s'y intégrer. Pour cela, l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève se dote aussi d'un dispensaire hors les murs.

Mais c'est surtout la création de la sécurité sociale qui a permis un changement lent mais radical de la perspective asilaire. En 1945, on passe ainsi de la notion d'assistance publique, qui postulait la présence d'indigents redevables



de leur situation à la société, à la notion d'action sociale, révélatrice d'une politique active de prise en compte de l'ensemble du problème posé par la santé publique. La sécurité sociale est une source de financement considérable qui met fin à ce que les rapports administratifs d'avant guerre appelaient « la médecine pour indigent<sup>21</sup> » ; ce faisant, elle accepte les aliénés comme des individus dignes de sa protection.

Il faut cependant attendre le milieu des années 1950 pour que le statut juridique des aliénés commence à changer (très lente apparition des auto-placements et transformation de la plupart des PO en PV après 1955), et surtout, pour que l'on envisage de les faire vivre dans des conditions décentes (rénovation des bâtiments, tentatives pour rendre le cadre de vie plus agréable en repeignant les murs, en changeant le mobilier encore scellé au sol, ou en instaurant des activités récréatives...). Mais tout cela se fait lentement, et une fois encore, certaines catégories de malades sont systématiquement lésées par rapport à d'autres. Il s'agit cette fois des « chroniques », (ou des chronicisés, car les structures de soins sont saturées !) dont les pavillons ne sont pas restaurés avant les années 1960 : un déplacement à l'intérieur des murs de la logique de l'exclusion ?

On discerne une continuité entre la condition dévolue aux aliénés avant-guerre, sa dégradation durant l'Occupation, et la lenteur, mais aussi le caractère indéniable de ses transformations ultérieures. Cela nous confronte à l'interprétation de l'évolution constatée : faut-il attribuer l'humanisation de l'asile à l'apparition soudaine de thérapeutiques efficaces, ou à une prise de conscience de la marginalité dangereuse – pour eux, plus que pour le reste de la société – dans laquelle étaient maintenus les aliénés ?

Les victimes de Saint-Robert sont celles des privations, mais aussi du placement d'office : on ne relâche pas un fou dangereux s'il n'est pas guéri, même s'il meurt de faim, et même si on ne l'avait déclaré dangereux que pour l'accueillir gratuitement (c'est pourquoi la perspective d'une protection sociale fut si importante ensuite). Mais l'hypocrisie qui consistait à se comporter comme si les aliénés avaient de quoi se nourrir revêt l'aspect d'un assassinat, bien qu'il soit difficile d'affirmer qu'il y ait eu préméditation. Les termes de « non assistance à personne en danger » semblent d'ailleurs plus justes, car le rationnement n'a pas été institué spécialement contre les fous, mais bien pour tous les Français. Seulement, les Français sont ignorants de ce qui se passe dans ce monde clos, à la fois inconnu, impénétrable, et soi-disant autonome ; ils ne savent pas, ou ne veulent pas savoir. Le désintérêt dans lequel on a tenu cette question jusqu'aux années 1980 est assez significatif. Il est vrai qu'on a alors bien d'autres problèmes. Quant à ceux qui sont officiellement informés, ce sont ceux-là même qui sont tenus de faire comme si le rationnement général était suffisant en soi, et le marché noir un délit. Il est bien difficile pour eux de se déjuger, surtout pour des fous que notre monde contemporain a toujours considérés comme des non-valeurs. La lenteur de la transformation du niveau de vie des malades au cours des années 1950, et jusqu'aux années 1970 pour l'ensemble (malgré les énormes progrès techniques) doit nous conforter dans cette idée ; Vichy a été une épreuve douloureuse que l'on a voulu oublier dans le difficile cheminement qui menait d'une perspective médico-sociale (celle de l'asile), à une perspective uniquement médicale (celle de

21 - Inspection générale des services administratifs, *Journal Officiel de la République française* du 10 novembre 1938.

l'hôpital). Mais on ne peut oublier totalement ce qui fut pour les tout nouveaux hôpitaux psychiatriques l'épreuve fondatrice de la psychiatrie moderne ; rejetant les implications dangereuses du système asilaire, celle-ci saurait désormais accueillir les thérapeutiques naissantes dans un esprit nouveau.