

Réforme ou modernisation ? La santé mentale dans le département d'Eure-et-Loir, du Centre de traitement et de réadaptation sociale (1949) aux secteurs (1970)

Emmanuel Delille

► **To cite this version:**

Emmanuel Delille. Réforme ou modernisation ? La santé mentale dans le département d'Eure-et-Loir, du Centre de traitement et de réadaptation sociale (1949) aux secteurs (1970). La fin de l'asile, Presses universitaires de Rennes, 2018, 978-2-7535-7394-9. halshs-02388055

HAL Id: halshs-02388055

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02388055>

Submitted on 30 Nov 2019

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.

Réforme ou modernisation ?
La santé mentale dans le département d'Eure-et-Loir,
du Centre de traitement et de réadaptation sociale (1949)
aux secteurs (1970)

Emmanuel DELILLE

Mon analyse porte sur le Centre Hospitalier Henri Ey de Bonneval, en Eure-et-Loir, dans la région Centre de la France. Bien qu'il soit longtemps resté un asile de province ordinaire, de la fin du XIX^e siècle à la Seconde Guerre mondiale, il constitue un lieu d'observation intéressant pour l'histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans la seconde moitié du XX^e siècle, car il n'est pas tout à fait conforme à la chronologie communément acceptée en France, surtout marquée par la réforme de la sectorisation dans les années 1960. Bonneval n'est donc pas un hôpital psychiatrique particulièrement représentatif entre 1945 et 1970, et donc je me garderai bien de généraliser à partir cet exemple. En revanche, c'est un cas d'étude intéressant parce qu'il permet d'échapper à l'usage « commode et paresseux¹ » du terme « réforme » dans l'histoire de la psychiatrie. Un texte de loi n'engendre pas forcément une réforme de fond et je parlerai plutôt de modernisation, un terme adapté à la société française pendant la période des Trente Glorieuses.

Deux moments importants sont à prendre en compte à Bonneval : 1947-1949, dates de création d'un service pilote, le Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale (CTRS) de Bonneval, en lieu et place du service des femmes dirigé par Henri Ey (1900-1977)²; 1970-1972, dates de mise en œuvre de la sectorisation du département d'Eure-et-Loir, à nouveau

1. Cette critique fait écho à celle de l'historien Jacques Revel qui appelle à échapper à un « usage commode et paresseux du contexte », reprise à leur compte par Michael Werner et Bénédicte Zimmermann dans leur article de référence sur l'histoire croisée. Cf. REVEL Jacques, « Micro-analyse et construction du social », *Jeux d'échelle. La micro-analyse à l'expérience*, Paris, Éditions Le Seuil/Gallimard, 1996, p. 25. WERNER Michael et Bénédicte ZIMMERMANN, « Penser l'histoire croisée : entre empirie et réflexivité », *Le genre humain*, numéro thématique « De la comparaison à l'histoire croisée », n° 42, 2004, p. 30.

2. Sur le rôle d'Henri Ey après-guerre, voir DELILLE Emmanuel, « Le Traité de psychiatrie de l'Encyclopédie médico-chirurgicale (EMC) sous la direction d'Henri Ey comme lieu d'observation

impulsée par Henri Ey, mais appliquée par ses successeurs. Après avoir rappelé les grandes lignes des changements introduits après-guerre, je présenterai des éléments tirés de documents d'archives (plans manuscrits, cartes, négociations, écrits de patients, etc.), qui indiquent que l'élan réformateur s'est traduit localement par une rénovation du vieil asile et non pas par un abandon du modèle hospitalier. Mon analyse accordera une attention particulière aux représentations des principaux acteurs qui ont vécu la déshospitalisation, tout en soulignant le déséquilibre entre médecins et patients, et l'enjeu des rapports sociaux de sexe.

Une première modernisation : le CTRS (1947-1949)

Dans la seconde moitié du xx^e siècle, la chronologie de la déshospitalisation psychiatrique en France est marquée par l'expérience de la guerre, par les circulaires ministérielles de 1937 et 1946, puis surtout par celle du 15 mars 1960 ; ensuite, leur mise en œuvre a vraiment lieu après les événements de « Mai 68³ ». Ces textes prévoyaient notamment la mise en place de secteurs chargés de la prévention, la cure et la postcure des patients issus d'un secteur géographique d'environ 80 000 habitants par l'équipe médico-sociale du département. Mais les modalités d'application ne seront effectives qu'au début des années 1970. Ce sont des dates importantes sur le plan national ; pourtant, comme je vais le montrer, leur impact est à nuancer au niveau local, où le réaménagement ne signifie pas directement, ou pas seulement, déshospitalisation, mais surtout modernisation.

Ce processus est lancé dès 1947 à Bonneval à partir d'un projet de transformation du service des femmes basé sur la création d'un service ouvert, c'est-à-dire sans hospitalisation sous contrainte. Le rapport qu'Henri Ey a publié en 1960⁴ pour établir un bilan de ce service pilote est la principale source d'information sur la transformation du service, à côté du journal des patientes du service des femmes de Bonneval, *Le Bon Sens*, dont j'ai déjà proposé une analyse historique pour les années 1950-1960⁵, et sur lequel je reviendrai à propos de la sectorisation dans les années 1970. Voici comment

privilegié de la recomposition du champ psychiatrique français (1945-1955) », *Cahiers Henri Ey*, vol. 20-21, 2008, p. 133-148.

3. Mon analyse s'appuie également sur le dépouillement du fonds Edgar Faure aux Archives Nationales. Cf. DELILLE Emmanuel, « La Loi Faure (1968) de réforme de l'enseignement supérieur en France et ses répercussions sur les études de psychiatrie : recherche sur un cercle de sociabilité », *Zinbun. Memoirs of the Research Institute for Humanistic Studies*, vol. 46, n° 3, 2016, p. 111-133.
4. EY Henri, RAPPARD-BERCHTOLD Raymonde et Claude IGERT, « Le Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale de l'Hôpital Psychiatrique de Bonneval », *Notes et Documents*, 3-4, Paris, FNOSS, 1960.
5. DELILLE Emmanuel, « Le Bons Sens, revue de l'Entr'Aide Psycho-sociale Féminine d'Eure-et-Loir (1949-1974). Contribution à l'histoire de la vie quotidienne en hôpital psychiatrique », in Laurence GUIGNARD, GUILLEMAIN Hervé et Stéphane TISON (dir.), *Criminels, soldats, patients en psychiatrie (xix^e-xx^e siècles)*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013, p. 251-261.

les médecins de Bonneval présentent dans leur rapport les changements qui devaient être introduits par Henri Ey après guerre :

« Convaincu que les moyens du bord ne permettraient jamais d'assurer les travaux indispensables à sa modernisation et que l'exiguïté des ressources budgétaires interdisait de prévoir avant longtemps un changement d'orientation, le Dr Ey devait, en avril 1947, soumettre à l'approbation de la Commission de Surveillance un projet de rénovation complète de son service⁶. »

En effet, la création d'un nouveau service signifie ici un plan de rénovation et, pour rénover son service de fond en comble, Henri Ey peut compter sur le soutien de la préfecture, du Conseil Général, de la Commission de Surveillance et du Ministère de la Santé. Il doit ses appuis politiques et son crédit scientifique aux colloques qu'il a organisés pendant la guerre à Bonneval⁷, sans se compromettre avec l'Occupant, et tout en participant aux combats de la Libération.

La création de la Sécurité Sociale en 1947 est la condition de possibilité de cette mutation. C'est une année cruciale pour la relève des institutions républicaines et pour la « normalisation » de la société civile : élection du Président de la République Vincent Auriol (1884-1966) et du président de l'Assemblée Nationale Édouard Herriot (1872-1957), acceptation de l'aide du plan Marshall et révocation des ministres communistes, création d'un salaire minimum vital, etc., c'est-à-dire tout un ensemble de mesures qui ont une répercussion importante sur la vie politique et culturelle française – et sur la santé⁸.

Le service libre de Bonneval est ouvert le 11 avril 1949 par un arrêté préfectoral. Le 18 mai 1949, Henri Ey signe une convention avec le département, l'État et la Caisse Régionale de la Sécurité Sociale de Paris. Ceux-ci accordent un crédit de 48 millions (anciens francs, dont 28 millions sont assurés par la Sécurité Sociale) « pour l'exécution du projet de modernisation ». Il prend alors la forme d'un service expérimental pilote, appelé CTRS, comme deux autres institutions psychiatriques françaises à la même époque : le service de Paul Sivadon à Ville-Évrard (région parisienne) et le service de Georges Daumézon à Fleury-les-Aubrais, près d'Orléans, qui servent explicitement de modèle à Henri Ey. Ces psychiatres participent à un mouvement réformateur, parmi lesquels il faut aussi citer les noms de François Tosquelles (Saint-Alban), Louis Le Guillant (Villejuif) et Lucien

6. EY Henri, RAPPARD-BERCHTOLD Raymonde et IGERT Claude, « Le Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale de l'Hôpital Psychiatrique de Bonneval », art. cité, p. 44.

7. DELILLE Emmanuel, « Reconstruire une sociabilité savante à partir des archives du Centre Hospitalier Henri Ey de Bonneval : réseaux et leurres induits par le travail archivistique », *Santé mentale au Québec*, « L'archive psychiatrique », vol. XLI, n° 2, Automne 2016, p. 133-146.

8. Sur le contexte national voir BERSTEIN Serge et Pierre MILZA (dir.), *L'année 1947*, Paris, Presses de sciences po, 2000.

Bonnafé (Sotteville-lès-Rouen)⁹. Henri Ey s'inspire des arguments de Paul Sivadon dans ses écrits et prend modèle sur les réalisations pratiques de Georges Daumezon en milieu rural.

La modernisation des infrastructures du vieil asile de Bonneval va de pair avec la formation d'un personnel infirmier laïque (création d'une école et d'un diplôme à Bonneval). Les besoins sont importants, car l'équipe soignante se compose d'une centaine d'infirmières, un chiffre qui comprend encore les religieuses de la Communauté Saint Paul de Chartres et des monitrices d'ergothérapie, auxquelles il faut ajouter quatre internes pour le seul service des femmes dirigé par Henri Ey, un médecin assistant et des médecins stagiaires étrangers. Avant la sectorisation, le service des femmes gère environ 300 lits pour 400 entrées par an.

Le rapport de 1960 (qui porte sur les années 1949-1960) indique que la recherche de solution au surpeuplement de l'asile est ancienne et que le développement de services en dehors de l'asile est déjà la politique privilégiée dans le département Eure-et-Loir, Henri Ey « cherchant des réintégrations sociales satisfaisantes dans le minimum de temps sous peine d'encombrer le service de quantité de malades, dont les troubles améliorés traînent pendant des années¹⁰ ». Cette terminologie s'inspire du projet de Paul Sivadon, qui parlait en 1949 de « récupération sociale¹¹ ».

Pour que celle-ci soit effective, Henri Ey demande en 1946 l'application de trois nouvelles modalités d'organisation, qui lui sont accordées en 1949 : 1) l'introduction du Placement Volontaire gratuit (afin d'éviter l'internement d'office des malades indigents), 2) l'ouverture d'un service de cure libre, 3) la modernisation et le réaménagement de tous les locaux du service. Ce dernier point est celui qui est le plus développé par Henri Ey :

« En effet, qu'il s'agisse des installations sanitaires, de l'outillage technique, du chauffage des bâtiments ou de l'aménagement d'organismes de la vie sociale (foyer de réunion, cantine, salles de spectacles ou de jeux, bibliothèque, ateliers divers), tout ou presque tout était à faire dans cet établissement qui n'avait pu se libérer encore d'une longue tradition asilaire et que l'exiguité de ses ressources contraignait à vivoter précairement¹². »

L'acquisition d'un confort moderne ajusté aux exigences de l'hygiène contemporaine est évoquée comme une nécessité : « L'organisation sanitaire demandait à être complètement révisée et exigeait avant tout que l'on

9. Cf. COFFIN Jean-Christophe, « Psychiatrie et politique de santé dans l'agglomération rouennaise autour de 1950 », in Yannick MAREC (dir.), *Villes en crise? Les politiques municipales face aux pathologies urbaines (fin XVIII^e-fin XX^e siècle)*, Paris, Créaphis, 2005, p. 87-96.

10. Ey Henri, RAPPARD-BERCHTOLD Raymonde et IGERT Claude, « Le Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale de l'Hôpital Psychiatrique de Bonneval », art. cité, p. 9.

11. SIVADON Paul, « Le centre de traitement et de réadaptation sociale de Ville-Évrard », *Annales Médico-psychologiques*, séance du 24 janvier 1949 de la Société Médico-psychologique, 1949, t. 1, p. 167.

12. Ey Henri, RAPPARD-BERCHTOLD Raymonde et IGERT Claude, « Le Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale de l'Hôpital Psychiatrique de Bonneval », art. cité, p. 41.

procède à l'installation de w.-c. dans toutes les sections, au chauffage des dortoirs et à la mise en place d'installations hydrothérapeutiques, de lavabos, bains-douches, etc.¹³. »

Le « projet de réorganisation et de modernisation du service¹⁴ » passe aussi par la création d'une association de patientes : l'Entr'Aide Psycho-sociale Féminine d'Eure-et-Loir. Plus précisément, il s'agit d'une association cogérée en majorité par les patientes, des soignantes (religieuses et ergothérapeutes) et des personnalités bénévoles du département (des notables). Cette association emploie des assistantes sociales, finance des voyages en groupe pour les patientes hospitalisées, publie un journal (*Le Bon Sens*, qui assure des recettes à l'association par la publicité). Mais plus important, elle est aussi le premier acteur de la déshospitalisation en Eure-et-Loir, car l'association loue des appartements dans le département pour favoriser la sortie des patientes de Bonneval ; il faut le souligner, c'est le premier dispositif concret de postcure extrahospitalier, opérationnel dès le début des années 1950. Cette formule d'une association Loi 1901 (association à but non lucratif) s'appuie sur le constat juridique que les patients en psychiatrie ne perdent pas leur droit d'association, une option que Paul Sivadon avait déjà testée dans son service de la région parisienne en créant l'association « l'Élan retrouvé¹⁵ ». La création d'un premier dispensaire de postcure est réalisée en dehors de l'asile, à Chartres, en décembre 1953, lorsqu'une annexe (deux lits du service libre) est lancée dans une pension tenue par des religieuses. Avec les appartements thérapeutiques gérés par l'association de l'Entr'Aide, il s'agit donc du second dispositif extrahospitalier réalisé par Henri Ey. Bien que modestes, si on compte le nombre de places allouées à la réinsertion sociale hors les murs, il faut encore souligner que ces mesures sont appliquées bien avant les textes de 1960 et 1970.

En 1951, Henri Ey note à la fois « l'amélioration du confort général, des conditions matérielles et de l'équipement technique, [...] des conditions éminemment favorables à la normalisation progressive des malades¹⁶ ». En 1952, il établit que 42 % des entrées se font déjà en service libre, contre 17 % en 1949, à son ouverture. Après la rénovation du service fermé et la mise en place du service libre, Henri Ey calcule enfin que la rotation de l'ensemble du service (rapport des sorties par rapport aux entrées) atteint 80 % à 90 %, contre 37 à 50 % avant-guerre. De plus, la rotation se fait très vite : 168 entrées et 157 sorties pour seulement 25 lits en service libre. En 1953, quand la convention passée avec la Sécurité Sociale expire, la durée d'hospitalisation moyenne des malades a été réduite à deux à trois mois

13. *Ibid.*, p. 48.

14. *Ibid.*, p. 43.

15. Cf. DIEBOLT Évelyne, *De la quarantaine au quarantenaire : histoire du foyer de postcure psychiatrique de l'Élan*, Paris, L'Élan Retrouvé, 1997.

16. EY Henri, RAPPARD-BERCHTOLD Raymonde et Igert Claude, « Le Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale de l'Hôpital Psychiatrique de Bonneval », art. cité, p. 62.

en moyenne; ce bon résultat a permis la reconduction de la convention, obtenue en 1954, qui inclut désormais la rénovation du service des hommes sur le même modèle. Par ailleurs, ce type de fonctionnement permet à Henri Ey de rivaliser avec les services universitaires et les hôpitaux généraux qui ne prennent en charge que des troubles aigus, et ainsi d'attirer à lui des financements scientifiques du CNRS, pour des travaux sur les cures de sommeil¹⁷.

Cependant, notons que la reconduite de la convention porte uniquement sur le financement de travaux de rénovation : 1) modernisation des locaux, dont l'augmentation des capacités de chauffage, 2) travaux d'intérêt général, dont la création d'une salle des fêtes dotée d'un cinéma, 3) travaux d'extension, dont la construction d'un nouveau pavillon pour augmenter la capacité du service libre, qui deviendrait mixte. En 1960, Henri Ey se prête au jeu d'un bilan à partir des statistiques de 1956, sachant que les chiffres jouent en sa faveur :

« En 1937 il avait fallu 423 lits pour faire face au maigre contingent de 88 entrées. En 1956, 322 lits ont suffi pour hospitaliser 652 malades, dont 331 entrées dans l'année. Ce qui revient à dire qu'un service doté d'un personnel suffisant et d'un équipement moderne peut se *désencombrer* tout en absorbant 4 fois plus de malades¹⁸. »

Est-ce là un succès majeur de refonte du mode fonctionnement des services psychiatriques départementaux? En réalité, Henri Ey se garde de tout triomphalisme et conclut sur un constat doux-amer :

« Le rythme accru des sorties comporte un risque accru de récidives. Il est bien certain que plus on fait sortir de malades, plus le temps d'hospitalisation s'abrège et plus la sortie des malades est précaire. [...] Au cours de ces dernières années, environ 40 % des malades entrantes dans l'année avaient déjà été hospitalisées dans le service. Cela revient à dire que l'estimation de la rotation d'un service n'équivaut pas une statistique de guérison¹⁹. »

Ce bilan mitigé n'est pas anecdotique, bien au contraire puisqu'il anticipe les constats désenchantés qui vont suivre la « désinstitutionnalisation²⁰ » psychiatrique généralisée à la fin du xx^e siècle un peu partout dans les pays industrialisés. Il suffit de lire les rapports rédigés dix à vingt ans après le lancement de la sectorisation en France, dans les années 1980-1990.

17. Cf. LAIRY Catherine, BARRÓS-FERREIRA Mario et LÉON GOLDSTEINAS, *Psychophysiologie du sommeil et psychiatrie*, Paris, Masson, 1975.

18. Ey Henri, RAPPARD-BERCHTOLD Raymonde et IGERT Claude, « Le Centre de Traitement et de Réadaptation Sociale de l'Hôpital Psychiatrique de Bonneval », art. cité, p. 91. Souligné dans le texte.

19. *Ibid.*, p. 134.

20. Ce terme a pour cadre de référence les pays anglophones (*deinstitutionalization*), mais aussi le Canada francophone. Cf. THIFAUT Marie-Claude et HENRI DORVILLE (dir.), *Désinstitutionnalisation psychiatrique en Acadie, en Ontario francophone et au Québec. 1930-2013*, Québec, Presses de l'université du Québec, 2014.

C'est donc un premier point important à prendre en compte : la modernisation précoce de Bonneval a fait apparaître une nouvelle forme de chronicité des maladies mentales sous forme de récives, à la place des hospitalisations de longue durée.

Vers une seconde modernisation : la sectorisation (1970-1972)

Les archives de Bonneval conservent une série de documents sur le processus de sectorisation amorcé en 1970-1972. Il existe au moins deux versions du projet²¹, rédigées par Henri Ey, et un protocole d'accord²² signé par les médecins de Bonneval, ainsi que des documents écrits par Henri Barte, le nouveau médecin-chef du service des hommes en 1970. Ces documents font suite aux réunions de concertation et visent à établir les besoins de chaque secteur.

Vingt ans après la vague de rénovations engendrées par le service pilote du CTRS, les premiers documents de 1970 indiquent une « situation administrative critique » (une expression typique du style d'Henri Ey, à prendre avec précaution), qui fait suite au départ du médecin directeur et à l'absence de nomination d'un directeur administratif, mais qui est aussi la conséquence d'infrastructures hospitalières vieillissantes. En avril 1971, un nouveau directeur administratif, Gaston Voleau, est nommé. En 1972, c'est-à-dire à l'autre bout de la période de transition, une équipe rajeunie a définitivement pris les rênes du Centre Hospitalier. Un rapport fourni par Henri Barte véhicule alors des représentations différentes de celles d'Henri Ey. Signe d'un renouveau, il expose le processus de sectorisation avec enthousiasme en mobilisant l'imagerie traditionnelle de la fondation de l'aliénisme en France pendant la Révolution française²³, une citation de la Bible faisant écho au geste mythique de Pinel libérant les aliénés de leurs chaînes, ce qui témoigne donc d'un véritable entrain.

Notons, pour la première fois, la présence d'architectes aux réunions qui visent à mettre en place les nouveaux « services médico-sociaux » de l'Eure-et-Loir. Le projet établit une division du département en quatre secteurs basés sur un recensement des patients dans l'hôpital par aires géographiques : Dreux, Chartres Nord, Chartres Sud et Nogent/Châteaudun. Les aires géographiques correspondent à quatre services centralisés, trois à Bonneval plus un localisé à Dreux (auxquels il faut ajouter un secteur de pédopsychiatrie qui couvre l'ensemble du département sous la direc-

21. « Projet de sectorisation. Présenté par le Docteur H. Ey et le Docteur H. Barte, le 25 juin 1970 », 15 pages. Deux versions différentes sont conservées, qui diffèrent sur la répartition des locaux attribués aux secteurs de Dreux et Chartres. Faute de cote et de système de localisation, je propose une description aussi précise que possible des documents d'archives de Bonneval. Remerciements : Hervé Lanoë et Stéphanie Martin.

22. « Protocole et accord », signé par Ey, Barte, Leborgne et Faure, le 30 juin 1970.

23. Cf. SWAIN Gladys, *Dialogue avec l'insensé. Essais d'histoire de la psychiatrie*, Paris, Gallimard, 1994.

tion d'Henri Faure). Ce découpage tient aussi compte d'un équilibre entre population urbaine et population rurale.

Les documents de 1970 indiquent pour objectif de la sectorisation des « transformations fonctionnelles²⁴ » à l'hôpital, mais aucune grande réalisation immobilière extrahospitalière : celles-ci sont à nouveau localisées à Chartres (« création d'un ensemble extrahospitalier encore inexistant à Chartres »), mais elles restent littéralement « virtuelles », contrairement au projet de nouveaux lits d'hospitalisation à Dreux, qui sont réclamés comme une priorité. Ils constituent la seule pierre d'achoppement des deux versions existantes du « projet de sectorisation » datées de juin 1970. En effet, la construction d'un « quartier psychiatrique » d'une capacité de 150 patients était initialement prévue dans l'ancien sanatorium de Dreux ; mais le projet final recommande la construction d'un nouveau bâtiment à la place de cet aménagement. Cette directive semble avoir été enterrée après le départ d'Henri Ey, car aucun document d'archives postérieur ne garde la trace de ce projet de construction.

En résumé, il semble que la stratégie d'Henri Ey avant son départ ait été de créer une institution neuve à Dreux et de récupérer des lits de l'hôpital général à Chartres pour les faire passer sous l'autorité des psychiatres de Bonneval, c'est-à-dire un projet de démultiplication de l'hôpital psychiatrique dans trois villes du département, et non pas une déshospitalisation. La version finale du projet de 1970 renvoie à des temps meilleurs la déshospitalisation elle-même et trahit le désir de faire du réaménagement de l'hôpital une priorité :

« Dans ce troisième temps, il appartiendra alors de compléter l'organisation de chacun de ces services par la dotation d'un dispositif extra-hospitalier (Hôpital de Jour, Foyer de Post Cure, etc.).

On voit ainsi que dans l'immédiat, la réorganisation de l'hôpital de Bonneval ne règle en aucune façon le problème de l'encombrement. La population hospitalière de l'Établissement, même si elle est répartie différemment, reste ainsi dans l'absolu la même maintenant encore pour quelques années à l'Hôpital de Bonneval des conditions de fonctionnement difficiles. Par contre, la situation financière apparaît ainsi moins compromise²⁵. »

Les images et les idées du changement sont bien plus présentes si on examine les rapports d'Henri Barte, le nouveau médecin directement nommé après le départ d'Henri Ey, de sorte qu'on peut reformuler autrement la transition introduite entre 1970 et 1972, en faisant le constat que

24. « Extrait du Registre des Délibérations de la Commission de Surveillance. Séance du 23 mars 1970. », p. 1. Archives du Centre Hospitalier Henri Ey.

25. Ey Henri, « Rapport du Docteur Henri Ey, Directeur intérimaire. Bonneval, le 30 juin 1970. Projet de sectorisation du département de l'Eure-et-Loir et de Réorganisation des Services de Psychiatrie adulte de l'établissement de Bonneval. Présenté par le Docteur Barte, le Docteur H. Ey, le Docteur Le Borgne. Bonneval, le 30 juin 1970 », p. 18. Archives du Centre Hospitalier Henri Ey.

la mise en œuvre de la déshospitalisation psychiatrique prend surtout la forme d'un passage de génération sur le plan local. Dans un document rédigé en 1971, Henri Barte décrit le fonctionnement des secteurs à partir des structures extrahospitalières :

« L'établissement, depuis peu, n'est plus organisé comme un simple élément de soins isolé, mais s'oriente pour s'intégrer dans toute une structure soignante qui divise le Département en quatre aires géographiques déterminées. [...] Les équipes médico-sociales de l'Établissement rayonnent de Bonneval vers les différentes villes du département où elles assurent en outre dépistage, prévention, post-cure, traitements ambulatoires dans les différentes consultations d'Hygiène Mentale (Chartres – Châteaudun – Dreux – Nogent-le-Rotrou). Le Corps Médical prête aussi son concours dans d'autres Institutions (Hospices, IMP...) ²⁶. »

Enfin, en 1972, dans un document intitulé « Les foyers de postcure pour les malades mentaux », Henri Barte indique pour la première fois la forme concrète des structures extrahospitalières pour la population urbaine du département, et non plus pour la population rurale, autrefois majoritaire à Bonneval :

« Au regard de la carte départementale, il apparaît souhaitable que des foyers de post-cure puissent être installés à Chartres et à Dreux compte tenu du fait que Chartres et Dreux constituent des agglomérations urbaines de plus de 30 000 habitants susceptibles de fournir aux patients convalescents un marché de travail convenable. Les foyers de post-cure doivent recueillir autant que possible une population mixte avec bien entendu une prédominance pour les hommes. Le mieux serait de disposer d'un foyer pour hommes (20 places) et d'un foyer pour femmes (6 places). Ces formations socio-psychiatriques se doivent d'être implantées au cœur du milieu urbain ou à la rigueur dans la toute proche agglomération compte tenu du fait que leurs pensionnaires sont ici des travailleurs et qu'il faut prévoir aussi de résoudre les problèmes de locomotion pour se rendre sur les lieux de travail, etc. Le foyer de post-cure doit être de dimension relativement modeste pour préserver le caractère familial et éviter ainsi les écueils de fonctionnement des institutions lourdes ²⁷. »

Pour donner un exemple d'unité médico-sociale du secteur, les documents d'archives indiquent qu'un foyer de postcure d'une capacité de 30 personnes nécessite l'emploi hors de l'hôpital de 9 membres du personnel autrefois affectés aux centres hospitaliers de Bonneval, Dreux et Chartres, et/ou des membres de l'Entr'Aide. Comme ses prédécesseurs, Henri Barte s'appuie de manière pragmatique sur les

26. BARTE Henri, « L'Hôpital psychiatrique départemental de Bonneval, par le Docteur Barte Henri, Médecin-Chef », le 12-08-1971, p. 4. Archives du Centre Hospitalier Henri Ey.

27. BARTE Henri, « Les foyers de post-cure pour les malades mentaux » (14-03-72), p. 2. Archives du Centre Hospitalier Henri Ey.

expériences déjà réalisées dans d'autres départements (Dôle, Bordeaux, Saint-Alban, Lyon, Montpellier et Bourges), mais la délégation du soin et son extra-territorialisation en dehors du vieil asile n'ont pu être concrétisées qu'après le départ d'Henri Ey.

L'évolution des rapports sociaux de sexe : la mixité comme seconde modernité et marqueur historique de la fin de l'asile

Si Henri Ey ne cite jamais le point de vue des patients pendant les deux vagues de modernisation de 1949 et 1970, son attitude n'est guère différente des autres médecins psychiatres contemporains. Cependant, après mai 68, on sent que cette posture de surplomb dérange. Henri Barte, en première ligne pour la mise en place des secteurs, n'appartient pas à la même génération et arrive à un poste à responsabilité en 1970. Il essaie alors de se justifier : « Le seul reproche qu'on pourrait nous faire est peut-être de n'avoir pas consulté nos malades. Mais que nos critiques se rassurent, nos contacts quotidiens avec ces derniers et l'installation d'une boîte à idées dans chaque pavillon nous ont permis de "tâter le pouls" de cette majorité silencieuse²⁸ ». La formule est élégante et l'intention louable, mais il est impossible de confirmer à partir des archives si les autorités ont réussi à lancer une dynamique de « prise de parole » – au sens de l'historien Michel de Certeau²⁹ – venue d'en haut plutôt que de la « majorité silencieuse », et de faire remonter des doléances.

De fait, il est très difficile de cerner le point de vue des patients à cause du déséquilibre entre les documents produits par les soignants d'une part, et les patients de l'autre, dans une institution placée sous l'autorité exclusive des premiers. Même lorsque l'historien dispose de documents de première main, il n'est pas simple de les étudier de manière critique, sans les surinterpréter, faute de pouvoir croiser les informations qu'ils contiennent avec d'autres documents de même nature mais variés. J'ai déjà traité cette question dans mon étude³⁰ du *Bon Sens*, le journal tenu par les usagées du service des femmes de Bonneval entre 1949 et 1974. Au terme de cette analyse basée sur les écrits de patientes, je rappelais alors qu'il ne fallait pas tenir ce type d'écrit comme pleinement représentatif de la vie institutionnelle. Par exemple, il n'y est jamais question des conflits et, selon les chercheurs en sciences sociales qui travaillent sur les rapports sociaux de sexe³¹, la négation de la violence

28. BARTE Henri, « Bref aperçu du service des hommes à la date du 30 avril 1970. Rapport présenté par le D^r Barte, nouveau médecin-chef du service. », p. 50. Archives du Centre Hospitalier Henri Ey.

29. CERTEAU Michel de, *La prise parole et autres écrits politiques*, Paris, Seuil, 1994 [1968].

30. DELILLE Emmanuel, « Le Bons Sens, revue de l'Entr'Aide Psycho-sociale Féminine d'Eure-et-Loir (1949-1974)... », art. cité.

31. Pour un cadre conceptuel, voir DAUNE-RICHARD Anne-Marie et Anne-Marie DEVREUX, « Rapports sociaux de sexe et conceptualisation sociologique », *Recherches féministes*, vol. 5, n° 2, 1992, p. 7-30.

et la psychologisation systématique vont de pair avec le déni de la violence faite aux femmes³².

Mais certaines représentations émergent des écrits des soignants et des soignés qui font ressortir de manière dialectique des représentations, les attentes ou les angoisses des patients, et qui sont directement liées aux transformations du vieil asile lors de la sectorisation. Leurs préoccupations ne portent pas directement sur la création de services extra-hospitaliers, mais sur l'instauration de la mixité des services, c'est-à-dire la fin d'une séparation stricte entre le service des hommes et le service des femmes. En 1971, une patiente se fait l'écho dans *Le Bon Sens* des résistances au changement lorsque les deux associations de patients, hommes et femmes, doivent fusionner, en donnant un titre assez ambivalent à son article « Mariage de raison », tout en s'exclamant à propos de l'hôpital : « Car il faut se dire aujourd'hui que ce n'est plus une maison de "célibataire" !³³ ». Un autre article de patiente, intitulé directement « Mixité », compare les avancées dans les hôpitaux de Bonneval et de Pontorson (Manche, près du Mont Saint-Michel) et pose le changement comme une série de problèmes :

« La Mixité est un problème à l'ordre du jour dans chaque hôpital psychiatrique actuellement, lié à celui de la "sectorisation". [...] Le problème des locaux est lié à celui des pensionnaires : il va sans dire que l'on ne peut mettre des pensionnaires des deux sexes sans aménager ou construire des locaux nouveaux³⁴... »

Ensuite, certains points positifs sont mis en avant : « Tout d'abord, soulignons que le but de la "mixité" est de donner aux pensionnaires l'image de la société dans leur vie à l'intérieur de l'Hôpital psychiatrique³⁵. » On notera que « l'Hôpital » reste au centre des représentations en 1971, et non les secteurs, et que ce texte condamne finalement en conclusion la libéralisation des mœurs qui pourrait découler de la mixité : « Mais il faut éviter que l'attachement naisse avec ce qui peut en découler³⁶. »

Les auteurs du projet de sectorisation évoquent eux-mêmes, à plusieurs reprises, la peur engendrée par la mixité des services, ce qui laisse penser que la libération sexuelle bouleverse alors davantage l'imaginaire post-68 que le projet de sortie de l'hôpital. Les sources indiquent aussi un retour au thème de la promiscuité :

« L'unisexualité doit donc être considérée comme une situation à dépasser dans un avenir proche comme le rappelle la circulaire ministérielle n° 12 du 24 janvier 1969. Notons que ce problème à notre arrivée est posé, mais

32. AÏACH Pierre, CÈBE Dominique, CRESSON Geneviève et Claudine PHILIPPE (dir.), *Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques*, Rennes, Éditions de l'ENSP, 2001.

33. PANOFF [M^{me}], « Mariage de raison ... Heureuse union... », *Le Bons Sens*, n° 83, 1971, p. 3.

34. ANONYME, « La Mixité », *Le Bons Sens*, n° 85, 1971, p. 13.

35. *Ibid.*, p. 14

36. *Ibid.*, p. 15.

qu'il rencontre encore de sérieuses résistances, car trop souvent « Mixité » reste confondu avec la notion plus ambiguë de « promiscuité »³⁷. »

Ce dernier extrait est intéressant parce que la promiscuité rappelle d'abord l'encombrement de l'asile à l'ouverture du service libre en 1949. La promiscuité était surveillée par les sœurs de la Communauté Saint Paul de Chartres à Bonneval, ce qui n'est plus le cas après le départ de la dernière mère supérieure en 1970. Il s'agit donc d'un changement de culture médicale qui voit l'abolition d'une double ségrégation : fin d'un régime d'enfermement sous contrainte et de séparation des sexes. Au début des années 2000, les historiens³⁸ se demandaient si les services des femmes étaient plus importants que ceux des hommes dans la démographie des asiles et si ce n'était pas un phénomène transnational, mais maintenant il faudrait vérifier si la mixité n'a pas aboli cette distinction, mais aussi établir une chronologie et des comparaisons.

L'Eure-et-Loir est encore un département très rural et catholique dans les années 1960 et la situation de Bonneval est comparable à celle d'autres hôpitaux psychiatriques proches en province, c'est pourquoi il est intéressant de comparer les bouleversements introduits par la mixité dans différents établissements en mutation pour arriver à une idée historique plus juste. Par exemple, Vincent Guérin³⁹ a examiné en détail les tensions et les transformations sociales causées par la mixité à Sainte-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire, près d'Angers). Il relève d'abord que la mixité a partiellement existé dans le passé sous la forme d'une mixité « soignante », dans le sens où des sœurs et des infirmières laïques ont parfois été contraintes de travailler dans le service des hommes pour faire face à une pénurie de personnel masculin, malgré le cloisonnement théorique des services.

Mais avant mai 68, une mixité totale est encore impensable, et l'introduction de jeunes infirmières laïques dans le service des hommes tourne court en 1961 à Sainte-Gemmes-sur-Loire face à la rumeur de relations sexuelles entre infirmières et infirmiers, puis entre infirmières et patients. Les services des femmes ont fonctionné sous la direction de religieuses pendant un siècle, par conséquent il faut replacer la thématique de la transgression dans le cadre d'un lent processus de sécularisation de la société française, et non pas seulement dans une histoire des mœurs, puisque c'est aussi la période qui voit la disparition globale des religieuses en milieu psychiatrique. La fin de l'asile comme lieu d'homo-sociabilité passe par la fin du pouvoir des congrégations dans nombre d'hôpitaux.

37. BARTE Henri, « Bref aperçu du service des hommes à la date du 30 avril 1970 », art. cité, p. 16. Archives du Centre Hospitalier Henri Ey.

38. PORTER Roy, « Introduction », in Roy PORTER et David WRIGHT (ed.), *The Confinement on the Insane, International Perspectives, 1800-1965*, Cambridge, Cambridge University Press, 2003, p. 1-19.

39. GUÉRIN Vincent, « Ne plus être un monde à part ». *La transformation d'un hôpital psychiatrique : Sainte-Gemmes-sur-Loire (1910-1977)*. Thèse de doctorat en histoire, université d'Angers, 2011.

La mixité à l'hôpital est une évolution sociale très concrète, qui fait suite à son introduction à l'école, alors que le terme sectorisation est assez abstrait et n'évoque rien aux patients et à leurs familles dans un premier temps. La mixité s'impose déjà au cours des années 1960, mais il faut attendre les années 1970 (Loi Haby, 1975) pour qu'elle soit généralisée à tous les niveaux d'enseignement en France. La situation est alors différente : d'une part, la mixité est un acquis dans d'autres secteurs de la société française (qui se souvient que les restrictions d'accès des « garçons » aux résidences universitaires de « filles » ont fait partie des premiers incidents de mai 68?); d'autre part, la mixité des secteurs psychiatriques est considérée comme un outil thérapeutique de décloisonnement de l'asile, susceptible d'aider à la resocialisation des patients ou en tout cas d'éviter une rupture inutile entre l'hôpital et le monde extérieur. Il faut donc souligner que la seconde modernité du Centre Hospitalier Henri Ey de Bonneval en 1972 s'exprime davantage par un changement des rapports sociaux de sexe dans les murs de l'hôpital plutôt que par sa suppression. En outre, la fin de la ségrégation permet l'expression d'une diversité de rôles sociaux de sexe, hétérosexuels et homosexuels. Certes, il faudra attendre encore dix ans pour que l'homosexualité soit dépathologisée et rayée des classifications psychiatriques (elle est supprimée aux États-Unis dans la classification du *DSM-III* en 1980), mais les années 1970 préparent ce changement.

En dernière analyse, il faudrait un jour mener une étude historique sur l'évolution des rapports sociaux de sexe en psychiatrie à partir des archives que les religieuses ont laissées dans leurs ordres respectifs – en Eure-et-Loir et dans le reste de la France –, car elles ont longtemps été une des bases de l'ordre social en asile. Le développement de l'histoire du soin et des pratiques infirmières (*care, nursing*) est heureusement en train de combler ce manque. Il existe dorénavant des fonds d'archives spécialisés⁴⁰ et, s'il y a une nouvelle forme d'analyse à mener en histoire de la psychiatrie à partir des *Subaltern Studies* (la désinstitutionnalisation psychiatrique est peu ou prou contemporaine de la décolonisation), c'est aussi du point de vue des congrégations religieuses qu'il faudrait la lancer.

Conclusion

Les services de santé mentale d'Eure-et-Loir sont un cas d'étude intéressant dans la mesure où la chronologie locale nous oblige à nuancer la signification de la sectorisation et de parler de deux vagues de modernisation après-guerre. Premièrement, l'effort de refonte du système psychiatrique

40. Pour un exemple de fonds en Allemagne, cf. DELILLE Emmanuel, « Die Historische Sondersammlung: Soziale Arbeit und Pflege. Un centre de documentation et une bibliothèque spécialisés dans l'histoire du soin et du travail social à Francfort », *Revue de l'Institut français d'histoire en Allemagne*, n° 3, 2011, p. 95-100.

a lieu plus tôt que dans le reste de la France, dès la fin des années 1940. Deuxièmement, le médecin le plus actif dans les projets de rénovation a surtout cherché à moderniser son service et non pas à sortir du modèle hospitalier. En vérité, le tournant des années 1970 se traduit d'abord par un transfert des dispositifs de soin du territoire rural vers l'espace urbain, et par une normalisation des rapports sociaux de sexe, en continuité avec le monde extérieur, grâce à l'introduction de la mixité. Doit-on parler de déshospitalisation ? Le centre des dispositifs change et voit la marginalisation de Bonneval par rapport à Chartres, mais il n'y a pas l'idée d'une alternative à l'hôpital jusqu'à 1972. Replacée dans une temporalité de moyenne ou de longue durée, la rénovation des dispositifs de santé mentale en Eure-et-Loir s'inscrit donc dans une tension rurale *versus* urbain de l'aménagement du territoire – sans doute comme d'autres services publics départementaux. Ce rééquilibrage en faveur des villes du département est somme toute un élément de modernisation de la société beauceronne, autrefois très rurale, tout comme la fin de la séparation des sexes en psychiatrie marque aussi la suppression d'une forme d'homo-sociabilité commune au régime pénitentiaire. Pour conclure, après l'introduction de la mixité et la création des services libres, l'évolution des rapports sociaux de sexe devrait fournir à l'avenir un axe d'analyse majeur de l'histoire de la déshospitalisation psychiatrique.