

MONTPERRIN : DE L'ASILE AUTONOME À L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE ? 1902-1937

L'institution hospitalière destinée aux aliénés est née dans l'esprit de savants et d'hommes imprégnés de la philosophie des Lumières. Elle se concrétise lors de la Monarchie de Juillet dans une importante loi d'assistance, la loi du 30 juin 1838. Elle vise à ce qu'existe dans chaque département un établissement d'assistance public réservé aux seuls aliénés, l'asile d'aliénés. Le département des Bouches-du-Rhône possède déjà de telles institutions publiques ou privées. Dans le cas de Montperrin, l'asile n'a pas été construit afin de satisfaire à la loi car il remplace l'ancien asile de la Trinité d'Aix-en-Provence datant de 1697. Montperrin et Saint-Pierre de Marseille ont la particularité d'être des asiles publics autonomes comme cinq autres seulement sur tout le territoire français¹.

L'asile d'aliénés est souvent pensé comme un univers carcéral fonctionnant en une apparente autarcie économique. Or Montperrin est un exemple de l'asile d'aliénés en tant que révélateur social de l'esprit du temps. De 1902 à 1937, cet « asile des fous » affronte plusieurs crises intrinsèquement liées à son autonomie, à la gestion des directeurs, aux failles de la législation et aux événements du siècle. Par la suite les mentalités évoluent au point qu'en 1937 un nouveau décret remplace l'appellation d'asile d'aliénés par celle d'hôpital psychiatrique. Est-ce qu'à ce moment-là Montperrin peut prétendre à cette nouvelle appellation ?

Les sources ont été d'un accès très difficile mais sont conséquentes au centre de documentation de Montperrin et aux Archives Départementales

1. Armentières, Bailleul, Bassens, Bordeaux et Cadillac.

des Bouches-du-Rhône². Au niveau historiographique, il y a très peu d'études sur les institutions asilaires lors de la première partie du xx^e siècle³.

L'ASILE

La période des constructions s'étale pour l'essentiel de 1867 à 1898. Le choix de l'emplacement et du type d'asile construit dénote de l'influence esquirolienne. Ce terrain est à l'époque limitrophe de la campagne aixoise, à proximité de la gare mais rejeté parmi les industries de la ville. La conception architecturale pavillonnaire choisie est assez originale pour l'époque car elle fut plutôt répandue après la première guerre mondiale. Les pavillons matérialisent des concepts d'ordre et de classement. D'aspect sévère, largement espacés, ils sont séparés par une grande cour centrale. Au nord de cette cour se trouvent le bâtiment d'administration, au centre les cuisines et au sud l'installation hydrothérapique. Les pavillons du côté Est sont réservés aux femmes; ceux situés à l'Ouest aux hommes.

L'asile est équipé de façon à pouvoir vivre dans une apparente autarcie avec son exploitation agricole et ses services techniques⁴ mais cela n'est qu'une illusion. D'abord parce que les produits sortant des ateliers et de l'exploitation agricole ne suffisent pas à assurer une quantité suffisante de matériel et de denrées nécessaires à la vie quotidienne. Ensuite, parce qu'il a besoin d'employer des habitants, des commerçants de la ville et extérieurs au département. Enfin au niveau administratif, l'asile jouit d'une relative autonomie d'action administrative et financière. Il est en effet sous surveillance du pouvoir judiciaire et de l'autorité centrale qui structure et régit son fonctionnement interne.

2. Archives Hospitalières du Centre Hospitalier Montperrin. Série L, administration: Registre des procès-verbaux de la Commission de Surveillance: 1893 à 1940. Série K, population (malades hospitalisés): Statistiques médicales de 1862 à 1940.

AD BDR. Série X5, assistance. Asiles d'aliénés: X5/55 à 68; X5/111: X5/1094; X5/1102; X5/1395; X5/1955. Série 1N, administration départementale, 1N procès-verbaux des délibérations du Conseil Général des Bouches-du-Rhône et rapports du préfet: 1N/221 à 352.

3. J.-J. COCHETON, « Un hôpital modèle au XIX^e siècle, l'hôpital Tenon », dans *Revue de la Société Française de l'Histoire des Hôpitaux*, N° 100, 4/ 2000. p. 17 à 20.

Myriam DAKHLAOU, *Montperrin: De l'asile à l'hôpital psychiatrique? 1902-1937*. Mémoire d'histoire contemporaine en deux volumes, Aix-en-Provence 2003. Disponible à la Maison Méditerranéenne des Sciences Humaines d'Aix-en-Provence et au Centre Hospitalier Montperrin.

Éliane KARAVOKYROS, *Montperrin, naissance d'un asile d'aliénés 1859-1907*. Mémoire d'histoire contemporaine en deux volumes, Aix-en-Provence 1986. Disponible à la Maison Méditerranéenne des Sciences Humaines d'Aix-en-Provence et au Centre Hospitalier Montperrin.

Corinne TESNIERE, *De la renaissance à l'époque contemporaine: histoire de l'asile d'aliénés de Bordeaux*. Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique. Rennes, 1989.

4. Ateliers, boucherie, buanderie, lingerie, cuisine, etc.

Les textes fondamentaux réglant l'existence des établissements d'aliénés sont : la loi du 30 juin 1838, l'ordonnance royale du 18 décembre 1839, le règlement-modèle du service intérieur des asiles de la circulaire du 20 mars 1857. En dehors de ceux-ci, un grand nombre de documents ont progressivement fixé la législation ou la conduite à tenir en pratique. En ce qui concerne les asiles autonomes, il faut rajouter dans ce corpus de textes le décret du 12 juin 1912 modifié en 1926.

L'ASILE, THÉÂTRE DE CONFLITS INTERNES 1902-1912

La législation d'avant le décret de juin 1912 porte en son sein de réels déséquilibres dans la répartition des pouvoirs et des attributions entre les principaux organes dirigeant l'asile, directeur et commission de surveillance. L'asile de Montperrin n'est d'ailleurs pas à l'abri de nombreux conflits internes, de querelles politiques locales ou personnelles et de la corruption.

Ce contexte de crise s'installe lors des gestions financièrement et moralement désastreuses des deux directeurs qui se sont succédé de 1897 à 1904. Le directeur suivant, Guichet (1904-1910), a donc pour mission de diminuer l'encombrement de l'asile, améliorer son équipement matériel, achever la laïcisation du personnel féminin et mettre en place un nouveau règlement pour le personnel soignant et technique. Sa gestion est marquée par la sourde rivalité d'autorité qui l'oppose aux médecins-chefs Maunier et Toy. Ceux-ci critiquent surtout la manière dont il a achevé la laïcisation de l'asile et sa politique de recrutement des infirmières laïques. Cette administration est aussi dominée par la campagne du journal conservateur aixois *Le National*. Celui-ci attaque une figure connue de la vie politique aixoise et au sein du Conseil Général des BDR, le député radical-socialiste Baron, ancien maire d'Aix-en-Provence et membre de la commission de l'asile. Baron est accusé de pratiquer une politique de clientélisme, de protéger des employés coupables de fraudes et surtout, à partir de septembre 1910, d'avoir fait assassiner le directeur. En réalité l'enjeu de cette campagne est politique, il s'agit pour les conservateurs de disgracier politiquement Baron. Cette affaire fait grand bruit tant au Conseil Général qu'au sein de la classe politique aixoise et contribue à accroître le discrédit dont souffre l'asile.

L'administration centrale renouvelle donc d'autorité commission et directeur. Le début de la gestion de Coquet de Genneville (1910-1912) paraît prometteur à l'inspection générale de 1911. Ces efforts sont limités par l'existence d'un encombrement chronique, demandant de lourds efforts financiers pour moderniser l'asile. Des limites dues aussi à la difficulté d'obtenir des Bouches-du-Rhône un relèvement du prix de journée. En outre existe une fois de plus, des différends d'autorité avec le service médical et la commission de surveillance. Cette dernière estime que le directeur ne suit pas ses ins-

tructions visant à protéger les intérêts des aliénés et qu'il est coupable de pratiques financières irrégulières au point qu'elle en saisit le ministre. Elle obtient la mutation de Coquet de Genneville vers un autre asile.

Cet échec de reprise en main de l'asile trouve d'abord ses origines dans le déséquilibre des pouvoirs entre directeur et commission de surveillance au détriment de celle-ci. En effet elle « donne son avis, vérifie, surveille », alors que le directeur « administre l'établissement ». Entre en jeu également un relâchement des personnels vis-à-vis de leurs fonctions ainsi que les luttes d'influences politiques locales. En outre, l'autorité centrale n'est pas toujours prompte à sanctionner les divers abus mais intervient régulièrement pour apaiser les tensions.

Le discrédit dont souffre l'asile et son administration influe sur ses rapports avec sa clientèle, engage ses revenus et se répercute inévitablement sur les conditions de vie des aliénés, de plus en plus misérables. De plus, l'asile ne dispose pas d'un personnel suffisamment formé et stable, faute de pouvoir leur assurer un statut et une rétribution corrects. De la sorte, le défaut de surveillance et de professionnalisme met en danger aliénés et employés. En outre, en tant qu'établissement autonome, l'asile ne peut compter que sur ses ressources propres issues de son exploitation agricole, dons et legs, emprunts, rentes... Et surtout sur les prix de journée des indigents aliénés qui forment le plus grand contingent de la population aliénée. Or, cette rentrée d'argent est soumise à de longues négociations avec les départements clients. Enfin, les conseillers généraux des BDR admettent et comprennent difficilement en quoi consiste l'autonomie des asiles d'Aix et Marseille. En réaction au pouvoir central, ils tendent en outre à politiser la question des asiles autonomes dans leurs séances et délibérations. Ainsi le prouvent leurs réactions à l'occasion d'une enquête sur un possible détournement de fonds par le directeur Coquet de Genneville. Du fait de l'autonomie de l'asile, le secrétaire général du Conseil Général ne put l'obliger à venir et pourtant, cette même autonomie n'avait pourtant pas empêché une récente convocation du directeur de Saint Pierre au sujet de sa mauvaise gestion. Certains conseillers, très pessimistes quant au résultat de l'enquête, suggérèrent de ne « plus donner foi aux enquêtes du gouvernement ou de la préfecture » car « on dit de tous côtés que le nouveau préfet est envoyé pour nous museler ».⁵

Pour que la situation s'améliore de façon significative, il fallait officialiser et réorganiser l'asile autonome. Le décret de juin 1912 redéfinit donc précisément les attributions des autorités tutrices et garantes de l'asile : commission administrative, directeur, ministre, préfet. Afin d'éviter tout conflit avec les assemblées départementales, le décret délimite leur rôle et inclut deux

5. AD BDR : Série N, administration départementale, 1N procès-verbaux des délibérations du Conseil Général des Bouches-du-Rhône et rapports du préfet, 1N/ 251, troisième session 1911. Séance du 20 octobre, p 709 : asile d'Aix, pécule des aliénés.

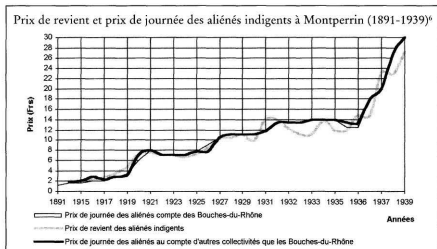
conseillers généraux au sein des commissions administratives des asiles. Sa généralisation aux sept asiles autonomes du territoire permet d'avancer que certains problèmes étaient communs. L'administration centrale se devait ainsi d'intervenir à ce sujet sur le plan législatif.

Dans l'exemple de Montperrin, cela permet de limiter les conflits internes directionnels, relationnels, parfois politisés, qui nuisaient à la bonne marche de l'établissement.

REMISE EN CAUSE DE L'AUTONOMIE PAR LE CONSEIL GÉNÉRAL DES BDR 1924-1934

À partir de 1912, l'asile jouit d'une certaine stabilité favorisée semble-t-il, par un meilleur respect envers les attributions de chacun et envers les divers règlements. En revanche la guerre de 1914-1918 bouleverse ce redressement de l'asile au point d'être à l'origine de la tentative de départementalisation par le Conseil Général des Bouches-du-Rhône, son principal client.

La Première Guerre mondiale oblige Montperrin à faire face à de nombreux problèmes économiques, financiers et humains qui vont se poursuivre jusque dans les années 1920. Il faut assurer la hausse du coût de la vie, le versement des salaires et autres indemnités du personnel. Il faut aussi fonctionner avec un personnel médical et administratif réduit et avec des recrues du personnel soignant et ouvrier, très peu qualifiées et instables.



6. AH du Centre Hospitalier Montperrin: série K, *op. cit.*

AD BDR: série X5, assistance, X5/55 à 58. Budgets primitifs et supplémentaires, comptes moraux et administratifs, comptes de gestions du receveur et de l'économiste, délibérations de la Commission Administrative, 1916-1940.

Pour pallier le déficit qui se crée entre 1914 et 1920, l'asile recourt donc à l'emprunt et à de successives augmentations du prix de journée que de nombreux départements tardaient à payer.

Certains des plus gros débiteurs ont jusqu'à trois ans d'arriéré (110000 F pour la Corse). La direction asilaire limite également l'effectif des agents, l'utilisation des bâtiments affectés aux aliénés dont la population connaît de brusques variations d'effectifs mais diminue dans son mouvement général. Ces mesures permettent d'en finir avec le déficit à partir de 1920. Son équilibre financier reste fragile. Pour éviter la ruine, Montperrin a plusieurs options: l'emprunt (qui lui est refusé), la transformation de l'asile en un hospice de vieillards départemental; enfin la fusion et la départementalisation des asiles de Montperrin et de Saint-Pierre.

En effet durant le conflit et le début des années 1920, les interventions financières du Conseil Général des Bouches-du-Rhône, sollicitées ou de son propre gré, dans l'administration des deux asiles autonomes⁷, dépassent désormais le simple vote du prix de journée. Aussi en 1924 le Conseil Général sollicite de l'autorité supérieure de départementaliser les deux asiles en les fusionnant. Du point de vue des trois acteurs il y a des intérêts communs. La départementalisation régulariserait une situation de fait concernant les avantages accordés au personnel. En outre le département pourrait surveiller l'emploi des deniers, faire les avances financières nécessaires et poursuivrait avec plus d'autorité les créances des collectivités tributaires. Les aliénés bénéficieraient enfin d'un contrôle plus régulier que celui annuel de l'inspection générale. Il est possible que cette tentative ait été unique car le Conseil Général des Bouches-du-Rhône n'invoque aucun précédent et ne contacte pas les départements traitant avec d'autres asiles autonomes.

Mais après 1926, la Commission de Montperrin n'envisage plus la départementalisation comme un ultime recours à l'éventualité d'une ruine prochaine. En effet l'asile a enfin recouvert la totalité des paiements dus pour les années 1916 à 1920. Aussi agréa-t-elle le principe de la départementalisation seulement comme la conséquence d'une fusion du patrimoine des deux asiles en un unique asile départemental situé à Aix. Certain d'obtenir cet accord, le Conseil Général conforte les avantages financiers et statutaires du personnel des deux asiles.

En dépit du refus de l'administration centrale, le Conseil Général a continué d'assumer ses engagements jusqu'à ce qu'il soit touché par la crise des années trente. Quant à Montperrin, la fin des années vingt ainsi que la décennie suivante sont marquées par une amélioration de ses finances obtenue par un prix de journée croissant bien qu'il dût affronter une crise passagère en 1937. La direction eut ainsi l'opportunité de mener à bien quelques travaux de rénovation utiles et urgents depuis plusieurs décennies. De nouveau ce redressement sera suspendu par les événements internationaux.

7. Financement à l'application des 8 heures de janvier 1919, versement de diverses indemnités de résidence, pour cherté de vie, charges de famille et admission des fonctionnaires des asiles à la Caisse de retraite départementale depuis 1905.

LA POPULATION ASILAIRE

Montperrin possède cinq quartiers de malades plus une infirmerie par sexe. Les malades y sont réunis selon quatre régimes économiques et leurs manifestations extérieures de comportement : tranquilles et gâteux ; gâteux et semi-agités ; agités et épileptiques ; pensionnats. Les loges et les cellules d'isolement ne sont pas considérées comme des quartiers. Ces pavillons ont une capacité totale de 600 lits pour les indigents et de 60 pour les pensionnaires aisés. Il a été prévu un espace de 10 m² par personne, un cubage d'air de 24 m³ dans les dortoirs et 40 m³ dans les salles de nuit et de jour. Cette capacité d'accueil et ces normes de vie seront largement dépassées.

Mouvement de la population :
pourcentage des admissions et des sorties 1902-1939

	Période	Effectif des aliénés traités	Part des admissions (%)	Part des sorties (%)
Population traitée	1902-1913	11 073	22, 44	21, 06
	1914-1918	5 340	20, 76	20, 54
	1919-1926	6 447	25, 12	23, 31
	1927-1939	15 307	18, 81	15, 60

La population traitée à Montperrin se caractérise par sa masculinité et par son importante proportion d'indigents⁸. Elle est très diversifiée en ce qui concerne les origines géographiques, l'état-civil, ainsi que l'âge des aliénés qui la constituent. Il est d'ailleurs difficile de savoir quelle tranche d'âge domine.

La politique générale d'accueil des administrateurs est de recevoir le plus grand nombre de patients possibles tout en ayant conscience de l'inadéquation des structures de l'établissement avec sa fonction de traitement. Cet encombrement endémique favorise les maladies. Il détériore les conditions de vie des aliénés qui ne connaissent d'autres différences de traitement que celle de la nourriture, plus ou moins variée et abondante.

Dans tous les quartiers, médecins-chefs et inspecteurs, critiquent l'inadéquation et les carences de l'installation matérielle et sanitaire : trois rangées de lits ; absence d'arrivée d'eau aux premiers étages ; insuffisance d'eau potable, des lavabos⁹, du mobilier des réfectoires¹⁰, du linge, de chauff-

8. Bouches-du-Rhône, de la Corse, d'Alger, de Constantine, d'Oran, de la Seine et du Nord.

9. Les bains sont au nombre de huit dans les Bains Généraux et de quatre dans le quartier des agitées. Pour 130 malades, il n'y a que quatre robinets alimentés par une caisse de 20 litres.

10. Les aliénés mangent en effet le plus souvent debout ou par terre.

fage etc. Dépendante de la gestion économique de l'asile et de la conjoncture économique générale, une partie des rénovations matérielles indispensables débute lentement dans les années 1920, s'accélère à partir de 1938. Ces efforts restent insuffisants.

Fléau de tous les asiles d'aliénés de France comme le déplore l'inspection générale de 1932¹¹, l'encombrement ne fait que s'accroître. Cela d'autant plus l'internement est devenu une facilité. L'asile se transforme alors en un lieu de garde pour la majorité des internés, malades mentaux ou non, fournissant une main d'œuvre bon marché mais de productivité médiocre. En fait, il est malaisé pour l'administration de l'asile de trouver un remède à cet encombrement car elle cède aux impératifs économiques, exigeant une forte population pour assurer le maximum de revenus et autoriser la rénovation de l'asile. En outre cette surpopulation révèle aussi les échecs de la thérapie asilaire par l'existence de rechutes et d'aliénés incurables. Les difficultés proviennent également de la lente professionnalisation du métier d'infirmier et de l'instabilité des effectifs soignants.

L'asile paraît de la sorte souvent dépassé. Dans le même temps il est difficile de lutter contre les préjugés envers l'asile, les aliénés et les maladies mentales tant que la psychiatrie n'offre pas de résultats tangibles. La perception du fou évoluera dans les mentalités grâce à la création de services ouverts et aux progrès médicaux des années 1920¹². Certaines maladies jugées incurables ne le sont plus telle la paralysie générale traitée par la malariathérapie. Cependant, sont encore appliqués en traitement principal et en complément des thérapies nouvelles, certains préceptes du traitement moral¹³ ainsi que l'hydrothérapie et les médicaments hérités du XIX^e siècle.

CONCLUSION

L'asile doit donc composer avec ses difficultés et à sa vocation d'accueil – si ce n'est de soin des aliénés – qui cependant, démontrent la viabilité de son autonomie. Ses dirigeants sont tenus d'en rationaliser la gestion ainsi que les attributions et les relations entre ses agents. En cela l'asile est semblable à une entreprise. Montperrin, comme tant d'autres asiles, est marqué par le XIX^e siècle et son règlement-modèle régulant la vie et la thérapeutique des aliénés. De la sorte l'asile apparaissait comme un monde particulier, réunissant à l'intérieur d'une enceinte des populations diverses d'aliénés différenciées par des quartiers de classement et des régimes économiques. C'était

11. En 1932 l'inspection générale compte 88 000 lits pour 100 000 patients.

12. Maurice GOUEMAND, *Un tournant dans l'assistance psychiatrique en France: l'œuvre médico-sociale d'Édouard Toulouse*. Paris, 1997.

Jean THULLIER, *La Folie Histoire et Dictionnaire*, Collection Bouquins. Paris, 1996.

13. Travail, promenade, visite, pratique du culte, nourriture adaptée, isolement.

aussi un lieu de soins pour quelques-uns seulement, un hébergement fruste pour la plupart, un endroit où mourir pour beaucoup.

Heureusement les progrès médicaux influencent la perception de l'asile et des aliénés. Sans en affecter le statut juridique, le décret de 1937 reconnaissant de la médicalisation de l'asile, désormais hôpital psychiatrique, est également étendu à son personnel et aux internés. En dépit des évolutions morales et matérielles citées, à la veille de la Seconde Guerre mondiale, l'asile de Montperrin, vétuste et surpeuplé, est loin de correspondre à sa destination.

Il serait plus qu'intéressant d'effectuer une comparaison avec les six autres asiles autonomes et dans des établissements privés, nationaux ou départementaux malgré les différences de statuts juridiques. Le champ de l'étude des institutions hospitalières asilaires des dernières décennies du XIX^e siècle jusqu'à la veille de la seconde guerre mondiale n'est au final que trop peu exploité au profit des périodes antérieures, du moins dans l'historiographie française.

Myriam DAKHLAOUI