

---

---

# PRÉSENTATION

Pierre-Félix Guattari

---

---

(1) Cette commission de travail qui a fonctionné depuis le mois de mai 1966 a réuni jusqu'à une soixantaine de participants et de correspondants dont vous trouverez la liste en annexe, page X. Ses réunions eurent lieu environ chaque mois, à Paris, au local de la F.G.E.R.I., 7, avenue de Verzy, dans une ambiance animée et sympathique. Commencées à 18 h 30, il est rare qu'elles se soient terminées avant une heure du matin seulement interrompues par un bref casse-croute...

(2) Les D<sup>rs</sup> Ferrand et Roubier, programmistes indépendants, sont également membres du Centre d'Etudes, de Recherche et de Formation Institutionnelle, organisme d'études rattaché à la F.G.E.R.I. Le C.E.R.F.I. est habilité à passer des contrats de recherches avec des organismes publics ou privés sur des problèmes susceptibles de stimuler et d'enrichir le travail de la F.G.E.R.I. Il s'est en effet, révélé indispensable que les groupes de la F.G.E.R.I. puissent disposer d'un certain nombre de travaux de base, ce qui implique la possibilité, pour les équipes de chercheurs de pouvoir s'y consacrer pleinement.

(3) A ce rapport que nous présentons ici *in extenso*, nous avons adjoint la très intéressante étude sur « Un centre de Santé Mentale Urbain » de Mme Nicole Sonolet, architecte réalisatrice de l'Hôpital de l'Eau Vive, à Soisy, rattaché au Secteur du 13<sup>e</sup> arrondissement de Paris. Cette étude, en effet, complète et situe le rapport des D<sup>rs</sup> Ferrand et Roubier dans un cadre plus général.

*Ce numéro spécial de « Recherches », consacré aux problèmes de la psychiatrie envisagés sous l'angle de l'architecture et de l'urbanisme, marque une étape significative dans l'évolution de la Fédération des Groupes d'Etudes et de Recherches Institutionnelles.*

*Lors de leur phase constitutive les groupes de la F.G.E.R.I. se préoccupèrent, en général, de dégager un premier thème de recherches et de déterminer les modalités de leur travail. Puis vint l'organisation de multiples réunions interdisciplinaires qui eut pour effet de bousculer quelque peu ces projets initiaux ; les interrogations et les demandes formulées par des participants des autres groupes créaient des situations d'urgence, mettant en relief certaines questions restées en suspens ou considérées comme résolues, au détriment d'autres, plus classiques, qui tendaient à passer à l'arrière-plan...*

*C'est ainsi que le groupe de travail des architectes et urbanistes, après une série de réunions avec le groupe de psychologues, celui des ethnologues puis celui des pédagogues (Groupe d'Education Thérapeutique), organisées sur le thème de l'espace et dans la perspective d'une étude de longue haleine, fut, pour un temps, littéralement « absorbé » par une vaste commission de travail (1). Celle-ci était composée pour l'essentiel, de psychiatres, réunis à l'occasion de la mise au point par deux médecins programmistes — Guy Ferrand et Jean-Paul Roubier (2) — d'un rapport (3) consacré à l'étude d'un projet de « normes de construction applicables aux hôpitaux psychiatriques », dont ils avaient été chargés par le ministère des Affaires Sociales (Direction de l'Equipement Sanitaire et Social).*

*Cette rencontre entre architectes et psychiatres était bien dans la logique des choses, divers thèmes comme ceux de la communication, de l'ouverture des*

*institutions sur la Cité... leur étaient commun, non seulement sur un plan idéologique, dans le cadre de chacune de leur discipline, mais également sur le terrain pratique où ces thèmes revêtent les dimensions d'urgence d'un véritable drame social.*

*Il se trouve, en outre, que bien avant ces réunions, nombre de ces mêmes architectes et psychiatres avaient eu affaire les uns aux autres à l'occasion de l'examen de divers projets d'équipement hospitalier. Une problématique était donc déjà amorcée, des affinités déjà révélées, qu'il fut aisé de « capitaliser ». Dès les premières réunions, les uns invitaient les autres, en raison de questions laissées en suspens et de promesses faites d'avoir à les reprendre, un jour, plus à loisir.*

*De tout cela devait résulter un brassage d'idées assez considérable qui, naturellement, ne pouvait permettre d'aller « au bout » de chaque problème évoqué. Mais des jalons furent posés en direction de divers prolongements possibles... (4) A la vérité, et cela sera sensible à la lecture de la partie du numéro spécial relative aux discussions, nous sommes loin d'être arrivés à un accord unanime sur tous les problèmes soulevés, bien qu'à propos des conclusions générales, il ait été assez facile de mettre d'accord l'ensemble des participants et des correspondants.*

*Plusieurs des « parties » en présence, tant chez les psychiatres que chez les architectes, sans être restées complètement sur leurs positions de départ ont quelquefois eu tendance à envisager les choses uniquement de leur point de vue respectif, par exemple, de psychiatre ou d'architecte, de provincial ou de Parisien, etc. Il s'est révélé difficile de parvenir à opérer convenablement cette sorte de « transfert » interdisciplinaire, cette transposition des situations, permettant de faire plus que « le tour de la question » et de la saisir de l'intérieur sans tenir compte des contingences propres aux divers modes d'abord épistémologiques.*

*Quoiqu'il en soit de ces limites inhérentes à toute entreprise interdisciplinaire, au moins prise à ses débuts, le bilan de ces échanges reste largement positif. C'est sans doute qu'ils mettent en jeu des mécanismes inconscients et non une pure et simple transmission d'informations ou une confrontation de jugements. A l'occasion de ces sortes de « frottements » des mots passent d'un groupe à un autre pour devenir un bien commun, des infléchissements sémantiques successifs lancent des ponts entre des systèmes de références et des méthodes d'analyse fort éloignés, à l'origine, les uns des autres, une amorce de langage commun s'établit là où s'était opacifiée, de longue date, toute une zone de méconnaissance, d'idées préconçues et de contresens, bref, c'est l'ambiance elle-même qui, semble-t-il, décontracte les positions doctrinales en présence. Plusieurs psychiatres, pionniers du mouvement de rénovation de la psychiatrie en France après la Libération, ont évoqué, à ce propos, l'esprit de ce qui fut alors appelé la « révolution psychiatrique », révolution trahie s'il en fût, tant il est vrai, qu'aujourd'hui encore, aucun des problèmes fondamentaux qu'elle avait mis à l'ordre du jour n'a trouvé de solution.*

(4) En particulier, les D<sup>rs</sup> Paumelle et Bailly Salin, ont insisté sur l'urgence qu'il y avait à reprendre, sous l'angle où nous abordions les Hôpitaux Psychiatriques, les problèmes des institutions, des implantations, etc., en matière d'enfance inadaptée et de neuro-psychiatrie infantile. (Voir à ce propos l'esquisse d'un projet de recherche du C.E.R.F.I. sur ces questions).

*D'autres ont rappelé la tentative du « Groupe de Sèvres », en 1957 et 1958, autour du D<sup>r</sup> Georges Daumézon qui, aujourd'hui, après avoir contribué*

grandement à l'animation de nos réunions, nous fait le plaisir et l'honneur d'introduire ce numéro spécial de « Recherches ».

Mais notre ambition est plus modeste ; nous ne prétendons pas apporter ici d'éléments absolument nouveaux au dossier, nous nous sommes surtout attachés à le reformuler dans un cadre et dans des termes, qui, nous l'espérons, seront mieux entendus qu'ils ne l'ont été jusqu'à présent des représentants des Pouvoirs Publics, de ceux de la Sécurité Sociale, des collectivités locales et de tous autres usagers, à quelque niveau que ce soit, de la « chose » psychiatrique.

\*  
\* \*  
\*

L'équipement public de la psychiatrie française (mis à part les quartiers psychiatriques d'hôpitaux généraux) peut être ramené, schématiquement, à trois séries d'éléments :

— les asiles traditionnels, entassement de malades dans des locaux hérités d'une conception carcérale,

— les hôpitaux-villages, formule plus récente, mieux équipés, qui offrent de meilleures conditions matérielles d'hospitalisation et de soins, mais qui présentent l'inconvénient de réaliser de fortes concentrations de malades, généralement éloignées des milieux de vie sociaux habituels,

— l'implantation, articulée à une unité d'hospitalisation, d'équipements extra-hospitaliers : institutions à temps partiel, foyers, ateliers thérapeutiques, hôpitaux de jour, système de consultations à domicile, de traitements ambulatoires, de placements familiaux..., sur un espace social déterminé, le tout animé par une équipe couvrant l'ensemble des responsabilités en matière d'hygiène mentale d'un « Secteur » considéré.

Précisons tout de suite que les réalisations, dans ce dernier domaine, n'existent en pratique, qu'à l'état embryonnaire ou à titre quasi expérimental avec l'organisation, par le D<sup>r</sup> Paumelle et ses collaborateurs, de la « sectorisation », du 13<sup>e</sup> arrondissement de Paris ; le problème crucial était, justement, le refus persistant des Pouvoirs Publics d'opérer les reconversions et de réaliser les équipements qui seraient nécessaires à l'application cohérente de cette orientation. Celle-ci pourtant, s'inscrit dans la logique même de l'évolution générale de la psychiatrie qui pose, comme préalable à l'emploi de la plupart des méthodes modernes de traitement, la nécessité de l'organisation d'un milieu de vie thérapeutique en inter-relation constante avec le milieu social environnant. Elle permet d'envisager, dans des termes tout à fait différents, les problèmes de prévention, de prise en charge complète des malades — non limitée aux seules séquences d'hospitalisation — de relations avec les familles, de la réinsertion sociale... Le simple fait de l'établissement d'une proximité relative entre les institutions de traitement et l'habitat des malades offre des possibilités beaucoup plus souples. On peut ainsi prévoir, chose souvent nécessaire, des séjours de courte durée, selon des fréquences variables, des sorties d'essai, des visites à domicile, etc...

*Toute une gamme d'interventions nouvelles a commencé ainsi d'être explorée qui se trouverait tout naturellement enrichie, remaniée et améliorée dans le cadre d'une application à grande échelle.*

*Toute la question est de savoir si l'on mettra à la disposition des psychiatres et de leurs équipes, autre chose que des citadelles surpeuplées et coupées du monde, si on leur permettra de concevoir et de contribuer à mettre en place un ensemble d'instruments, convenablement implantés dans le tissu social, articulés les uns aux autres et différenciés selon leurs destinations précises. Celles-ci d'ailleurs, seraient susceptibles d'être remaniées à l'avenir en fonction de l'évolution des besoins et des méthodes de traitement.*

*Dans les conditions actuelles, il n'y a nul lieu de s'étonner de ce que les psychiatres, par la force des choses, soient amenés à circonscrire leurs interventions principalement dans le champ intra-hospitalier qui, lui-même, se trouve alourdi d'une multitude de problèmes qui devraient trouver leur solution ailleurs. Faute de moyens extra-hospitaliers, les séjours s'allongent compromettant les améliorations obtenues, la surcharge s'aggrave artificiellement, une « sédimentation » s'instaure dans les Services sous le masque de la chronicité, au détriment du traitement, dans de bonnes conditions, des véritables malades chroniques.*

*Selon les termes du D<sup>r</sup> Bonnafé (5) cette nouvelle orientation consiste à se tourner « vers des formules abandonnant la prévalence du principe d'hébergement au bénéfice du principe de soin ». Cela ouvre d'ailleurs des perspectives nouvelles aux méthodes dites de Psychothérapie Institutionnelle qui ont pour premier objet de transformer, dans la mesure du possible, la structure et le fonctionnement des établissements existants pour en faire des instruments répondant aux exigences des thérapeutiques modernes ceci tant sur le plan biologique, que sur celui des méthodes de groupe et de l'animation de la vie sociale et dans des conditions permettant un exercice adapté de diverses techniques analytiques d'inspiration freudienne.*

*De quelque point de vue que l'on se place, la question fondamentale reste, à l'heure actuelle, celle de l'ouverture du champ de la maladie mentale hors de l'univers de non-sens dans lequel la société a réussi, jusqu'alors, à le constituer et à la maintenir à bonne distance et sous bonne garde.*

*Remarquons au passage, sans que nous puissions nous y appesantir dans ce numéro de « Recherches », et malgré que ce point eût mérité d'être particulièrement étudié dans ses incidences urbanistiques et architecturales, que les implications spatiales des troubles de la communication semblent d'autant plus accentuées que nous avons affaire à des tableaux psychopathologiques plus graves.*

*Insistons à nouveau sur le fait qu'il ne s'agit pas ici uniquement d'options théoriques réservées aux seuls spécialistes. La solution de ces problèmes met en jeu une attitude globale de la collectivité qui concerne non seulement les malades mentaux mais toutes ses autres catégories de « laissés pour compte » et qui*

(5) Etats Généraux de l'Hospitalisation Publique, 15-1-1967.

*engendre des mécanismes d'évitement à l'égard des individus et des groupes sociaux qui « persistent » à échapper aux normes des sociétés de consommation. En raison de la croissance économique et de ses « retombées » en matière d'investissement dans le domaine social, nous nous trouvons, à l'heure actuelle, à un tournant décisif. Ou l'on adoptera une orientation cohérente, on élaborera et appliquera un plan d'ensemble tendant à couvrir les besoins réels dans le domaine de l'hygiène mentale ou l'on continuera d'investir des sommes souvent considérables dans des entreprises de consolidation d'équipements complètement périmés, voire nocifs, générateurs par eux-mêmes d'une véritable lèpre hospitalière et, à la mesure même de l'effort financier qui sera ainsi consenti, on aggravera la situation. On compromettrait ainsi l'avenir de la psychiatrie pour des dizaines et des dizaines d'années, tant il est vrai que la chose bâtie avec les deniers publics, même à titre « provisoire », est difficile à défaire dans nos pays de vieille tradition et de fidélité au passé, fût-il le plus détestable.*

*Les Pouvoirs Publics ont pris la mesure du retard accumulé dans le domaine hospitalier dont l'hospitalisation psychiatrique représente à elle seule 40 % du total ; l'opinion publique commence à s'en émouvoir ; des décisions importantes sont en préparation. Il a été inscrit au V<sup>e</sup> Plan la construction intensive, d'ici 1975 de 30.000 lits psychiatriques publics pour répondre à des besoins estimés par ailleurs à 40.000 lits (6). En fait, cette estimation ne repose que sur des données purement administratives, aucune enquête scientifique n'étant en mesure de la valider. (Il n'existe d'ailleurs pas, à notre connaissance, de budget de recherche sur ces questions). Ce chiffre de 40.000 lits correspond au constat de la surcharge que connaissent actuellement les Services, c'est-à-dire à la différence, que l'on voudrait combler, entre le nombre de malades effectivement hospitalisés et la capacité légale des établissements psychiatriques publics. Mais en raison de la sédimentation, de l'allongement des séjours et des mauvaises conditions d'hospitalisation que nous évoquions, il est clair qu'un tel chiffre ne devrait pas servir de base prévisionnelle à des installations convenablement adaptées. Certains psychiatres ont même émis l'hypothèse qu'une priorité accordée aux investissements en matière d'équipements extra-hospitaliers pourrait conduire à une diminution sensible des chiffres actuels d'hospitalisation psychiatrique à temps plein !*

(6) Voici à ce sujet un extrait d'un compte-rendu du Conseil Economique et Social paru dans *Le Monde* du 25 octobre 1966, sous la signature : Alain Vernholes.

« Les hôpitaux psychiatriques bénéficient également d'une certaine faveur en raison de leur inquiétante insuffisance : 22,5 % des travaux d'équipement sanitaires leur seront attribués, soit 2,1 milliards de francs. La capacité actuelle de ce secteur est d'environ 100.000 lits, y compris les cliniques privées. Mais le nombre des malades hospitalisés dépasse de 20 à 30 % la capacité normale d'accueil des chambres, dont les deux tiers ont plus de quatre-vingts ans. Les besoins sont considérables et ne cessent de croître. On estime que pour les satisfaire, il faudrait créer 50.000 lits d'ici à 1975 et en moderniser au moins 60.000. Or, le programme retenu ne porte que sur 18.000 lits nouveaux (36 % des besoins) et 20.000 modernisés (un tiers des besoins). »

*Depuis des années, les psychiatres ne cessent d'alerter les Pouvoirs Publics sur ces questions d'orientation fondamentales. Ils avaient même obtenu un accord de principe en faveur d'une répartition, à parts égales, des investissements affectés au domaine extra-hospitalier et de ceux affectés à la modernisation et la rénovation des équipements actuels. En outre, il était convenu qu'à l'occasion de ces dernières opérations, l'on s'orienterait vers une déconcentration systématique des grands hôpitaux psychiatriques.*

*Mais ces décisions n'ont pas été appliquées ; aucune extension notable d'une véritable sectorisation n'a été rendue possible, il semble même que l'on se tourne actuellement vers une politique d'augmentation de la capacité d'hospitalisation des plus grandes forteresses psychiatriques. Il s'agit d'une opération dont il est difficile d'apprécier la portée, nous ne disposons à son sujet que d'information fragmentaire, elle n'a donné lieu à aucune consultation*

*auprès des psychiatres. (A notre connaissance, ce plan d'extension serait en préparation selon des méthodes de préfabrication industrielle — système Tracoba et il devrait être terminé au deuxième semestre de 1968) (7).*

*Officiellement, ces constructions nouvelles n'entrent pas dans la rubrique des « extensions » — on ne se trouve donc pas en présence d'une contre-doctrine officielle à celle du Secteur — il s'agit, en principe, d'appliquer les décisions relatives aux « lits de substitution ». Afin de décharger les hôpitaux psychiatriques des malades âgés et des débiles profonds, il avait été en effet décidé d'aménager à leur intention des services dits de « défectologie ». Mais il est clair que si l'on plante ces services dans l'enceinte ou à proximité immédiate des anciens hôpitaux, on ira nécessairement dans le sens d'un renforcement de l'alourdissement des structures que nous dénonçons ici. En effet on sait, qu'étant donnée la surcharge permanente, il n'y a aucune chance de voir supprimés les lits auxquels sont sensés se substituer ces aménagements nouveaux. La plus grande part des crédits déjà insuffisants est actuellement absorbée par des solutions de replâtrages qui, en fait, bouchent l'avenir aux solutions réelles, — ce qui a pour effet de refroidir quelque peu l'enthousiasme de ceux qui essaient de les promouvoir !*

*Prenons quelques exemples, les chiffres avancés ici le sont sous toute réserve :*

*— L'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, qui compte actuellement 2.500 lits, verra sa capacité augmentée de 300 lits pour « personnes âgées ».*

*— L'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard qui compte actuellement 2.000 lits verra sa capacité augmentée également de 300 lits dont un service de neuropsychiatrie infantile de 50 lits et 100 lits dits « de suite », dont l'implantation ne nous paraît pas particulièrement heureuse.*

*— A l'hôpital psychiatrique de Perray-Vaucluse (Essonne) où 1.000 malades étaient en excédent, sur une capacité de 1.000 lits, on a, dans un premier temps, « régularisé » la situation en réaménageant une capacité totale de 2.000 lits à laquelle on est en train d'ajouter 300 lits.*

*— Il avait été entendu que les 4.000 lits de l'hôpital psychiatrique de Clermont de l'Oise devraient être ramenés à 3.500 lits. A notre connaissance la capacité de cet établissement va être, au contraire, augmentée de 300 lits pour « arriérés profonds devenus adultes ».*

*— La capacité initialement prévue de 600 lits du nouvel hôpital psychiatrique d'Etampes a été abandonnée pour être portée d'autorité à 1.000 lits.*

*— Il en a été de même à l'hôpital psychiatrique de Charcot (Yvelines) où l'on a renoncé aux 300 lits prévus en faveur d'une capacité de 800 lits (8).*

*Le fait que la réalisation de ce programme de construction ait été prévu en préfabrication lourde suppose qu'il ait une extension suffisante pour justifier les importants investissements qu'une telle méthode exige au départ. On conçoit que, compte tenu des difficultés que connaît depuis plusieurs années l'industrie du bâtiment, ses promoteurs soient peu préparés à entendre des arguments en faveur de l'implantation urbaine d'équipements très différenciés,*

(7) Une première tranche de 600 lits est déjà en cours de construction au titre du « désencombrement » des hôpitaux psychiatriques de la Seine-et-Oise. Ces nouveaux services, accolés aux installations existantes des hôpitaux psychiatriques d'Etampes, Beaumont-sur-Oise, Charcot, Saint-Germain, Pontoise... ne répondront même pas aux normes du ministère en ce qui concerne les « surfaces de jour ». On a, en effet, considéré que les aménagements existant sur place seraient suffisants !

(8) Il serait possible d'étendre et de diversifier l'enquête, on serait amené à mettre en relief d'autres contradictions résultant de cette politique d'investissements précipitée et désordonnée. Exemple : le concours ouvert pour la construction de l'hôpital psychiatrique de Haute-Savoie où plus de 70 candidats s'arrachent les cheveux devant l'exiguïté du terrain proposé, ou le cas de l'hôpital de Romorantin, en voie de création, qui prévoit, nommément, sur ses plans une section « d'adultes déficients » et où l'on trouve encore une terminologie du siècle dernier ; exemple : pièce des « sabots », etc.

*qu'il est probablement impossible de standardiser et qui demanderaient à être étudiés cas par cas, en liaison permanente avec les équipes ayant à les prendre en charge et avec les représentants des divers collectivités locales intéressées.*

*Les questions de la préfabrication, de son opportunité, de son rendement, ont été longuement débattues au sein de notre commission de travail, et il nous a semblé nécessaire que le numéro spécial de « Recherches » s'attache à clarifier, à ce propos, un certain nombre de notions qui, pouvant être comprises de différentes façons, sont susceptibles de recouvrir des réalités contradictoires. Pour nous en tenir à cet argument de faux bon sens économique qui consiste à justifier l'implantation des hôpitaux psychiatriques à distance des agglomérations par des raisons d'économie (prix du terrain, espaces plus grands, etc.) retenons l'analyse des D<sup>rs</sup> Ferrand et Roubier, qui laisse pressentir qu'en se plaçant du point de vue du coût réel de la maladie, nous sommes probablement devant une contre-vérité pure et simple. Imagine-t-on la construction, à distance des villes, de services de chirurgie, d'autant plus vastes qu'on serait contraints de garder hospitalisés les convalescents, pendant des mois et des années, faute d'être en mesure de les faire sortir ! A-t-on idée de la part colossale du budget de l'hospitalisation psychiatrique qui est ainsi gaspillée au détriment d'une aide sociale convenablement utilisée, de la réalisation d'un plan d'aménagement adéquat, de l'organisation d'une formation adaptée de l'ensemble du personnel soignant, de la mise en place d'organismes de recherches...*

*Dans le prolongement de cette orientation, les D<sup>rs</sup> Ferrand et Roubier sont amenés à proposer une réforme du système des normes en vigueur (notons que l'intérêt de leurs analyses, sur ce point, débordent sur le plan plus général des constructions à caractère social). Ils demandent que l'on abandonne les normes trop rigides, fixant, par exemple, des surfaces au sol, des cubages, en fonction du nombre des lits, etc. De telles normes ont pour effet de paralyser toute recherche architecturale approfondie et de compromettre les possibilités d'adaptation aux besoins et aux situations locales. Ils se prononcent, au contraire, en faveur de l'adoption de « normes indicatives » s'attachant plus à définir des exigences architecturales relatives à des unités fonctionnelles (9) que des coefficients applicables à un type de corps de bâtiments particulier. Soulignons que les D<sup>rs</sup> Ferrand et Roubier avancent toutes ces notions à titre d'hypothèse qui devraient être mises à l'épreuve dans un cadre expérimental adéquat dont ils esquissent les grandes lignes : ils proposent qu'un certain nombre d'unités de traitement de moins de 100 lits soient réalisées dans des secteurs urbains définis (par exemple dans un quartier bloqué du point de vue foncier, dans un quartier neuf, dans une ville satellite, etc.).*

*C'est dans ce même esprit que nous vous présentons l'ensemble des travaux de ce numéro spécial de « Recherches ». Nous souhaitons aller dans le sens de définitions plus précises, d'une clarification permettant aux personnes de bonne volonté, qui ont quelque responsabilité dans ce domaine, de se déterminer en toute connaissance de cause et, aux autres, s'il en existe, de ne pas s'appuyer avec trop de facilité sur des faux-fuyants et des interprétations du genre : « les psychiatres sont impossibles à comprendre, ce sont des utopistes, etc. ».*

(9) Cette perspective serait à mettre en corrélation avec les distinctions qu'opère Henri Lefebvre entre la topographie, la topologie (aspects historiques et démographiques) et les topiques économiques, sociologiques et psycho-sociologiques.

*Nous souhaitons que nos discussions soient reprises à différents niveaux, ce sera le cas en particulier de la Fédération des Croix-Marine qui a mis, cette année, ces mêmes problèmes à son ordre du jour.*

*Conjugué avec l'ensemble des initiatives organisées par l'Evolution Psychiatrique — Journées du Livre Blanc — Syndicat des Médecins des Hôpitaux Psychiatriques, Comités d'Internat, C.E.M.E.A. et leur dynamique section de formation des infirmiers psychiatriques, Fédérations Syndicales Hospitalières, Associations de familles de malades, etc., nous souhaitons que ce numéro spécial contribue à sensibiliser comme il convient, l'opinion publique sur ces questions. Nous considérons déjà comme significatif le fait que les 60 participants et correspondants de notre commission de travail aient pu surmonter nombre de leurs divergences pour approuver les conclusions qui vous sont présentées, à la fin de nos travaux par les D<sup>rs</sup> Ferrant et Roubier.*