



De l'origine de l'hôpital à aujourd'hui

Jusqu'à la fin du XVIII^e siècle les hôpitaux avaient surtout une fonction d'hospitalité ou d'enfermement tant de pèlerins, de pauvres, de vagabonds que de malades.

Peu de soins, pas de services dédiés à telle ou telle pathologie.

En 1740 il est toutefois créé à Chambéry un « Hôtel des incurables » pour les « estropiés, paralytiques, fols, teigneux, épileptiques, écrouelles, lépreux, chancreux » non reçus à l'Hôtel Dieu. On y trouve alors 6 loges à fous, véritables cachots selon le Docteur Dacquin, qui y dénonce l'insalubrité.

En 1826, le Conseil Général de la Charité du Duché de Savoie (équivalent d'un Ministère de la Santé) se préoccupe d'établir un établissement spécialement dédié aux malades mentaux. Les bâtiments de l'ancienne abbaye de Betton-Bettonnet, situés à une trentaine de kilomètres de Chambéry, sont alors à vendre. L'acquisition se fait en 1827, grâce à une aide financière du Comte de Boigne, et c'est là le premier établissement savoyard pour « aliénés mentaux », à une époque où la France n'avait pas encore institué la loi de 1838 qui obligera chaque département à disposer d'un asile.

Betton-Bettonnet comptait à ses débuts quelques dizaines de malades, en constante augmentation. Rapidement, l'insalubrité des lieux et les décès en résultant, inciteront le Docteur Duclos et le Conseil Général de la Charité à envisager un autre lieu.

Après une longue étude et de nombreuses visites d'asiles étrangers, le Docteur Duclos et l'architecte Dénarié qui portent ce projet, jettent leur dévolu sur Bassens pour « la beauté du site, la pureté et l'abondance des eaux, la salubrité de l'air ». L'établissement à Bassens voit le jour en 1858, près de 200 malades y sont transférés et les plans sont prévus pour 350 lits.

Lorsque la Savoie devient française en 1860, l'asile de Bassens est reconnu immédiatement asile départemental, pour la Savoie et la Haute-Savoie, deux nouveaux départements créés, issus de la Savoie historique.

En 1865 encore, plus d'un département sur deux ne dispose toujours pas d'asile, contraints alors de passer un accord avec l'établissement d'un autre département pour respecter la loi de 1838.

La technique architecturale asilaire de l'époque consiste en un bâtiment administratif central, des pavillons médicaux de part et d'autre, séparés par des préaux, permettant de diviser par catégories les malades, tout en reliant ces bâtiments par des galeries. En 1867, on édifie un clocheton sur le bâtiment central pour rythmer les moments de la journée (lever, repas, coucher, visites médicales, etc.), l'idée étant de mettre une forme d'ordre dans la vie du malade. Le site est muni d'un mur de clôture, et de sauts-de-loup, sortes de tranchées faisant office de limites et séparations.

Très rapidement la capacité de l'établissement s'avère insuffisante et en 1877 l'asile acquiert le domaine de Bressieux, situé en face, avec son château, ses sources d'eau et ses 32 hectares de terres agricoles. Une aubaine à l'époque où la thérapie passait surtout par le travail agricole et la balnéothérapie.

Une balnéothérapie des plus inconfortables, voire dangereuse, puisque la distribution d'eau à l'intérieur des pavillons et le contrôle des températures ne seront effectives qu'à l'entre-deux guerres. Le nombre d'internés, bien souvent à vie, ne cesse de croître, provoquant tous les problèmes d'hygiène liés à une surpopulation.

Pour chaque malade l'asile perçoit un prix de journée, payé par la collectivité si le malade est interné d'office, payé par les familles s'il s'agit d'un placement volontaire. Plus on accueille de malades, plus on rentabilise l'établissement.

L'hôpital va d'ailleurs accueillir de nombreux malades de la Seine, qui cherche à placer des aliénés en province faute de place dans ce département.

Des années 1850 aux années 1950 environ, le principal levier de rentabilité financière sera la recherche permanente de l'optimisation de la production agricole, qui nourrit l'asile, et dont certaines denrées en surplus sont vendues. En 1882, on construit un gros corps de ferme sur le domaine agricole de Bressieux (l'actuelle mairie de Bassens), des ateliers techniques sont également mis en place pour réaliser en régie le maximum des prestations nécessaires au fonctionnement de l'établissement, lequel s'apparente alors à une véritable « machine à produire ».

Pour toute la main d'œuvre nécessaire, on monopolise le maximum de malades dits « travailleurs », à qui on donne pécules et rations alimentaires supérieures.

Outre le travail agricole, il y a régulièrement au XX^e siècle des programmes de travaux, tant de modernisation des installations que de constructions de nouveaux pavillons, les derniers étant ceux du site Nivolet dans les années 1970-1980.

L'établissement ne peut vivre cependant en totale autarcie, et, comme dans tous les asiles à cette époque, la mortalité pendant la seconde guerre mondiale va être terrible : l'effectif des malades passe de 1280 en juillet 1940 (près de 2 fois la population communale) à 598 en janvier 1944.

Le directeur s'opposera fermement en 1946 à une circulaire ministérielle visant à fermer les établissements qui auraient trop de locaux vacants.

Pour comparaison, la population de la commune de Bassens hors asile est de 760 habitants en 1936 et 1015 en 1946 (chiffres des recensements, personnel asile non compris et hors quartier Lasalle de la gendarmerie construit en 1938 comptant lui 329 personnes).

Après-guerre on reviendra à des effectifs considérables et des conditions d'internements souvent effroyables. Mais le véritable changement va s'amorcer à partir des années 1950, avec d'une part l'arrivée de nouvelles thérapies (électrochocs, insulinothérapie, cardiazol, puis neuroleptiques), d'autre part la volonté de plusieurs médecins de remplacer le travail des malades au service de l'institution par l'ergothérapie à leur service (sociothérapie, activités sportives et culturelles).

La Savoie avait été précurseur en matière d'institution asilaire avant l'obligation de 1838, et si l'établissement de Bassens s'est ensuite paupérisé à cause de sa surpopulation, il s'est révélé à nouveau un modèle à partir des années 1950 : innovant en matière de formation médicale et précurseur quant à son cheminement vers la sectorisation, inspirant la loi de 1960.