

Parmi les fous

Collection « Histoire »

Dirigée par Frédéric CHAUVAUD, Florian MAZEL et Jacqueline SAINCLIVIER

Derniers titres parus

Benoît MAJERUS



Parmi les fous

Une histoire sociale de la psychiatrie
au XX^e siècle



Collection « Histoire »

PRESSES UNIVERSITAIRES DE RENNES

Publié avec le concours du Fonds national de la recherche Luxembourg

© PRESSES UNIVERSITAIRES DE RENNES
UHB Rennes 2 – Campus de La Harpe
2, rue du doyen Denis-Leroy
35044 Rennes Cedex
www.pur-editions.fr

Mise en page : Michel SOULARD
35250 Andouillé-Neuville
michel-soulard@orange.fr
pour le compte des PUR

ISBN 978-2-7535-2180-3
ISSN 1255-2364
Dépôt légal : 2^e trimestre 2013

À MaBaJu

Remerciements

Passer de la police – mon sujet de thèse – à l’histoire de la psychiatrie n’a pas semblé incongru à Pieter Lagrou. Lors d’un séjour à la Yale University il était presque devenu un historien de la folie sous l’influence de Mark S. Micale. Les « mémoires patriotiques » en ont décidé autrement ce qui ne l’a pas empêché d’avoir été pendant les derniers huit ans celui qui posait les bonnes questions.

Le Fonds National de la Recherche Scientifique a rendu possible cette recherche – au niveau matériel – mais bien au-delà par la liberté qu’il laisse au chercheur. L’Université du Luxembourg a repris le relais à un moment où le troisième post-doctorat commençait à peser.

Sloan Mahone à la *Wellcome Unit for the History of Medicine* (Oxford) et Volker Hess à l’*Institut für Geschichte der Medizin* de la Charité (Berlin) ont accueilli le spécialiste de l’histoire de la police et lui ont permis de découvrir les richesses de l’histoire de la médecine.

La rencontre avec les archives transforme chaque projet de recherche. Initialement je voulais travailler sur les mouvements antipsychiatriques européens. Les dossiers de patients de l’Institut de psychiatrie (Bruxelles), de la *Karl-Bonhoeffer Nervenlinik* (Berlin) et de Sainte-Anne (Paris) en ont fait une histoire de la psychiatrie du xx^e siècle au ras du sol. Thomas Beddies, Luc de Kezel, Annie Meiresonne, Gérard Masse, David Guillardian, Paul Verbanck ont fait davantage que juste ouvrir les portes des caves.

Faire de ces archives un récit historique a été un travail collectif avec les étudiants du Master en histoire de l’Université libre de Bruxelles. Pendant trois ans, nous avons fait l’histoire de la psychiatrie dans le séminaire d’histoire contemporaine. Ce livre s’est écrit à 100 mains.

Plusieurs acteurs de cette histoire ont enrichi ce livre par leurs témoignages : Claude Bloch, Monique Debauche, Jean Dierkens, Mony Elkaïm, Jacques Michiels, Isy Pelc, Micheline Roelandt et Willy Szafran.

Quelques chercheurs – Viola Balz, Jean-Michel Chaumont, Jean-Christophe Coffin, Flurin Condrau, Emmanuel Delille, Greg Egghian, Eric Engstrom, Hervé Guillemain, Nicolas Henckes, Catherine Lavielle, Valérie Leclercq, Toine Pieters – m’ont accompagné en tant que spécialistes dans ce voyage à travers la psychiatrie, d’autres l’ont fait en tant que

« simples » historiens – Gil Bartholeyns, Nicolas Beaupré, Bruno Benvindo, Kenneth Bertrams, Andrea Binsfeld, Flavia Cumoli, Stéphanie Goncalves, Christian Ingraio, Sonja Kmec, Julie Maeck, Pit Péporté, Emmanuelle Raga, Anne Roekens, Jakob Vogel. Faire un documentaire avec Anne Schiltz a profondément changé mon regard sur l’asile.

Le passage par l’écriture reste un exercice laborieux pour moi et pour tous ceux qui ont passé du temps avec ce manuscrit pour le rendre lisible : qu’Alain Colignon, Anne Gancberg, Sim Majerus-Schmit et Anne Roekens sachent que je connais le travail qu’ils ont réalisé.

Merci.

Abréviations, acronymes et sigles

A-INAMI	Archives de l'Institut national d'Assurance Maladie-Invalidité.
AAA	Archives de l'Assistance publique et des Affaires sociales de Bruxelles.
ACPASB	Archives du Centre Public d'Action Sociale de Bruxelles.
AE	Archives de L'Équipe.
AGP	Affaires Générales et Programmation.
AS	Ancienne Série.
CAP	Commission d'Assistance publique.
CPAS	Centre Public d'Action Sociale.
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.
ECG	Électrocardiogramme.
EEG	Électroencéphalogramme.
FNAMI	Fonds National d'Assurance Maladie-Invalidité.
HBIP	Hôpital Brugmann, Institut de Psychiatrie.
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems.
NS	Nouvelle Série.
OMS	Organisation Mondiale de la Santé.
PA	Pavillon A.
PB	Pavillon B.
SAPE	Service d'aide psychologique aux étudiants.
UCL	Université Catholique de Louvain.
ULB	Université libre de Bruxelles.

L'ordinaire destin de Françoise S.

Le 1^{er} octobre 1963 à l'heure de midi, Françoise S.¹ reçoit la visite de deux agents de la police communale de Bruxelles. Ils interviennent suite à des plaintes de voisins qui lui reprochent de les réveiller régulièrement la nuit. L'arrivée des deux policiers est loin de calmer cette couturière née en 1898. Elle commence à crier et à gesticuler. De prime abord, ce comportement devrait la conduire tout droit à l'Amigo, lieu où la police bruxelloise envoie hommes et femmes pour tapage, ivresse ou outrage à la police en attendant que la personne se calme ou qu'elle soit transférée en prison. Or les deux agents décident de ne pas donner de suite judiciaire à l'affaire, mais optent pour la voie médicale en décidant d'amener Françoise S. à l'Institut de Psychiatrie de l'hôpital Brugmann². Quels sont les critères pour cette option lourde de conséquences, car rarement infirmée par les médecins? Le rapport policier dont une copie se trouve dans le dossier médical de la patiente, fait apercevoir plusieurs argumentations :

« L'intéressée se promène la nuit, réveille ses voisins ; se promène dans la rue, chante, hurle et il arrive aussi qu'elle commence à faire sa lessive. À l'arrivée de la police, elle crie, gesticule et ne cesse de parler d'un billet de 100 francs dont elle connaît le numéro et qui lui fera gagner une grosse somme. La personne n'est plus soignée (toilette) depuis plusieurs jours ; elle sent mauvais. Tout dans son appartement est extrêmement sale et une odeur nauséabonde se dégage des pièces. »

Incohérence du discours – l'affaire du billet de 100 francs – et délabrement social sont pour les agents les principaux motifs pour amener la personne en psychiatrie et ne pas lui dresser un procès-verbal pour tapage nocturne. Mais les deux policiers ne peuvent pas décider eux-mêmes de l'internement forcé (sur la procédure en Belgique voir le chapitre 6) : ils

1. Tous les noms des patients ont été anonymisés. Je remercie ma famille et mes amis qui ont bien voulu prêter leur nom à un de « mes » patients. La référence du dossier de François S. est la suivante : Hôpital Brugmann, Institut de Psychiatrie (HBIP), Nouvelle Série (NS), n° 4852, résumé du dossier (7 novembre 1963).

2. Pour faciliter l'écriture et la lecture, j'emploierai par la suite le terme « Institut » en italique pour désigner l'Institut de psychiatrie de l'Hôpital Brugmann à Bruxelles. Cette institution, créée en 1931, est toujours en activité aujourd'hui. Il s'agit du département psychiatrique de cet hôpital universitaire de la capitale belge.

doivent s'adresser à un médecin qui ne travaille pas à l'*Institut*, pour que celui-ci établisse un billet de collocation. Afin d'accélérer la procédure, la police communale de Bruxelles a l'habitude de faire appel à un médecin habitant juste à côté de l'hôpital Brugmann. Ceci facilite le travail des agents et du médecin, entre lesquels une certaine complicité s'est probablement installée au fil des années. Le médecin en question écoute le récit des agents et, après un bref examen de l'intéressée, remplit un billet de collocation ainsi motivé :

« Troubles du comportement avec cris, gestes violents, agitation et surexcitation. Troubles de l'idéation avec propos incohérents et désordonnés. »

Munis de ce billet, les policiers se présentent à l'*Institut*. Contrairement à beaucoup d'autres hôpitaux psychiatriques, celui-ci est intégré dans un complexe hospitalier plus large mais reste néanmoins caché derrière un parc au fond de l'hôpital Brugmann sur une petite colline. À l'entrée Françoise S. est accueillie par une infirmière qui, vu son état agité, décide de l'installer à la salle 49. Elle y entre à 16 h 15, quatre heures après l'interpellation par les policiers à son domicile. Cette salle se trouve au premier étage du pavillon B de l'*Institut*. Elle est destinée aux patientes les plus agitées et est composée une vingtaine de lits. Au moment où Françoise S. y entre, elle rencontre une population très mélangée : la plus jeune, une servante de 19 ans, dépressive, y côtoie une ménagère de 42 ans atteinte de paralysie générale ; une ouvrière d'usine de 47 ans y est colloquée depuis 21 jours à cause d'une « bouffée délirante » et sera libérée trois jours plus tard ; une cabaretière, née en 1910 et « atteinte de schizophrénie » amorce son septième mois dans la salle 49 lorsque Françoise S. y fait son entrée. Un tiers des femmes sont célibataires, les autres mariées. Comme pour Françoise S., la grande majorité des femmes qui passent par la salle 49 se retrouvent pour la première fois à l'*Institut*. Quelques-unes ont déjà été internées dans d'autres hôpitaux psychiatriques avant d'arriver à Brugmann, d'autres ont déjà une carrière psychiatrique plus conséquente dans cet hôpital bruxellois : une couturière de 63 ans y effectue son dixième séjour ; une ménagère de 59 ans, son douzième. Avec ses 65 printemps, Françoise S. est en ce début d'octobre 1963 la plus âgée des patientes. À son entrée elle est la seule à avoir comme diagnostic : « Épisode maniaque. »

Françoise S. se voit attribuer le lit n° 15 dans lequel elle restera jusqu'à son transfert dans la salle 47 à la fin du mois d'octobre 1963. Étant « extrêmement sale de linge et de corps » selon les mots des infirmières, Françoise S. est baignée dans une salle avoisinante et reçoit de nouveaux vêtements. Vu qu'elle est « très agitée, bruyante et agressive », les infirmières décident de lui administrer « 1 amp[oule] Dominal 80 + ½ amp[oule] R1625 », deux neuroleptiques, dont le deuxième est mieux connu sous le nom de Haldol. La note des infirmières conclut la journée par les mots suivants :

« un peu après devient plus calme ». Avant de s'endormir, une infirmière lui prend la température : 36,5°. Le rapport du personnel soignant indique que sa première nuit a été calme : « passe une excellente nuit ».

Ce n'est pas pour autant que l'infirmière de garde a passé une nuit reposante. En effet 1963 est l'année où l'*Institut* connaît la surpopulation la plus importante de son histoire (cf. chapitre 4). Il est fort probable que dans cette nuit du 1^{er} au 2 octobre, quelques lits supplémentaires sont installés dans la salle 49 afin d'absorber l'afflux des personnes. En plus, et ceci malgré l'introduction des neuroleptiques qui, quelques années plus tôt a fait baisser le niveau sonore dans les hôpitaux psychiatriques, les salles communes restent des lieux où de multiples bruits dérangent le sommeil des patientes d'autant plus que la salle 49 regroupe les cas les plus agités. Pour reprendre la formule de Jean-François Laé : « Dormir en dortoir, c'est dormir sans dormir³. » Et en effet, d'autres patientes ont connu un sommeil moins profond que Françoise S. Une femme, dont le dossier n'a pas pu être retrouvé, réveille une partie de la salle dont Anne-Marie C. La salle des grandes agitées n'est guère adaptée à cette jeune fille de 19 ans. Selon le psychiatre, victime de « plusieurs accès dépressifs » depuis la mort de sa mère il y a un an, Anne-Marie C. a d'abord été dirigée vers l'*Institut* par le service de consultation pour adultes. Depuis sa création en 1931, l'*Institut* offre en effet à côté de sa structure proprement hospitalière une consultation psychiatrique où l'on peut se rendre tous les jours sans rendez-vous. Depuis le début du xx^e siècle, la psychiatrie, notamment influencée par le mouvement d'hygiène mentale qui prend ses origines aux États-Unis, explore d'autres voies que l'internement. Ces consultations à l'*Institut* en sont un exemple. Anne-Marie C. s'y présente le 16 septembre 1963 après une tentative de suicide aux barbituriques la veille. Candidate idéale pour le service ouvert c'est-à-dire le pavillon A, Anne-Marie C. se retrouve néanmoins en section fermée : « Vu le manque de place en P[avillon] A., collocation P[avillon] B. », comme l'indique une note médicale. La jeune femme tarde dans un premier temps à retrouver le sommeil mais le rapport de l'infirmière assure qu'« [elle] s'endort avec les médicaments qu'elle reçoit (Pertranquil, Niamid) ».

Le premier, plus connu sous le nom de Meproamate, est un des premiers tranquillisants sur le marché des médicaments psychiatriques. Le deuxième est un antidépresseur de la catégorie des inhibiteurs de la monoamine oxydase. Exigeant un régime contraignant, ce type d'antidépresseurs va peu à peu disparaître avec l'arrivée des antidépresseurs tricycliques.

3. Jean-François LAÉ, « Le lit, dispositif de l'institution totale », in Philippe ARTIÈRES et Jean-François LAÉ (éd.), *L'asile aux fous. Photographies de Roger Camar*, Paris, Presses Universitaires de Vincennes, 2009, p. 105.

Mais revenons à Françoise S. Le lendemain de son internement, elle est présentée le matin au psychiatre Raymond Baudoux. Né en 1910, il fait presque partie de la première génération de psychiatres ayant travaillé à l'*Institut*. Il termine ses études de médecine à l'Université libre de Bruxelles en 1936 : il a alors déjà effectué deux stages en psychiatrie, ce qui est plutôt exceptionnel pour l'époque. Malgré le manque de reconnaissance dont souffre la psychiatrie à ce moment, et ce encore pour longtemps, Baudoux semble vouloir choisir cette spécialité médicale dès le début de ses études. Dans un premier temps, aucune place n'est libre dans un hôpital psychiatrique : Raymond Baudoux travaille donc d'abord à l'Institut dentaire George Eastman, rattaché à l'hôpital universitaire de son université. Un an plus tard, il est engagé comme 2^e médecin adjoint à l'*Institut*. Le début de sa carrière est caractéristique de celui de beaucoup d'aliénistes. Si la psychiatrie est dans la plupart des pays européens une des premières spécialités médicales à se construire son propre champ dans la seconde moitié du XIX^e siècle, la formation universitaire restera encore pendant longtemps généraliste, l'apprentissage spécialisé se faisant sur le tas. C'est ainsi que Raymond Baudoux a appris la psychiatrie ; c'est ainsi que les futurs psychiatres apprennent encore la psychiatrie en 1963 au moment où les trajectoires de Françoise S. et de Raymond Baudoux se croisent. Raymond Baudoux est à ce moment chef de salle. Comme la plupart des psychiatres à l'*Institut* il y travaille à mi-temps, l'après-midi étant consacré à sa clientèle privée. Celle-ci n'est d'ailleurs que rarement transférée à l'*Institut*. Ce lieu, qui dépend entre autres de l'assistance publique, n'est pas jugé convenable pour la clientèle privée des psychiatres. Celle-ci vient le plus souvent d'un milieu plus aisé et exige des chambres individuelles dont l'*Institut* ne dispose guère⁴. En tant que patiente nouvellement arrivée, Françoise S. passe dans le petit bureau dont dispose Baudoux pour effectuer une première anamnèse. Contrairement aux années 1930 et 1940 celle-ci ne se fait plus au lit du patient, mais dans un espace séparé du dortoir afin d'assurer une certaine discrétion, une certaine intimité. Le premier entretien n'est guère concluant :

« Vieille fille – fière de l'être – sale – longs cheveux logorrhée intarissable avec comportement maniaque – rires. Pas d'agitation gestuelle. Fuite des idées. Autocritique – P[our]q[ui] êtes vous entrée : Rép[onse] : "Mon poêle n'est qu'un Nestor Martin..." Se signe. Interprétations délirantes ++ Incohérence totale des propos --> anamnèse impossible. Comportement de type maniaque ou PG [Paralysie Générale]. Pas de comportement hallucinatoire. C[on]cl[usion]. Patiente de 65 ans, totalement délirante, ininterrogeable. »

4. Entretien avec Claude Bloch du 10 mars 2009.

Le même jour, Françoise S. subit un examen hématologique qui ne donne pas lieu à des observations particulières. Celui-ci est réalisé au service de biologie clinique de l'hôpital Brugmann. C'est une des spécificités du lieu dans lequel nous allons voyager par la suite. Contrairement à la plupart des asiles européens de l'époque, l'*Institut* est intégré dans un hôpital (universitaire) plus large ce qui explique une médicalisation parfois plus importante que dans d'autres institutions exclusivement réservées aux malades mentaux. La présence de tout un arsenal de moyens techniques rend possible ces investigations. Le même jour, une analyse d'urine est demandée, analyse qui se révèle banale. Par la suite, Françoise S. subit également deux électrocardiogrammes, un le 9 octobre et un le 14 : le résultat est deux fois le même : « tracé normal ».

Dans la salle, Françoise S. « n'arrête pas de parler de son fiancé, de sa famille... » L'infirmière de service trouve ses « propos discordants ». Selon cette dernière, la patiente n'a « aucune suite dans les idées ». Malgré le fait qu'elle « parle beaucoup la soirée », elle ne se voit administrer aucune médication. À partir du troisième jour, le dossier de Françoise S. commence à devenir plus mince et il devient plus difficile de suivre ses activités journalières. Il s'avère que le frère de la patiente est en consultation psychiatrique avec comme diagnostic « démence alcoolique ». Comme elle continue de parler beaucoup toute la journée et même le soir, elle se voit administrer une cuillère d'Amytal lors de sa troisième nuit. C'est un barbiturique mis sur le marché dans les années 1920 et qui est très apprécié par les médecins de l'*Institut* qui continuent à le prescrire jusqu'au début des années 1980. C'est seulement après une troisième nuit passée à l'hôpital psychiatrique que Françoise S. est soumise à un examen physique plus détaillé, examen effectué par l'externe, un étudiant en médecine qui fait son stage à l'*Institut*. Il lui découvre un œdème malléolaire, signe d'une entorse de cheville, mais pas d'éléments qui permettent d'affiner le diagnostic psychiatrique. Le même jour, le médecin de la salle propose une thérapie médicamenteuse : le dossier reste plutôt silencieux sur le diagnostic. Jusqu'à son changement de salle le 30 octobre 1963, Françoise S. se voit administrer 15 gouttes de Haldol, 1 cuillère de Disipal et 25 mg de Prazine, trois fois par jour : le matin à 8 heures, le midi à 14 heures et le soir à 18 heures. Le premier médicament est un neuroleptique assez puissant. Le deuxième un anti-épileptique qui permet de maîtriser au moins partiellement les importants symptômes extra-pyramidaux du Haldol. La Prazine est un autre neuroleptique moins puissant. Avant l'extinction des lumières à 21 heures, une cuillère quotidienne d'Amytal doit faciliter le sommeil. Il s'agit d'un cocktail de médicaments assez courant pendant ces années.

Laura D. (dépression)	Sarah T. (dépression, tentative de suicide)	Coline S.	Wendy L. (bouffée délirante)	Florence R.
Prazine, Phenergan et Amytal	Pas de médicament	Disipal, Prazine, soir Amytal, Phenergan (si nécessaire)	Haldol, Disipal, Amytal	Électrochoc avec curare

TABLEAU 1. – *Médication et diagnostic de quelques patientes de la salle 49 début octobre 1963.*

La faible concordance entre le traitement médicamenteux et le diagnostic psychiatrique est commune à toutes les patientes (cf. chapitre 7). Ainsi le Haldol qui est principalement destiné à la schizophrénie, est utilisé beaucoup plus largement comme l'illustre le tableau ci-dessus. Il est également intéressant de relever la grande stabilité de la prescription. Malgré des manuels de psychiatrie qui prônent à ce moment un réajustement régulier des médicaments⁵, la plupart des patientes de la salle 49 voient leur traitement établi après 2-3 jours d'hospitalisation et celui-ci reste alors souvent de mise jusqu'à la fin du séjour.

Malgré la médication assez importante, les notes des infirmières continuent à témoigner d'une agitation assez importante de la part de Françoise S.

« Parle toute la journée. Discute beaucoup » (7 octobre 1963).

« Très somnolente » (9 octobre 1963).

« N'a pas dormi toute la nuit. Était chaque ½ h au WC. Explique je dois aller souvent quand j'ai mangé la compote » (13 octobre 1963).

« Calme, s'occupe un peu de l'ordre de la salle » (18 octobre 1963).

Son psychiatre montre au début une certaine impatience face aux accès maniaques qui reviennent régulièrement. Dans son bilan de départ, la conclusion quant à la thérapie médicamenteuse est néanmoins plutôt positive :

« Patiente de 65 ans, entre le 1/10/1963 en crise d'agitation maniaque, euphorique et confuse... Le comportement maniaque cessa rapidement à la thérapeutique, tandis que la confusion mit plus de temps à régresser. »

Mais revenons à la quatrième journée de Françoise S., celle où elle est soumise à un examen physique et où sa médication est fixée. C'est d'une certaine manière la dernière fois que cette patiente fait encore l'objet d'un intérêt plus poussé du psychiatre. Par la suite, et pour le mois pendant lequel elle restera à l'*Institut*, son dossier ne contient plus que trois notices

5. Henri Ey, *Manuel de psychiatrie*, 2^e éd., Paris, Masson, 1963, p. 600-602.

médicales. Une première, le 6 octobre, dans laquelle le médecin confirme l'examen physique réalisé par l'externe. Une deuxième, le 27 octobre où il constate une « nette amélioration » et annonce ainsi une sortie prochaine. Et finalement le 7 novembre, jour de sortie de Françoise S., sortie qui se traduit par la clôture (provisoire) de son dossier avec un résumé de sa trajectoire hospitalière par Baudoux. Pour préparer cette sortie, une enquête est réalisée le 30 octobre 1963 par une assistante sociale travaillant à l'*Institut*. Au début des années 1960, cette démarche est encore plutôt rare. D'ailleurs les premières assistantes sociales n'ont commencé à y travailler que dans les années 1950. C'est probablement le rapport de police soulignant le délabrement de la personne ainsi que l'âge avancé de Françoise S. qui explique l'intervention du service social. Le bilan du rapport est ambigu : il mentionne d'un côté les problèmes du frère (alcoolique lui-même hospitalisé en octobre 1963) avec lequel Françoise S. cohabite, mais d'un autre côté, il constate que grâce à l'aide de la Commission d'Assistance Publique, les deux personnes arrivent à payer leur loyer. D'après le frère, ils vivent « en bonne entente ». L'assistante sociale ne voit donc pas d'éléments contraignants qui empêcheraient un retour de Françoise S. à la maison.

Les 37 jours du séjour de Françoise S. sont rythmés par la prise des médicaments (quatre fois par jour), la prise de la température (une fois par jour) et les repas (trois fois par jour). Chaque dimanche, les patientes sont également pesées.

Contrairement aux années 1930 et 1940 où les patients doivent rester allongés pendant toute la journée dans leur lit, Françoise S. peut circuler « librement » dans la salle et les pièces y attenantes. Mais contrairement à d'autres salles, les patientes de la « 49 » ne se voient guère proposer d'activités ergothérapeutiques spécifiques. Certes elles peuvent participer au travail quotidien sur place. Ainsi le 18 octobre, Françoise S. range une partie de la salle. Quelques jours plus tard, elle participe au nettoyage du sol. Pendant une semaine, elle aide les infirmières à plier les compresses. Mais ces petits travaux n'ont pas de but thérapeutique particulier : ils n'ont pas d'autre vocation que d'occuper au moins un peu les patientes. Cette inactivité, qui est d'une certaine manière favorisée par l'effet soporifique des neuroleptiques, est probablement également une des causes de la prise de poids importante de Françoise S. : en un mois elle gagne plus de 5 kilos⁶.

Une autre manière de faire passer le temps est de nouer contact avec d'autres malades. Après le tassement de son agitation, les infirmières notent à plusieurs reprises qu'« elle converse avec d'autres malades » (22 octobre 1963).

6. L'obésité est un problème récurrent des patients psychiatriques. Le film que Sandrine Bonnaire a consacré à sa sœur – intitulé *Elle s'appelle Sabine* (2007) – est à ce niveau particulièrement parlant et rend Sabine presque méconnaissable.

Au fil de son séjour, Françoise S. semble même nouer davantage contact avec Aline S. Cette maraîchère de 53 ans se retrouve à l'*Institut* à cause d'une « tentative de suicide » même si le dossier médical laisse apparaître une situation plus compliquée. En fait, elle est systématiquement battue par son conjoint : lors d'une altercation particulièrement violente, elle a sauté par la fenêtre. Après un passage à Saint-Pierre, un hôpital général où elle est soignée suite aux blessures physiques de sa chute, elle est envoyée en psychiatrie à cause de sa tentative de suicide. Celle-ci donne normalement lieu à une collocation et Françoise S. se retrouve ainsi en salle 49. À son entrée, l'infirmière note :

« Se demande pourquoi on l'amène dans une telle salle car a une "fracture" de la hanche droite et du poignet droit et pensait aller en chirurgie » (18 octobre 1963).

Dès le deuxième jour aussi bien les notes médicales – « Calme réagit bien à son hospitalisation ici » – que celles des infirmières « est calme – raconte ce qui s'est passé et a motivé son hospitalisation. Ne semble pas anxieuse » décrivent une personne particulièrement bien adaptée. Elle ne reçoit pas de médicaments, ni même de tranquillisant le soir, ce qui est plutôt rare. Et cinq jours après sa collocation, Baudoux décide de libérer Aline S. qui part de nouveau vers un hôpital général vu qu'elle ne s'est pas encore remise de ses blessures (e. a. bassin fracturé). Françoise S. perd donc rapidement la seule personne avec laquelle elle a établi un contact plus étroit.

Les journées commencent donc à devenir longues : la vie en communauté est parfois pénible – les altercations sont fréquentes – et l'enfermement pèse. Dans la nuit du 12 au 13 octobre, une malade réveille toute la salle vers 3 heures du matin et l'agitation est telle que la plupart des patientes, dont Françoise S., n'arrivent plus à se rendormir. Quelques jours plus tard, Françoise S. manifeste à plusieurs reprises son désir de partir. Son séjour à l'hôpital psychiatrique lui semble de plus en plus dénué de sens :

« Pleurait ce matin, demandait quand elle pouvait sortir car qu'elle était déjà 3 semaines ici » (22 octobre 1963).

Suite au rapport favorable du médecin du 27 octobre, rapport qui se base également sur les notes des infirmières qui contiennent de plus en plus souvent le mot « calme », Françoise S. est transférée en salle 47 à la fin du mois. Celle-ci se trouve également dans le pavillon B : le régime fermé est donc maintenu. Mais la « 47 » est située au rez-de-chaussée et donne ainsi non seulement accès au jardin, probablement de peu d'intérêt pendant ce mois de novembre en Belgique, mais également à des distractions plus variées (tennis de table, bibliothèque...). Certes, les journées et les nuits continuent à se dérouler essentiellement dans un dortoir commun qui,

comme celui au 1^{er} étage, comprend une vingtaine de lits, mais, au moins en principe, les patientes qui s'y trouvent sont beaucoup moins agitées. Cette mesure – de passer de la salle 49 à la salle 47 – est un des moyens des psychiatres pour gérer la population des patientes, les classer, essayer différents régimes de liberté, récompenser les patientes ou les punir. En effet, le passage au rez-de-chaussée est vécu par la plupart comme une faveur. Dans un premier temps, Françoise S. n'est guère enchantée par le changement :

« Calme, mais un peu déprimée. Aimait beaucoup mieux la S. 49. Voudrait une fois y retourner » (30 octobre 1963).

Les raisons de cette déprime peuvent être multiples. Changements d'habitude, peur de l'inconnu, perte des amitiés nouées au premier étage. Quoi qu'il en soit, Françoise s'habitue rapidement au nouvel environnement qui présente des avantages non négligeables. Ainsi le 1^{er} novembre, le médecin lui accorde un droit de sortie pour une journée, journée qu'elle va passer avec son frère et pour laquelle elle reçoit une petite somme d'argent. Et malgré la météo plutôt maussade, les infirmières notent à plusieurs reprises qu'elle passe du temps dans le jardin. Mais jusqu'à la fin de son séjour elle ne nouera pas de contacts avec d'autres patientes.

Le 7 novembre 1963, Françoise S. quitte l'*Institut* sous le régime du « congé », régime de sortie provisoire qui peut être facilement retransformé en collocation. Le dossier médical ne donne pas d'indications sur le moment et les conditions où Françoise S. a été informée de sa sortie. Deux semaines plus tard – le 20 novembre 1963 – le psychiatre la change en « sous essai ». En l'absence d'autres éléments, elle retrouve « toute sa liberté » à la mi-décembre, trois mois et demi après sa collocation. Françoise S. connaîtra encore trois autres séjours à l'*Institut*, deux en 1965 et un 1966-1967. Sa dernière trace dans les archives médicales de l'*Institut* est un « congé sur essai » du 3 février 1967.

Introduction

La trajectoire de Françoise S. décrite ci-dessus se déroule dans un hôpital universitaire de psychiatrie dans les années 1960. Comprenant une centaine de lits, cette institution est située à Bruxelles, capitale de la Belgique et d'une Europe en devenir. Le récit ne repose pas sur une observation d'un ethnologue, mais s'est construit à partir des dossiers de patients qui, pour cet hôpital, ont été conservés dans leur intégralité. Ces quelques pages indiquent le ton et l'échelle du livre qui s'articule autour de trois idées structurantes : une mise en avant de la voix des patients, une description de la psychiatrie « au ras du sol » et une réflexion sur la psychiatrie au xx^e siècle, le tout à travers ces archives très particulières que constituent les dossiers de patients.

Entendre la voix du patient

Pendant des décennies, l'histoire de la médecine était l'histoire des médecins. Au fil du temps, les institutions médicales (hôpitaux, écoles...), puis le personnel soignant ont commencé à faire partie du récit. Il y a plus de vingt ans, Roy Porter décrivait l'expérience de la maladie de Samuel Pepys, un bourgeois anglais qui retranscrivait fidèlement ses sensations dans un journal personnel à la fin du xviii^e siècle. Le doyen de l'histoire sociale regrettait de ne pas savoir si le cas de Pepys était spécifique ou pas, faute d'études qui auraient permis de le situer dans un cadre plus large.

« En fait, mon point de vue est le suivant : nous ne savons pas quoi en faire. Nous ne savons pas ce qui est typique, ce qui est exceptionnel. Ce qui nous manque c'est un atlas historique de l'expérience de la maladie différenciée selon l'âge, le genre, la classe, la religion et toutes les autres variables significantes. C'est *terra incognita*, partiellement parce que l'historiographie de la médecine s'est peu intéressé à cette problématique¹. »

Son plaidoyer a été entendu et, depuis, de nombreuses études ont pris en compte le point de vue des patients, soit comme une thématique parmi

1. Roy PORTER, « The patient's view. Doing Medical History from Below », *Theory and Society*, 14-2, 1985, p. 175-198. Toutes les traductions sont de l'auteur.

d'autres, soit comme problématique centrale. Ainsi, on peut aujourd'hui recourir à des histoires générales sur le patient² ainsi qu'à des études plus spécifiques sur les psychiatisés³. Malgré ces efforts, l'histoire des patients n'a toujours pas trouvé sa place dans l'histoire de la médecine. Pour preuve deux ouvrages de référence récents sur l'histoire de la médecine⁴. Dans aucun des deux, l'histoire des patients n'apparaît comme (sous-)chapitre. Une recherche sur le mot « patient » dans l'index de ces livres nous fait découvrir seulement deux références, une à la gestion des malades et une à la lutte des patients pour leurs droits dans les années 1960 et 1970. Les infirmières se voient consacrer des sous-chapitres spécifiques et, pour les médecins, il ne faut pas regarder sous la rubrique « médecin » mais sous les différentes spécialités, tellement les références sont nombreuses. Le patient reste le grand absent de l'historiographie médicale.

Sans se focaliser exclusivement sur le patient, il s'agit néanmoins de le faire (r)entrer dans le récit historique, non pas en tant que « victime » d'un pouvoir psychiatrique tout-puissant, mais en tant qu'acteur. Certes, on ne peut pas postuler une égalité de pouvoir entre les différentes personnes qui interagissent en psychiatrie. Leur liberté d'action est conditionnée par les configurations internes de l'*Institut* qui se caractérisent par une asymétrie du pouvoir, mais également par des facteurs extérieurs à cet espace particulier, par « la multiplicité des mondes auxquels leurs expériences biographiques leur ont donné accès, et leurs capacités inférentielles⁵ » pour reprendre les termes de Bernard Lepetit. Plus que tous les autres patients des hôpitaux, les internés vivent dans la « non-représentation sociale⁶ ». Souvent le psychiatisé n'apparaît pas et s'il le fait il est confiné à un rôle passif, celui d'un objet dont toute parole, tout acte est lu comme signifiant de sa maladie. Leurs mots sont enfermés dans une circularité diagnostique : ils sont un signe supplémentaire de leur maladie et leur maladie est une raison pour ne pas prendre en compte leurs paroles. Souvent les seuls récits pris en considération sont ceux des observateurs, pas ceux des observés. Certes les internés ne s'expriment pas d'une manière savante. Néanmoins, ils sont loin d'être inaudibles et incompréhensibles. Les observateurs – médecins,

2. Edward SHORTER, *Doctors and Their Patients: A Social History*, New Brunswick, Transaction Publishers, 1991 et Michael STOLBERG, *Homo patiens: Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit*, Köln, Böhlau, 2003.

3. Geoffrey REAUME, *Remembrance of Patients Past: Patient Life at the Toronto Hospital for the Insane, 1870-1940*, New York, OUP, 2000, Karen NOLTE, *Gelebte Hysterie: Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900*, Frankfurt a. M., Campus, 2003 et Monika ANKELE, *Alltag und Aneignung in Psychiatrien um 1900: Selbstzeugnisse von Frauen aus der Sammlung Prinzhorn*, Wien, Böhlau, 2009.

4. Roger COOTER et John PICKSTONE (éd.), *Companion to Medicine in the Twentieth Century*, London, Routledge, 2003 et W. F. BYNUM, Anne HARDY, Stephen JACZYNA, Christopher LAWRENCE et E. M. TANSEY (éd.), *The western medical tradition: 1800 to 2000*, New York, CUP, 2006.

5. Bernard LEPETIT, *Les formes de l'expérience: une autre histoire sociale*, Paris, A. Michel, 1995.

6. Arlette FARGE, Jean-François LAÉ, Patrick CINGOLANI et Franck MAGLOIRE, *Sans visages: l'impossible regard sur le pauvre*, Paris, Bayard, 2004, p. 11.

infirmières, assistantes sociales... – retranscrivent les réactions et paroles des patients. Et puis les dossiers renferment des écrits (lettres, récits autobiographiques, récits de fiction...) des patients. Des récits qui semblaient à jamais enfermés dans ces archives, des voix qui risquaient de ne jamais se faire entendre. Prendre au sérieux ces histoires est aussi essentiel pour une compréhension historique de la « folie » que l'analyse des écrits de ceux qui posent les diagnostics. La vue qu'on a du patient bascule ainsi en permanence entre perception par soi et perception par l'autre. Ces voix nous permettent souvent de découvrir une réalité qui dépasse la simple constatation clinique et pathologique⁷. « Contre-lire » ainsi les archives psychiatriques me semble une manière d'écrire une autre histoire de la psychiatrie.

La prise en compte du patient psychiatrique dans une histoire de la médecine est d'autant plus nécessaire au xx^e siècle que son statut connaît un changement important. Comme Nikolas Rose l'a argumenté une première fois il y a bientôt vingt ans, le monde « psy » a profondément changé la manière dont les hommes et les femmes se définissent eux-mêmes. L'individu dans sa subjectivité, dans son « self » devient un objet d'étude, mais aussi un sujet qui agit lui-même sur ce « soi ». Rose montre que la nouveauté de ce xx^e siècle est la nécessité pour chaque individu d'inventer sa propre subjectivité. Il rejoint dans cette analyse d'une certaine manière, le sociologue Alain Ehrenberg qui propose une argumentation similaire. Dans cette optique, l'individu a une responsabilité beaucoup plus grande : une personne considérée comme malade n'est donc plus seulement objet, mais également sujet de sa propre trajectoire. Cette « invention de nous-mêmes⁸ »

« multiplie les points où les citoyens sont capables de refuser, de contester, d'affronter ces demandes auxquelles ils sont confrontés. C'est dans cet espace de gouvernement et de liberté, dynamique et antagoniste que le genre d'analyse produit dans ce livre a un sens⁹ ».

Cette affirmation formulée ici pour le citoyen reste également valable pour le patient psychiatrique. De plus en plus, pendant ce xx^e siècle, son intervention sur soi-même sera souhaitée, exigée même. Les travaux de Rose et d'Ehrenberg portent peu sur le patient psychiatrique. En ouvrant le récit historique à la voix et au sens que le patient donne à cette expérience, il devient possible de confronter leurs travaux à cette population, directement soumise à la demande de participer activement à la création d'un nouveau soi.

7. Geoffrey REAUME, « Keep Your Labels Off My Mind! Or « Now I Am Going to Pretend I Am Crazy but Dont Be a Bit Alarmed » : Psychiatric History from the Patients' Perspectives », *Canadian Bulletin of Medical History*, 11, 1994, p. 397-424.

8. Nikolas ROSE, *Inventing our selves: psychology, power and personhood*, Cambridge, CUP, 1996.

9. Nikolas ROSE, *Governing the Soul the Shaping of the Private Self*, 2. ed., London, Free Assoc. Books, 1999, p. XXIII.

Cette focalisation sur la voix du patient comporte deux écueils. Le premier risque, le plus facile à contourner dans ce travail, consiste à faire oublier que le patient est en interaction avec plusieurs autres acteurs et que l'approche et l'échelle choisies permettent également de découvrir le monde des infirmières et d'offrir un point de vue décalé des médecins, point de vue éloigné de ces autobiographies de médecins qui se complaisent souvent dans le grand récit du progrès scientifique. Le deuxième écueil ne pourra pas être évité complètement dans ce récit : je ne peux qu'inviter le lecteur à ne pas l'oublier en lisant ces pages. Plus encore que pour le médecin ou l'infirmière, le statut du patient est particulier. Le séjour à l'hôpital constitue le plus souvent une période bien spécifique de sa biographie, une période qui le coupe du monde dans lequel il vit et du statut qu'il y occupe. Dans le cas plus particulier du patient psychiatisé, cette période est singulièrement vécue comme rupture, comme un espace temps stigmatisé. Or ce travail risque de l'enfermer une nouvelle fois dans ce stigmatisme bien particulier.

« Au ras du sol »

20 ans après l'article précité de Roy Porter, l'historien suisse Flurin Condrau fait un bilan plutôt négatif :

« Contrairement à d'autres domaines de recherche tels que l'histoire des sciences médicales ou l'histoire des maladies, il n'y a pas eu beaucoup de réflexion méthodologique et ceci a fait que l'histoire des patients est un champ intellectuellement moins stimulant¹⁰. »

Or, l'intérêt pour les patients implique comme l'indiquait déjà le titre de Roy Porter – « from below » – un changement d'échelle. L'historien britannique s'inscrivait ainsi en opposition à une histoire sociale jugée déshumanisée. Le retour sur la subjectivité humaine fait de l'historien de nouveau l'ogre de la légende, pour reprendre la formule bien connue de Marc Bloch. Là où il flaire la chair humaine, il sait que là est son gibier. Trop souvent, cependant, cette histoire d'en bas se limitait au champ des « petites gens ». La micro-histoire est née avec la volonté de faire accéder au récit historique des populations qui, jusque-là, en étaient absentes. Ceci constitue également un des points de motivation de ce travail. Mais rien n'empêche d'appliquer cette méthode à d'autres couches sociales dont la voix est entendue depuis plus longtemps. En plus, ce quotidien était souvent opposé aux institutions, aux instances de socialisation. Or comme l'a argumenté l'historien suisse Jakob Tanner, cette dissociation appauvrit largement le débat : « Le quotidien n'est pas un espace qu'on délimite par

10. Flurin CONDRAU, « The Patient's View Meets the Clinical Gaze », *Social History of Medicine*, 20-3, 1^{er} décembre 2007, p. 525-540.

rapport à des structures ou des institutions¹¹. » Approcher la psychiatrie dans sa quotidienneté pour les individus qui y passent, mais aussi en tant qu'institution est une manière d'éviter cet écueil. C'est justement dans la quotidienneté qu'actions et réactions des institutions comme des individus sont les plus décelables.

Contrairement à ce qu'affirmait Jacques Revel en 1989, je considère la micro-histoire bel et bien comme une technique et non seulement comme un « symptôme » d'une histoire sociale en crise¹². En effet elle implique le choix d'une échelle qui est rarement mise en avant par l'histoire sociale. Cet intérêt pour le quotidien, la pratique, les hommes avec leur propre *agency* est depuis toujours considéré comme l'apanage des anthropologues, des sociologues, des ethnologues qui excellent dans la description et l'analyse des microévénements et leur inscription dans un récit plus large. C'est cette fascination pour l'ethnologie que Jacques Revel décelait chez les praticiens italiens de la micro-histoire, qui explique également le titre, peut-être un peu naïf, de ce travail, *Parmi les fous*. Est-ce possible d'écrire, de décrire comme un ethnologue la vie à l'intérieur d'un hôpital psychiatrique avec les sources dont dispose un historien ?

Si j'ai choisi d'aborder l'histoire de la psychiatrie au xx^e siècle « au ras du sol », c'est parce que je suis convaincu que c'est cette « modulation locale » qui permet d'apercevoir le mieux le fonctionnement des sociétés institutionnalisées¹³. Les archives choisies – l'archive psychiatrique – fournissent un matériau qui permet d'aborder par en bas la psychiatrie en tant que pratique dans des contextes sociaux particuliers. L'organisation du travail, l'appropriation du savoir psychiatrique, le regard clinique, l'expérience de la maladie mentale par le médecin et le patient selon des critères de genre et de groupe social sont encore trop souvent décrits et analysés à partir de rapports de médecins, de la littérature publiée dans les revues psychiatriques... La descente à l'échelle micro laisse souvent apparaître une image complètement différente. L'écart, le décalage entre discours et pratiques, entre représentation d'un champ et sa mise en application est souvent conséquent. Or, surtout la psychiatrie et son analyse semblent souvent déjà surdéterminées par des critères et des catégories préconçus. Champ normatif par excellence, la psychiatrie est souvent lue à travers des lunettes au moins aussi normatives : l'approche choisie est peut-être la mieux à même de redéfinir ces présupposés de l'analyse socio-historique. La production de formes sociales et de cadres de relation devient visible à partir des individus agissants. C'est cette perspective, ce regard qui sera privilégié dans ma réflexion.

11. Jakob TANNER, *Historische Anthropologie zur Einführung*, Hamburg, Junius, 2004, p. 104.

12. Jacques REVEL, « L'histoire au ras du sol », in Giovanni LEVI (éd.), *Le pouvoir au village. Histoire d'un exorciste dans le Piémont du XVII^e siècle*, Paris, Gallimard, 1989, p. ii.

13. Bill LUCKIN, « Towards a Social History of Institutionalisation », *Social History*, 8-1, 1983, p. 87-94.

L'intérêt pour le quotidien, la répétition, la normalité dans un hôpital psychiatrique fait apparaître en permanence l'exceptionnalité de la normalité pour reprendre une formule d'Edoardo Grendi¹⁴. Le sociologue allemand Niklas Luhmann a utilisé la métaphore d'un jeu d'enfants « Je vois ce que tu ne vois pas¹⁵ » pour expliciter le travail du sociologue. C'est ce désir de changement de perspectives, d'oser un deuxième regard qui anime également cette réflexion. C'est dans cette normalité que les logiques d'action apparaissent dans leur interaction, comme produisant des frictions mais également des marges de manœuvre pour tous les acteurs impliqués. Leur comportement n'est cependant pas réductible à une modélisation répétitive mais varie inlassablement selon des configurations d'interdépendance¹⁶. C'est également dans cet interstice que la micro-histoire rejoint l'anthropologie historique par leur intérêt commun pour des sujets qui conditionnent la pratique de la vie et la définition de l'identité propre tels que le maniement du corps, le vécu de la sexualité, les rapports de famille, la perception de l'autre ou les cultures populaires.

L'inscription de ce travail dans une échelle « micro » ne conduit cependant pas à une décontextualisation. Comme toute histoire des sciences, l'histoire de la psychiatrie s'inscrit évidemment d'emblée dans une histoire transnationale. Paradigmes d'interprétation de la maladie, thérapies disponibles, formation des médecins, financement des institutions, statut légal des psychiatisés : toutes ces questions sont formulées et résolues à des niveaux qui dépassent le cas d'étude d'un hôpital psychiatrique (belge). Elles forment donc un arrière-fond qui sera en permanence intégré dans le récit. Les « jeux d'échelles¹⁷ » entre niveaux « macro » (international), « meso » (national) et « micro » (l'hôpital en question) seront le fil rouge de l'ouvrage. Il ne s'agit donc pas d'opposer ces niveaux, de les mettre en concurrence, de les hiérarchiser, mais de choisir les échelles d'observation d'après les questions qu'on pose, de mettre en confrontation les différents niveaux. D'une part, une littérature abondante existe pour les autres niveaux – littérature qui sera d'ailleurs abondamment présente dans le texte. D'autre part les questions qui m'intéressent étant situées essentiellement à cette micro-échelle, les cadres de perception, d'interprétation et de réaction des femmes et hommes peuvent être reliés aux caractères matériels et structurels qui conditionnent leur vie.

Un exemple intéresse en ce moment les chercheurs travaillant sur la psychiatrie : la soi-disant « révolution biologique » des années 1950. On peut analyser l'introduction des neuroleptiques, antidépresseurs et tranquil-

14. Edoardo GRENDI, « Repenser la micro-histoire? », in Jacques REVEL (éd.), *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*, Paris, Gallimard, 1996, p. 238.

15. Niklas LUHMANN, « Ich sehe was du nicht siehst », in *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*, Opladen, Westdeutscher Verlag, 1990.

16. J. TANNER, *Historische Anthropologie zur Einführung...*, op. cit., p. 106-108.

17. Jacques REVEL (éd.), *Jeux d'échelles : la micro-analyse à l'expérience*, Paris, Gallimard, 1996.

lisants à l'échelle transnationale – ces médicaments comme un changement de paradigme d'explication psychiatrique –, à l'échelle nationale – l'introduction des médicaments sur le marché à travers les législations étatiques, et à l'échelle locale – le rôle du médicament dans l'interaction entre psychiatres, infirmières et patients. Cette dernière approche permet la prise en compte de la « multiplicité des perspectives des acteurs » qui est pour la sociologue Livia Velpy une des caractéristiques mêmes de la maladie mentale¹⁸. Le champ d'observation réduit permet de dégager des facteurs qui échappent le plus souvent au récit historique. Le point de vue choisi n'est pas un but en soi – et en ce sens ce travail se distingue d'une monographie classique – mais espère livrer une « histoire détaillée du tout » (Hans Medick), et analyser une des exceptions normales qui forment l'histoire.

La psychiatrie au xx^e siècle

L'histoire de la psychiatrie au xx^e siècle est marquée par un vide historiographique remarquable comparée à celle des xviii^e et xix^e siècles¹⁹. Les raisons en sont multiples.

Les grands récits – que ce soit celui du « grand enfermement » de Michel Foucault ou celui de la « différenciation de la société bourgeoise » de Dirk Blasius – ont offert des cadres interprétatifs conduisant à des discussions animées, soutenues par maints travaux. Or, jusqu'aujourd'hui, aucun historien n'a proposé un tel récit pour le xx^e siècle à part Edward Shorter qui, d'une certaine manière, a proclamé la fin de l'histoire avec l'avènement de la chimiothérapie en psychiatrie²⁰. Peu de ses confrères sont néanmoins prêts à le suivre dans cette interprétation.

Ensuite l'écriture sur l'après 1945 implique peut-être de la part des historiens une trop grande distanciation. En effet, l'historiographie actuelle sur la psychiatrie s'inscrit toujours dans une généalogie antipsychiatrique des années 1960 et 1970. Plus généralement, la vision *wiggish*, souvent produite par les acteurs c'est-à-dire les médecins, a été remplacée pendant ces années-là par un récit très critique, produit par les sciences humaines. Certes la plupart des chercheurs essaient aujourd'hui de dépasser cette vision manichéenne qui ne laisse pas beaucoup de place aux nuances. On pourrait reprendre en ce sens un ouvrage novateur sur la Deuxième Guerre mondiale, passé également souvent représenté en noir et blanc. Dans son livre, l'historien hollandais Chris van der Heijden plaide pour une analyse

18. Livia VELPRY, *Le quotidien de la psychiatrie: sociologie de la maladie mentale*, Paris, Armand Colin, 2008, p. 22.

19. Volker HESS et Benoît MAJERUS, « Writing the history of psychiatry in the 20th century », *History of Psychiatry*, 22-2, 1^{er} juin 2011, p. 139-145.

20. Edward SHORTER, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York, John Wiley & Sons, 1997.

de toutes les colorations du gris²¹. Un tel souhait pourrait également être formulé pour l'histoire de la psychiatrie. Or les sciences humaines restent fortement inscrites dans l'optique antipsychiatrique d'il y a quarante ans. Écrire l'histoire de ces années-là revient donc en même temps à réfléchir sur l'inscription de sa propre pratique dans un courant idéologique bien particulier²².

Finalement, la recherche se heurte également à une problématique très terre à terre : la conservation déficiente et la consultation difficile des archives médicales. Les archives policières et judiciaires qui, par de nombreux aspects, peuvent être assimilées aux archives médicales ont connu depuis une vingtaine d'années une certaine valorisation ce qui a conduit à un certain souci de conservation. Les archives médicales surtout celles du siècle dernier restent aujourd'hui largement méconnues. En conséquence aucune politique de conservation cohérente n'a été développée. La situation souvent ambiguë des hôpitaux au niveau administratif explique probablement pourquoi personne ne se sent responsable de ces archives. À part certaines disciplines comme la psychiatrie et je vais y revenir, la médecine se définit elle-même aujourd'hui comme résolument tournée vers le futur. Le passé – et donc les archives – n'y joue qu'un rôle minime. Cette situation est légèrement différente en psychiatrie où le passé (d'un patient) est (était?) d'une importance capitale. Il n'est dès lors pas étonnant qu'à l'hôpital Brugmann auquel appartient l'*Institut*, seul ce service-là ait conservé l'intégralité de ses archives. Si la situation pour l'archive psychiatrique est dès lors bonne, ce n'est qu'en comparaison avec les autres archives médicales, et non dans un contexte plus large. Dans une étude plus ample, des dossiers de trois hôpitaux psychiatriques ont été étudiés : pour chacun des trois hôpitaux, les archives psychiatriques se trouvent dans les caves de l'hôpital ou dans les services mêmes, et non pas dans un centre d'archives. À cette première difficulté s'ajoute une deuxième, à savoir les régimes de consultation. Les lois sur les archives médicales dans les différents pays occidentaux rendent souvent l'accès plus que difficile. Dans les dernières années, le souci de la protection de la vie privée a rendu les institutions encore plus réticentes à ouvrir leurs archives. Sous le prétexte de protéger le patient, les conditions d'accessibilité rendent parfois toute recherche impossible... pour les sciences humaines. Les mondes médical et biologique y ont beaucoup plus facilement accès. Absence de *master narrative*, apparent manque d'autoréflexion et difficultés d'accès aux archives semblent trois facteurs déterminants dans le retard qui existe dans l'historiographie de la psychiatrie au XX^e siècle.

21. Chris van der HEIJDEN, *Grijs Verleden. Nederland en de Tweede Wereldoorlog.*, Amsterdam, Uitgeverij Contact, 2001.

22. Catherine FUSSINGER, « "Therapeutic community", psychiatry's reformers and antipsychiatrists: reconsidering changes in the field of psychiatry after World War II », *History of Psychiatry*, 22-2, 1^{er} juin 2011, p. 146-163.

Si on essaie de renverser ce constat négatif par une réflexion sur les caractéristiques de cette psychiatrie quatre éléments semblent pouvoir définir le xx^e siècle : la biologie psychiatrique, la mondialisation, la contestation et l'éclatement/l'ouverture du champ psychiatrique.

La naissance et le développement de la psychiatrie biologique sont sans aucun doute un des points centraux de tout ce livre. Créant l'espérance d'une inscription définitive de la psychiatrie dans le monde médical, les différentes thérapies biologiques – du choc au cardiazol aux neuroleptiques – constituent un changement conséquent de la théorie et de la pratique psychiatrique. L'espoir d'une guérison possible accompagne l'histoire de la psychiatrie tout au long de ce court xx^e siècle. Mais ces interventions dépassent de loin le seul cadre thérapeutique. En effet, les psychiatres essaient de réinterpréter la maladie mentale à travers les apparents succès de la biologie psychiatrique. L'explication chimique de celle-ci prend le dessus sur d'autres modèles d'explication. Elle semble ainsi inscrire définitivement la « folie » dans un discours médical et scientiste.

La mondialisation que connaît la psychiatrie s'exprime essentiellement par l'imposition d'une nosologie qui à la fin du xx^e siècle est pour ainsi dire mondiale. La standardisation des diagnostics a été une œuvre de longue haleine. Le modèle qui s'est imposé aujourd'hui repose sur une catégorisation créée par Emil Kraepelin au début du xx^e siècle. Depuis la fin du xix^e siècle de nombreux efforts d'harmonisation et de standardisation ont été effectués au niveau national en vue de pouvoir « mesurer », « classifier » la folie et prendre des mesures pour lutter contre celle-ci. Le mouvement d'hygiène mentale qui, en partant des États-Unis, va toucher tout le monde occidental dans l'entre-deux-guerres contribue à créer un langage transnational pour parler de la maladie mentale. Les deux systèmes de classification avec une aspiration à s'imposer mondialement, le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) dont la première version date de 1952²³ et l'*International Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD) qui connaît une poussée de légitimité lorsque l'Organisation Mondiale de la Santé la reprend comme son système de classification en 1948 sont des phénomènes du deuxième xx^e siècle. Certes, des résistances existent encore comme l'anthropologue Andrew Lakoff l'a montré en relatant l'échec de l'entreprise française de biotechnologie, Genset, en Argentine²⁴. Voulant découvrir les gènes responsables des troubles bipolaires, Genset finance une étude en Argentine, pays où les tests sont moins chers qu'en Europe, mais pays supposé génétiquement proche des marchés les plus attractifs : après quelques mois, devant le peu de succès, Genset se rend compte que, suite à la forte présence psychanalytique dans la psychiatrie argentine, le

23. Stuart A. KIRK et Herb KUTCHINS, *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry*, New York, Aldine de Gruyter, 1992.

24. Andrew LAKOFF, *La raison pharmaceutique*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 2008.

diagnostic « bipolaire » n'existe pas, et de ce fait la maladie non plus. Malgré ces « îlots de résistance », la création d'un marché pharmaceutique mondial crée une dynamique d'harmonisation des classifications. En Europe, ce processus vers le DSM ou l'ICD est un phénomène général à partir des années 1960 et 1970. Il implique la traduction de catégories « nationales » en catégories « transnationales ».

L'apparente stabilisation de la légitimité du champ psychiatrique à travers l'approche biologique est confrontée en même temps à un grand ébranlement. Le champ en question est soumis, surtout dans la seconde moitié du xx^e siècle, à une mise en cause profonde de ses fondements qui reposent justement sur une approche médicale et pathologique. Initié par des personnes issues de ce champ comme Ronald D. Laing et Thomas Szasz, ce mouvement dépasse rapidement le milieu médical pour toucher toute la société. Dans certains pays, les mouvements sociaux des années 1960 et 1970 s'articulent même autour d'une problématisation de la psychiatrie : l'Italie en est l'exemple le plus parlant. Des films comme *Family Life* de Ken Loach (1971) ou *One Flew Over the Cuckoo's Nest* de Milos Forman (1975) ont induit une profonde méfiance face à la psychiatrie, de sorte que, non seulement le patient est stigmatisé, mais aussi le domaine médical qui devrait s'en occuper.

La dernière caractéristique de la psychiatrie au xx^e siècle est un mouvement à première vue paradoxal d'éclatement et d'extension. À la fin de ce siècle, la psychiatrie a quitté l'hôpital sans cependant l'abandonner. La désinstitutionnalisation de la psychiatrie a pris différentes formes dans le monde occidental : sectorisation en France, *community care* aux États-Unis... Quel que soit l'aspect formel, elle a conduit à une multiplication des lieux psychiatriques. Le champ psychiatrique est aujourd'hui extrêmement hétérogène et ne se distingue plus par *une* méthode partagée par tous. Il s'est transformé et offre aujourd'hui une multitude de structures allant d'une prise en charge dans des lieux extrêmement cloisonnés de psychopathes à un accompagnement ambulatoire de personnes ayant plutôt des problèmes psychologiques. Dans ce champ éclaté, la psychiatrie occupe une place centrale tout en perdant une partie de sa spécificité. Des concepts utilisés en psychiatrie comme « schizophrène » ou « borderline » sont devenus des mots du vocabulaire courant ; mais leur signification s'est métamorphosée au fil de ce transfert. D'après le point de vue du spectateur, la psychiatrie est nulle part et partout. Il ne fait en tout cas pas de doute que notre vie quotidienne est aujourd'hui « complètement perfusée par des schèmes médicaux-psychologiques²⁵ ».

25. Françoise CASTEL, Robert CASTEL et Anne LOVELL, *La Société psychiatrique avancée : le modèle américain*, Paris, B. Grasset, 1979, p. 292.

L'archive

Archive policière, archive judiciaire, archive pénitentiaire²⁶... connaissent depuis une vingtaine d'années une valorisation dans une frange historiographique qui essaie de renouveler l'histoire sociale par un retour vers l'homme en s'éloignant des analyses des structures. Ce mouvement aborde la société par la marge en essayant d'y trouver les « mécanismes d'infinie hiérarchisation de la société et du pouvoir²⁷ ». L'utilisation de l'archive psychiatrique peut s'y inscrire. Riche en informations, elle emmène son lecteur sur la trace d'un homme ou d'une femme dont la trajectoire sociale, économique, culturelle et psychique est souvent minutieusement retranscrite.

L'archive psychiatrique qu'on découvre la première fois en descendant dans les caves de l'*Institut* se présente sous une forme bien spécifique. En tant qu'archive médicale, elle a connu au fil du XIX^e siècle une harmonisation assez étonnante dans le monde occidental. Que ce soit à la *Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik* à Berlin, à l'Institut de Psychiatrie de l'hôpital Brugmann à Bruxelles, à l'hôpital Sainte Anne à Paris ou au *Maudsley Hospital* à Londres, la première lecture est facilitée par une unité formelle assez importante. Tous les documents sont rassemblés dans une farde, farde qui permet le plus souvent une rapide contextualisation du patient. L'épaisseur du dossier livre un premier indice sur la durée et/ou le nombre de(s) séjour(s). La couleur de la farde indique le sexe du patient – rouge pour les femmes, bleue pour les hommes. Finalement, nom, prénom, date de naissance, nombre et date des séjours, diagnostic se trouvent sur toutes les fardes – belges, allemandes, françaises, anglaises... Cette formalisation qui a commencé au XIX^e siècle se renforce certes au XX^e siècle – ainsi entre 1930 et 1980 cinq formulaires préimprimés différents sont utilisés à Bruxelles – mais reste néanmoins étonnamment stable²⁸. Avant d'accéder au dossier proprement dit, le lecteur de l'archive psychiatrique, que ce soit le médecin, l'infirmière ou l'historien s'est déjà fait une image de ce qu'il va trouver dans le dossier.

À part le rapport médical rédigé d'une manière systématique à partir des années 1960 à la fin du séjour du patient, la très grande majorité de ces papiers sont destinés à l'usage interne. Ils sont voués à un « entre-nous professionnel » et n'ont pas de suite dans une optique judiciaire contraire-

26. Naoko SERIU, « Les archives judiciaires et le terrain de la recherche historique », *L'Atelier du Centre de recherches historiques*, 5, 2009 [<http://acrh.revues.org/index1486.html>]. Consulté le 22 février 2010.

27. Arlette FARGE, *Quel bruit ferons-nous ? Entretiens avec Jean-Christophe Marti*, Paris, Prairies Ordinaires, 2005.

28. Sur la matérialité de l'archive psychiatrique et son caractère normatif pour le médecin : Brigitta BERNET, « « Eintragen und Ausfüllen » : Der Fall des psychiatrischen Formulars », in Sibylle BRÄNDLI, Barbara LÜTHI et Gregor SPUHLER (éd.), *Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts*, Frankfurt a. M., Campus, 2009, p. 62-91.

ment à d'autres archives de la marginalité²⁹. Les notes d'infirmières qui forment la colonne vertébrale du livre sont consignées afin d'assurer une continuité dans le service soignant. Si, dans un premier temps de dépouillement, j'avais un intérêt particulier pour les notes rédigées par les médecins, je me suis focalisé rapidement sur les notes d'infirmières. Cette évolution a été largement motivée par des stages entre 2008 et 2011 avec l'anthropologue Anne Schiltz au Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique du Luxembourg en vue de réaliser un documentaire. Nous avons passé notre premier après-midi dans l'institution sans rencontrer un seul psychiatre. Cette observation m'avait fortement marqué et avait profondément changé le regard que je portais sur les dossiers de patients qui constituent mon matériel de travail. La préparation de ce documentaire m'a aussi convaincu de l'utilité pour l'historien de plonger dans son domaine de recherches autrement que par les chemins classiques des archives. Sans nécessairement de lien immédiat avec son approche, le vécu contemporain du sujet qu'il aborde dans le passé s'avère enrichissant.

Les notes d'infirmières extrêmement riches permettent donc de suivre au jour le jour ce qui se passe dans les salles. Certes, elles notent le plus souvent l'extraordinaire, l'événement qui brise la routine. Et même ces événements ne sont pas toujours inscrits. Ainsi Balto M., âgé de 25 ans et colloqué pour « idées délirantes de persécution et d'influence », agresse deux mois après son hospitalisation une des infirmières. Cette attaque n'est initialement pas consignée dans les notes d'infirmière. Celle-ci n'a-t-elle pas eu le temps de le faire ou ne veut-elle pas que le personnage soit pénalisé, Balto M. ayant été jusque-là plutôt un patient agréable à vivre. Quoi qu'il en soit le médecin de la salle a vent de l'affaire et corrige les notes de l'infirmière : « Aurait été agressif [envers] l'infirmier. Pourquoi ce fait n'est-il pas noté. À quoi servent les cartes³⁰. » Le RAS – rien à signaler – attire donc encore davantage l'attention de l'historien sur toutes ces journées qui lui échappent complètement. Mais le RAS est rare et le plus souvent, l'infirmière écrit quelques mots trois fois par jour : la fin de l'après-midi offre un résumé de la journée, vers 22-23 heures on relève le début du sommeil et le matin résume la nuit. Finalement comme les prochains chapitres vont l'illustrer, l'infra-ordinaire, cher à Georges Perec, transparaît régulièrement à travers les dossiers qui permettent d'entrer dans le quotidien des salles malgré le fait que les patients passent beaucoup de temps en dehors du regard direct de celui qui rédige les dossiers.

Le contenu de chaque dossier se caractérise par la grande hétérogénéité des pièces conservées : rapports d'infirmière et fiches de médicaments s'y trouvent d'une manière systématique. Ceci est également valable pour le

29. Voir à ce sujet le très beau livre de Jean-François LAE, *Les nuits de la main courante : écritures au travail*, Paris, Stock, 2008.

30. HBIP, AS13200, rapport du médecin (15 juin 1958).

bulletin d'admission sur lequel le motif de l'hospitalisation sans consentement est normalement retranscrit ainsi que le premier diagnostic avancé par le médecin. À côté de ces trois formulaires qui existent le plus souvent sous forme préimprimée – sauf pendant la Deuxième Guerre mondiale où la rareté du papier conduit à un recyclage tous azimuts des formulaires –, les autres documents sont extrêmement hétérogènes. Souvent d'autres rapports de médecin rédigés sur des feuilles portant l'en-tête de l'*Institut* s'y retrouvent, de même que les tests de sang et d'urine, puis au fil du temps les électrocardiogrammes, les encéphalogrammes... L'intégration de l'*Institut* dans un hôpital général explique la forte médicalisation qui existe dès le début et qui se traduit surtout à partir des années 1960 par un nombre grandissant d'examen cliniques qui font « grossir » les dossiers. Les enquêtes des infirmières sociales sont déjà plus rares ; à partir des années 1970, celles-ci ne les versent d'ailleurs plus au dossier du patient, mais les gardent dans leur bureau³¹. D'une manière plus sporadique encore on trouve des lettres de mutualité, de la police, d'autres hôpitaux (psychiatriques) et dans environ un dossier sur vingt des écrits de la famille et/ou du patient³². Depuis que l'écriture est devenue objet d'analyse à la fin du XIX^e siècle³³, la psychiatrie porte un intérêt particulier aux écrits des patients, écrits le plus souvent utilisés comme un matériau permettant d'affiner le diagnostic. Ce changement du statut de l'écrit constitue pour l'historien d'aujourd'hui une richesse inespérée, car il permet justement de retrouver cette voix perdue des patients. C'est cette hétérogénéité qui fait la richesse de l'archive psychiatrique : elle permet de construire un récit à multiples voix d'une réalité qui se définit par des facettes variées.

Le plus souvent, l'écriture de l'infirmière, du psychiatre est « peu écrite », répétitive, brouillonne... En ce sens, elle se distingue des archives policières ou judiciaires qui ont souvent un caractère plus officiel. Leur point commun réside sans aucun doute dans la dissymétrie de pouvoir entre ceux qui écrivent et ceux sur lesquels on écrit. Ce déséquilibre qui caractérise les rapports policiers ou les enquêtes judiciaires est encore renforcé pour l'archive psychiatrique : le patient, objet de l'écriture, est souvent mis sous tutelle une deuxième fois par la réduction de ses dires et de ses actions à son supposé état de malade. Les patients sont d'ailleurs conscients du pouvoir/savoir du dossier : ainsi Christine P. qui entre en octobre 1960 pour la première fois à l'*Institut*. Âgée de 71 ans, elle est incapable de subvenir encore seule à ses besoins. Dès son entrée, elle se montre assez rebelle. Le rapport du premier examen médical illustre bien cette problématique :

31. Entretien avec Rita Braet et Chantale Ozoul, infirmières sociales, réalisé par Cédric Devos (15 mai 2008).

32. Valérie LECLERCQ, *Et qu'en disent les patients ? L'Institut de psychiatrie Brugmann et les écrits de ses malades (1950-1980)*, travail de séminaire, ULB, 2008.

33. Philippe ARTIÈRES, *Clinique de l'écriture : une histoire du regard médical sur l'écriture*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1998.

« Abattue, prostrée, tremblant légèrement, ne parlant pas spontanément. Bradypsychique et bradykinétique... Réticente sur des questions précises, p.ex. où elle a été traitée problème nerveux: "tout ça est passé!" Date de naissance? "ça se trouve dans mon dossier" [...] Blocage de la pensée et négativisme [...] Conclusion: psychose anxieuse avec gros blocage de la pensée et négativisme³⁴. »

Le renvoi au dossier omniscient permet à la patiente de montrer qu'elle n'est pas dupe de la situation dans laquelle elle se trouve. Dans le cas de Marie-Christine L., diagnostiquée « accès dépressif aigu avec compulsions suicidaires », la tenue du dossier la rend angoissée: « Elle semble inquiète de voir que l'on prend des notes —> je cesse d'écrire pour la mettre plus à l'aise³⁵. »

Et une des revendications principales d'un groupe de patients, intitulé Comité d'action du mouvement des émargés mentaux qui a existé à l'*Institut* au début des années 1970 est de « voir notre dossier et en discuter (origine de notre internement)³⁶ ». Les pièces contenues dans l'archive psychiatrique peuvent d'ailleurs poursuivre le patient d'un espace psychiatrique à un autre. Ainsi le poète français Antonin Artaud, lors de son dernier séjour psychiatrique à Rodez en 1944 essaie de convaincre le médecin-traitant Ferdière de ne pas tenir compte des rapports de ses séjours précédents en psychiatrie³⁷.

L'archive psychiatrique qui a servi à ce travail est, par certains aspects, spécifique au lieu de production, à savoir l'Institut de Psychiatrie de Bruxelles. Sans vouloir préjuger des chapitres à venir, il faut néanmoins dès maintenant souligner que l'*Institut* est un hôpital psychiatrique assez petit avec un personnel relativement important. Si on compare un dossier de patient provenant de l'*Institut* à un dossier issu d'une grande structure asilaire comme l'Institut psychiatrique Saint Martin à Dave-lez-Namur dans le sud de la Belgique, les différences sont énormes. Dans ce dernier hôpital, le dossier se limite parfois au certificat d'entrée et au certificat de sortie, souvent un certificat de décès. Impossible de réaliser un travail

34. HBIP, NS, n° 1155, rapport du médecin (15 octobre 1960).

35. HBIP, NS, n° 4335, rapport du médecin (13 mai 1963).

36. Madeleine CAPON, « De la psychiatrie », Bruxelles, 1992. (manuscrit conservé aux archives du CPAS-Bruxelles), p. 166. Comme ce témoignage revient régulièrement, quelques mots sur cette infirmière et son manuscrit. Madeleine Capon est née au début des années 1920 dans le Hainaut. Très catholique, elle hésite longtemps à entrer dans un couvent; finalement elle commence des études d'infirmière à Brugmann qu'elle complète par une formation comme infirmière sociale et infirmière psychiatrique. Elle entre à l'*Institut* en 1942 et y restera jusqu'à sa retraite en 1972. Elle y devient rapidement économe mais, à son regret semble-t-il, elle n'accède jamais au statut de monitrice. À partir des années 1950, elle s'engage dans le syndicalisme catholique. Pendant toute sa vie, elle tient un journal personnel qui sert de base pour les notes qu'elle a déposées en 1992 aux archives du CPAS de la ville de Bruxelles.

37. Antonin ARTAUD, Gaston FERDIÈRE et Pierre CHALEIX, *Nouveaux écrits de Rodez: lettres au docteur Ferdière, 1943-1946, et autres textes inédits; suivi de six lettres à Marie Dubuc, 1935-1937*, Paris, Gallimard, 2007, p. 98.

semblable à celui-ci avec ces archives. Le dossier de l'*Institut* par contre est le plus souvent assez volumineux, nourri par des personnes diverses : médecins, infirmières, assistantes sociales... C'est cette archive particulière, riche en informations, qui m'a, d'une certaine manière, mis sur la voie de ce travail. C'est également cette archive qui, souvent, ne parle que si elle est utilisée « au ras du sol ».

Pour décliner les trois axes détaillés ci-dessus, j'ai décidé de suivre des approches thématiques, ceci me permettant de rejouer à plusieurs reprises la chronologie en choisissant différents angles d'attaque. L'entrée en matière se fera à travers la question de l'espace psychiatrique. Trop souvent l'analyse historiographique se contente d'étudier la construction de celui-ci. Les changements qu'il subit et les pratiques de cet espace sont rarement pris en compte. Il s'agit donc de donner une profondeur temporelle à ce regard et de souligner le côté dynamique de l'espace le plus souvent pensé comme une donnée statique. Ensuite l'intérêt se portera sur les populations psychiatriques. Au moins jusqu'aux années 1960, patients mais également médecins et infirmières se singularisent par rapport à leur champ respectif : ils vivent et/ou travaillent dans un endroit particulier et souvent marginalisé. Ceci justifie le fait de rassembler les trois composantes dans un même chapitre. Ces populations psychiatriques seront décrites dans leurs caractéristiques singulières : l'interaction entre celles-ci sera présente de manière transversale sans constituer un chapitre particulier. Une troisième partie est consacrée à deux moments-clés dans une « carrière d'un reclus » (Goffman) : entrer et sortir de l'hôpital psychiatrique. Moments-clés, ils permettent d'aborder de nombreuses questions centrales dans une réflexion sur la psychiatrie, que ce soit l'écart entre cadre législatif strict et pratique très hétérogène ou une gestion du corps particulièrement lisible dans le rituel d'entrée. Ensuite les savoirs psychiatriques mobilisés par ces trois populations spécifiques seront décortiqués. Si le savoir des psychiatres s'impose comme central, le regard doit être réorienté sur au moins deux niveaux. Le savoir médical (syllabi, manuels, revues scientifiques...) doit être confronté, pour autant que cela soit possible, à sa mobilisation dans la pratique clinique³⁸. Et le personnel soignant et les patients disposent également de savoirs psychiatriques. Certes on n'en retrouve que des traces très partielles dans les dossiers. Mais elles montrent l'interconnexion entre savoir professionnel et savoir profane. Cinquième temps : les thérapies. Temps proche de celui des savoirs psychiatriques, mais modulé d'une autre manière : une importance particulière est accordée à l'interaction entre les différentes populations psychiatriques lors des thérapies. Finalement, l'analyse va se clore sur une ouverture. Enfermé jusqu'à ce moment dans un hôpital bien particu-

38. Sur les tensions qui naissent de cette confrontation : Steve STURDY, "Looking for Trouble: Medical Science and Clinical Practice in the Historiography of Modern Medicine", *Social History of Medicine*, 24-3, 1^{er} décembre 2011, p. 739-757.

lier, le récit va accompagner la psychiatrie hors des murs. À partir des années 1950, cette spécialité médicale va essayer de se libérer de l'emprise asilaire, jugée souvent inadaptée au besoin des patients, et d'expérimenter des nouveaux espaces.

Avant d'aborder le récit présenté ci-dessus, quelques mots sur ma pratique de dépouillement. Deux échantillons m'ont servi de réservoirs d'exemples mais également de matériel d'analyses qualitatives. Après avoir réglé les conditions d'accès à ces archives avec la Commission de la protection de la vie privée, l'Institut de Psychiatrie de l'hôpital de Brugmann m'a donné accès à deux séries de dossiers de patients, l'une allant de 1931 à la fin des années 1950 (ancienne série) et l'autre de la fin des années 1950 jusqu'au début des années 1980 (nouvelle série). En tout, ces deux séries rassemblent environ 30 000 dossiers. Pour maîtriser cette masse, j'ai procédé à la construction de deux échantillons. D'une part, un dépouillement quantitatif de 2000 dossiers (chaque quinzième dossier), réalisé avec des étudiants en histoire de l'Université libre de Bruxelles. D'autre part, un dépouillement qualitatif de 200 dossiers (chaque dixième dossier du premier échantillon). S'y ajoute la lecture de quelques dossiers qui pour des raisons variables (épaisseur particulière...) ont attiré l'attention. Ceux-ci ne sont pas intégrés dans les analyses quantitatives mais apparaîtront dans les récits qualitatifs. Finalement j'ai travaillé parallèlement dans deux autres hôpitaux : la *Karl-Bonhoeffer Nervenlinik* à Berlin et l'hôpital psychiatrique Sainte Anne à Paris. Par moment, des exemples tirés de ces deux établissements permettent de nuancer les conclusions et en même temps d'élargir le débat.

Chapitre I

Espaces psychiatriques

Au commencement était l'espace. On pourrait ainsi résumer tout un pan de l'œuvre de Michel Foucault sur la déviance. Aussi bien dans *La Folie à l'âge classique* que dans *Surveiller et punir* la réflexion sur les configurations spatiales joue un rôle capital. Par une approche interdisciplinaire qui mélange l'histoire, la philosophie, la sociologie, l'histoire de l'art... Foucault remet la question des espaces au milieu de la réflexion sur les « sociétés disciplinaires ».

Dans le premier ouvrage, le philosophe français développe sa thèse centrale du « grand (r)enfermement ». Au cours des XVII^e et XVIII^e siècles, la société (française) enferme les fous, un enfermement qui a une double signification spatiale : séparer cette population déviante du reste de la société et la concentrer ensuite dans des lieux bien spécifiques. L'édit de 1656 de Louis XIV instaurant un Hôpital Général « pour le renfermement des pauvres » constitue l'instant de basculement. C'est seulement dans ce cadre que la psychiatrie a pu se développer comme une discipline à part : elle dispose dès ce moment de dispositifs et de populations spécifiques¹.

Deuxième temps dans la réflexion pour la problématique qui nous intéresse : *Surveiller et punir*. Apparemment, on a quitté l'asile pour la prison. Dans cet ouvrage, Foucault se livre à une archéologie des savoirs qui ont conduit à la construction d'une utopie panoptique, d'un dispositif où l'individu ne peut plus échapper au regard de son surveillant. Il y a de nouveau rupture avec le Moyen-Âge. En effet, cette architecture instaure un nouveau mode de surveillance : on passe de la « discipline-blocus » à la « discipline-mécanisme », d'un système passif qui vise seulement à contrôler des individus à un système actif qui vise à les normaliser (redresser,

1. Michel FOUCAULT, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972 et Michel FOUCAULT, *Surveiller et punir : naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975. Pour une critique du métarécit foucauldien – séparation entre raison et déraison – voir la préface dans l'édition de 2007 de Marcel GAUCHET et Gladys SWAIN, *La pratique de l'esprit humain : l'institution asilaire et la révolution démocratique*, nouvelle éd., Paris, Gallimard, 2007, pour une critique plus factuelle – e. a. sur la chronologie de l'enfermement qui se déroule plutôt au XIX^e qu'au XVIII^e siècle – voir Robert CASTEL, *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1978.

corriger...). Le dispositif n'est plus statique – protéger par exclusion – mais devient dynamique – protéger par normalisation. Ce changement profond nécessite donc une réorganisation architecturale dont le projet du philosophe utilitariste Jeremy Bentham est l'exemple-type.

L'œuvre de Foucault a été fortement critiquée aussi bien pour ses paradigmes que pour sa chronologie. Les interprétations foucaaldiennes sont aujourd'hui fortement ébranlées. Elles me semblent néanmoins fertiles à deux niveaux. D'une part, Foucault a été un des premiers à accorder une place centrale aux questions spatiales en sciences humaines dans l'étude de la déviance. Après *Surveiller et punir*, il est devenu difficile d'écrire sur le système pénitentiaire, asilaire ou scolaire, sans accorder une place conséquente aux dimensions spatiales dans lesquelles ces systèmes fonctionnent. Ces « espaces psychiatriques² » pour reprendre la configuration qui nous occupe, ne se limitent pas à la dimension architecturale même si elle joue bien sûr un rôle central : ils s'intéressent également à la dimension environnementale. Le duo surveillant-surveillé est remplacé par une triangulaire surveillant-surveillé-espace qui a dynamisé la recherche.

Cette première remarque est étroitement liée à un deuxième apport majeur. Suite à Bruno Latour, les *sciences studies* accordent une importance capitale aux « non-humains » comme acteurs à part entière dans leur récit : d'une certaine manière, Foucault nous invitait déjà dix ans plus tôt à suivre le même raisonnement pour les dispositifs disciplinaires. Ceux-ci ne sont pas des coquilles passives dans lesquelles des hommes et femmes interagissent. Sans personnaliser les objets, sans leur conférer une *agency* comparable à celle des humains, il s'agit plutôt de leur accorder une attention particulière à leur agencement qui conditionne fortement l'interaction entre « humains » : l'espace a un caractère formatif propre. C'est dans ces deux optiques que l'œuvre de Foucault continue à permettre une réflexion stimulante.

Le récit sur les espaces psychiatriques aura lieu en trois temps, un premier consacré à la conception et à la construction de l'*Institut*, un deuxième à ses transformations au fil du temps et un troisième à la pratique de et dans ces bâtiments. Souvent l'analyse historiographique et sociologique se contente de la première approche. Certes un bâtiment change moins lentement que les notions de surveillance, d'hygiène, de soins infirmiers, de thérapie... Certes la structure imprègne la pratique psychiatrique : ainsi le fonctionnement de la psychiatrie à Brugmann se déroulera jusqu'à la fin des années 1970 dans un bâtiment pensé dans les années 1920. Mais il ne faut pas négliger les adaptations spatiales et fonctionnelles qu'un lieu connaît au fil du temps.

Si les sciences humaines ont redécouvert l'aspect spatial des prisons, des asiles, des casernes... dans les années 1960, les praticiens œuvrant dans ces

2. Leslie TOPP, James E. MORAN et Jonathan ANDREWS (éd.), *Madness, architecture and the built environment: psychiatric spaces in historical context*, London, Routledge, 2007.

institutions ont très tôt accordé une place centrale à l'agencement architectural dans lequel ils doivent travailler : la psychiatrie n'y fait pas exception. Dès sa spécialisation au XIX^e siècle qui est étroitement liée à la création d'espaces spécifiques, les psychiatres ont produit une quantité non-négligeable de réflexions sur le sujet. Chaque réforme de la psychiatrie – et à écouter les acteurs, la psychiatrie semble être en changement permanent – s'accompagne de nouveaux projets architecturaux.

Comme James Moran et Leslie Topp l'ont souligné : « L'étude de ces espaces révèle beaucoup sur le souhait des concepteurs de communiquer leur image propre à différents publics³. » En ce sens, l'architecture est un discours à étudier, similaire à celui des manuels ou des revues. Ce constat me semble d'autant plus important qu'aussi bien le statut des médecins que celui des patients est étroitement défini à travers les asiles. La professionnalisation des psychiatres que ce soit en France, en Belgique ou en Allemagne est beaucoup plus que pour les autres spécialisations médicales liée à un type de bâtiment bien particulier. À l'époque, pour être fou, il ne faut pas nécessairement être interné dans un asile, mais sans institution psychiatrique pas de psychiatres. Ce n'est que dans la seconde moitié du XX^e siècle, que la profession psychiatrique commence à exister en dehors de l'institution. L'image que le public a de la psychiatrie est déterminée par la configuration spatiale des espaces : la toponymie géographique devient souvent une métaphore euphémisante pour nommer l'asile. Ainsi dans la région liégeoise, « aller à Rekem » signifie « tourner à rien », « être un bon à rien », voire être un indigent, un débile mental incapable de s'assumer : Rekem est un asile au Limbourg où de nombreux patients liégeois se retrouvaient. Au Mans, l'expression pour désigner l'asile est « derrière la gare⁴ ». Et au Luxembourg, dire de quelqu'un qu'il est prêt pour Ettelbruck, nom de la ville qui hébergeait le seul hôpital psychiatrique du pays, implique explicitement qu'il est fou. L'*Institut* n'échappera pas à cette règle comme nous le verrons ultérieurement.

Penser l'*Institut*

Différents cadres de référence spatiaux – international, national et local – sont mobilisés pour la construction de l'*Institut*. Il sera l'illustration et le symbole d'une pensée médicale occidentale. Ses maîtres d'ouvrage ne vont pas seulement rendre visite à des asiles psychiatriques en Belgique, mais ils s'interrogent également sur des modèles en application en Europe

3. Leslie TOPP et James E. MORAN, « Introduction : Interpreting Psychiatric Spaces », in Leslie TOPP, James E. MORAN et Jonathan ANDREWS (éd.), *Madness, architecture and the built environment: psychiatric spaces in historical context*, London, Routledge, 2007, p. 1-16.

4. Hervé GUILLEMAIN, *Chronique de la psychiatrie ordinaire : patients, soignants et institutions en Sarthe du XIX^e au XX^e siècle*, Le Mans, Éditions de la Reinette, 2010, p. 11.

et en Amérique du Nord. Avec l'aide du Ministère des Affaires Étrangères, ils rassemblent des informations sur quatre pays : l'Allemagne, l'Autriche, les Pays-Bas et les États-Unis. Les dossiers les plus volumineux sont ceux en provenance des États-Unis, pays qui s'impose dès les années 1930 comme une référence incontournable face à une psychiatrie germanophone en perte de terrain, processus qui s'accéléra après la Deuxième Guerre mondiale. Deuxièmement, l'échelle nationale fixe le cadre législatif dans lequel s'organise l'enfermement des malades mentaux. Lois et règlements traduisent les spécificités du cas belge. Finalement, la nouvelle structure est également héritière des infrastructures qu'elle entend remplacer et qui servent à la fois comme repoussoir et comme exemple à suivre. Ainsi l'asile-dépôt de l'hôpital Saint-Jean, qui est le prédécesseur de l'*Institut* et qui a été construit dans les années 1840, était inséré dans un dispositif hospitalier plus large. Symbole d'une psychiatrie qui aspire à intégrer définitivement le monde médical, cette incorporation architecturale est maintenue dans le cas de l'*Institut*. D'une manière générale, l'espace psychiatrique est pensé au début du xx^e siècle dans une triple configuration : espace de guérison, espace de classification et espace de normalisation.

L'espace comme « instrument de guérison »

En 1838, le psychiatre français Esquirol écrit que l'asile est le premier « instrument de guérison » dont dispose la psychiatrie. L'importance thérapeutique de l'espace psychiatrique est aujourd'hui trop souvent oubliée, comme si cette fonction de la psychiatrie n'avait pris naissance qu'avec l'invention de la psychiatrie biologique dans l'entre-deux-guerres. L'espoir que les bâtiments seraient en mesure de guérir est monnaie courante à l'époque et dépasse l'architecture asilaire, voire médicale. Ainsi, deux ans après l'ouverture de l'*Institut*, en 1933, l'architecte français Le Corbusier affirme :

« Le jour où la société contemporaine, tellement malade en ce moment, se rend vraiment compte que seulement l'architecture... peut procurer l'ordonnance pour ses maux, alors le temps sera venu de mettre en route cette grande machine⁵. »

Dans le monde médical, l'axiome de l'air pur a profondément marqué la configuration spatiale des hôpitaux. Diffusée depuis l'Antiquité, cette théorie a connu un nouveau souffle lors des pandémies de choléra au xix^e siècle. Le style pavillonnaire est une des réponses spatiales à cette peur de l'air impur. Il a connu entre autres une large diffusion grâce aux *Notes on Hospital* de Florence Nightingale (1859) : espaces entre patients, circu-

5. Cité d'après Leslie TOPP, « An Architecture for Modern Nerves: Josef Hoffmann's Purkersdorf Sanatorium », *The Journal of the Society of Architectural Historians*, 56-4, décembre 1997, p. 414.

lation d'air à l'intérieur de la salle, ventilation entre les différentes pièces, ouverture sur l'extérieur par des terrasses ou des jardins ne sont que quelques-unes des préoccupations de ce style architectural⁶. Construire un hôpital à l'extérieur de la ville parce que le climat y est plus apte à la guérison, est donc tout à fait dans l'air du temps, également en Belgique. Un rapport de la Société médico-chirurgicale du Brabant, rédigé au début du xx^e siècle, en témoigne :

« En vue de se trouver dans une ambiance atmosphérique aussi pure que possible, il faut établir l'hôpital non seulement en dehors de la ville, mais en dehors de l'agglomération... L'avantage au point de vue hygiénique, de l'éloignement de l'hôpital du centre de la ville ne peut être discuté [...] Le terrain [sur lequel l'hôpital sera finalement construit], bien sec, domine toute la contrée ; on jouit d'un panorama merveilleux sur la ville et ses environs⁷. »

À côté de la théorie miasmatique, le concept de l'équilibre est la deuxième théorie médicale qui marque l'espace hospitalier en Europe. Cette notion qui traverse la pensée médicale depuis la théorie des humeurs développée par Polybe et Galien en Grèce antique, connaît grâce au mouvement hygiéniste de la seconde moitié du xix^e siècle une propagation générale. Son idée principale est également appliquée à la psychiatrie. La surcharge du système nerveux est liée à la surexcitation du monde moderne et conduit à un déséquilibre mental. L'interprétation devient monnaie courante dans le monde occidental avec l'œuvre du psychiatre autrichien Krafft-Ebing qui dans son ouvrage *Über gesunde und kranke Nerven* de 1885 postule le lien étroit entre une stimulation nerveuse excessive due à la grande ville, la toxicomanie, l'excitation sexuelle... et la maladie mentale. L'espace psychiatrique doit donc rétablir un équilibre en diminuant la stimulation nerveuse et en présentant un cadre ordonné. Cette approche environnementale a d'ailleurs d'autant plus de succès au début du xx^e siècle que la psychiatrie ne semble pas disposer d'autres « instruments de guérison » efficaces à l'époque⁸.

L'*Institut* s'inscrit dans un complexe hospitalier plus large – l'hôpital Brugmann inauguré en 1923⁹ – qui a été fortement marqué par cette double préoccupation même si au moment de sa construction, dans

6. Jeremy TAYLOR, *The Architect and the Pavilion Hospital: Dialogue and Design Creativity in England, 1850-1914*, London, Leicester University Press, 1997.

7. Ce rapport est reproduit dans Antoine Depage, Paul Vandervelde, and Victor Cheval, *La Construction des hôpitaux : étude critique*, Bruxelles : Misch et Thron, 1912, p. 26-31.

8. Edgar JONES et Shahina RAHMAN, « Framing Mental Illness, 1923-1939: The Maudsley Hospital and its Patients », *Social History of Medicine*, 21-1, 1^{er} avril 2008, p. 107-125.

9. Depuis la fin du xix^e siècle, les hôpitaux sont devenus des enseignes pour les élites des grands tissus urbains, symboles d'une politique d'infrastructure progressiste, à côté d'autres projets comme la construction de canalisations ou d'abattoirs. Tous ces projets s'inscrivent dans une perspective hygiéniste de l'espace et de la population urbaine.

les années 1920, ces théories ont été au moins partiellement infirmées. La découverte des micro-organismes pathogènes à la fin du XIX^e siècle affaiblit la théorie des miasmes¹⁰. Malgré la réticence de nombreux professeurs d'université de se retrouver à la marge de la ville, les responsables imposent un site qui, au moment de la construction, n'est pas encore urbanisé¹¹. L'architecte Victor Horta va construire l'hôpital Brugmann dans la tradition d'autres institutions pavillonnaires. L'*Institut*, ouvert en 1931, va au moins partiellement s'insérer dans ce déterminisme environnemental. Ainsi l'orientation choisie, dans l'axe Nord-Est au Sud-Ouest, est considérée comme particulièrement adaptée pour donner une bonne luminosité dans les différentes pièces des deux pavillons¹². Le souci de lumière est une constante lors des planifications. L'architecte impose une réduction des trumeaux qui lui semblent trop larges pour laisser entrer davantage de lumière. De même, contrairement aux règlements du Conseil Supérieur d'Hygiène, il installe les lits non pas devant les trumeaux, mais face aux fenêtres¹³.

D'une manière générale, le discours médical est confronté à partir de 1850 à un certain paradoxe quant aux causes de la maladie et à la manière de la guérir. D'un côté, la modernité est vue comme une des causes d'un certain déséquilibre, voire comme pathogène en elle-même. D'un autre côté, la médecine ne peut pas faire l'impasse sur le topos de cette modernité. Cette aporie est également sous-jacente dans la construction de l'*Institut*. Interrogé par des journalistes, le secrétaire général de la Commission d'Assistance Publique (CAP) qui finance les travaux, explique sa vision d'un monde moderne pathogène :

« C'est la suite toute logique de la guerre d'abord, de notre existence actuelle même qui soumet notre système nerveux à des épreuves redoutables, des nombreuses toxicomanies dont les adeptes se multiplient¹⁴. »

Mais lors de l'ouverture de l'*Institut*, le président de la même Commission met en avant le côté moderne du nouveau bâtiment :

« La construction des deux pavillons a fait l'objet des études les plus attentives d'hommes compétents. Ils sont pourvus de tous les perfectionnements indiqués par la science moderne, en matière neurologique¹⁵. »

10. Astrid LELARGE, « Brugmann : l'hôpital pavillonnaire de Victor Horta », in *Du monument au fonctionnel : l'architecture des hôpitaux publics bruxellois (XIX^e-XX^e siècles)*, Bruxelles, Centre International pour la Ville, l'Architecture et le Paysage, 2005, p. 26-63.

11. Sur le côté thérapeutique du paysage paisible : Clare HICKMAN, « Cheerful prospects and tranquil restoration : the visual experience of landscape as part of the therapeutic regime of the British asylum, 1800-60 », *History of Psychiatry*, 20-4, 1^{er} décembre 2009, p. 425-441.

12. Archives de la Commission Publique d'Action Sociale de Bruxelles (ACPASB), travaux, boîte 30, séance du Conseil supérieur d'hygiène/V^e Section, Hygiène des habitations et des agglomérations – rapport de M. Maukels (31 mars 1928).

13. ACPASB, travaux, boîte 30, note de Vellut (5 janvier 1928).

14. *La Dernière Heure* du 18 décembre 1928, p. 1.

15. ACPASB, AGP-CAP, boîte 158, discours d'Armand Goossens-Bara, président du Conseil d'Assistance Publique, lors de l'ouverture de l'*Institut* le 30 mai 1931.

L'*Institut* est ainsi pensé dans cette modernité médicale définie par Edward Shorter. Favorisée par les découvertes de la fin du XIX^e siècle, la médecine parcourt le premier XX^e siècle avec une aura d'invincibilité. Les médecins se considèrent capables d'établir des diagnostics précis et se trouvent face à des patients qui en sont demandeurs et dont le profil social – groupes sociaux de moins en moins riches, arrivée des femmes et des enfants sur le « marché » médical – s'est profondément élargi¹⁶. L'argument de la modernité a également vocation de notifier la rupture avec une psychiatrie jugée trop traditionnelle. Le projet de convention, signé par les communes bruxelloises qui participent au financement, permet de s'en faire une idée plus précise. On y définit l'*Institut* comme

« un établissement destiné à hospitaliser les malades mentaux et à assurer à ceux-ci tous les soins basés sur les principes modernes de la psychiatrie. L'enseignement clinique de la psychiatrie pourra y être organisé. Article 2, L'établissement sera dénommé "Institut de psychiatrie". Il comportera 100 lits au moins. Il comprendra : 1) une section fermée affectée au placement provisoire et au traitement des aliénés pouvant constituer un danger pour eux-mêmes ou pour l'ordre et la sécurité publique, section soumise à toutes les prescriptions de la loi sur le régime des aliénés (asile-dépôt). 2) une section ouverte pour les cas légers de psychiatrie¹⁷ ».

L'*Institut* se définit comme un espace de soins. Malgré l'optimisme affiché par le secrétaire général de la CAP qui déclare qu'« il est scientifiquement démontré que la thérapeutique moderne est agissante et même efficace pour traiter les affections mentales », une grande partie des lits psychiatriques en Europe sont dans l'entre-deux-guerres plutôt des espaces de gardiennage que des espaces de soins. Ce sont les « principes modernes de la psychiatrie » qui doivent permettre de dépasser ce stade jugé insatisfaisant. La rupture se manifeste également dans l'intitulé de la nouvelle institution : « Institut de Psychiatrie » et non plus « asile d'aliénés ».

D'après le *Trésor de la langue française* le mot « Institut » comporte entre autres la notion de « corps constitué de savants, d'artistes, d'écrivains » ainsi que de « nom de certains établissements à vocation de service public ». En choisissant cette dénomination, les concepteurs font donc référence à une constellation spatiale bien précise. Elle est très éloignée du mot qui est à ce moment encore le plus souvent utilisé à savoir celui d'« asile ». D'après ce même *Trésor de la langue française*, l'asile est défini comme un « établissement [...] où sont recueillis pour un temps plus ou moins long des personnes malades ou sans abri, des enfants, des vieillards¹⁸ ».

16. Edward SHORTER, *Doctors and Their Patients: A Social History*, New Brunswick, Transaction Publishers, 1991, p. 75-139.

17. ACPASB, travaux, boîte 30.

18. [http://www.cnrtl.fr/definition/institut] (consulté le 10 juillet 2008).

Le mot « aliénés » a également disparu : on met en avant pour qualifier l'institution non pas la population qui y séjourne mais la spécialité médicale qui y est pratiquée. C'est un signe en plus de cette volonté de se rapprocher des autres spécialités médicales, même si la sémantique résiste d'une certaine manière jusqu'à aujourd'hui à cette assimilation : on *est* fou, mais on *a* un cancer. Finalement, le nombre de lits, légèrement supérieur à 100, est peu important. Certes il s'agit du plus grand département à l'intérieur de l'hôpital de Brugmann – les départements de psychiatrie restent jusqu'aujourd'hui avarés en capacités de lits, comparés aux autres services médicaux – mais l'*Institut* se démarque clairement des autres espaces psychiatriques en Belgique : de nombreux hôpitaux dépassent à ce moment et encore pour longtemps le nombre de 500 patients. Ce nombre réduit de lits exprime aussi une autre volonté : par l'ameublement (sofa, table pour lire...), les responsables espèrent recréer au moins partiellement un espace qui ressemble à celui de la famille (bourgeoise), dispositif qui est pensé comme étant le plus sain¹⁹.

La volonté de ne pas être un espace psychiatrique comme les autres est donc particulièrement affirmée. Être au début du xx^e siècle, un « instrument de guérison », pour reprendre la formule d'Esquirol, c'est aussi se démarquer des anciens asiles d'aliénés de la première moitié du xix^e siècle.

L'espace comme instrument de classification

L'espace comme « instrument de guérison » implique la capacité de classification qui se trouve être une des bases de tout savoir psychiatrique. Jusqu'aujourd'hui les discussions nosologiques constituent un point central de la pratique psychiatrique. Un regard sur l'utilisation de l'espace comme instrument de taxinomie fait néanmoins apparaître une autre strate de pratique psychiatrique. Celle-ci dévoile une classification qui repose davantage sur les critères d'une gestion efficace des patients.

L'appareil législatif qui règle au niveau national les hôpitaux psychiatriques donne un premier cadre de classification spatiale. En Belgique, les lois du 18 juin 1850 et du 28 décembre 1873 sur le « régime des aliénés²⁰ » sont toujours d'actualité, lorsque les discussions pour l'*Institut* sont lancées après la Première Guerre mondiale. Elles contiennent des dispositions assez précises sur l'espace psychiatrique, dispositions qui détermineront profondément l'agencement de l'*Institut*. Deux mots-clés relatifs à l'organisation spatiale peuvent y être dégagés : séparation et salubrité. À plusieurs reprises

19. Annmarie ADAMS, « Modernism and Medicine: The Hospitals of Stevens and Lee, 1916-1932 », *The Journal of the Society of Architectural Historians*, 58-1, mars 1999 et Karen NOLTE, *Gelebte Hysterie: Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900*, Frankfurt a. M., Campus, 2003, p. 56.

20. Si ce n'est pas indiqué autrement, toutes les citations de ce paragraphe viennent de « Aliéné », in *Pandectes belges*, tome septième, Bruxelles, 1882, p. 67-206.

l'importance de la séparation et de la classification est inscrite dans les textes législatifs. D'abord séparation avec les autres malades : en effet, les aliénés ne peuvent pas être admis dans des « hôpitaux destinés aux malades ordinaires ». La commission préparatoire de la loi de 1850 déclare en 1841 :

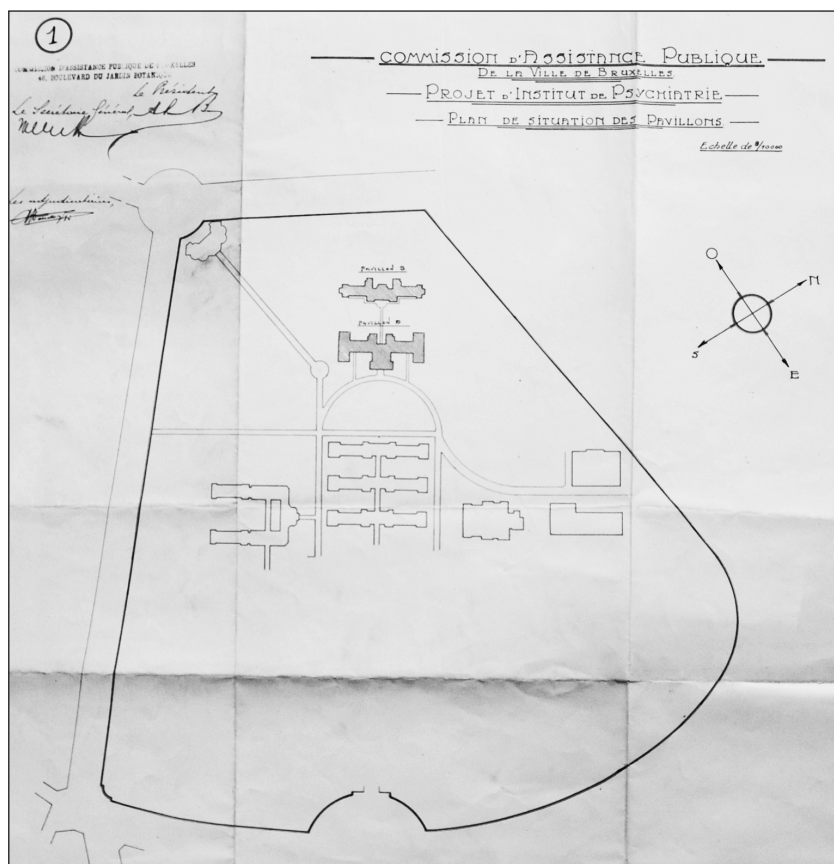
« La position des aliénés dans les établissements qui leur sont consacrés est généralement déplorable. [...] Nos prisons, nos dépôts de mendicité même sont des asiles secourables, lorsqu'on les compare aux maisons d'insensés... Des améliorations nombreuses ont été introduites dans le régime des prisonniers, des mendiants, des indigents en général ; l'aliénation mentale seule, de toutes les infortunes peut-être la plus respectable, la plus digne de sympathie, n'a presque pas participé aux bienfaits d'une réforme à laquelle elle avait tant de droits²¹. »

Cette inscription dans le monde de la déviance (prison, assistance aux pauvres...) et la séparation avec le monde médical qui datent dans cette citation de la première moitié du XIX^e siècle se maintiennent sous une forme atténuée au moins jusque dans la seconde moitié du XX^e siècle. Deuxième séparation : celle entre les sexes. En Belgique, la grande majorité des asiles pour aliénés sont unisexes dans l'entre-deux-guerres : ainsi Duffel à Anvers n'accueille que des femmes, Rekem dans le Limbourg que des hommes. Dans les institutions mixtes, la séparation spatiale est une des lignes de classification essentielle. Cette ségrégation spatiale des sexes n'est d'ailleurs pas spécifique aux asiles psychiatriques, mais est une constante pour les écoles, les prisons et les autres institutions de contrôle jusqu'aux années 1970... La peur d'une promiscuité sexuelle reste très importante²². Finalement, les asiles doivent classer les « aliénés d'après les exigences de leur maladie et la nature des soins dont ils doivent être l'objet. » Ce ne sont pas tellement les diagnostics qui prévalent dans cette classification que des critères de gardiennage et de soins. En effet, le texte législatif de 1873 prescrit trois divisions « paisibles, agités, malpropres ». Plus la personne est agitée ou bruyante, plus il faut essayer de la placer éloignée du centre de l'établissement. Ces principes font d'une certaine manière partie de la deuxième revendication, à savoir la salubrité. Cette classification contribue à une « distribution intérieure convenable » qui à côté d'une « situation et locaux salubres, bien aérés, d'une étendue suffisante, [...] accessibles à la lumière et au soleil [d']eaux abondantes et de bonne qualité » contribue à présenter un environnement favorable aux « aliénés ». La surveillance de cette législation sur le « régime des aliénés » est confiée à des inspecteurs du ministère de la justice. Un de ces inspecteurs sera d'ailleurs directement impliqué dans l'élaboration des plans de l'*Institut*.

21. *Pasinomie : collection des lois, décrets, arrêtés et règlements généraux qui peuvent être invoqués en Belgique*, Bruxelles, Administration centrale de la Pasicrisie, 1873, p. 530.

22. Norbert FINZSCH et Robert JÜTTE (éd.), *Institutions of confinement hospitals, asylums, and prisons in Western Europe and North America, 1500-1950*, Cambridge, CUP, 1996.

Ces lignes conditionnent largement la configuration spatiale de l'*Institut*. Certes son statut est un peu particulier. En effet, ce département fait partie d'un arsenal hospitalier plus large : on ne se trouve donc pas en face d'un asile classique du XIX^e siècle qui fonctionne le plus souvent de manière autonome. Mais architecturalement l'*Institut* n'est pas intégré dans l'ensemble existant. Il se trouve à l'extrémité nord-est de Brugmann, à côté du bâtiment qui comprend la morgue et les salles d'autopsie, bien écarté des autres pavillons.



ILL. 1. – L'*Institut* est séparé du reste de l'hôpital Brugmann.

Mais la séparation n'est pas seulement géographique. Un parc avec des arbres qui sépare l'*Institut* et le reste de l'hôpital constitue une barrière (visuelle) assez prononcée. Malgré son statut spatial bien distinct, l'*Institut* ne bénéficie pas d'une entrée séparée. Médecins, infirmières, patients, visiteurs... doivent traverser tout le complexe brugmannien pour y arriver.

La mise à distance spatiale et symbolique de l'*Institut* (et du monde qui y vit et travaille) avec les autres spécialités médicales est ainsi rendue particulièrement tangible par le parcours à couvrir à pied et par la séparation physique due au parc. Dernier élément qui rend l'*Institut* spécifique, son emplacement sur une colline. C'est d'ailleurs cette spécificité topographique qui lui donne sa désignation euphémisante : « la colline ». Cette désignation est utilisée aussi bien par le monde psychiatrique qu'extra-psychiatrique²³. Elle implique toute une série de significations, conscientes ou inconscientes, qui donnent à ce lieu un caractère particulier. Difficulté d'accès, forteresse, lieu mystérieux... ne sont que quelques éléments qui rapprochent métaphoriquement « colline » et institution psychiatrique. Que cette séparation ait surtout un caractère symbolique ressort de l'intégration fonctionnelle de l'*Institut* dans ce plus grand ensemble hospitalier. Une des raisons de ne pas construire l'*Institut* en tant qu'hôpital indépendant est justement le gain financier à réaliser. En effet, en ce qui concerne la cuisine, la buanderie, la pharmacie... l'*Institut* dépend entièrement de l'hôpital Brugmann. Si la séparation spatiale semble assez étanche sur terre, un tunnel sous-terrain relie l'*Institut* avec le reste de l'hôpital.

À l'intérieur de l'*Institut*, les bâtiments permettent un « art des répartitions » sommaire qui localise les patients dans l'espace selon une certaine fonctionnalité et qui indique immédiatement le statut du patient²⁴. Deux éléments agencent cette localisation : le genre et le « degré d'évidence de la maladie mentale²⁵ » du patient. Contrairement à la plupart des hôpitaux psychiatriques en Europe, l'*Institut* ne pratique pas une différenciation sociale au niveau de l'espace. Étant un hôpital de l'assistance publique, il accueille essentiellement des patients des couches socialement défavorisées : les patients plus aisés s'adressent à des cliniques privées. Comme le diagnostic mentionné sur le dossier individuel, la localisation du patient participe à son objectivation qui le réduit à un groupe d'appartenance et qui ne tient plus compte de la multiplicité des divers milieux sociaux dont il est issu. C'est dans cet espace ordonné que la guérison devient possible.

La frontière primordiale est sexuée. Dans un premier temps, les maîtres d'ouvrage ont prévu de construire trois bâtiments : un pour l'administration et l'enseignement, un pour la population féminine et un pour la population masculine. Ils conçoivent donc d'une part une séparation nette entre l'enseignement et les patients, et d'autre part entre hommes et femmes. Finalement cet agencement ne va pas être retenu et ce seront deux bâtiments qui constitueront l'*Institut*, deux bâtiments à l'intérieur desquels tout sépare hommes

23. Daniel Désir, ed., *Du côté de Brugmann. Un hôpital dans son siècle* (Bruxelles : Ercée, 2006), p. 100-101. Le *liber amicorum* pour un des directeurs de l'*Institut* y fait directement référence : *Album amicorum Isy Pelc. Il était une fois sur la colline. Institut de Psychiatrie et de psychologie médicale Hôpital Brugmann*, Bruxelles, 2006.

24. M. FOUCAULT, *Surveiller et punir...*, op. cit., p. 143-147.

25. Erving GOFFMAN, *Les rites d'interaction*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1974, p. 81.

et femmes, même si la structure est la même pour les deux sexes²⁶. En effet, les deux pavillons de l'*Institut* sont construits en miroir hommes/femmes. Cette symétrie qui caractérise de nombreux asiles depuis la moitié du XIX^e siècle, illustre à merveille la conviction qu'un bâtiment « bien ordonné » participe à la guérison des patients²⁷. La séparation s'opère d'après une constante stable pour le monde occidental : les femmes à gauche et les hommes à droite, les femmes ayant les salles avec les numéros impairs (43, 47 et 49), les hommes avec les numéros pairs (42, 46 et 48). La séparation est accentuée par le fait que les locaux qui ne sont pas destinés à être des salles de patients se trouvent au milieu du bâtiment formant une barrière supplémentaire.

La deuxième frontière est celle du « degré d'évidence de la maladie mentale », ou pour utiliser un terme moins neutre, celui de la dangerosité des internés. Dans le premier bloc, appelé « pavillon A²⁸ » (PA) se trouvent les cas jugés plus légers, notamment les patients qui ne sont pas colloqués. Leur statut est théoriquement le même que celui des autres patients de Brugmann : je vais revenir sur les régimes de liberté dans la pratique psychiatrique dans un chapitre ultérieur. C'est également dans ce premier bâtiment qu'on pratique la psychiatrie la plus « moderne », celle qui apparemment peut faire fi de toute contrainte, celle qu'on a envie de montrer au monde extérieur. Tout est fait pour donner l'impression que « rien à première vue ne la différenciait d'une salle d'hôpital ordinaire²⁹ ». Ce premier bâtiment dispose à ces deux extrémités au rez-de-chaussée deux grands dortoirs, les salles 42 et 43, comprenant chacune 22 lits disposés d'une manière symétrique. Dans ce premier bâtiment se trouvent également des salles pour les consultations et les bureaux des chefs de service.

Le premier étage du PA rassemble d'une certaine manière le « cerveau » de l'*Institut* avec l'auditoire pour les étudiants (77 places), le bureau du professeur, la bibliothèque, le laboratoire et une salle de collections. Faisant partie de l'Université libre de Bruxelles, l'*Institut* se positionne comme le siège de la formation médicale et psychiatrique. L'auditoire qui implique la venue régulière de personnes étrangères à l'*Institut*, est placé de telle sorte

26. Patients masculins et féminins entrent en contact avec l'autre genre à travers les infirmières et les docteurs, même si des frontières y existent également. Ainsi les quelques gardiens-masculins n'ont pas le droit d'accéder aux espaces réservés aux patientes. En cas d'alarme en salle de femmes, les gardiens doivent d'abord courir dans les salles avec des patients avant que ces infirmières puissent porter aide à leurs collègues. Comme Erving Goffman l'a déjà souligné en 1961 la simple opposition entre « reclus » et « personnel » n'est guère satisfaisante : une différenciation importante existe à l'intérieur de ce dernier. L'accessibilité à la totalité de l'espace psychiatrique en est un exemple : Erving GOFFMAN, *Asiles. études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1968, p. 165.

27. Carla YANNI, « The Linear Plan for Insane Asylums in the United States before 1866 », *The Journal of the Society of Architectural Historians*, 62-1, mars 2003, p. 24-49.

28. Le résumé des séjours qui se trouvent sur la première page de chaque dossier de patient, commence avec cette information : PA ou PB.

29. Madeleine CAPON, « De la psychiatrie », Bruxelles, 1992, p. 61.

que les étudiants ne doivent pas traverser l'institution, mais peuvent aller au cours sans entrer en contact avec le quotidien des hospitalisés et des soignants. La présence d'un « laboratoire de recherche³⁰ » est un élément nouveau dans l'espace psychiatrique. Équipé de rayonnages pour bocaux, pour flacons, d'une armoire à coupes, de quatre prises de courant supplémentaires et d'une rampe à gaz, il ne se distingue pas par son matériel d'un laboratoire d'un autre service médical³¹. Ces ustensiles indiquent une approche organique de la maladie mentale : on n'y trouve pas d'instruments permettant de réaliser des expériences psychologiques. Le laboratoire crée l'illusion de reproduire les mécanismes qui se déroulent dans le corps humain dans un espace virtuel et facilement gérable et, par la suite, de retransférer les mécanismes observés au laboratoire dans le corps humain. Dans l'entre-deux-guerres, les techniques de laboratoire deviennent un enseignement courant de tous les médecins³². L'intégration de la psychiatrie dans le champ médical passe donc, au moins partiellement, par une adaptation du laboratoire qui devient un élément définitoire de ce qu'est la médecine. L'installation de ce laboratoire à l'Institut illustre à une échelle locale une volonté plus large de la psychiatrie dans l'entre-deux-guerres de rejoindre définitivement le champ médical dont elle continue à se sentir exclue. En même temps, aussi bien l'auditoire que le laboratoire indiquent la spécificité de l'espace psychiatrique ici analysé. L'*Institut*, contrairement à la plupart des asiles, constitue un espace de production de savoir, inscrit dans une université. Et cette production de savoir ne constitue plus un sous-produit marginal ou un passe-temps d'un psychiatre y travaillant, il s'agit d'une des tâches principales de l'institution.

Dans le deuxième bâtiment se trouvent les patients colloqués. Pour y arriver, il faut traverser le pavillon A. Cette partie est doublement cachée : par rapport au reste de l'hôpital, mais également par rapport à l'*Institut* : en arrivant devant le pavillon A, le deuxième n'est guère visible. À l'intérieur de ce « pavillon B », la séparation hommes/femmes est doublée d'une autre classification : au rez-de-chaussée les cas les moins graves, au premier étage les cas les plus agités (salle 48 pour les hommes et salle 49 pour les femmes). Les deux salles au rez-de-chaussée ne sont pas seulement « entouré[es] de grands jardins » comme le souligne Goossens-Bara, mais également d'une clôture qu'on cache par des plantations. La volonté de se distinguer – au moins visuellement – d'une prison est très grande et c'est une constante dans la psychiatrie depuis la seconde moitié du XIX^e siècle³³. Les salles du pavillon B sont également prévues pour 22 lits : on trouve comme au

30. Merckx dans une interview publiée dans *La Dernière Heure* du 18 décembre 1928, p. 1.

31. ACPASB, travaux, boîte 52, rapport de Vellut à la CAP (27 décembre 1930).

32. W. F. BYNUM, Anne HARDY, Stephen JACZYNA, Christopher LAWRENCE et E. M. TANSEY (éd.), *The western medical tradition: 1800 to 2000*, New York, CUP, 2006, p. 247.

33. C. YANNI, « The Linear Plan for Insane Asylums in the United States before 1866... », *op. cit.*

pavillon A des petites chambres qui sont destinées à isoler des patients. Ces grandes pièces sont typiques pour les hôpitaux de type pavillonnaire. Mais au moment de la construction de l'*Institut*, un débat assez virulent scinde le monde médical entre adhérents du style pavillonnaire, en déclin, et partisans de chambres plus petites le long d'un couloir³⁴. Étant un bâtiment de la Commission d'Assistance Publique, tous les patients, quelle que soit leur origine sociale, sont logés à la même enseigne. En 1936, cette non-séparation sociale inspire à une des patientes des pensées assez proches de celles d'Erving Goffman :

« Je dois dire qu'on n'a pas une minute de tranquillité, à une telle heure on se lève et toutes en même temps pour aller se laver et il n'y que trois lavabos pour tant de malades c'est à qui ira le plus vite, car pendant ce temps l'infirmière fait les lits avec une aide malade, on se croirait réellement à l'hôpital militaire on ne fait aucune différence entre les malades... c'est le règlement on appelle ça de l'organisation³⁵. »

Juliette S. définit dans ses mots basés sur son expérience de la psychiatrie un des points centraux de l'institution totalitaire comme l'avait caractérisée Erving Goffman :

« Un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus [...] mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées³⁶. »

Enfin, le jardin est un autre élément de l'œuvre classificatoire, même s'il joue également un rôle capital dans la bonne circulation de l'air et est considéré comme ayant une vertu calmante sur les patients :

« Vermeyleen [directeur médical de l'*Institut*] estime absolument indispensable de créer 4 jardins, réservés 2 au pavillon de section libre et 2 au pavillon destiné aux colloqués, pour chacun de ces pavillons, un jardin étant réservé aux femmes et l'autre aux hommes. Cette disposition a l'immense avantage de réaliser des jardins fermés pour chaque aile des deux pavillons, dont la surveillance sera aisée, de ne pas nécessiter des portes et de permettre le service complètement en dehors des malades. Ces jardins doivent, à son avis, absolument être établis de manière à ce que les hommes et les femmes ne puissent se voir, cette condition étant d'importance. M. Vermeyleen n'est pas partisan non plus de faire des clôtures cages, comme en avaient les anciens instituts; mais d'établir une clôture en treillis métallique de 1,70 m à 1,80 m de hauteur, clôture qui serait dissimulée par une forte haie en troène, par exemple, atteignant la même hauteur³⁷. »

34. A. ADAMS, « Modernism and Medicine: The Hospitals of Stevens and Lee, 1916-1932... », *op. cit.*

35. HBIP, AS, n° 3645, lettre de Juliette S. (non daté, 1936).

36. E. GOFFMAN, *asiles...*, *op. cit.*, p. 41.

37. ACPASB, travaux, boîte 31b, rapport du 11 juin 1930 de Vellut à la CAP.

Le jardin est vu comme la prolongation du travail de catégorisation et de différenciation entrepris à partir du bâtiment. Les propositions de Vermeylen sont à peu près reprises telles quelles, les clôtures étant moins élevées pour le pavillon A que pour le pavillon B. Comme pour le bâtiment, les jardins sont traversés par les divisions fondamentales du genre et de la dangerosité. La peur d'une rencontre, même visuelle, entre hommes et femmes ressort particulièrement de l'extrait ci-dessus. Le concepteur du jardin, Jules Buyssen, qui a aussi désigné le jardin pour les orphelinats de la ville, espère qu'« en répandant la beauté autour des malades leur moral soit relevé³⁸ ». Créateurs de parcs et directeurs d'asiles partagent de nombreuses convictions : la nature est curative, l'exercice thérapeutique et la ville le siège de tout vice³⁹.

L'espace comme instrument de disciplinarisation

La classification a un côté éminemment disciplinaire : elle crée de l'ordre dans un chaos apparent. Mais la psychiatrie possède d'autres dispositifs qui sont agencés dans l'espace en question pour rendre le patient conforme à la norme. L'aspect disciplinaire est sans aucun doute l'élément le plus controversé. Rarement thématisé dans le discours médical, il est omniprésent. Les moyens de normaliser le patient posent néanmoins question dans le public. La contestation de la légitimité de la psychiatrie est étroitement liée à une interrogation sur ce point. Depuis la fin du XIX^e siècle, la chronique judiciaire et médicale est régulièrement remplie de scandales dans les hôpitaux psychiatriques⁴⁰. Le souci d'une (apparente) liberté est donc une thématique récurrente lors de la construction de l'*Institut* et ses responsables développent plusieurs stratégies pour contrer les reproches. Lors de l'inauguration en 1931, le président de la Commission d'Assistance Publique en énumère quelques-unes :

« La construction des deux pavillons a fait l'objet des études les plus attentives d'hommes compétents. Ils sont pourvus de tous les perfectionnements indiqués par la science moderne, en matière neurologique. Plus de chaînes, plus de cabanons, plus de camisoles de force, plus de barreaux ! – À peine quelques clôtures presque invisibles. Des fenêtres bien dégagées, munies de glaces d'une seule pièce, laissant pénétrer partout l'air et la lumière, de la gaîté

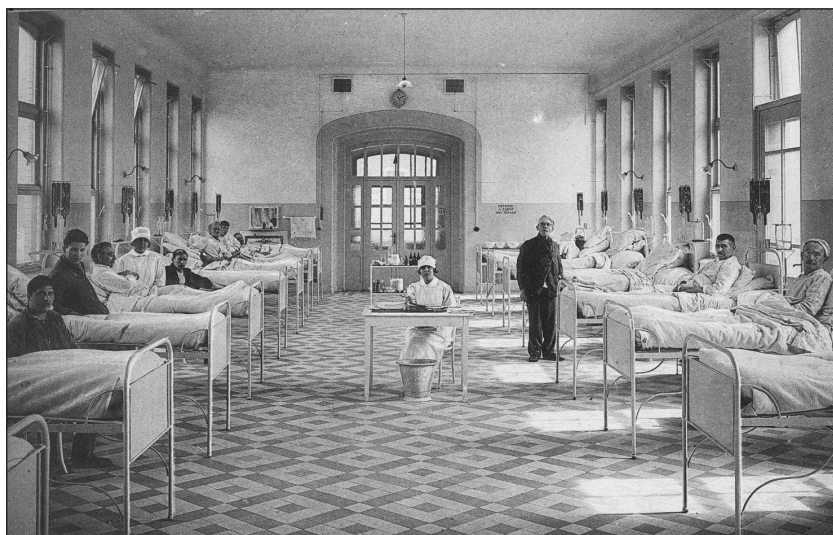
38. *Le Soir* du 25 juin 1934, p. 2.

39. Carla YANNI, *The architecture of madness: insane asylums in the United States*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 2007, p. 9.

40. Cette problématique dépasse le cadre belge mais est néanmoins très présente dans le royaume comme lors de l'affaire d'Ève entre 1871 et 1872. Suite à certains abus, plusieurs patients décèdent ou se voient amputer des membres, suite à des congélations et à des violences exercées par les gardiens. *Annales médico-psychologiques*, 7-8, 1872, p. 319-320. Cornelia BRINK, *Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860-1980*, Göttingen, Wallenstein, 2010 et Jacqueline THIRARD-CARROY, « Les aliénistes et leur opposition sous le Second Empire », *Psychanalyse à l'université*, 6, 1977, p. 10-19.

et l'apparence d'une liberté complète. L'Institut est entouré de grands jardins qui en font partie; il est construit sur un plateau élevé d'où la vue s'étend au loin, au milieu d'un paysage de bosquets et de vallons, avec, à l'horizon, la grande agglomération bruxelloise. L'ambiance exerce une influence considérable, parfois décisive, sur le moral et le physique du malade [...] Plus d'abandon au milieu des dangers d'une grande ville, plus de promiscuité dans les cachots du commissariat, plus d'exil dans un asile lointain de province⁴¹. »

La libération des chaînes – image récurrente depuis Pinel – continue à être mobilisée et à avoir du sens pour la psychiatrie de la première moitié du xx^e siècle. Mais derrière ce discours de libération se cachent de nombreux dispositifs souvent directement liés à des objets du quotidien qui doivent permettre une normalisation du patient⁴².



ILL. 2. – Carte postale éditée en 1922 représentant une salle de l'hôpital Brugmann⁴³.

À première vue, les lits, en métal et avec des angles arrondis sont les mêmes que dans les autres services de Brugmann mais ils ont donné lieu à toute une réflexion qui illustre la nécessité de s'attarder sur la culture matérielle des hôpitaux psychiatriques. Chargé de construire ce lit, Georges Vellut⁴⁴, l'ingénieur responsable de la construction de l'*Institut*,

41. ACPASB, AGP-CAP, boîte 158, discours d'Armand Goossens-Bara, président du Conseil d'Assistance Publique, lors de l'ouverture de l'*Institut* le 30 mai 1931.

42. Marie-Pierre JULIEN et Céline ROSSELIN, *La culture matérielle*, Paris, La Découverte, 2005.

43. ACPASB, fonds iconographique, H/H.B/56.

44. Georges Vellut (1866-1961), de formation ingénieur, a construit plusieurs bâtiments notamment le Sanatorium G. Brugmann (1909) et l'hospice Jouët-Rey pour la Commission d'Assistance Publique de Bruxelles où il travaille depuis 1902.



ILL. 3. – Carte postale éditée en 1931 représentant la salle des agités de l'Institut⁴⁵.

s'adresse dans un premier temps au ministère de la Justice afin de connaître la pratique dominante dans les autres institutions ; le ministère, en charge des asiles psychiatriques, conseille des lits fixés au sol car « l'institut de psychiatrie [...] recevra des malades de tout acabit : des agités, des violents, des suicidaires⁴⁶ ». Le ministère suit en cela l'avis de la plupart des manuels de psychiatrie :

« Les lits sont fixés au sol. Cette disposition est rendue nécessaire par les accès de violence des malades au cours desquels ils pourraient renverser le lit⁴⁷. »

Pourtant, c'est précisément cette immobilité qui fait finalement préférer une autre solution à Vellut, sur la base de ses contacts avec l'asile de Lovenjoel⁴⁸. La mère révérende de Lovenjoel, plus concernée par la gestion quotidienne d'un asile que par des réflexions théoriques sur l'objet psychiatrique, conseille le lit mobile, qui permet d'utiliser l'espace de manière optimale en temps de surpopulation et qui facilite le nettoyage des sols. L'Institut aura donc des lits mobiles. Néanmoins, pour obtenir une certaine stabilité, Vellut reprend une astuce proposée par la mère révérende : ce seront des lits « avec pieds en bois tourné au lieu de roulettes ce qui donne

45. ACPASB, fonds iconographique, H/H.B/196.

46. ACPASB, travaux, boîte 30, lettre de Dom à Vellut (16 novembre 1929).

47. Roger MIGNOT et Ludovic MARCHAND, *Manuel technique de l'infirmier des établissements d'aliénés*, Paris, Gaston Doin, 1931, p. 306.

48. L'asile de Lovenjoel est un des plus grands asiles psychiatriques de Belgique, institution gérée par une congrégation religieuse. Il sert en même temps d'hôpital universitaire à l'Université catholique de Louvain.

une fixité relative⁴⁹ ». Les lits sont également construits tels qu'on puisse y attacher des planches qui empêchent les patients d'en sortir. Ces planches ne sont pas installées de manière systématique – il n'y en a « que » 36 pour 116 lits – afin de ne pas ressembler trop à un lieu d'enfermement⁵⁰. Une comparaison avec la culture matérielle des autres services médicaux laisse apparaître quelques différences de plus. Les lits ne sont pas équipés d'une petite lumière, pour éviter brûlures, coupures et électrocution. Si chaque reclus dispose d'un lit accompagné d'une table de lit, il n'a pas non plus de garde-robe propre, contrairement aux autres patients de l'hôpital Brugmann. Enfin, si le lit est jusqu'aux années 1950, le théâtre où la personne est transformée en patient par le biais de l'écriture du dossier médical, les fiches des patients de l'*Institut* ne sont pas accrochées à leur lit. En psychiatrie, elles sont conservées dans la salle des infirmières. Alors que dans les autres services le patient peut, s'il le désire, lire au moins une partie de son dossier médical, ceci n'est pas possible pour les patients psychiatriques.

Par rapport aux autres services de l'hôpital Brugmann, les fenêtres sont ici également différentes par le grillage systématique. Celles-ci ont d'ailleurs fait l'objet d'un soin particulier de Vellut qui pendant une année a entretenu une correspondance nourrie avec plusieurs fabricants de châssis belges et anglais pour finir par dessiner lui-même un nouveau « châssis fixe avec parties ouvrantes, pour un Asile d'Aliénés⁵¹ ». Ce type de fenêtre doit, d'un côté, être muni d'un grillage assez serré pour empêcher les patients de s'échapper, mais, d'un autre, pouvoir être ouvert pour permettre à l'air de circuler⁵². Pour éviter l'impression d'emprisonnement le châssis de fer est caché par un cadre en bois.

Autre spécificité, moins visible mais néanmoins centrale dans la gestion de l'espace, sont les portes. Le problème pour l'ingénieur est ici double : d'une part il lui faut des portes et des serrures qui résistent à des tentatives de fuite. Ainsi toutes les portes extérieures et intérieures sont munies de « serrures doubles, à gorges ». En même temps, le cloisonnement efficace des patients ne doit pas nuire à la libre circulation du monde médical et soignant : il faut donc des serrures « absolument identiques entre-elles, de manière qu'avec une seule clef on puisse toutes les faire fonctionner⁵³ ».

49. ACPASB, travaux, boîte 30, lettre de la Mère Révérende de Lovenjoel à Georges Vellut (23 novembre 1929).

50. ACPASB, travaux, boîte 30, relevé détaillé des objets fournis par l'intermédiaire du service des Travaux pour l'équipement de l'Institut de Psychiatrie (pas daté). Sur le lit en tant que dispositif psychiatrique : Jean-François LAÉ, « Le lit, dispositif de l'institution totale », in Philippe ARTIÈRES et Jean-François LAÉ (éd.), *L'asile aux fous. Photographies de Roger Camar*, Paris, Presses Universitaires de Vincennes, 2009, p. 99-117.

51. ACPASB, travaux, boîte 30, lettre de Georges Vellut à un entrepreneur (20 novembre 1928).

52. « Les châssis de fenêtre peuvent être constitués de parties fixes pour supprimer les courants d'air, les parties mobiles étant réduites au minimum et de petites dimensions pour être plus hermétiques. » ACPASB, travaux, boîte 30, note de Georges Vellut (5 janvier 1928).

53. ACPASB, travaux, boîte 30, cahier des charges pour l'Institut de Psychiatrie.

Dans chaque salle au fond, quatre lavabos sont installés ce qui correspond aux normes contemporaines pour les hôpitaux. Par contre, les patients n'y bénéficient pas d'une grande intimité malgré les injonctions du manuel belge de référence sur la question qui souligne qu'il est inadmissible de « contraindre quelqu'un à faire ses ablutions en public, dans la salle de malades⁵⁴ ». Dans les autres salles de l'hôpital de Brugmann un paravent sépare les espaces de toilette du reste de la salle, mais cela n'est pas le cas à l'*Institut* : la possibilité de la surveillance continue des patients prime ici sur toute autre considération.

Le bruit attire également l'attention des maîtres d'ouvrages. Certes, toutes les salles sont équipées de petits panneaux indiquant « Silence-Stilte », mais de nombreux récits soulignent l'importance du bruit qui règne dans les hôpitaux psychiatriques, au moins jusque dans les années 1950 et l'introduction des neuroleptiques. Ce n'est pas sans raison que le psychiatre français Jean Thuillier intitule un de ses chapitres consacrés à l'atmosphère dans la salle avant 1954 « Le bruit et la fureur » :

« Dans la salle des agités, mon passage ne déclenche pas davantage de tumulte. Les cris, les vociférations sont ici l'ambiance sonore habituelle... Malades hurlant, crachant, et là, au milieu, trois infirmiers, calmes, débonnaires... Qu'il hurle ou vocifère, peu importe, les infirmiers sont habitués, comme ils le sont aussi à nettoyer les déjections et à nourrir à la cuillère les récalcitrants qui leur crachent souvent au visage en riant⁵⁵. »

Prévu pour des patients jugés plus bruyants, un hourdis spécifique est utilisé pour le premier étage du pavillon B afin de rendre inaudibles les éventuels bruits dans le reste de l'*Institut*.

Finalement, la place des infirmières est également pensée. Au fond de chaque salle se trouve, comme dans les autres services, un bureau pour l'infirmière, bureau qui permet d'avoir une vue globale de la salle et où aucun élément (paravent, meubles...) ne gêne à son regard. Les salles jugées difficiles, donc surtout les salles 48 et 49, sont davantage fournies en personnel : en 1940, le service de nuit y est assuré par une infirmière assistée d'un(e) aide » alors que l'infirmière est seule dans les autres salles. Si dans les salles pour « malades calmes » la lecture ou des travaux manuels sont autorisés aux infirmières pendant la nuit (entre 22 heures et 7 heures), ceci est strictement interdit dans les salles 48 et 49, aussi bien le jour que la nuit⁵⁶. La salle ne détermine donc pas seulement le degré de liberté des patients mais également celui des infirmières.

Peu après l'ouverture de l'*Institut* une délégation de la Société Royale de Médecine mentale de Belgique visite les nouveaux bâtiments et la lettre de

54. A. DEPAGE, P. VANDERVELDE et V. CHEVAL, *La construction des Hôpitaux...*, op. cit., p. 170.

55. Jean THUILLIER, *Les dix ans qui ont changé la folie*, Paris, Robert Laffont, 1981, p. 43.

56. ACPASB, fonds Capon, la longuelette, note du 9 août 1940 et du 15 juillet 1941.

remerciement du président de ladite société reprend quatre éléments centraux :

« Je tiens à vous féliciter pour l'organisation vraiment moderne et luxueuse de la clinique où règnent l'ordre, le calme et la propreté la plus grande. Vous pouvez être fiers de ce nouvel Institut qui permettra à nos futurs médecins de perfectionner leurs connaissances psychiatriques dans une atmosphère de calme, de douceur et de clarté⁵⁷. »

L'espace est moderne – modernité connotée ici positivement –, calme – une notion qui revient deux fois et qui oppose l'institution à la ville jugée trop bouillonnante –, doux – une douceur qui s'exprime par la contre-image de la prison et par la volonté de camoufler le plus possible l'enfermement – et clair – espace ordonné et facile à comprendre par la symétrie des formes et le style épuré.

Transformer l'espace psychiatrique

Cette première description formelle est loin d'être satisfaisante et ceci pour deux raisons. D'une part, un tel cadre spatial reste rarement inchangé dans le temps : s'intéresser à ses modifications, ses transformations s'avère nécessaire. D'autre part, historiens (de l'art) et philosophes restent souvent prisonniers d'une description statique. Erving Goffman a montré à quel point théorie sur les espaces psychiatriques et pratique de ces mêmes espaces peuvent diverger, à quel point les différents acteurs que ce soient les médecins, les infirmières ou les patients se réapproprient selon des modalités différentes cet espace⁵⁸. Certes, l'historien se trouve désarmé face à la richesse que l'observation (participante) amène à l'anthropologue ou à l'ethnologue. Les traces laissées dans les archives, produites presque exclusivement par les médecins et les infirmières, ne laissent entrevoir que des ombres fugaces quant à l'utilisation de l'espace psychiatrique. Les quelques pages qui suivent se caractérisent donc par leur caractère impressionniste qui rend bien la minceur des indices trouvés.

Dès le début, l'espace imaginé ne correspond pas exactement aux critères souhaités et l'*Institut* est en permanente mutation architecturale.

Espaces d'enfermement

« [L]'apparence d'une liberté complète » dont parle Goossens-Bara, le président de la CAP, dans son discours d'ouverture semble avoir posé quelques problèmes, car dans la première moitié des années 1930, l'*Institut*

57. ACPASB, AGP-CAP, boîte 159, lettre du président de la Société Royale de Médecine mentale de Belgique au président de la CAP (26 septembre 1931).

58. E. GOFFMAN, *asiles...*, *op. cit.*

connaît de nombreuses fuites. Ces évasions donnent lieu à un renforcement des mesures de sécurité, mais l'idée d'un enfermement peu visible reste le mot d'ordre.

« Clôture des jardins des malades de l'Institut de Psychiatrie. M. le D^r Vermeylen dit qu'il lui paraît nécessaire de renforcer l'épaisseur des haies des jardins où se promènent les malades calmes, sans toutefois surélever la hauteur de cette clôture. Ce renforcement serait effectué en élargissant les plantations de *ligustrum* et en plaçant une seconde rangée de piquets avec fils barbelés derrière la haie, ce qui la soutiendrait en même temps. Il importe surtout, déclare M. le D^r Vermeylen, de renouveler une grande partie des plantes vivaces à fleurs qui garnissent les plates-bandes qui se trouvent au pied des clôtures. M. le D^r Vermeylen attache une grande importance à la barrière morale que constituent ces parterres de fleurs [...] M. le Professeur Vermeylen croit aux bons effets de la méthode qui consiste à ne donner aux malades aucune impression de détention en créant l'apparence de se trouver dans un jardin non clôturé où les fleurs et la verdure constituent un obstacle qu'ils ne franchiront pas⁵⁹. »

Pour augmenter l'efficacité de l'enfermement deux stratégies sont poursuivies : d'un côté des barrières « douces », à la fois invisibles – car n'ayant pas officiellement fonction de frontière mais d'embellissement – et visibles et d'un autre côté des barrières « dures », en partie cachées, comme des fils barbelés intégrés dans les haies.

Le contrôle à l'intérieur est renforcé par une amélioration du système de communication. L'idée est de rendre l'espace plus l(v)isible sans que cela soit nécessairement perceptible pour les patients. En 1931, chaque salle dispose d'un appareil de téléphone, appareil qui n'est cependant pas adapté aux situations d'urgence. En cas de problèmes, l'infirmière doit « après avoir décroché l'appareil, attendre la réponse à son appel pour signaler qu'elle [est] en difficulté, ce qui [prend] un certain temps et n'[est] pas toujours possible⁶⁰ ». Des sonneries sont donc installées dans les six grandes salles. Ces sonneries sont reliées à des tableaux à lampes situés aux dégagements centraux des différents étages. En poussant sur le bouton, l'infirmière indique une situation d'urgence sans devoir attendre une réponse de la centrale téléphonique. Par la répartition des tableaux d'alertes, chaque intervenant peut immédiatement voir vers quelle salle il doit se diriger. Cette nouvelle installation permet ainsi d'une certaine manière un nouveau modèle panoptique qui ne repose plus sur une vision directe des patients, mais sur une visualisation du danger à travers des signaux lumineux.

Mais cette volonté du contrôle invisible n'est pas applicable partout comme le montre l'installation de toilettes dans les jardins. Afin d'éviter

59. ACPASB, AGP-CAP, boîte 158, lettre du 1^{er} octobre 1936 du Directeur de l'Institut à la Commission d'Assistance Publique.

60. ACPASB, travaux, boîte 52, rapport du service des travaux à la CAP (11 février 1933).

que les patients retournent dans le pavillon pour satisfaire leurs besoins et échappent ainsi à la surveillance des infirmières, le service des travaux de la CAP après consultation du directeur de l'*Institut* propose la solution suivante qui sera mise en place :

« Ces WC doivent être établis de manière à permettre une surveillance facile (une porte ouverte par le haut et le bas) – pas de clinche [poignée de porte], porte va et vient, mais possibilité de fermer à clef par l'extérieur, pas de chaînette pour la chasse d'eau, commande d'éclairage par l'extérieur⁶¹. »

La toilette est un lieu particulier dans les institutions totales. Parfois lieu d'humiliation comme dans le documentaire de Frederick Wiseman *Titicut Follies* (1967) où les patients ne disposent d'aucune intimité, elle est également un lieu de liberté. En effet les lieux d'aisance permettent de se retirer et du groupe des patients et du regard du monde médical et soignant. À l'*Institut*, tout est fait pour limiter cette liberté à l'extrême : visibilité partielle par la porte réduite, impossibilité de bloquer la porte de l'intérieur par l'absence de poignée, absence de clef à l'intérieur et possibilité d'ouvrir la porte dans les deux sens. Cet exemple de 1938 s'inscrit dans une longue série de remodelages spatiaux de l'*Institut* qui sont pendant presque vingt ans exclusivement destinés à sécuriser davantage les bâtiments : installation de carpettes en bulgomme entre les lits des « malades agités de la section fermée » en 1950, la même année placement de caches-radiateur suite à un incident où « un de ces malades s'est blessé gravement à la tête en se jetant contre un radiateur », renforcement des fenêtres après qu'un « malade s'est lancé à travers une fenêtre⁶² » en 1953. Ces exemples indiquent l'apprentissage permanent du personnel. En effet, cette « amélioration » de l'espace qui enferme, se réalise souvent suite à des incidents qui montrent les failles du dispositif.

Si les exemples donnés ci-dessus sont encore relativement limités dans leur application, le directeur de l'*Institut* Nyssen impose en 1952 une réorganisation plus importante des salles qui hébergent les patients les plus agités. Les trois espaces catégoriels dont il dispose ne lui suffisent pas. Il fait dès lors installer dans les salles 48 et 49 une « cloison compren[ant] un soubassement plein jusqu'à une certaine hauteur, le reste étant vitré jusqu'au plafond, avec la partie inférieure du vitrage en verre "sécurité"⁶³ ». Il existe dorénavant, sur ces étages destinés aux patients les plus agités, la possibilité d'introduire une différenciation supplémentaire. Dès lors, l'*Institut* dispose de quatre catégories d'espaces qui lui permettent de gérer la population, de

61. ACPASB, travaux, boîte 219, lettre du directeur de Brugmann à la CAP (5 juillet 1938).

62. ACPASB, travaux, boîte 219, rapport du service des travaux à la CAP (30 janvier 1950), séance de la CAP de Bruxelles (7 mars 1950) et rapport du service des travaux au Conseil de la CAP (9 décembre 1953).

63. ACPASB, travaux, boîte 219, lettre du directeur de Brugmann à la CAP du 8 mai 1952.

la catégoriser, de la diagnostiquer simplement par le lieu dans lequel le patient est gardé. Contrairement à d'autres hôpitaux en Europe où cette division qui se base sur le degré d'agitation vole en éclats au début des années 1970, elle restera d'actualité à l'*Institut* jusqu'à la destruction des bâtiments à la fin des années 1970⁶⁴.

La guerre comme moment de liberté

Pendant la Deuxième Guerre mondiale, l'*Institut* doit changer de lieu car l'hôpital Brugmann est occupé par l'armée allemande. Comme le directeur Guillaume Vermeylen travaille également à la clinique privée du Fond'Roy, les patients et les mondes médical et soignant y sont transférés. L'*Institut* garde néanmoins ses lieux propres et fonctionne indépendamment de Fond'Roy. Situé à Uccle, cet espace psychiatrique se trouve à l'écart de la chaussée de Waterloo, entouré d'un grand domaine boisé. Espace beaucoup moins ordonné, l'*Institut* en guerre fait l'expérience d'une liberté inconnue. En effet, ces cinq ans sont intéressants parce qu'ils témoignent, en négatif, du contrôle étroit qui existe à Brugmann. Une des infirmières souligne la grande indépendance dont bénéficie le monde soignant, loin des yeux de la directrice des infirmières aussi bien pour le fonctionnement de l'*Institut* que pour leur vie privée – les infirmières ne logeant pas dans le pensionnat de l'hôpital Brugmann mais également sur le site de Fond'Roy⁶⁵. Liberté également par rapport aux médecins, qui y sont moins présents qu'à Brugmann, vu les difficultés de venir à Fond'Roy⁶⁶. Les infirmières apparaissent dans ce témoignage non seulement comme productrices mais également comme objets d'ordre. Ce contrôle est également spatial. Pendant la guerre, les infirmières disposent en fait d'une villa sur le site de Fond'Roy. Le 4 juin 1941 la monitrice impose un nouveau règlement qui essaye de surveiller davantage ce nouvel espace :

« Je suis étonnée d'apprendre que les infirmières reçoivent des visites dans les villas et même parfois dans leur chambre. À partir de ce jour aucune visite ne pourra plus se faire sauf à l'Institut de Fond'Roy même. Les visiteurs (exceptionnels) seront reçus par la Monitrice ou sa remplaçante, l'infirmière demandée sera appelée à l'Institut et recevra sa visite dans un local désigné par la monitrice. Je prie les infirmières de ne pas se faire reconduire par des Messieurs (fiancés??) jusqu'aux villas lors de leurs promenades. La réputation de toutes est en jeu⁶⁷. »

D'autre part, le Fond'Roy étant une clinique privée qui pratique le système de la porte ouverte, le personnel soignant est confronté à un autre usage psychiatrique de l'espace qui provoque certes un certain étonnement,

64. Philippe ARTIÈRES et Jean-François LAÉ (éd.), *L'asile aux fous. Photographies de Roger Camar*, Paris, Presses Universitaires de Vincennes, 2009, p. 96.

65. CAPON, *psychiatrie*, p. 93.

66. ACPASB, AGP-CAP, boîte 160, lettre du directeur de Brugmann à la CAP (31 mars 1941).

67. ACPASB, fonds Capon, la longuette, note du 4 juin 1941.

mais montre également les potentialités d'une autre pratique psychiatrique. Dans la mesure du possible, l'organisation des salles est maintenue comme à l'*Institut* : les patients sont répartis en six salles, trois pour les hommes et trois pour les femmes avec la même gradation de « dangerosité » qu'à l'*Institut*. Le retour vers Brugmann s'effectue en juin 1946 après que l'hôpital a également servi aux troupes britanniques à partir de l'automne 1944. Ce n'est que progressivement que l'*Institut* devient de nouveau un espace psychiatrique – faute de patients et faute d'infirmières. La section ouverte ne fonctionne qu'à partir de la fin de l'année 1951.

Espaces de savoir

À côté des adaptations sécuritaires, un deuxième ensemble de modifications spatiales est lié aux changements de la doctrine psychiatrique. Le bâtiment de l'*Institut* est pensé et construit à un moment où la guérison des patients n'implique pas nécessairement une approche différenciée. Certes – et les réflexions menées autour de la construction de l'*Institut* en sont un exemple assez parlant – des idées très précises sur l'environnement favorable à la guérison existent, mais ces préceptes ne sont pas individualisés. Ils agissent sur un groupe dans son intégralité et non pas sur des personnes particulières. Or, aussi bien la psychanalyse que la psychiatrie biologique (re)naissante conduisent dans les années 1950 à un autre rapport face au patient mais également face à l'espace. L'historienne de l'art anglaise Leslie Topp a souligné que Freud a pensé la psychanalyse en tant que service de consultation et le lieu dans lequel il accueille ses patients est loin d'être ordonné, mais rempli d'objets rappelant des souvenirs familiaux⁶⁸. De même, la psychiatrie biologique ordonne autrement ses espaces. N'étant plus fixée sur le groupe, au moins dans ses aspirations théoriques, cette psychiatrie recherche une autre fonctionnalité spatiale. Prônant une certaine technicité, à travers les gestes à effectuer, les examens à réaliser et les appareils à utiliser, les exigences spatiales se modifient. Les deux approches se rejoignent par l'approche individuelle du patient et un optimisme thérapeutique. L'environnement spatial (ordre, nature, circulation de l'air...) n'est plus perçu comme l'élément déterminant. Ceci explique pourquoi l'*Institut*, par certains aspects dans sa conception spatiale, ne correspond très vite plus aux attentes et nécessite d'autres réorganisations importantes.

Les grands dortoirs sont peu adaptés pour les premières thérapies biologiques comme l'insulinothérapie à la fin des années 30 ou les électrochocs à partir des années 1940. La cure à l'insuline nécessite une surveillance étroite et un certain calme. Quelques chambres individuelles sont donc transformées en salles d'insulinothérapie où les patients ne restent pas

68. L. TOPP, « An Architecture for Modern Nerves... », *op. cit.*, p. 428.

plusieurs jours, mais seulement quelques heures, le temps de la thérapie⁶⁹. Vu la violence de l'électrochoc, il n'est pas effectué en salle commune, mais aussi dans des chambres individuelles⁷⁰. De la même manière, l'achat d'un électro-encéphalographe (EEG) nécessite des transformations. À partir des années 1920, des appareils destinés à enregistrer l'activité cérébrale sont développés. À Brugmann, le premier EEG est acheté à la fin des années 1940. Pour pouvoir réaliser cet examen une autre chambre individuelle change de fonction : cet espace d'isolement va devenir un espace de production de savoir psychiatrique. Les murs sont revêtus de minces feuilles d'étain, le sol en granito est recouvert de balatum et toute l'électricité est remplacée car le courant continu n'est pas assez stable : l'appareil à électrochocs provoque d'ailleurs régulièrement des coupures d'électricité dans tout le bâtiment⁷¹.

Mais ces changements liés à la psychiatrie biologique sont minimes par rapport aux modifications imprégnées par une approche socio-thérapeutique. La visite du médecin se fait de moins en moins dans le dortoir. Il ne faut pas seulement préserver l'intimité du patient mais la conception de la relation médecin-patient change fondamentalement. À l'*Institut*, la visite se fait jusqu'aux années 1950 devant tous les autres patients du dortoir. C'est pendant cette décennie que sous l'initiative des chefs de salle, des séances d'entretien commencent à être organisées en dehors du dortoir⁷². L'implication de la famille dans le processus thérapeutique nécessite également la disponibilité d'un espace discret vers lequel on peut se retirer. Ainsi Julie H., âgée de 32 ans, est colloquée en décembre 1936 pour cause de « délire de persécution⁷³ ». Dès le troisième jour de son séjour, le médecin a un long entretien avec son mari. Le concept de « consultation » est dans un premier temps uniquement destiné à des personnes qui ne séjournent pas à l'*Institut*. Dès la seconde moitié des années trente, des entretiens proches de la « consultation classique » ont lieu maintenant à l'intérieur du pavillon B avec des patients colloqués. Dans ce contexte, les salles de consultation dans le pavillon A ne peuvent pas être utilisées : d'une part elles sont occupées par les consultations ordinaires ; d'autre part cela aurait nécessité un va-et-vient permanent de patients entre le pavillon B et le pavillon A. Une partie des chambres individuelles sont transformées en salles de consultation dans le pavillon B. Jusqu'à la fin des années 1970, quelques chambres individuelles restent néanmoins à la disposition du personnel soignant pour isoler temporairement des patients. En effet, le personnel soignant se retrouve régulièrement face à des individus qui montrent une agressivité difficile à maîtriser. Camille M. est colloquée en mars 1948 pour « état dépressif [...] caractérisée par une excitation psychique de la fuite des idées,

69. ACPASB, AGP-CAP, boîte 102, lettre du directeur de Brugmann à la CAP (21 février 1939).

70. Interview avec Jean Dierkens du 1^{er} décembre 2008.

71. ACPASB, travaux, boîte 219, lettre du directeur de Brugmann à la CAP (16 mars 1953).

72. Interview avec Jean Dierkens du 1^{er} décembre 2008.

73. HBIP, AS, n° 5103, motif de collocation (12 décembre 1936).

des hallucinations visuelles, un délire d'interprétation et de l'agressivité vis-à-vis de son milieu⁷⁴ ». Vu son état d'agitation, elle est dès son entrée soumise à une médication importante de sédatifs :

« Soir: très agitée, reçu Br. Chl. Sans effet. Hyoscine + Sedol se lève, frappe et ne veut pas retourner au lit⁷⁵. »

Par la suite Camille M. est soumise à l'entière de l'arsenal thérapeutique dont dispose la psychiatrie en ce moment : une quarantaine de comas d'insuline, des chocs au cardiazol et des électrochocs. Devant l'insuccès de ces mesures, la patiente sera lobotomisée par le docteur Ectors. Certes cette intervention diminue l'agitation de Camille M. mais elle continue à avoir un comportement difficilement acceptable en salle, car maintenant elle prend une des autres patientes pour son mari et essaie en permanence d'avoir des relations sexuelles avec celle-ci. Les infirmières recourent donc régulièrement à une de ces chambres individuelles où elles peuvent enfermer la patiente, au moins pendant la nuit.

« Dans l'après-midi la malade est agitée vient sans arrêt dans la salle – se couche dans les lits propres – s'assied sur les radiateurs – a uriné dans le coin de sa chambre, crache partout⁷⁶. »

Le dossier de Camille M. est rempli de telles notices qui montrent qu'une réintégration même partielle dans les dortoirs communs est difficile. De tels cas sont rares, mais révélateurs à deux niveaux. Premièrement, même la salle 49 destinée aux patientes agitées n'est pas toujours appropriée. Deuxièmement, la chambre individuelle qui, dans un premier temps, a été construite pour assurer une certaine intimité à certains patients, est transformée en espace d'enfermement singulier.

Les modifications spatiales liées à une approche plus individualisée ne sont cependant pas les seuls changements dus à la psychiatrie sociale. À partir de 1949, les patients peuvent accéder à des infrastructures sportives aussi bien à l'intérieur – installation d'une salle de gymnastique dans le pavillon A côté hommes – et à l'extérieur – aménagement d'un terrain de sport dans le jardin côté hommes⁷⁷. C'est dans le cadre de ces activités sportives que la stricte séparation spatiale entre hommes et femmes est temporairement abrogée. Certes, hommes et femmes ne pratiquent pas encore de sport ensemble, mais il y a des moments où des femmes accèdent à des espaces dont elles étaient jusqu'à ce moment, pas seulement physiquement mais également visuellement, exclues. C'est d'ailleurs le courant de la psychiatrie sociale plus que celui de la psychiatrie biologique où

74. HBIP, AS, n° 12600, résumé médical (pas daté, ni signé).

75. Afin d'alléger les notes en bas de page, les citations qui ne sont pas référencées sont issues des fiches des infirmières.

76. HBIP, AS, n° 12600, note d'infirmière (16 juin 1948).

77. ACPAS, lettre du 18 novembre 1949 du Directeur à la CAP.

l'espace n'est guère thématisé qui va amener les plus grands changements. En effet l'*Institut* en tant qu'espace psychiatrique est de plus en plus critiqué après la Deuxième Guerre mondiale. Dès le début des années 1960, la présence des grands dortoirs est fortement mise en question. À partir de 1968, le nombre de lits en section fermée diminue rapidement en faveur de lits en service ouvert. Cinq ans plus tard, tous les lits en section fermée ont disparu.

Période	1931	1954	1962	1970	1973	1977
Nombre de lits	116	124	114	122	110	110
Service fermé	72	92	86	76	8	0
Service ouvert	44	32	28	46	102	110

TABEAU 2. – Places disponibles à l'*Institut*.

Ce changement s'observe d'une manière générale en Belgique et en Europe. En effet, entre 1968 et 1980, le nombre de lits en service fermé est divisé par trois en Belgique, le nombre de lits en service ouvert plus que multiplié par deux⁷⁸. Division spatiale différente pour les populations existantes, mais également espaces supplémentaires pour de nouvelles populations psychiatriques – « enfants nerveux » – et pour de nouvelles thérapies – ergothérapie⁷⁹. Mais dans un premier temps une restructuration complète des bâtiments échoue et les psychiatres recourent à des solutions originales comme l'installation d'un bus transformé en atelier thérapeutique dans le jardin. « Caché derrière des arbres », il n'est pas seulement le signe d'une transformation des visions thérapeutiques, mais il devient également rapidement un espace de liberté. Si la séparation des sexes restera la norme dans l'*Institut* jusqu'à la destruction des anciens bâtiments au début des années 1980, elle n'est plus de mise dans le bus. D'ailleurs, à la fin des années 60, les premiers couples (entre patients) commencent à s'afficher ouvertement à l'intérieur de l'*Institut*, témoignant du fait que les frontières spatiales qui devraient assurer la séparation entre les sexes sont devenues beaucoup moins étanches. Hommes et femmes ne se rencontrent pas seulement dans le bus mais également dans les ateliers thérapeutiques et, fin des années 1960, un groupe de malades sous le nom de « Comité d'action des émergés mentaux », reçoit une autorisation temporaire pour une visite journalière auprès des femmes des salles 47 et 49⁸⁰. Ces rencontres entre hommes et femmes restent néanmoins interdites par la loi. En effet, entre autres le règlement général et organique du 1^{er} mai 1851 est toujours en

78. Lydwine VERHAEGEN, *Les psychiatries, médecines de pointe ou d'assistance?*, Louvain-la-Neuve, Cabay, 1985, p. 262.

79. ACPASB, AGP-CAP, boîte 102, Comités de gestion de l'*Institut de Psychiatrie* (1963-1964).

80. CAPON, *psychiatrie*, p. 166.

vigueur. Il stipule que « la séparation des aliénés de chaque sexe doit être établie de manière qu'il n'y ait aucune communication entre les deux divisions ». L'exemple peut sembler bien particulier, mais c'est un des nombreux cas en psychiatrie où l'écart entre le cadre législatif et la pratique psychiatrique est assez importante, mais seulement décelable à une échelle qui s'intéresse aux pratiques quotidiennes. Revenons au bus. Suite à sa position en dehors du contrôle visuel, il devient un lieu de rencontre entre patients masculins et féminins. Dans les années 1970 il est remplacé par une structure plus stable et moins « provisoire » à savoir un chalet⁸¹. Ce bus, et dans une moindre mesure le chalet, occupent une fonctionnalité particulière dans cet espace psychiatrique. Lieu à la limite de la légende – il n'apparaît pas dans les papiers administratifs de l'époque – le bus est un de ces « espaces libres⁸² » décrits par Goffman, espaces libres qui assurent le maintien des espaces totalisants.

C'est également à partir des années 1960 que l'espace psychiatrique quitte les murs de l'*Institut*. Deux remarques permettent de situer l'*Institut* en tant qu'espace psychiatrique dans un contexte élargi. Déjà à sa fondation en 1931, l'*Institut* est loin d'être le seul hôpital psychiatrique sur le territoire bruxellois. Plusieurs cliniques semblables se sont créées au début du xx^e siècle : Fond'Roy en 1902 (300 lits) et La Ramée en 1920 à Uccle, Titeca en 1908 à Schaerbeek (160 lits en 1959). À côté de ces institutions plus importantes, des cliniques plus petites existent. Tous ces établissements ont en commun leur origine privée : ils n'accueillent donc souvent que des patients financièrement solvables. Seul l'*Institut* est obligé de traiter tous les patients de Bruxelles, indépendamment de leur situation financière. Dans les années 1960, la psychiatrie innove en quittant les espaces asilaires. Certes l'*Institut* n'aura pas de véritables structures extra-hospitalières, mais des médecins et infirmières ayant travaillé à Brugmann créent des espaces parapsychiatriques qui gardent des liens avec l'*Institut* : L'Équipe à Anderlecht autour du psychiatre Jean Vermeulen (1961), les Alcooliques Anonymes autour du psychiatre Jacques Bradfer (début des années 60), le club Antonin Artaud (1962) autour de l'assistante sociale Sanky Rolin, le Centre de prévention du suicide de Bruxelles autour de la psychiatre Simone Duret-Cosijns (fin des années 1960) Infor-Drogue autour du psychiatre Claude Bloch (1971)... Parallèlement de nouveaux hôpitaux généraux avec des services psychiatriques voient le jour à Bruxelles : l'hôpital Érasme en 1977 (une centaine de lits psychiatriques), l'hôpital universitaire de la VUB, l'Academisch Ziekenhuis à Jette en 1978 (30 lits psychiatriques) et l'hôpital universitaire de l'Université Catholique de Louvain, l'hôpital Saint-Luc, à Woluwe-Saint-Lambert en 1978 (20 lits).

81. CAPON, *psychiatrie*, p. 155.

82. E. GOFFMAN, *asiles...*, *op. cit.*, p. 210.

Avec la création de nouveaux lieux psychiatriques, la désuétude de l'*Institut* devient d'autant plus visible. Un des acteurs décrit la situation rétrospectivement.

« Faire l'effort d'arriver au sommet de la colline où se trouvait l'Institut de psychiatrie jusqu'à la fin des années septante, représentait pour les patients, pour le personnel et pour les visiteurs, un cheminement particulier et qui indiquait certainement qu'on s'y rendait autre part, au bout du reste de l'hôpital. Il fallait longer tous les autres services et parcourir un dernier chemin montant pour parvenir "sur la colline" (comme on disait)... Cette forteresse asilaire fut démolie au début des années quatre-vingt pour faire place au nouvel Institut de psychiatrie et de psychologie médicale construit sur le mode ouvert et pavillonnaire. Le chemin isolé fut intégré dans un ensemble d'allées riantes⁸³. »

L'*Institut* en tant qu'espace psychiatrique a perdu sa fonction curative pour les psychiatres qui y travaillent. Les bâtiments aussi semblent particulièrement mal résister à l'usure du temps à en juger la description d'un ancien patient lors d'un colloque :

« Vivre pendant deux mois avec des "incurables" sérieux n'est pas une sinécure. Imaginez une pièce de 20 mètres sur 10 dont les murs ont 8 mètres de hauteur. Les murs sont sales et mal peints. Le revêtement de sol est craquelé. Treize lits sont disposés le long des murs. Une table immense trouve sa place contre le mur restant. Dans un coin, une baignoire et deux éviers. Dans un autre, les commodités. Le tout au vu et au su de tout le monde. À côté de ces "dortoirs" se trouve une pièce presque aussi grande où l'on a disposé des sièges et un poste de radio qui hurle toute la journée⁸⁴. »

Dès les années 1960 des projets existent pour modifier l'espace dans lequel fonctionne l'*Institut*. En 1963, son directeur propose la création d'un hôpital de jour, proposition qui se heurte entre autres à l'opposition de la direction de l'hôpital qui ne croit pas possible d'assembler espace fermé pendant la journée (dans l'*Institut*) et espace ouvert pendant la nuit (dans la famille)⁸⁵. Avec l'arrivée de Paul Sivadon dans les années 1960, la réflexion est relancée. Le psychiatre français, conseiller du groupe de réflexion « Architecture et santé mentale » à l'OMS, a en effet des idées assez précises sur l'espace psychiatrique. Il plaide ainsi pour une prise en compte de l'aspect spatial dans la thérapie⁸⁶. Prenant comme exemple « son » hôpital l'Institut Marcel Rivière (l'ancienne La Verrière) à

83. Daniel DÉSIR (éd.), *Du côté de Brugmann. Un hôpital dans son siècle...*, op. cit., p. 100.

84. *La folie parmi nous, qui écoute?*, Bruxelles, GERM, 1975, p. 43.

85. ACPASB, AGP-CAP, boîte 102, Comité de gestion de l'Institut de psychiatrie (11 octobre 1963).

86. Paul SIVADON, « Le problème de l'espace à l'hôpital psychiatrique », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 62-3, 1962 et Paul SIVADON, « L'environnement dans la thérapie psychiatrique hospitalière », *mosaïque*, 4-13, 1972, p. 13-17.

Mesnil-Saint-Denis dans la région parisienne, Sivadon planifie un hôpital qui rompt radicalement avec l'ancien *Institut*. Les premières réflexions sont lancées en 1974 en vue d'un nouvel établissement de 120 lits (112 en section fermée et 8 en section ouverte), d'un hôpital de jour de 30 lits et d'une consultation. L'accord pour la réalisation ne vient cependant qu'en 1980. Il s'agit d'un ensemble pavillonnaire où chaque patient dispose de sa chambre. Aussi bien les barrières visibles qu'invisibles sont levées. Par les matériaux utilisés – beaucoup de verre – le nouvel *Institut* se présente maintenant comme un espace ouvert. Il est davantage inscrit dans le complexe hospitalier au niveau architectural mais également au niveau du fonctionnement. Le but est maintenant de ne pas rompre la relation que le patient entretient avec son environnement du dehors, mais au contraire de faciliter le contact avec le monde extérieur : l'*Institut* dispose d'ailleurs maintenant de sa propre entrée⁸⁷.

Croiser cette description (théorique) avec le discours du président de la CAP dans les années 1930 illustrent bien sûr la rupture, mais également les continuités argumentaires pour dire la réforme. La « liberté complète » de 1931 ressemble étonnamment au « mode ouvert » de 2006. Dans les deux cas, la réorganisation spatiale de la psychiatrie joue un rôle important dans la nouvelle image que les psychiatres entendent donner à leur discipline. À deux reprises, la réforme passe par l'espace.

Vivre l'espace psychiatrique

Venons-en dans un troisième temps aux pratiques spatiales telles que les dossiers de patients les laissent deviner. La vision de la psychiatrie est fortement déterminée par celle du psychiatre. De par sa production écrite surabondante, il livre un matériel certes fascinant mais qui risque de nous tenir éloigné de réalités significatives. Dans l'espace psychiatrique, le médecin n'a guère de présence physique. Ce constat nécessite donc une plus grande focalisation sur l'infirmière dont la position dépasse de loin celle d'une simple auxiliaire du médecin : elle dispose d'une marge de manœuvre assez importante. L'interaction dans l'option microsociologique de Goffman se déroule donc en psychiatrie essentiellement entre infirmière et patient.

Dès le début de son existence, l'*Institut* permet aux familles d'entrer dans cet espace psychiatrique. Les jeudi et dimanche après-midi – Albert Londres indique les mêmes jours dans les asiles des années 1920 en France⁸⁸ – celles-ci peuvent rendre visite aux patients pendant une heure. La visite se fait cependant toujours sous l'œil et l'oreille, plus ou moins

87. Une évolution similaire s'observe dans d'autres pays : Lindsay PRIOR, « The architecture of the hospital : a study of spatial organization and medical knowledge », *The British journal of sociology*, 39-1, 1988, p. 86-113.

88. Albert LONDRES, « Chez les fous », in *Albert Londres, Œuvres Complètes*, Paris, arléa, 2007, p. 229.

proche, du monde infirmier. Tous les visiteurs sont d'ailleurs soumis à un contrôle lors de leur entrée: ils ne sont pas autorisés à donner directement aux patients des objets (nourriture, vêtements...), mais doivent passer par les infirmières⁸⁹. Contrairement à d'autres services hospitaliers, l'encadrement très strict des visiteurs familiaux ne repose pas sur la peur d'une contamination, du moins pas biologique. La première semaine de son séjour, le patient reste cependant, jusque dans les années 1960, sans visite « dans le but de les déconditionner de leur famille et des amis⁹⁰ ». À côté d'une peur morale de l'environnement familial qui est jugé pathogène, les visites sont également des moments de rupture dans le rythme quotidien de l'institution. La visite de la famille est un moment très attendu par les patients. Il recrée un lien avec le monde extérieur mais il permet également d'améliorer les conditions à l'intérieur de l'hôpital. Dans les nombreuses lettres que Jakob V. écrit à sa femme dans les années 1930, il énumère les affaires qu'elle doit lui amener lors de ses visites :

« Les photos qu'il demande déjà depuis si longtemps, un bloc de papier à lettre et un bon crayon, aussi quelques fruits [...] un paquet de biscuits⁹¹. »

Le cloisonnement provoque d'ailleurs parfois des remous parmi les patients surtout si la famille se présente à l'entrée et se voit interdire la visite. Marie P. fait, en 1952, un deuxième séjour à l'*Institut*. Malgré le fait qu'elle ne soit pas colloquée, elle se retrouve, faute de places, en salle 47, un service fermé. Le premier dimanche de son séjour, son fils est refusé à la porte du pavillon A :

« A pleuré parce que son fils ne peut pas entrer dans la salle dimanche. Se fâche pour cela, voudrait partir d'ici⁹². »

Ce n'est qu'après avoir reçu du Luminal que la patiente se calme. Finalement la séparation totale de la famille provoque des angoisses surtout chez de nombreuses femmes qui se sentent responsables du fonctionnement quotidien de leur foyer. Pascale L., âgée de 29 ans entre en mars 1950 à l'*Institut*. Mère d'un enfant, cette femme se retrouve dans la salle 49 avec le diagnostic « névropathique ». Assez agitée, la patiente se confie à l'infirmière après une semaine d'hospitalisation :

« Ce matin était très inquiète de se trouver ici, et de n'avoir aucunes nouvelles des siens, s'imaginait qu'une catastrophe leur était arrivée. Cet après-midi est beaucoup plus calme. »

89. ACPASB, fonds Capon, la longuelette, note du 4 juin 1941.

90. M. CAPON, « De la psychiatrie... », *op. cit.*, p. 149. Ceci est une pratique qui reste d'actualité dans certaines structures (para)psychiatriques cf. Jean-François LAE, *Les nuits de la main courante: écritures au travail*, Paris, Stock, 2008, p. 70.

91. HBIP, AS, n° 1348, lettre de Jakob V. à sa femme (23 septembre 1933).

92. HBIP, AS, n° 5647, note d'infirmière (14 novembre 1952).

Et le lendemain :

« Demande toujours à retourner. Croit qu'il est arrivé malheur chez elle⁹³. »

Cette pratique de cloisonnement total avec l'extérieur change à partir des années 1960. Jusque-là l'espace psychiatrique par son aspect séparateur est jugé plus « sain » que le maintien de contact avec le monde extérieur. La transformation des savoirs psychiatriques qui s'opère à partir de 1960 préconise justement une plus grande ouverture de l'espace psychiatrique sur l'extérieur que ce soit la famille, le monde du travail ou la société en général. Ainsi la famille est jugée de plus en plus centrale dans les problèmes mentaux d'un patient et on la considère désormais comme un outil important dans sa resocialisation.

Ouverture/fermeture

Le point central dans une analyse spatiale de l'espace psychiatrique est la question du couple ouvert/fermé. Cette problématique est une constante dans l'interaction entre médecins, infirmières et patients. Dans tous les asiles psychiatriques, cette différence est clairement inscrite dans l'espace : à l'*Institut* pavillon A – ouvert – et pavillon B – fermé – définissent au moins théoriquement le degré de liberté des patients. Or, si des différences substantielles existent bien sûr entre les deux bâtiments, les deux espaces ne sont pas définis dans un mode d'absolu (ouverture ou fermeture).

En septembre 1958 Volker H. entre pour la première fois dans l'*Institut*. Âgé de 54 ans, cet aide-cuisinier est confronté à des problèmes d'alcoolisme, le diagnostic du médecin étant « éthylisme chronique ». Le dossier ne contient pas de pièces qui permettent d'avoir des informations précises sur les conditions d'admission. La note d'entrée, rédigée par une infirmière, indique que le patient « dit être venu ici spontanément pour subir une cure de désintoxication⁹⁴ ». Ceci pourrait expliquer pourquoi Volker se retrouve dans la salle 40 en service ouvert : Volker a donc la possibilité de sortir de l'hôpital dès qu'il le souhaite. Mais, agrafée à la farde du premier séjour – deux autres suivront en salle fermée –, se trouve une petite fiche qui illustre la fragilité de ce régime de liberté :

« Je soussigné [...] autorise les médecins de la section ouverte de l'Institut de Psychiatrie à effectuer un transfert momentané en pavillon fermé au cas où j'exigerais prématurément ma sortie de section ouverte⁹⁵. »

93. HBIP, AS, n° 9301, notes d'infirmière (25 et 26 mai 1950).

94. HBIP, AS, n° 13440, note d'infirmière (11 septembre 1958).

95. HBIP, AS, n° 13440, fiche signée par le patient (10 septembre 1958).

Même avant l'entrée, cet espace théoriquement libre⁹⁶ perd partiellement cette signification. Par la déclaration citée ci-dessus, il est transformé en « pavillon fermé » virtuel. Que le nom de « pavillon ouvert » soit tout relatif, au moins encore à la fin des années 1950, est confirmé par le cas de Pit P. Envoyé par son médecin traitant en consultation, cet ouvrier au chômage est transféré en mai 1958 en section ouverte malgré un diagnostic plutôt « lourd » : débilité. La notice de l'infirmière est révélatrice à plusieurs niveaux :

« Vient tout habillé auprès de l'infirmière, la salue et lui dit : donc à 15 heures je rentre. Quand l'infirmière lui fait remarquer qu'aucune autorisation de sortie n'a été donnée se fâche et veut téléphoner au D^r De Waele, prétend que l'infirmière n'a pas compris que le D^r lui a permis d'aller voter. Chante la rengaine connue "je suis ici de mon propre gré, je peux donc partir et de plus je suis obligé d'aller voter et je veux voter", etc. Finalement a eu la permission du D^r Dierkens de s'en aller⁹⁷. »

Même en salle ouverte, sortir implique un passage auprès de l'infirmière... et une autorisation de sortie de la part du médecin ou de la monitrice⁹⁸ : un patient ne peut donc pas décider d'un moment à l'autre de sortir. Cette situation est probablement liée au flou juridique qui entoure les services ouverts. En fait, ceux-ci ne sont pas véritablement prévus par la loi belge jusqu'aux années 1970 et les droits des patients qui y séjournent ne sont donc pas clairement définis⁹⁹.

À partir des années 1960, une partie du pavillon A s'ouvre d'une manière plus conséquente. En l'absence de structures d'accueil adaptées, la section ouverte commence à héberger dès le début des années 1960 des personnes « convalescentes, ou ayant déjà atteint le premier stade de la guérison sociale¹⁰⁰ » qui quittent l'hôpital tous les matins pour aller travailler et n'y passent que la nuit. D'autres patients rentrent régulièrement le week-end chez eux. Ces sorties continuent cependant dans les années 1960 et 1970 à dépendre étroitement de l'autorisation du médecin, même en service ouvert. Ainsi Mladen K. se retrouve en juillet 1967 en salle 40 après un accident de travail. Il doit attendre quatre mois avant qu'un lit ne se libère en service ouvert. Mais une fois à l'intérieur de l'*Institut*, sa marge de manœuvre est fortement limitée. Il désire en effet pouvoir rejoindre sa famille mais se heurte aux refus du médecin. Mladen K. commence alors une grève de la faim et se montre agressif vis-à-vis d'autres patients ce qui

96. Dans le pavillon A les patients ne peuvent pas seulement circuler librement dans leur salle, mais également entre salle et pièces communes comme la cuisine.

97. HBIP, AS, n° 12340, note d'infirmière (1^{er} juin 1958).

98. ACPASB, fonds Capon, la longuelette, note du 27 avril 1951.

99. Le psychiatre lyonnais Jean Guyotat raconte des problèmes similaires dans sa biographie : Jean GUYOTAT, *Psychiatrie Lyonnaise : Fragments d'une histoire vécue, 1950-1995 : Essai d'auto-analyse professionnelle*, Le Plessis-Robinson, Sanofi-Synthélabo, 2000, p. 180.

100. ACPASB, AGP-CAP, boîte 102, note de Jacques Flament, directeur de l'*Institut* (24 février 1968).

ne fait qu'aggraver son cas : le médecin est de plus en plus convaincu que sa décision était la bonne¹⁰¹.

De son côté, le pavillon B est moins hermétiquement fermé que le règlement ne le laisse supposer. Pendant la journée, de nombreux patients situés au premier étage descendent au rez-de-chaussée où ils peuvent accéder au jardin. Ces passages au rez-de-chaussée annoncent souvent des transferts définitifs vers le bas. Ainsi Ariane J. arrive en mars 1961 pour la deuxième fois à l'*Institut*. Âgée de 54 ans, cette femme sans emploi est colloquée pour « folie de persécution ». Depuis qu'elle a perdu un fils lors des bombardements de Bruxelles pendant l'occupation, elle se croit poursuivie par des inciviques : « A des ennuis avec les voisins depuis que la guerre est finie → Les inciviques sont sortis de prison, c'est alors que ça a commencé¹⁰². » À son arrivée, elle est placée dans la salle 49. Jugée d'abord « arrogante » par les infirmières, les rapports journaliers de celles-ci se montrent rapidement moins sévères. Quatre jours après son entrée à l'*Institut* elle passe une première journée dans la salle 47 : « S[alle] 47 toute la journée. Peu de contact, malade calme », le jour suivant même procédure et commentaire semblable : « S[alle] 47 observe son entourage plie des compresses. » La patiente ne fait donc pas d'esclandre et participe même à du travail de maintenance. Trois jours plus tard, Ariane est définitivement transférée dans la salle 47 : elle est, d'après l'infirmière, « contente et de bonne humeur ». En effet, ce changement de salle est clairement une récompense dont de nombreux patients sont conscients. Balto M., âgé de 25 ans entre en avril 1958 dans la salle 48 avec le diagnostic « schizophrénie ». Après des débuts difficiles en salle, il s'adapte rapidement aux règles existantes à l'*Institut*. Après un mois le médecin note : « Comportement irréprochable en salle, gentil, aimable, serviable... tout ce qu'on veut. » D'une part, cette conduite adaptée lui donne l'autorisation de partir les week-ends. D'autre part, il est transféré à la salle 46 : « Content ici : "c'est un changement"¹⁰³ ! » À ce moment, cette salle offre la possibilité de jouer au ping-pong et dispose d'un accès direct à une bibliothèque. Christine P. entre en octobre 1960 une première fois à l'*Institut* pour des attaques d'angoisse. Les premiers jours se passent plutôt difficilement : elle refuse les médicaments et la nourriture. Pendant plusieurs jours de suite, elle est gavée. Les médicaments ne semblent pas produire d'effet et les médecins prévoient de recourir à des électrochocs. Après un dernier rééquilibrage médicamenteux, Christine commence à s'adapter à la salle :

« L'amélioration produite par le traitement au Morflar a été transitoire : pendant quelques jours, la malade a repris de l'initiative, a demandé à descendre S. 47, s'est occupée¹⁰⁴. »

101. HBIP, NS, n°9000, notes d'infirmière (11 au 13 août 1967).

102. HBIP, AS, n°1815, motif de collocation (8 mars 1961) et note du médecin (18 mars 1961).

103. HBIP, AS, n°13200, rapport du médecin (5 mai 1958) et note du médecin (20 juin 1958).

104. HBIP, AS, n°1155, rapport du médecin (7 novembre 1960).

Cette note médicale est doublement intéressante. D'une part, la patiente est consciente que dès le moment où elle se comporte d'après le code valable à l'intérieur de l'*Institut*, elle peut demander son transfert. D'autre part, cette demande est considérée comme un signe positif par le médecin qui l'intègre dans une suite de signes qui lui indiquent une amélioration de l'état de Christine. Considérée comme une récompense par le personnel soignant, la descente au rez-de-chaussée est également perçue comme telle par les patients. Ainsi la Française Karine O. fait son cinquième séjour à l'*Institut* en 1954 : elle se retrouve dans la salle 47. Connaissant bien les us et coutumes de la maison, elle « regrette qu'elle n'a pas pu aller à la salle 43 » pour dire quelques jours plus tard qu'elle « a peur [...] d'être transférée s[alle] 49¹⁰⁵ ». Le transfert d'une salle à l'autre devient ainsi un des nombreux petits outils de gestion des internés. Jean-Michel C., trentenaire et diagnostiqué « maniaque », est colloqué pour la cinquième fois en mai 1960. Son premier séjour date de juin 1948 et depuis lors il passe à intervalles réguliers à l'*Institut* pour des séjours qui – entre 67 et 89 jours – dépassent chaque fois la moyenne de l'*Institut*. Dès son arrivée en mai, il est installé à la salle 48. Après une dizaine de jours, il reçoit l'autorisation de passer les après-midis en salle 46. Comme il est « plus calme », il a droit à un transfert définitif au rez-de-chaussée après un mois d'hospitalisation. Quoique colloqué, il est autorisé à sortir de l'*Institut* pendant la journée pour aller chercher du travail. Mais à la mi-septembre, il devient plus remuant.

« Malade très agité parle sans interruption situation politique (questions congolaises) saute, danse veut frapper menace les autres malades. À certains moments très vulgaire pas de pudeur insulte le personnel l'assistante sociale les médecins... devient intolérable¹⁰⁶. »

Il est transféré immédiatement à la salle 48 où il reçoit une ampoule de Largactil et un Phenergan pour le calmer. Dix jours plus tard, il peut redescendre. Ce cinquième séjour qui aura une durée exceptionnelle de 300 jours, verra Jean-Michel C., aller et venir entre les deux salles. D'une certaine manière, la fiche qui indique la salle dans laquelle se trouve le patient se lit comme une courbe de température qui traduit le niveau d'adaptation à l'*Institut*. Ces exemples montrent comment les patients sont gérés par leur déplacement spatial. Le plus souvent, lors d'une première entrée, le patient est automatiquement placé dans une des salles pour agités ; ensuite, dans un deuxième temps, il est transféré vers la salle la plus adaptée. La poète autrichienne Christine Lavant témoigne d'un fonctionnement similaire à l'hôpital psychiatrique de Klagenfurt dans les années 1950 :

105. HBIP, AS, n° 10547, notes d'infirmière (20 septembre et 2 octobre 1954).

106. HBIP, AS, n° 7971, note d'infirmière (10 septembre 1960). Le Congo obtient son indépendance de la Belgique le 30 juin 1960.

« Je suis à la section “2”. C’est la station d’observation pour les “légers” et on y vient automatiquement si on est passé par la “3”. Je ne suis pas passé par la “3” et plusieurs m’en veulent pour ça¹⁰⁷. »

Le capital culturel dont dispose Christine Lavant la préserve de ces jours où le patient doit démontrer qu’il s’adapte au fonctionnement de l’institution. Souvent l’accommodation à ce nouvel espace prend du temps. Fabrice D. se retrouve en novembre 1961 en salle 46 pour « état d’agressivité aiguë ». Il a été transféré à l’*Institut* à partir de l’hôpital psychiatrique militaire d’Anvers. Dès son adolescence, il a été placé dans plusieurs institutions d’accueil de jeunes en difficulté. C’est probablement cette trajectoire institutionnelle qui explique que, dès son arrivée, sans avoir été particulièrement remuant, il soit « mis sous toile par précaution ». Les jours suivant sa collocation il manifeste d’abord une certaine agitation, puis se calme peu à peu. Après une semaine l’infirmière note, visiblement satisfaite :

« Toujours un peu mécontent mais semble s’habituer à la salle tout doucement. Parle avec le malade Alexie. Demande néanmoins de partir si tôt possible¹⁰⁸. »

L’adaptation ne se fait donc pas seulement en fonction d’un idéal médical, théorique et objectif, elle se fait aussi en fonction d’un espace psychiatrique spécifique, qui, comme j’essaie de le montrer dans ce chapitre, a des traits bien caractéristiques et différenciés, même à l’intérieur d’une même institution : « s’habituer » à la salle 44 ou à la salle 48 implique des comportements complètement différents : des attitudes jugées acceptables, voir normales au pavillon A peuvent être considérées comme déplacées, voir indice de la folie au premier étage du pavillon B.

Une certaine liberté de circulation existe aussi, d’une manière « arbitraire », pour des patients qui sont des habitués des services ou qui, pour pouvoir remplir certaines tâches, disposent d’un rayon de mouvement plus important : ainsi Jean-Michel C., mentionné ci-dessus et qui connaît huit séjours entre 1948 et 1963. Toujours en service fermé, il est connu par la plupart des membres du personnel soignant et médical. En plus, il a participé à la fondation d’un journal, intitulé « Vivre », en 1959 et à la création d’une Fraternelle des Pensionnaires et Anciens au début des années 1960. Il est donc un patient familier ce qui explique pourquoi il jouit de quelques prérogatives, comme aller chercher le courrier de l’*Institut* ce qui lui permet de sortir de la salle. De tels privilèges existent dans de nombreux hôpitaux psychiatriques. Ainsi Isabelle von Buelzingsloewen relève le cas d’internés « travailleurs » dans des hôpitaux français qui circulent dans les établissements sans aucune surveillance, certains disposant

107. Christine LAVANT, *Aufzeichnungen aus einem Irrenhaus*, Salzburg, Müller, 2005, p. 5.

108. HPIB, NS, n° 2536, note d’infirmière (30 novembre 1961).

même de passes¹⁰⁹. Ces privilèges sont néanmoins accordés arbitrairement par les infirmières et constituent un moyen de gestion des patients comme Jean-Michel C. l'apprend à ses dépens. Lors de son septième séjour, lorsqu'il répond à une infirmière qu'elle « ne dort pas avec un homme mais avec un règlement », celle-ci décide d'appliquer le règlement : comme Jean-Michel se trouve à ce moment en salle 48, elle lui interdit d'aller récupérer le courrier.

À partir du début des années 70, le pavillon B s'ouvre également davantage sur l'extérieur : des patients colloqués participent à des activités qui se déroulent dans les structures para-psychiatriques qui se multiplient à partir de ce moment. Stéphanie G. qui en 1974 enregistre son neuvième séjour à l'*Institut* pour cause d'alcoolisme participe régulièrement aux activités du Psy-Club, situé à 15 minutes à pied de l'*Institut*. Ceci comporte néanmoins toujours le risque de fuite : mi-juin Denise G. ne revient en effet que le lendemain matin d'une réunion du Psy-Club. Le médecin n'apprécie guère cette absence, mais ne prend pas de sanctions vis-à-vis d'elle, attitude qui était encore complètement unimaginable quelques années plus tôt¹¹⁰. À partir de la fin des années 1930, les évasions sont rares à l'*Institut* : sur la centaine de dossiers de patients lus en profondeur, un seul rapporte une fuite réussie et trois des tentatives avortées. Parmi ces dernières, celle qui a donné lieu à une description plus détaillée indique qu'en 1956 le double dispositif – haie plus mur – imaginé 25 ans plus tôt garde une certaine fonctionnalité.

« Est anxieux. Croit qu'on va le battre. N'en donne pas la raison. "Je le sais je vais encore souffrir, vous le savez aussi bien que moi." Se promenant au jardin, s'arrête près de la haie et observe minutieusement l'entourage, comme s'il cherchait une issue. Tâche de s'évader au moment du dîner. Avait passé la haie et se trouvait près du mur¹¹¹. »

Une intimité difficile

L'aménagement en dortoirs rend la cohabitation entre patients particulièrement compliquée. Un des problèmes récurrents mentionnés par les patients est le bruit. Certes, lors de la construction, on a limité le bruit entre salles par l'utilisation de matériel d'isolation, mais à l'intérieur des salles, le vacarme pose problème. Ce n'est pas seulement le chahut provoqué par la « folie » des patients – cris, chants, logorrhée... –, partiellement maîtrisé, qui irrite. En l'absence de tout cloisonnement visuel et sonore, le bruit « ordinaire » (ronflement...) provoque également des situations difficiles. Si

109. Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'occupation*, Paris, Aubier, 2007, p. 101.

110. HPIB, AS, n° 3630, rapport du médecin (14 juin 1974).

111. HPIB, AS, n° 11234, note d'infirmière (11 septembre 1956).

les salles communes permettent un contrôle plus facile, elles rendent également les patients plus exposés les uns aux autres. Même après l'introduction des neuroleptiques qui y ont réduit le niveau sonore, les salles continuent à se distinguer nettement des autres services médicaux de Brugmann. Stéphanie G., une secrétaire de 32 ans, entre début octobre 1962 à l'Institut Médico-Chirurgical de Saint-Gilles pour des abcès pulmonaires et pour une décompensation cardiaque, le tout étant lié à un alcoolisme chronique. Suite à une agitation grandissante qui semble être due à un traitement inadapté aux corticoïdes, Stéphanie est transférée mi-octobre à la salle 49. Pendant un mois, sa condition reste instable, avant que les infirmières et les médecins ne constatent une nette amélioration.

« La malade est plus calme au niveau psychiatrique, elle est relativement bien contrôlée et plus stable d'humeur. Insiste pour passer dans une salle plus calme – et donne des raisons adéquates de mal tolérer la S. 49. De son côté, le Dr Verbanck estime que son passage en médecine serait souhaitable. En raison des risques de rechute psychiatrique, il serait prématuré de renvoyer cette patiente à St Gilles, mais on peut tenter un placement en Médecine Brugmann, avec retour ici si agitations ou troubles quelconques du comportement rendant intolérable son maintien en "liberté" (N. B. Reste sous régime de collocation)¹¹². »

Ce rapport d'infirmier est révélateur à plusieurs niveaux. D'abord, les salles au premier étage du pavillon B restent des salles particulièrement agitées. Après un mois de séjour, la patiente a « appris » que cette situation est spécifique et qu'elle peut exiger un changement. D'ailleurs l'infirmière trouve que les raisons avancées sont « adéquates », autre indice d'une amélioration. L'autre élément intéressant est le fait qu'une partie des contraintes de l'espace psychiatrique (à savoir celles liées à la collocation) peuvent être exportées dans d'autres services médicaux. La promiscuité dans les salles ne provoque pas seulement des problèmes au niveau du bruit mais également au niveau des odeurs. Les plaintes viennent surtout de personnes de couches sociales plus élevées (par rapport à la population générale de l'hôpital Brugmann) comme Jean-Michel C., un représentant médical diagnostiqué « maniaque ». Âgé de 35 ans, il est colloqué en juin 1948. D'une manière générale il n'est guère satisfait de l'*Institut* : il se plaint des équipes médicale et soignante, du bruit qui règne dans la salle et après une semaine : « vient réclamer parce qu'on a placé un malade qui sentait mauvais à côté de lui, veut changer de lit¹¹³ ! »

Jusqu'après la Deuxième Guerre mondiale, les salles se caractérisent par l'absence de toute décoration. Les patients n'ont pas le droit d'introduire de touche personnelle dans cet espace où ils habitent parfois pendant

112. HPIB, NS, n° 3630, note d'infirmière (14 novembre 1962).

113. HPIB, AS, n° 7971, note d'infirmière (11 juin 1948).

plusieurs mois. Après 1945 que des plantes et des gravures commencent à faire leur entrée¹¹⁴.

Il est donc particulièrement difficile pour les internés de créer leur propre sphère. Ce n'est qu'en 1956 que les salles ouvertes sont équipées d'armoires-vestiaires qui permettent aux patients de disposer d'un premier lieu privé¹¹⁵. Mais pendant longtemps ceux-ci doivent recourir à d'autres stratégies. Lorie V. est internée dans la salle 47 en février 1956. Diagnostiquée « mélancolique », elle essaie dès le premier jour de garder une certaine autonomie :

« Attitude méfiante au départ et observatrice, ensuite relativement calme elle fait volontiers ce qu'on lui demande. Prend son bain et demande qu'on ne lui demande rien, qu'on la laisse pleurer. Demande pour se mettre au lit et a dormi!! »

Trois jours plus tard on trouve une note d'infirmière similaire :

« Parle peu, tourne souvent la tête vers le mur, semble triste de se trouver ici. Peu communicative et assez méfiante. Mange la moitié de son assiette, le rend par après en disant que l'autre moitié est pour son mari et son père¹¹⁶. »

Lorie essaie par deux moyens de créer son espace. D'abord en se retirant dans son lit : celui-ci est finalement l'espace le plus intime car réservé à un patient ; s'y replier pendant la journée implique également un retrait visible du groupe. En plus, le lit offre la possibilité de se « cacher » sous les couvertures. D'autre part, en tournant la tête vers le mur : ceci peut certes apparaître comme un geste naïf, mais de nombreux patients l'effectuent, comme pour visuellement exclure le monde dans lequel ils sont obligés de vivre. Dernier espace que certains arrivent à occuper : le fauteuil. La plupart du temps, les rapports d'infirmières notent « reste dans un fauteuil », mais quelques patients comme Pierre B. arrivent à monopoliser ce meuble, à se mettre tous les jours dans le même jusqu'à ce que celui-ci devienne en quelque sorte le leur : « Toujours dans son fauteuil. Aucun contact avec les autres malades. Semble déprimé¹¹⁷. »

Difficulté donc de créer son propre espace, mais également difficulté liée à la catégorisation établie par les dortoirs : le seul critère étant le « degré d'évidence de la maladie mentale », les salles rassemblent parfois des personnes que tout sépare. Il y a des cas extrêmes comme celui de Pixi M. Âgé de 11 ans, il vient du service de pédiatrie de Saint-Pierre où il était en observation à cause d'une épilepsie. Vu son caractère très remuant, il est transféré à l'*Institut* en salle 48 (!). Si dans un premier temps il est « adopté

114. CAPON, *psychiatrie*, p. 96.

115. Sur la fonction de ces « planques » : E. GOFFMAN, *asiles...*, *op. cit.*, p. 303-308.

116. HBIP, AS, n° 13800, notes d'infirmières (4 et 7 février 1956).

117. HBIP, NS, n° 1440, note d'infirmière (17 janvier 1961).

de suite par les plus anciens en raison de son âge », dès le troisième jour, il est évident que le jeune ne s'y retrouve pas :

« Comportement bruyant. Ne laisse pas les autres malades tranquilles. Les malades d'ici sont trop âgés pour moi, il me faut des copains de mon âge. A dormi toute la soirée et la nuit¹¹⁸. »

Mais de nombreuses autres configurations, moins extrêmes, se présentent. Christian D., âgé de 31 ans et dessinateur de profession, entre en 1958 en service ouvert après une tentative de suicide. Christian D. exprime dès le début un certain mécontentement par rapport aux règles qui existent à l'*Institut* et écrit des lettres à des membres de sa famille pour s'en plaindre. Une des raisons de cette irritation est sans aucun doute qu'il se retrouve avec plusieurs patients proches de la démence : « Ne supporte pas les vieux confus, s'acharne verbalement sur eux¹¹⁹. » Au lieu de « guérir », la logique de l'organisation spatiale contribue dans ces cas à un surplus de troubles : l'espace ne calme pas, il excite.

Espace et temps

L'espace est différemment ordonné pendant le jour et la nuit. À partir de 19 heures l'été et dès la tombée de la nuit l'hiver, toutes les portes (laboratoire, jardin, cuisine et les salles du rez-de-chaussée) qui donnent sur l'extérieur de l'*Institut* sont fermées à clef¹²⁰. Pendant la journée, les patients peuvent circuler plus ou moins librement dans l'espace qui leur est imparti. D'ailleurs, l'utilisation de cet espace est considérée comme un signe positif par les infirmières. Françoise A., tailleur de 37 ans, est colloquée en 1954 à l'*Institut* à cause d'« hallucinations auditives ». Enceinte de huit mois, elle entre dans la salle 49 « [s]ale de corps et de linge. » Après trois jours, une infirmière note : « Parle peu, ne va pas au jardin, s'occupe peu¹²¹. » Le fait de ne pas aller au jardin dont l'accès est considéré par le personnel soignant comme une récompense, est ici intégré dans une liste d'indices attestant que la patiente ne correspond pas aux attentes des infirmières. Pendant la journée, les patients sont donc censés se mouvoir à l'intérieur de leur salle, de préférence habillés de vêtements et non pas de peignoirs. Par contre pendant la nuit, les internés sont confinés dans leur lit et chaque mouvement donne lieu à des remarques de la part des infirmières. Ainsi Nicolas C., veuf de 36 ans, fait en 1946 son deuxième séjour à l'*Institut*. Diagnostiqué épileptique, il est particulièrement agité pendant les nuits :

118. HBIP, AS, n° 9390, note d'infirmière (13 septembre 1967).

119. HBIP, AS, n° 13515, note d'infirmière (12 juin 1958).

120. ACPASB, fonds Capon, la longuette – note du 23 mars 1955.

121. HBIP, AS, n° 10500, note d'infirmière (19 mars 1954).

« Relativement calme jusque vers 21 heures puis se lève, quand on lui demande ce qu'il veut, demande pour aller au WC. Quand il est au WC. Se lève brusquement et court vers la porte, mis au bain avec difficulté¹²². »

À partir de 20 heures, le personnel soignant essaie de s'assurer que tous les patients rejoignent leur lit. Les derniers médicaments sont distribués à 21 heures ce qui est le signal du coucher pour tous. Cette période dure jusqu'à 6-7 heures du matin. Le fait que les patients dorment dans des salles collectives rend la circulation des insomniaques d'autant plus problématique. Irene D., âgée de 33 ans et diagnostiquée de « psychose anxieuse », n'arrive pas à s'adapter au rythme qui est de mise à l'*Institut*.

« Paraissait anxieuse, avait peur – réclamait sa petite fille en pleurant, s'est levée plusieurs fois en se dirigeant vers d'autres malades ; à d'autre moment était assise dans son lit – reçu Br. Chl. Mais ne sait endormir que vers 3 heures¹²³. »

Le brome est pendant les trente premières années de l'*Institut* l'instrument par excellence pour limiter les mouvements dans les salles. Il sera remplacé à partir des années 50 par les neuroleptiques. En effet, jusqu'à la fin de notre période étudiée, la nuit doit être synonyme de sommeil, même s'il est provoqué chimiquement : « Les nuits des patientes étaient mouvementées... Nous prescrivions donc des somnifères à la louche¹²⁴. »

L'espace à l'épreuve de l'antipsychiatrie

Si les deux pavillons sont construits de manière à grouper certains patients, une autre division spatiale s'installe à partir des années soixante en fonction de l'orientation du personnel médical et soignant. Certes chaque salle a dès le début ses spécificités qui dépendent des personnes qui y travaillent. Mais à partir de 1960, un changement plus important devient perceptible. Les tensions qui traversent la psychiatrie à ce moment se répercutent également à l'*Institut*. L'espace psychiatrique devient de plus en plus hétérogène, la frontière n'étant désormais plus nécessairement uniquement le diagnostic du patient, mais également l'orientation philosophique du médecin et de l'équipe soignante. Ainsi la salle 47, section fermée pour femmes, devient sous la houlette d'une jeune psychiatre qui s'entoure également d'infirmières débutantes « une salle pilote¹²⁵ » à la fin des années 1960. La hiérarchie entre les différentes personnes travaillant à l'*Institut* y est beaucoup moins prononcée. Et même entre patients et équipes soignante et médicale, les frontières disparaissent partiellement¹²⁶. Pendant quel-

122. HBIP, AS, n°7500, note d'infirmière (14 août 1946).

123. HBIP, AS, n°7725, note d'infirmière (26 octobre 1939).

124. Interview avec Micheline Roelandt du 18 février 2008.

125. M. CAPON, « De la psychiatrie... », *op. cit.*, p. 153.

126. Fin des années 1960, deux infirmières se marient avec des anciens patients : *Ibid.*, p. 165.

ques années l'antipsychiatrie fait son entrée à l'*Institut*. Depuis le début des années 1960, un vent de contestation souffle sur la psychiatrie dans le monde occidental. La réflexion sur l'espace psychiatrique constitue un des points centraux de ce mouvement. Pour ce courant, cet espace à travers ses contraintes, ses modes de fonctionnements (re)produit la folie. L'institution médicale est considérée comme pathogène : Goffman parle de « insanity of place », la folie non pas dans la place mais de la place¹²⁷. Contrairement à d'autres pays comme l'Angleterre, les Pays-Bas, l'Allemagne ou l'Italie, la Belgique ne développera pas des moments ni des lieux antipsychiatriques particulièrement connus. Mais des tentatives locales de réforme ont lieu dans plusieurs asiles. Une des psychiatres travaillant à l'*Institut*, Micheline Roelandt, prend une part active dans ces mouvements et essaie d'appliquer au moins partiellement ses idées dans la salle 47. À un moment où la psychiatrie est davantage présente dans le débat public, elle invite des gens de l'extérieur, proches de l'antipsychiatrie, à venir voir ce qui se passe à l'intérieur de l'*Institut*. Dès lors les personnes qui entrent à ce moment à l'*Institut* ne font pas partie des populations qui ont normalement accès à un asile : médecins, infirmières, inspecteurs, personnel administratif ou famille. L'espace psychiatrique devient partiellement public et des témoignages sur les conditions de vie se retrouvent sur la place publique. D'autre part, certains médecins favorisent également l'implication de leurs patients dans des activités en dehors de l'enceinte de l'*Institut*. Bien que séjournant au pavillon B, théoriquement fermé, quelques internées de la salle 47 participent à l'élaboration d'un colloque sur la santé mentale organisé par le GERM qui a lieu en 1974 et s'intitule « La Folie parmi nous ». L'espace psychiatrique perd ainsi l'une de ses caractéristiques : son relatif cloisonnement¹²⁸. L'espace comme grille de lecture permettant de prévoir par exemple les régimes de liberté perd de sa lisibilité. La direction de l'*Institut* coupe d'ailleurs court à l'expérience de la salle 47 :

« Il n'y a certes pas lieu de reprocher au Docteur M. Roelandt d'avoir fait preuve d'esprit novateur, dans ce domaine en évolution actuellement très rapide de la psychiatrie institutionnelle. Cependant, il s'est avéré progressivement que certaines des attitudes et décisions ainsi assumées par M^{me} le Docteur M. Roelandt, retentissaient de façon parfois défavorable sur l'équilibre général de la salle, en tant que groupe social restreint constituant un milieu thérapeutique, créant fréquemment des situations critiques éprouvantes non seulement pour certaines malades, mais aussi pour les membres du personnel de nursing en charge de cette salle. Ces ruptures d'équilibre ont eu pour conséquences des tensions croissantes au sein de l'équipe soignante dirigée par M^{me} le Docteur Micheline Roelandt, tension que les

127. Erving GOFFMAN, « The Insanity of Place », in *Relations in Public. Microstudies of the Public Order*, London, Harper, 1971, p. 335-390.

128. Interview avec Micheline Roelandt du 18 février 2008.

responsables du Nursing d'une part, et les responsables médicaux d'autre part, ont été amenés à considérer comme présentant plus d'inconvénients, voire de risques, que d'avantages sur le plan thérapeutique... Cependant les critiques que nous pensons devoir formuler à l'égard de son activité ont été portées à la connaissance de Madame le Docteur M. Roelandt par son collègue, le Professeur S. Crahay et par moi-même, et elle a été clairement informée du fait que nous estimons qu'elle doit mettre à profit ce deuxième mandat afin d'adapter plus soupagement son activité thérapeutique aux exigences de l'environnement, et que le deuxième terme de son mandat aura en quelque sorte à cet égard une valeur probatoire¹²⁹. »

En fait, on n'a pas assisté à une radicalisation de l'expérience en ce lieu. Comme on le verra par la suite beaucoup de psychiatres réformateurs quittent l'*Institut* et se retrouvent dans de nouveaux lieux psychiatriques créés à l'extérieur des institutions classiques.

Ce mouvement de contestation qui vient essentiellement du monde médical et soignant, a été précédé à l'*Institut* par des patients qui à partir de la fin des années 1950 commencent à se regrouper, soit pour créer des journaux comme *Vivre* en 1959 ou pour créer des groupements revendicatifs comme la *Fraternelle* des Pensionnaires et Anciens. C'est donc à partir du début des années 1960 que l'historien retrouve également des traces de la manière dont les patients espèrent réformer l'espace. À côté de propositions plutôt humoristiques comme installer une salle pour les stripteaseuses de Chez Paul – un cabaret du centre-ville – deux revendications plus réalistes du programme de la *Fraternelle* de 1962 sont à retenir au niveau de la configuration de l'espace : d'une part, le groupe demande l'instauration d'un bureau d'accueil des nouveaux patients, bureau qui serait occupé par des patients, d'autre part il demande la construction d'un nouveau pavillon d'ergothérapie qui regrouperait toutes les activités paramédicales et de loisirs¹³⁰.

Un espace hétérogène

L'espace psychiatrique est à première vue une entité bien spécifique. Par son emplacement, par la qualité de ses patients, par les règles particulières qui y règnent, par la stricte séparation entre intérieur et extérieur, par le caractère stigmatisant, l'*Institut* semble correspondre exactement à cette

129. ACPASB, Dossiers du personnel, Micheline Roelandt, rapport du 10 octobre 1975 de Flament au Doyen de la Faculté de Médecine et de Pharmacie (VUB). Micheline Roelandt partage aujourd'hui partiellement cette analyse : « Parmi ceux qui doutaient de l'existence de la maladie mentale nombreux étaient ceux qui considéraient que les fous étaient ces personnes qui résistaient le mieux à cette société déshumanisée. Donc le « fou » en devenait le plus normal d'entre nous. Dans cet ordre d'idée, il n'était que logique de respecter jusque dans le non sens la liberté de chacun. Et dans la pratique en salle 47 j'autorisais les sorties de certaines patientes qui auraient dû bénéficier de plus de protection. » (Interview avec Micheline Roelandt du 18 février 2008.)

130. HBIP, AS, n°7971, lettre de la *Fraternelle* à un psychiatre (15 février 1962).

vision. Construits à la périphérie, séparés physiquement des autres bâtiments du complexe hospitalier Brugmann, les deux pavillons se distinguent également architecturalement des autres services médicaux. À l'intérieur des hôpitaux existe une forte hiérarchisation entre services, la psychiatrie se trouvant en bas de l'échelle. Ceci est valable pour les médecins – considérés comme n'étant pas des véritables médecins – pour les infirmières – considérées plutôt comme des aides-soignantes et pour les malades mentaux¹³¹. Au moment de la construction de l'*Institut*, rares sont les unités psychiatriques en Europe qui sont incorporées dans un hôpital général. Mais l'intégration dans un espace médical plus large peut donc – par la mise en abyme de la différence – renforcer la stigmatisation. Imprégnés profondément par une vision thérapeutique du bâtiment – seule cette thérapie, spatiale, est d'ailleurs mise en avant lors de l'inauguration – les concepteurs de l'*Institut* ne peuvent pas prévoir que le xx^e siècle conduira à une prise en charge thérapeutique individuelle du patient – au moins dans une vision idéalisée de la psychiatrie –, prise en charge qui nécessite une autre approche spatiale. « Institution totale » par son aspiration à prendre complètement en charge les patients, l'*Institut* semble offrir un espace bien ordonné et homogène. Une des caractéristiques du contrôle est son « invisibilité », le but étant de donner aux patients, pour la plus grande partie colloqués, une impression de liberté. Déjà au début du siècle, la psychiatrie lutte contre une image négative dans la société. L'analyse d'éléments de la culture matérielle montre comment dans cette apparente liberté de nombreuses techniques sont mises en œuvre pour rendre l'espace lisible, transparent mais également délimité et enfermant. La colline sera pour cinquante ans – de 1931 à 1980 – un symbole d'éloignement et de classification des patients psychiatisés.

Or à l'intérieur des deux pavillons de nombreuses « scènes » – dans le sens défini par Erving Goffman – existent. Cet espace apparemment homogène explose en une multitude de modules où patients, médecins et infirmières se rencontrent. Cette multiplication est en partie voulue par ceux qui ont pensé l'espace de l'*Institut*. Sexe et dangerosité sont deux axes structurants qui permettent une répartition des patients, répartition qui n'est guère fondée sur des critères médicaux. Malgré plusieurs révolutions diagnostiques qui auraient pu conduire à une réorganisation spatiale, les critères qui régissent les patients à l'intérieur de l'*Institut* se définissent en grande partie par le « maintien de l'ordre », un ordre qui prend essentiellement en compte les degrés d'accommodement des patients face à l'institution.

Mais cette division planifiée contraste avec un fonctionnement beaucoup plus complexe de l'espace psychiatrique. Celui-ci subit en permanence des restructurations, des améliorations, des redéfinitions. D'autre part, la

131. Anne VEGA, *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2000, p. 20-23.

pratique de l'espace par les médecins, les infirmières et les patients conduit souvent à une réorganisation permanente des règles spatiales existantes. Certes la dissymétrie du pouvoir ne doit pas être oubliée et crée un cadre à l'intérieur duquel les populations psychiatriques peuvent agir selon des modalités fort différentes. Ceci n'empêche néanmoins pas l'existence de marges de manœuvre assez conséquentes et de régimes de liberté assez dissemblables pour des patients qui, en théorie, sont exactement soumis à des règles similaires. L'échelle d'étude choisie permet de dégager les champs d'interaction entre les populations psychiatriques qui ne se laissent pas enfermer dans une vision manichéenne. Partant de l'idée d'un espace homogène, l'espace psychiatrique se définit finalement par son caractère hétérogène.

Chapitre II

Populations psychiatriques

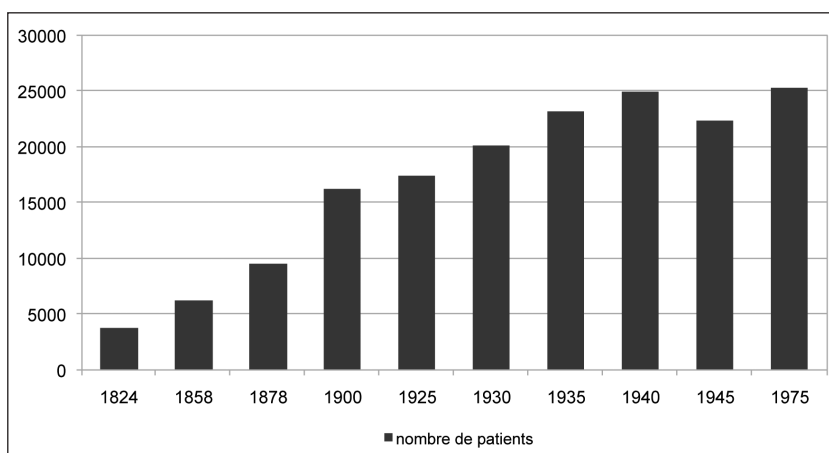
La psychiatrie dispose d'un puissant pouvoir de stigmatisation. Les gens qui y travaillent que ce soient les infirmières ou les médecins, sont à la marge de leurs champs respectifs. Pour les internés, l'exclusion est encore beaucoup plus importante¹. Un premier et rapide tour des trois groupes les plus importants à l'*Institut* illustre cet état des lieux. Les psychiatres étaient et restent confrontés à une crise de légitimation permanente à l'intérieur de l'hôpital. Le personnel soignant psychiatrique se distingue par une présence importante d'hommes et par un travail peu technique par rapport aux infirmières somaticiennes. Quant au caractère stigmatisant qu'un séjour en psychiatrie exerce sur les patients, tout le monde en est conscient. C'est donc ce pouvoir qui agit sur tout le monde qui m'a convaincu de rassembler sous un chapitre des populations très différentes quant à leur statut dans la société mais également quant à leur position à l'intérieur de l'hôpital.

Les patients

Les patients forment une population qui, d'un côté, est extrêmement marquée par le passage à l'*Institut* et qui, d'un autre côté, est celle qui se définit le moins par ce séjour. Peu de patients revendiquent ouvertement cette trajectoire. En dégager un profil s'avère relativement difficile. Pour de nombreuses données, une approche quantitative s'avère impossible. Malgré des formulaires d'entrée qui ne changent guère, la façon de les remplir n'est pas stable entre 1931 et 1980. Ainsi la catégorie « profession » qui se trouve préimprimée sur tous les dossiers, n'est plus guère remplie à partir des années 1950. Plus étonnant, le diagnostic qui semble être un élément caractéristique de la psychiatrie n'est pas non plus indiqué d'une manière systématique jusqu'aux années 1970. À ce moment-là, l'introduction du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* en Belgique oblige les médecins à noter cette information.

1. La plupart du temps, le terme de « population psychiatrique » est limité aux patients. L'hypothèse dans ce travail est que non seulement les personnes qui y sont internés mais également celles qui y travaillent sont particulièrement marquées par le lieu.

Si l'effectif des patients à l'*Institut* est relativement constant vu la stabilité du nombre de lits, de plus en plus de personnes en Belgique sont prises en charge par la psychiatrie au ^{xx}^e siècle. Certes, le « grand enfermement » s'est plutôt déroulé dans la seconde moitié du ^{xix}^e siècle avec la multiplication des asiles. L'*Institut* est d'ailleurs une des dernières nouvelles cliniques psychiatriques construites avant que des structures différentes ne donnent un nouvel élan à ce domaine dans les années 1960. Dans de nombreux pays occidentaux, un pic est atteint à la fin des années 1930 et le chiffre d'internés reste relativement stable pendant toute la seconde moitié du ^{xx}^e siècle. Mais cette stabilité n'est qu'apparente, car on assiste à un changement des caractéristiques des populations concernées. La spécialisation accrue de la psychiatrie conduit à une externalisation de certains groupes : enfants et adolescents difficiles, personnes âgées et handicapés mentaux sortent peu à peu de la psychiatrie traditionnelle et se retrouvent dans des institutions spécialisées².



GRAPHIQUE 1. – Évolution du nombre des patients en psychiatrie en Belgique³.

Une population hétérogène

Comme la psychiatrie connaît une spécialisation générationnelle assez tardive – à partir des années 1970 – l'âge des patients se définit longtemps par une grande hétérogénéité. Entre 1931 et 1980, l'*Institut* héberge aussi

2. Pour les Pays-Bas : Ruud ABMA et Ido WEIJERS, *Met Gezag en Deskundigheid*, Amsterdam, Uitgeverij SWP, 2005, p. 133 ; pour les États-Unis : Gerald N. GROB, *From Asylum to Community. Mental Health Policy in Modern America*, Princeton, Princeton University Press, 1991.

3. W. VAN WAESBERGHE, « Het Belgische Krankzinnigenbeleid in de XIX^e eeuw », *Annales de la Société Belge d'Histoire des Hôpitaux et de la Santé publique*, 22, 1984, p. 69-96 et J. ORENBRUCH, C. BASTYNS, I. W. DOMB et M. TOLEDO, *La nouvelle politique psychiatrique belge*, Bruxelles, 1979, vol. 1.

bien un jeune garçon de cinq ans qu'un vieillard de 92 ans. Cette grande variation limite bien sûr la signification d'une donnée comme la moyenne d'âge. Deux hypothèses peuvent néanmoins être formulées à partir de ce premier élément. D'une part, l'*Institut* accueille essentiellement une population en âge de travailler. D'autre part, un certain vieillissement de la population peut être observé au fil du xx^e siècle : dans les années 1940 la moyenne d'âge est de 36,9 ans, vingt ans plus tard, elle est de 43,4 ans. Malgré l'ouverture de maisons de soins spécialisés en gériatrie, ce vieillissement de la population semble irréversible. Ceci est probablement lié à un changement de statut de l'*Institut*. Avec la création de deux autres services psychiatriques universitaires dans les années 1970 dans la région bruxelloise, il perd partiellement son statut d'institution d'élite et se rapproche des asiles en province qui se définissent davantage par une fonction de gardiennage.

Hôpital de la Commission d'Assistance Publique, l'*Institut* ne peut pas refuser des personnes pour des raisons financières, contrairement aux autres hôpitaux psychiatriques privés de la région bruxelloise. On peut donc avancer l'hypothèse que les patients de l'*Institut* viennent des catégories socio-professionnelles les plus défavorisées. Tel est le résultat d'une étude réalisée au début des années 1980 par la sociologue Lydwine Verhaegen⁴. Les dossiers de patients n'indiquent que rarement la profession. Plusieurs indices permettent néanmoins d'émettre quelques hypothèses. Entre 1959 et 1975 – période pour laquelle les rapports annuels indiquent les capacités financières des patients – le nombre d'internés qui interviennent dans le paiement des frais de séjour ne dépasse jamais les 5 % ; ce pourcentage ne fait d'ailleurs que baisser au fil du temps. Un autre indice social est l'origine géographique. L'*Institut* répond d'abord à une demande locale : la très grande majorité des patients de l'*Institut* viennent de l'agglomération bruxelloise⁵. Les communes d'origine qui sont le plus sous-représentées ne sont pas tellement les communes où d'autres hôpitaux psychiatriques existent comme Schaerbeek ou Uccle, mais surtout les communes du Sud-Est de la capitale qui sont les plus aisées de l'agglomération. La plupart des patients viennent des communes défavorisées. Parfois les dossiers laissent transparaître cette réalité. L'*Institut* est un lieu d'hébergement et d'assistance et se distingue ainsi des autres espaces psychiatriques bruxellois. Ainsi Xavier P., un électricien de 35 ans, est transféré par son médecin à Brugmann pour des raisons financières :

« Confrère,
M. [...] devrait être pris en observation dans un établissement psychiatrique. De l'avis du D^r Manet, ce malade présente probablement une

4. Lydwine VERHAEGEN, *Les psychiatries, médecines de pointe ou d'assistance?*, Louvain-la-Neuve, Cabay, 1985.

5. Pour comparer le pourcentage des patients au pourcentage de la population, 1970 a été pris comme année de référence : *Volkstelling 31 December 1970. Deel 1 Bevolkingcijfers*, Bruxelles, 1973.

paranoïa se développant sur un fond d'oligophrénie [...] il voulait entrer en observation à Fond'Roy mais les circonstances matérielles font que cela lui est impossible. Auriez-vous l'obligeance de faire en sorte qu'il soit admis à l'annexe psychiatrique de Brugmann⁶. »

La liaison qui date du XIX^e siècle entre gestion des pauvres et gestion des aliénés⁷, reste d'actualité tout au long du XX^e siècle à Bruxelles.

Finalement qu'en est-il de la nationalité des patients ? Les chiffres sont à manier avec prudence, cette donnée n'étant pas systématiquement indiquée dans les dossiers. On peut néanmoins supposer que les patients pour lesquels la nationalité n'a pas été indiquée sont belges. La part des étrangers connaît une hausse conséquente à partir de la seconde moitié des années 1960. Cette augmentation a une triple explication. Premièrement, le nombre d'étrangers dans l'agglomération bruxelloise croît à partir de la fin des années 1940. Comme la Belgique est confrontée à un manque criant de bras sur le marché de l'emploi, le gouvernement décide de résoudre ce problème dans le cadre d'une immigration « réglée ». Plusieurs conventions sont signées avec des pays jugés culturellement et géographiquement proches comme l'Italie (1946), l'Espagne (1956) et la Grèce (1957). Au début des années 1960, il devient néanmoins évident que les flux migratoires en provenance de ces pays n'arriveront plus à satisfaire à eux seuls le marché de l'emploi. La Belgique se tourne dès lors vers des pays plus lointains : en 1964, une convention est signée avec le Maroc, la même année également avec la Turquie, puis avec la Tunisie en 1969 et l'Algérie en 1970⁸. Deuxièmement, il y a une normalisation de cette population étrangère dans le sens où celle-ci commence à faire appel aux institutions médicales de la même manière que la population belge. Et troisièmement, du côté de la psychiatrie belge, la spécificité de l'expérience des immigrés commence également à être prise en compte⁹.

La « découverte » de l'immigré à l'*Institut*

Le 23 mai 1974, Malika K. est internée à l'*Institut*. Née en 1939 à Beni-Said au Maroc, Malika K. habite Molenbeek, une commune bruxelloise profondément marquée par l'immigration maghrébine. Le médecin qui l'accueille aux urgences, fait l'observation suivante : « délirium maniaque

6. HBIR, AS, n° 13260, lettre du médecin traitant (6 mai 1958).

7. Karen NOLTE, *Gelebte Hysterie: Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900*, Frankfurt a. M., Campus, 2003, p. 50-51.

8. R. ATTAR, « Histoire de l'immigration maghrébine en Belgique », in Anne MORELLI (éd.), *Histoire des étrangers et de l'immigration en Belgique de la préhistoire à nos jours*, Bruxelles, Vie Ouvrière, 1992, p. 290-310.

9. Cf. les articles dans les *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica* et dans *Mosaïque*, dont plusieurs numéros (n° 27, n° 37) sont exclusivement consacrés à cette problématique des migrants.

aigu¹⁰ ». Son dossier médical reste assez muet sur les 43 jours de son séjour hospitalier, mis à part les résultats de quelques tests physiques et sa médication. Dès le premier jour, la patiente se voit administrer à trois reprises du Haldol, un neuroleptique puissant, ainsi que le soir du Dominal et de l'Amytal, deux tranquillisants destinés à assurer une nuit calme à cette personne... et au personnel. Dans la fiche d'entrée, pré-formatée, la catégorie « diagnostics psychiatriques – codes » ne contient cependant pas le numéro 296, chiffre qui dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) correspond au délire maniaque mais le mot « inclassable ». Médecin et patient ne peuvent pas communiquer vu les difficultés de langage. La minceur du dossier s'explique probablement également par la « solution » administrative qui est rapidement trouvée. En effet, sa famille décide de l'envoyer au Maroc. Certes Malika K. n'est pas pour autant guérie mais à partir du moment où son retour au pays est décidé, elle ne semble plus être un cas médical : la documentation concernant la patiente devient quasi nulle.

À partir des années 1950, des psychiatres de plus en plus appelés à intervenir en tant qu'experts dans la gestion des populations migrantes qui arrivent en Europe suite à des accords conclus entre des pays comme la Belgique ou l'Allemagne et des pays comme la Turquie ou le Maroc. Puisant d'un côté dans une littérature consacrée aux conséquences des migrations dues à la Deuxième Guerre mondiale et d'un autre côté dans les écrits de psychiatres coloniaux, ces nouveaux experts essaient surtout de répondre à deux questions : Est-ce qu'une personnalité prémigratoire pathologique explique la volonté de migration ? Est-ce que les changements liés à la migration peuvent provoquer des troubles mentaux ?

À partir des années 1960, l'*Institut* connaît une croissance régulière en patients étrangers. Cette augmentation est, entre autres, portée par des personnes issues du Maghreb et de la Turquie. Parmi celles-ci se trouvent essentiellement des Marocains. Malika K., appartient à ces femmes qui rejoignent leurs maris venus antérieurement, à partir de 1964. Ces patients se distinguent des Belges à plusieurs niveaux. Ils sont beaucoup plus jeunes : 29 ans contre 42 pour la moyenne de l'ensemble, différence guère étonnante si on tient compte de la composition sociologique de cette population immigrée.

La différence très importante au niveau de la durée de séjour nécessite d'autres interprétations. Si la moyenne de séjour pour l'*Institut* est de 42 jours, celle des immigrés se réduit à 13 jours. Les études contemporaines relevaient déjà une moindre « consommation psychiatrique¹¹ ». Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette sortie rapide. D'une part, le travail psychothérapeutique qui nécessite souvent un séjour plus long n'est guère utilisé avec eux vu les barrières linguistiques. D'autre part, les immigrés s'inscrivent davantage dans un réseau familial que les autres patients, ce qui

10. « Délire maniaque aigu ».

11. Albert BASTENIER et Felice DASSETTO, *Immigrés et santé. Aspects particuliers de la pathologie dans le milieu migratoire.*, Louvain-la-Neuve, GREM, 1982, p. 38-89.

leur permet une sortie dès la phase aiguë passée¹². Au niveau du diagnostic, il ne se dégage aucune spécificité à première vue. En revanche, l'impossibilité d'établir un diagnostic est régulièrement formulée par les médecins. Des remarques comme celle qu'on retrouve dans le dossier de Malika K. : « diagnostic psychiatrique : inclassable » sont fréquentes. Un des principaux problèmes auxquels sont confrontés de nombreux immigrés est l'incompréhension de la langue face à un monde médical et de soins essentiellement francophone.

Contrairement au discours psychiatrique où les mêmes auteurs reviennent régulièrement sur le sujet de l'immigration, l'*Institut* ne connaît pas de spécialisation particulière : parfois des médecins issus eux-mêmes de l'immigration sont priés d'œuvrer comme interprètes mais ne reprennent pas systématiquement les mêmes cas. La langue constitue souvent une première barrière qui n'est pas toujours franchissable. Les rares exceptions d'une bonne communication ressortent d'autant mieux que le psychiatre soulignera que le patient « s'exprime très bien en français¹³ ».

Ceci est bien sûr particulièrement problématique pour le psychiatre. Certes, il a à sa disposition tout un dispositif médico-technique pour appréhender le patient, que ce soit la prise de température, quotidienne à l'*Institut*, ou l'électroencéphalogramme. Malgré ces outils, la pratique du psychiatre en vue de son anamnèse repose beaucoup plus sur l'entretien : dès la première rencontre apparaît ainsi déjà une certaine incapacité de venir en aide, de guérir. Parfois l'anamnèse ne se fait pas du tout¹⁴, parfois on fait appel à des médecins ou à des assistantes sociales qui travaillent à l'*Institut* et qui parlent la même langue que les patients, parfois ce sont des membres de la famille qui assurent la traduction. La barrière linguistique et culturelle détermine par la suite le séjour du patient à l'intérieur de l'hôpital. D'abord dans la vie en salle du patient immigré. Les notices des infirmières retranscrivant le quotidien des séjours font régulièrement référence à un certain isolement dans les salles qui sont encore à ce moment-là communes, vu la difficulté de communiquer avec les autres patients. Ensuite, dans le travail psychiatrique, l'interprétation culturaliste est prépondérante. Un des exemples qui permet d'illustrer la centralité de cette problématique réside dans la caractérisation des structures familiales étrangères. L'image dominante ancrée chez les psychiatres est celle d'une hiérarchie patriarcale régissant ces familles. Muria M. est hospitalisée en juillet 1972 pour « hystérie ». Les problèmes de Muria semblent être liés à un mariage arrangé avec un Marocain. Pour le psychiatre, le père représente le patriarcat typique : « tyrannique et têtue ». C'est seulement après plusieurs entretiens que cette opinion est révisée : « Le père a l'air ouvert, pas tyrannique et têtue comme on aurait pu le craindre¹⁵. » Les époux sont soumis à des stéréotypes similaires.

12. Nouria OUALI, *Trajectoires et dynamiques migratoires des Marocains de Belgique*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, 2004.

13. HBIP, NS, n° 15230, rapport du médecin (13 mai 1973).

14. Dans le dossier d'une marocaine de 35 ans on peut lire : « l'anamnèse n'a pas été réalisée à cause de problèmes linguistiques », HBIP, NS, n° 15477, rapport d'admission (22 septembre 1973).

15. HBIP, NS, n° 14205, rapport du médecin (20 juillet 1972).

Les psychiatres de l'*Institut* semblent conscients de ces difficultés. À plusieurs reprises les incompréhensions culturelles ou linguistiques entre patients étrangers et médecins belges sont formulées dans les dossiers. En 1976, une psychiatre laisse apparaître les problèmes qu'une confrontation entre deux mondes peuvent provoquer : « Les difficultés linguistiques et la différence de culture impliquent un degré de subjectivité plus élevé dans l'analyse des faits¹⁶. »

Les motifs d'hospitalisation sont fortement genrés. Chez les hommes, les problèmes sur le lieu de travail occupent la première place. Souvent, ils ont perdu leur emploi depuis plusieurs semaines, voire depuis plusieurs mois et ils connaissent des problèmes dans la gestion de cette nouvelle situation. Avec la perte du travail, toute la migration est vidée de son sens. Taïb B. qui vit depuis quatre ans en Belgique, décrit son état comme suit : « je détra-vaillé¹⁷ », après un chômage d'un mois. Souvent la fonction proposée aux immigrés ne correspond pas aux attentes de ceux-ci. Utilisés dans des travaux pénibles et insalubres, ces ouvriers développent un sentiment d'infériorité. Finalement, de nombreux immigrés viennent de régions rurales et se retrouvent transplantés dans des métiers et des régions industriels. Le changement est dès lors d'autant plus difficile à vivre. Pour de nombreux psychiatres de l'*Institut*, le retour à la vie professionnelle est souvent considéré comme la solution idéale pour ces problèmes psychiques.

La position de la femme est lue au travers d'autres cadres d'interprétation. Souvent, elles ne viennent en Belgique qu'à partir du moment où leur mari a trouvé un travail et un logement. Et souvent cette séparation a créé un fossé qu'il est difficile de combler. Beaucoup de femmes ont également des problèmes d'adaptation vu leur confinement à la maison. Ainsi les problèmes linguistiques sont particulièrement récurrents vu qu'elles ne peuvent apprendre, même imparfaitement, le français ou le néerlandais, dans le quotidien de leur vie professionnelle et/ou sociale.

L'intérêt pour les immigrés témoigne d'un phénomène plus général qui caractérise la psychiatrie dans la seconde moitié du xx^e siècle. Des nouvelles populations, de nouveaux lieux sont appréhendés par ce champ médical. Dans le cas des immigrés en psychiatrie, on peut relever une double stigmatisation, une stigmatisation à la fois en tant que patient psychiatrique et en tant qu'immigré. La relation entre discours et pratique est paradoxale. Presque tous les psychiatres belges qui publient sur le sujet dans les années 1960 et 1970 soulignent l'importance de la distance culturelle. Cette interprétation se retrouve également dans les dossiers. En revanche, discours et pratiques se distinguent au niveau explicatif. Les publications soulignent que les pays d'immigration sont souvent à la racine des problèmes et que les problèmes psychiques ne sont pas plus nombreux chez les étrangers que chez les Belges. La pratique psychiatrique de l'*Institut* ne laisse pas transparaître cette approche sociétale mais se focalise sur le cas individuel. Le concept de culture sert ainsi de concept-coupole qui permet d'articuler

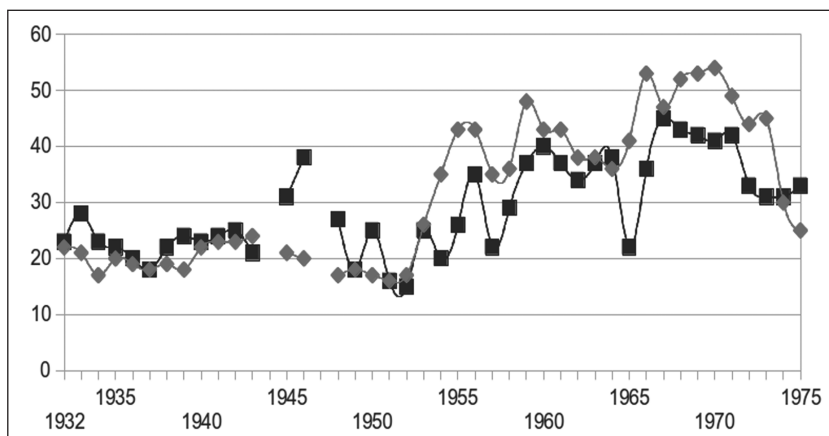
16. HBIP, NS, n° 17130, rapport du médecin (23 septembre 1976).

17. HBIP, NS, n° 17174, rapport du médecin (25 octobre 1976).

plusieurs différences difficiles à appréhender par les psychiatres. La culture peut servir : 1) pour analyser des rôles et des conflits à l'intérieur de la famille, 2) pour expliquer les conflits entre pays d'émigration et pays d'immigration et 3) pour exprimer l'incompréhension entre psychiatre et patient.

Trajectoires des patients à l'intérieur de l'Institut

L'élément le plus déterminant dans la trajectoire du patient à l'*Institut* est sans aucun doute la durée de son séjour. Dans un premier temps, l'*Institut* choisit cet élément pour se démarquer des autres hôpitaux psychiatriques où beaucoup de patients sont devenus chroniques. Le règlement de l'institution qui est fixé en 1932 prévoit que la durée maximale ne doit pas dépasser les 60 jours¹⁸. Pour un hôpital psychiatrique, il s'agit d'un chiffre particulièrement bas aussi bien en Belgique qu'en Europe. En 1981, la durée moyenne nationale de séjour en Belgique pour la psychiatrie est de 138 jours. Et dans les années 1960 et 1970, la durée moyenne au *Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik* à Berlin est de 260 jours¹⁹.



GRAPHIQUE 2. – Moyenne de séjour en salles ouvertes et fermées (en jours).

Pendant les deux premières décennies de son existence, cette politique du séjour court est couronnée de succès. Mais à partir des années 1950, la moyenne connaît une augmentation sensible. Le chiffre maximal de 60 jours est régulièrement dépassé. Entre 1960 et 1979, plus d'un cinquième des patients sont dans ce cas : l'*Institut* qui se considère comme une insti-

18. ACPASB, Règlement d'ordre intérieur et de service de l'Institut de Psychiatrie, Bruxelles, 1931, p. 7.

19. Benoît MAJERUS, « Psychiatrie im Wandel. Das Fallbeispiel Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik (1960-1980) », *Medizinhistorisches Journal*, 43-3/4, 2008, p. 344-371.

tution d'observation et de guérison devient de plus en plus une institution de gardiennage.

1955-1959	1960-1964	1965-1969	1970-1974	1975-1979
8 %	22 %	22 %	20 %	20 %

TABEAU 3. – *Part des patients qui passent plus de 60 jours à l'Institut.*

Cette observation est d'autant plus paradoxale que dans la plupart des asiles européens, c'est à partir des années 1950 que les moyennes de séjour commencent à se réduire significativement. L'écart entre l'idéal – hôpital de pointe – et la réalité devient donc grandissant dans les années 1950 et 1960. Deux éléments permettent d'expliquer cet allongement de la durée de séjour. D'une part les asiles provinciaux sont de moins en moins prêts et capables d'accueillir des patients (chroniques). Ils sont confrontés à un afflux important de patients et sont eux-mêmes en surpopulation permanente. En même temps, ces institutions sont engagées dans une politique de réduction des populations chroniques et du nombre de lits. La fonction de gardiennage est de moins en moins valorisante. Mais la surpopulation à l'*Institut* n'est pas seulement due à une relative fermeture des asiles de province vers lesquels de plus en plus de « pensionnaires » bruxellois sont envoyés. On assiste pendant ces années à une augmentation générale des patients psychiatisés dans l'agglomération bruxelloise. La société est-elle davantage prête à faire appel à la psychiatrie ? La psychiatrie arrive-t-elle à étendre son champ d'action et touche-t-elle ainsi une population plus large ? Une place de plus en plus grande est accordée aux « désordres intimes²⁰ » qui deviennent des domaines médicalisés. Après la Deuxième Guerre mondiale, le champ médical en général et le champ « psy » (psychologie, psychanalyse, psychiatrie...) en particulier connaissent une extension considérable. Cette extension du domaine d'intervention est facilitée par un développement considérable de l'État-providence dans le monde occidental. La psychiatrie est très vite intégrée dans les dispositifs de prises en charge financés largement par l'État²¹. D'ailleurs la santé devient un concept très large : en 1946 l'Organisation Mondiale de la Santé la définit ainsi :

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité²². »

20. Georges VIGARELLO, *Histoire des pratiques de santé : le sain et le malsain depuis le Moyen Age*, Paris, Seuil, 1999, p. 283.
21. Charles Webster, *Medicine and the Welfare State 1930-1970*, in *Companion to Medicine in the Twentieth Century*, ed. Roger Cooter and John Pickstone (London : Routledge, 2000), 125-140.
22. [<http://fr.wikipedia.org/wiki/Sant%C3%A9>] (consulté le 3 octobre 2009).

L'augmentation de la durée du séjour conduit à une surpopulation importante. Les chiffres dans le tableau ci-dessous n'indiquent que des moyennes annuelles pour tout l'*Institut*. L'aspect exceptionnel de la situation dans la période étudiée apparaît clairement, si on la compare à la situation d'avant 1950 où le taux d'occupation ne dépassait que rarement les 70 %.

Année	1960	1963	1965	1970	1975
Nombre de lits	122	114	114	122	110
Occupation moyenne	109	118	110	118	108
Taux d'occupation	89 %	104 %	96 %	97 %	98 %

TABLEAU 4. – *Taux d'occupation de l'Institut.*

Ce sont surtout les sections fermées qui n'arrivent plus à gérer le nombre de patients. Ainsi en 1959, ces services qui disposent de 90 lits sont pendant dix sur douze mois en surpopulation (moyenne journalière). En juin de cette année-là, ils comptent pendant un jour 106 patients²³. L'espace ordonné des salles est fortement bouleversé suite à cette surpopulation permanente. L'arrangement symétrique des lits n'est plus possible et le champ de vision de l'infirmière est bloqué par des lits. En septembre 1963,



ILL. 4. – *Image d'un reportage produit en 1964 sur la psychiatrie en Belgique*²⁴.

23. *Assistance publique de Bruxelles – Rapport annuel de 1959*, Bruxelles, 1960, p. 72.

24. Paul Danblon, "Les maladies mentales," *Le point de la médecine* (Bruxelles: RTB, 21 décembre 1964), 54: 21.

les réfectoires du pavillon B sont partiellement utilisés pour y installer des lits. Une image extraite d'un documentaire montre l'encombrement des salles de l'*Institut*, du fait de la surpopulation. Toute la réflexion spatiale sur la séparation fonctionnelle des lieux vole en éclats²⁵.

La surpopulation conduit également à une insatisfaction grandissante des psychiatres qui se plaignent des patients chroniques jugés peu « intéressants » pour l'enseignement et la recherche, les deux principales fonctions de cet hôpital, dans l'optique des médecins. Ce constat est valable pour les deux hôpitaux universitaires de l'ULB. Déjà en 1949, lors de la rentrée académique le professeur Ernest Renaux intitule son discours « Le problème des hôpitaux universitaires ». Il y affirme :

« Pour remplir correctement la mission qu'elle se donne, la Faculté de médecine doit disposer d'un nombre suffisant de patients et surtout des patients intéressants pour l'enseignement et la recherche, eu égard au nombre d'étudiants... il faut éviter que la clinique médicale soit encombrée par des malades chroniques dont le séjour prolongé n'apporte aucun secours à l'enseignement²⁶. »

Comparé aux autres départements de l'hôpital Brugmann, l'*Institut* constitue une exception notable, les taux d'occupation étant normalement beaucoup moins élevés. Ainsi en 1972, l'*Institut* connaît un taux de 102 % ; il est de 80 % pour tout l'hôpital Brugmann et de 76 % pour l'hôpital Saint-Pierre, un autre hôpital universitaire de Bruxelles²⁷. Si cette problématique devient moins criante à partir du début des années 1970, le déséquilibre qui participe à la stigmatisation de la psychiatrie, persiste néanmoins encore en 1980.

La durée du séjour n'augmente pas seulement au fil du temps, de plus en plus de patients reviennent également à l'*Institut*. Dès les années 1940, la majorité des patients passe plus d'une fois à l'*Institut*. L'illusion d'une guérison définitive va vite faire place à des retours de plus en plus fréquents d'anciens hospitalisés. Ce chiffre explose véritablement dans les années 1970, où un tiers des patients revient plus de cinq fois. Le phénomène des *revolving door patients* – des patients à entrées multiples – est souvent décrit comme une conséquence directe de l'introduction des médicaments. Ceux-ci auraient permis de traiter les symptômes de personnes qui seraient plus vite sorties de l'hôpital, mais qui, suite à un manque de discipline dans la prise des médicaments, retourneraient également plus souvent à l'hôpital²⁸. En ce qui concerne l'*Institut* cette

25. ACPASB, AGP-CAP, boîte 102, Comité de gestion de l'Institut de psychiatrie (13 septembre 1963).

26. Madeleine MOULIN, *La genèse de l'Hôpital Érasme : un essai de sociologie compréhensive*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, 1987, p. 62.

27. *Assistance publique de Bruxelles – Rapport annuel de 1972*, Bruxelles, 1973, p. 51.

28. Françoise CASTEL, Robert CASTEL et Anne LOVELL, *La Société psychiatrique avancée : le modèle américain*, Paris, B. Grasset, 1979, p. 132.

explication n'est pas entièrement convaincante. L'introduction massive des neuroleptiques s'y fait dès la fin des années 1950, et ne semble pas, dans un premier temps, avoir amené des changements significatifs au niveau de la durée et/ou du nombre de séjours.

Nombre de séjours	1930-1939	1940-1949	1950-1959	1960-1969	1970-1979
1	90 %	48 %	64 %	59 %	44 %
2	5 %	17 %	17 %	16 %	11 %
3	0 %	6 %	9 %	8 %	6 %
4	0 %	6 %	3 %	5 %	5 %
5	5 %	6 %	3 %	2 %	2 %
> 5	0 %	14 %	4 %	9 %	32 %

TABLEAU 5. – *Nombre de séjours.*

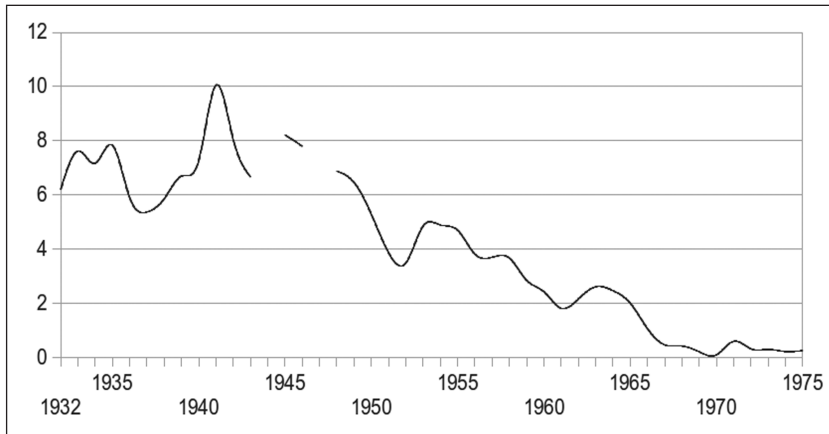
Finalement, un des changements les plus manifestes qui touchent les patients psychiatriques est la baisse significative de la mortalité à l'intérieur de l'*Institut*. Pour calculer la mortalité, deux méthodes existent. La première rapporte le nombre de décès d'une année à la totalité de la population internée durant le même laps de temps. La deuxième se réfère à la moyenne de la population. Ce dernier procédé est surtout valable pour les asiles où les patients effectuent de longs séjours. Vu que l'*Institut* se définit par des séjours relativement courts, le deuxième choix conduirait à une surestimation importante. L'autre méthode conduit certes à une sous-estimation, mais celle-ci n'est que très légère²⁹.

Pendant les premières années de son existence, l'*Institut* compte plus de 70 décès par an. Un nombre important de patients quittent donc l'hôpital non pas guéris, mais morts. Le taux de mortalité – autour de 75 % – est relativement élevé. Une première baisse dans les années 1930 est contre-carrée par une hausse significative pendant les premières années de la guerre. L'historiographie européenne a souligné depuis une quinzaine d'années combien la guerre au xx^e siècle est un moment d'une extrême fragilité pour cette population marginalisée³⁰. Ceci s'avère également être le cas pour l'*Institut*.

En adoptant la méthode proposée par Isabelle von Bueltzingsloewen, l'*Institut* aura connu 50 morts supplémentaires sur une population d'environ 2700 personnes, décès dus aux conditions de la guerre (surtout la faim). L'*Institut* n'est qu'un hôpital parmi d'autres en Belgique et la hausse de la

29. Pour le côté méthodologique: Isabelle VON BUELZINGSLOEWEN, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'occupation*, Paris, Aubier, 2007, p. 27-47.

30. Pour l'Allemagne: Heinz FAULSTICH, *Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949: mit einer Topographie der NS-Psychiatrie*, Freiburg im Breisgau, Lambertus, 1998. Pour la France: I. VON BUELZINGSLOEWEN, *L'hécatombe des fous...*, op. cit. et Isabelle VON BUELZINGSLOEWEN (éd.), « Morts d'inanition »: *famine et exclusions en France sous l'Occupation*, Rennes, PUR, 2005.



GRAPHIQUE 3. – Mortalité à l'Institut de psychiatrie (1932-1975).

mortalité y observée est moins élevée qu'en France, mais elle est néanmoins réelle. Ceci nuance un peu le constat – qui ne repose d'ailleurs pas sur des études systématiques – de l'historiographie belge quant à une absence d'une surmortalité dans les hôpitaux psychiatriques en Belgique³¹. La baisse de la mortalité s'enclenche dès la fin du conflit, mais ce n'est qu'au début des années 1950 que le taux de mortalité retrouve celui de la seconde moitié des années 30. Par la suite, la baisse est sensible et continue : au début des années 1970, le taux devient insignifiant.

Les consultations

À côté des patients qui sont en séjour, volontaire ou forcé, un grand nombre de personnes passent à l'*Institut* pour des consultations. Il s'agit d'une certaine manière d'une population psychiatrique partielle. Venir à une consultation est moins stigmatisant que séjourner dans l'institution. Y frapper à la porte est un geste moins lourd de conséquences. L'*Institut* est à sa création la seule institution psychiatrique qui offre un tel service à la population bruxelloise. Les consultations s'inscrivent clairement dans un contexte où la psychiatrie, entre autres à travers le mouvement de Mental Health créé en 1909 aux États-Unis par Clifford Beers, sort de l'asile pour faire de la « prévention » et touche alors un public beaucoup plus large.

Après un début enthousiasmant, les chiffres diminuent rapidement, notamment parce que l'équipe médicale n'est pas très fournie et que la

31. Sasha GOLDSTEIN, « Aliénés et institutions psychiatriques », in Paul ARON et José GOTOVITCH (éd.), *Dictionnaire de la Seconde Guerre mondiale en Belgique*, Bruxelles, André Versaille, 2008, p. 27-29. Les contemporains soulignent d'ailleurs la mortalité importante dans les hôpitaux belges : Alphonse Leroy, « Un péril social : le nombre des malades mentaux augmente d'une façon continue en Belgique », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, n° 4 (1949) : 214.

consultation est une procédure chronophage. Dans les années 1950, le service des consultations connaît une certaine extension ce qui se traduit et par une augmentation du personnel en service ouvert et par la construction de nouveaux locaux. En 1954, une « consultation pour enfants nerveux » ouvre ses portes à l'*Institut*. À la même époque, le développement de la médecine psycho-somatique permet la construction de ponts avec d'autres champs médicaux, comme la médecine interne. Dès 1955, une consultation commune – Institut de Psychiatrie et Service de Dermatologie – est organisée à Brugmann. Ces consultations communes font néanmoins également apparaître le stigmate dont la psychiatrie reste l'objet dans la population, stigmate qui est d'ailleurs partagé par les psychiatres mêmes, comme en témoigne le rapport de l'*Institut* de 1961 qui parle des malades de médecine interne souffrant de problèmes psychosomatiques et venant à la consultation à l'*Institut*: « Ces malades qui souffrent de maladies telles que rectocolite hémorragique, ulcère gastrique, eczéma, asthme, hypertension, etc. supportent mal à juste titre d'ailleurs, d'être mêlés dans une salle d'attente commune à des malades mentaux et de se croire confondus avec eux³². » Jusqu'aux années 1960, la personne qui vient en consultation ne voit que le médecin : à partir de ce moment-là un psychologue est parfois impliqué. À la fin des années 1970 l'assistante sociale participe de manière systématique aux consultations.

Les infirmières³³

À partir de la fin du XIX^e siècle, le personnel soignant devient un enjeu fortement débattu dans le champ psychiatrique³⁴. Souvent issus des classes sociales inférieures et sans aucune formation, les gardiens sont jugés incompatibles avec une psychiatrie moderne. L'introduction de la psychiatrie biologique demande une plus grande qualification du personnel : au moins en théorie, le gardiennage doit être remplacé par les soins. À ce niveau, l'*Institut* est exemplaire d'une évolution européenne plus large même si par rapport à d'autres pays comme les Pays-Bas, la Belgique accuse un certain retard³⁵.

À l'ouverture de l'*Institut*, le directeur Vermeylen impose une décision qui présente une rupture à plusieurs niveaux. D'abord, une rupture de genre : en effet, contrairement aux hôpitaux, le personnel est largement

32. *Assistance publique de Bruxelles. Rapport annuel de 1961*, Bruxelles, 1962, p. 51.

33. Les chiffres des infirmières viennent d'une banque de données qui regroupe 102 infirmières. Certes, cette banque de données ne rassemble qu'un nombre restreint de l'ensemble des infirmières ayant travaillé à l'*Institut*. En absence de listes systématiques d'infirmières de l'*Institut*, retrouver tous les dossiers personnels s'est révélé impossible. Les informations rassemblées semblent néanmoins intéressantes et ont clairement une valeur indicative pour des tendances lourdes.

34. Pour la Belgique : Jules MOREL, « L'enseignement professionnel des gardiens dans les asiles d'aliénés », *Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique*, 74, 1894, p. 472-482.

35. Geertje BOSCHMA, *The rise of mental health nursing: a history of psychiatric care in Dutch asylums, 1890-1920*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2003.

masculin dans les asiles au XIX^e siècle. Confier le soin des aliénés exclusivement à des femmes reste dans l'entre-deux-guerres une option rare en Belgique. Or telle est le choix de Vermeylen en 1931. La deuxième rupture se situe au niveau social : en faisant appel à des infirmières qui ont suivi une formation, le recrutement se fait davantage dans les classes moyennes. Les stratégies au niveau local – l'*Institut* – mais également au niveau européen sont les mêmes : en reproduisant le modèle valable dans les autres spécialités médicales, les psychiatres espèrent valoriser leur propre statut et transformer l'asile en hôpital.

Des soins ordinaires ?

En choisissant des infirmières, Vermeylen exclut les hommes-gardiens et en même temps plaide pour une professionnalisation des soins psychiatriques. Depuis 1907, l'Administration des hospices et secours de la Ville de Bruxelles dispose d'une école d'infirmières. C'est une des premières écoles d'infirmières en Belgique. Ses initiateurs poursuivent deux buts : laïcisation et professionnalisation dans un pays où les soins infirmiers sont encore largement aux mains de congrégations religieuses³⁶. Dans les années 1920, cette école est transférée dans le nouvel hôpital Brugmann. Vermeylen va profiter de cette structure existante pour créer une formation spécialisée d'un an en « hygiène mentale ». Par la formation, essentiellement donnée par des médecins, ces derniers consolident leur contrôle sur les infirmières : les anciens gardiens d'asiles fonctionnaient essentiellement en dehors du système médical. Les autorités bruxelloises font le choix de ne proposer cette formation qu'à des femmes qui ont déjà suivi la formation d'infirmière hospitalière. Par sa formation de quatre ans, l'infirmière en hygiène mentale est donc davantage valorisée que l'infirmière somaticienne³⁷. Les cours sont donnés à l'intérieur de l'*Institut*, non pas dans le grand auditoire réservé à la formation des médecins, mais dans une salle adjacente. Réservée dans un premier temps aux femmes, ce n'est qu'en 1955 qu'elle s'ouvre également aux hommes. En 1960 des personnes étrangères à l'école, mais ayant un diplôme paramédical peuvent suivre les cours théoriques en tant qu'élèves libres, fréquentation qui est certifiée par une attestation³⁸. Souvent le nombre de ces élèves libres (assistante sociale, kinésithérapeute...) dépasse celui des étudiantes inscrites.

36. JAVIER ARGUELLO, « L'introduction du nursing laïque en Belgique (1882-1914). D'une vocation à l'émergence d'une profession », *Sextant*, 3, 1995, p. 61-82.

37. Dans d'autres pays européens comme la Suisse (Jérôme PEDROLETTI, *La formation des infirmiers en psychiatrie : histoire de l'école cantonale vaudoise d'infirmières et d'infirmiers en psychiatrie, 1961-1996*, Genève, BHMS, 2004 ou la Grande-Bretagne (Anne Marie RAFFERTY, « Nurses », in Roger COOTER et John PICKSTONE (éd.), *Companion to Medicine in the Twentieth Century*, London, Routledge, 2000, p. 519-529.) ceci ne sera pas le cas.

38. En Angleterre ceci est possible dès la fin des années 1920 : F MARTIN, *Between the acts: community mental health services, 1959-1983*, London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1984, p. 76.

La formation s'impose également parce que les psychiatres ont des attentes plus poussées. Avec la scientification du champ à partir des années 1880, le médecin a besoin d'un contrôle permanent du patient. Ceci conduit à une présence continue d'infirmières dans les salles. Ainsi le service des infirmières est organisé de la manière suivante : service de nuit, service de 7 à 19 heures, service de 12 à 22 heures. À chaque changement de service, un rapport oral est réalisé, dont les faits les plus importants sont notés dans le rapport individuel de l'hospitalisé. Cette observation constante du patient nécessite d'un côté un nombre important d'infirmières pour assurer une présence permanente. D'un autre côté, le personnel soignant doit être capable de produire une observation détaillée du corps et du comportement du patient qui ait du sens pour le médecin d'où l'importance de disposer d'infirmières formées. Des gestes techniques comme la prise de température, le suivi précis à travers des formulaires... doivent être enseignés³⁹.

La position de l'*Institut* reste à ce niveau longtemps marginal pour la Belgique. Ainsi l'hôpital psychiatrique de l'État de Tournai qui compte une population de patients supérieure à mille ne compte aucune infirmière diplômée avant 1945. Et encore en 1960, le soin des 25 000 malades mentaux dans les asiles belges est assuré par 617 infirmières (hospitalières et psychiatriques) et 1898 personnes sans ou avec une formation rudimentaire⁴⁰.

Si l'école connaît un certain succès – entre 1932 et 1958 116 infirmières suivent cette spécialisation – elle n'attire pas assez de candidates pour les besoins de l'*Institut*. En effet entre 1931 et 1980, seulement cinq pour cent des infirmières y travaillant disposent de cette formation spécifique. À partir des années 1960, la direction médicale essaie d'imposer pour les postes élevés des personnes ayant une certaine expérience psychiatrique. Les dirigeants de l'équipe soignante pour tout l'hôpital Brugmann ont en effet l'habitude de déplacer les chefs de salle d'un service à l'autre : plus que les qualités techniques la directrice des infirmières considère que des qualités de gestion sont demandées à ces postes, conception contre laquelle les chefs de service en psychiatrie s'opposent. Ainsi, lorsque la directrice des infirmières essaie d'imposer à la tête du service de psychiatrie une infirmière qui occupe ce poste au service de chirurgie générale, Jacques Flament, chef de service à l'époque, s'y oppose vigoureusement :

« J[.] L[.] ne peut être retenue car l'intéressée a cessé de travailler depuis longtemps à l'Institut de Psychiatrie. Ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de vous l'exposer antérieurement, il importe de ne désigner à des postes de responsabilités à l'Institut de Psychiatrie que des infirmières qui, par leur travail à l'Institut, au cours de ces dernières années, ont vécu les nombreux

39. G. BOSCHMA, *The rise of mental health nursing...*, op. cit., p. 77.

40. « Rapport de la Fondation Julie Renson », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 60-2, février 1960.

problèmes que pose l'évolution du nursing et de l'assistance psychiatriques, et qui ont, par ailleurs, donné des preuves de leur intérêt pour ce domaine particulier⁴¹. »

Face aux nouveaux métiers paramédicaux qui apparaissent à partir des années 1950 et suite aux changements dans la pratique psychiatrique (cf. infra), les infirmières restent étonnamment passives. Contrairement aux médecins, elles ne participent guère à des formations continues et ne vont guère participer aux « pèlerinages » vers les lieux de la psychiatrie alternative (Trieste en Italie, la Verrière en France...) qui agitent le champ psychiatrique dans les années 1960 et 1970. Une absence de volonté pour « conquérir un rôle thérapeutique⁴² » à l'intérieur de l'institution peut y être décelée.

L'école de l'hôpital Brugmann, contrairement à l'Université libre de Bruxelles pour les infirmières, n'aura d'ailleurs jamais le monopole de formation des infirmières travaillant à l'*Institut*.

Un peu plus que la moitié d'entre elles sont passées par cette école bruxelloise. Le recrutement se fait aussi bien dans toute la Belgique qu'à l'étranger. Cette grande mobilité ne s'amenuise guère au fil du temps, même si la part des infirmières originaires de Bruxelles connaît une légère hausse. Si pour les médecins le milieu laïque de l'ULB constitue la norme, le monde infirmier sera encore longtemps marqué par le monde catholique, de nombreuses infirmières ayant été formées dans des écoles catholiques. Ceci explique probablement pourquoi le syndicat catholique arrive à prendre pied à l'intérieur de l'hôpital Brugmann. D'une manière générale, les infirmières ont des origines beaucoup plus hétérogènes que les médecins. Ainsi 35 % des infirmières sont de nationalité étrangère, la plupart étant hollandaises. En l'absence de personnel qualifié, les infirmières hollandaises forment le plus grand contingent à l'ouverture de l'*Institut* en 1931. Au moins jusque dans les années 1960, un marché international des infirmières existe et l'*Institut* y recourt régulièrement⁴³. Ainsi Divera Van Blokland termine sa formation en 1948 aux Pays-Bas. Elle travaille d'abord dans deux hôpitaux de son pays natal avant de venir en mai 1950 à Namur. Un an plus tard elle part pour l'Angleterre avant de revenir en juin 1954 en Belgique pour travailler à l'*Institut*. Trois ans plus tard, elle repart pour le Canada où on perd trace de sa trajectoire⁴⁴. Certes il s'agit là d'un cas particulier, mais une minorité non négligeable d'infirmières changent régulièrement d'hôpital et parfois même de pays.

41. ACPASB, Personnel, dossier de J[.] L[.], rapport de Jacques Flament (non daté).

42. L. VERHAEGEN, *Les psychiatries, médecines de pointe ou d'assistance?..*, op. cit., p. 132.

43. En 1926 la Fédération Nationale des Infirmières Belges estime que 70 % des infirmières travaillant en Belgique sont étrangères : Catherine JACQUES, « Les infirmières dans l'entre-deux-guerres et l'action des « dames d'œuvre » », *Sextant*, 3, 1995, p. 107-126. Voir également : Mireille KINGMA, *Nurses on the move: migration and the global health care economy*, Ithaca, ILR Press, 2006.

44. ACPASB, Personnel, dossier de D[.] B[.].

Parmi les infirmières qui travaillent à l'*Institut* deux groupes peuvent être facilement distingués. Il y a celles qui font toute leur carrière à l'intérieur des services psychiatriques (40 %) et celles pour lesquelles l'hôpital bruxellois n'est qu'un passage (25 %). Les premières ont souvent commencé à travailler à Brugmann dans les années 1930 et 1940. À partir des années 1950, la période de travail à l'*Institut* devient plus réduite. Certes le pourcentage d'infirmières qui y reste jusqu'à la pension (30 %) est plus élevé que celui des médecins, mais il témoigne néanmoins d'une grande mobilité en général. D'autres raisons pour quitter le service psychiatrique sont le travail dans un autre département (26 %), le mariage (12 %) ou la santé (12 %).

Dès sa fondation, l'*Institut* bénéficie d'un encadrement important en personnel soignant. Après la Deuxième Guerre mondiale, le nombre des infirmières est multiplié par deux en une dizaine d'années. En 1965, le rapport patient/infirmier est de 1,65. Au même moment l'institut psychiatrique Bethanie à Sint-Antonius-Brecht près d'Anvers dispose de 110 membres de personnel soignant – pas toutes infirmières qualifiées – pour 1 100 patients, tous colloqués⁴⁵. L'encadrement est donc important par rapport aux autres hôpitaux psychiatriques, mais reste significativement moindre que dans les autres départements de l'hôpital Brugmann.

	Hôpital Brugmann	Institut de Psychiatrie
Nombre de lits	473	110
Nombre d'infirmières	406	73
Rapport lits/infirmières	1,16	1,51

TABEAU 6. – *Nombre de lits et d'infirmières en 1965.*

D'ailleurs malgré la volonté d'harmoniser les trajectoires des infirmières psychiatriques et somaticiennes, les différences restent sensibles. Ces dernières sont engagées dans une nouvelle poussée de spécialisation à partir des années 1950⁴⁶. En psychiatrie cette évolution sera portée non pas par les infirmières mais par des psychologues, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes... qui en tirent une certaine valorisation. Le métier de l'infirmière psychiatrique perd encore d'intérêt. Dans une demande de transfert de 1944, une infirmière qui a travaillé pendant deux ans dans un service psychiatrique s'exprime ainsi :

« Je me permets de vous adresser la présente, afin de vous demander s'il serait possible d'obtenir mon transfert pour l'hôpital St Pierre. Depuis 1942

45. *Mosaïque. Revue nationale belge d'Information psychiatrique*, 1965, n° 1, p. 15-16.

46. Catherine DUBOYS, *Le métier d'infirmière en France. Du métier d'infirmière à l'exercice professionnel des soins infirmiers*, 3^e éd., Paris, PUF, 2002, p. 40.

je suis à Fond’Roy et il me semble qu’il serait bon de retrouver un peu de pratique dans les salles ; dernièrement j’ai pu y travailler en remplacement d’une compagne et je pense que vous comprendrez que m’y étant plu, j’aimerais y retourner⁴⁷. »

Dans une interview avec une infirmière psychiatrique en 2008, une argumentation similaire est tenue :

« Cela fait trois ans que j’ai quitté l’hôpital pour venir travailler ici à Ettelbrück [le centre neuro-psychiatrique au Luxembourg]. Je ne pourrai plus retourner dans un service normal. Je ne pourrai plus y faire le boulot d’infirmière. Ici ce n’est pas vraiment un boulot d’infirmière⁴⁸. »

Parmi l’équipe soignante, l’impression prévaut que le travail quotidien ne correspond pas vraiment à l’image du travail infirmier, même si le métier de l’infirmière psychiatrique est devenu beaucoup plus technique en cinquante ans. Les gestes qui définissent le travail infirmier sont en effet beaucoup moins nombreux en psychiatrie que dans les autres services. Les sources restent relativement silencieuses sur ce travail. Seuls les gestes à l’entrée du patient (cf. chapitre 6) sont clairement définis. Ce sont les infirmières qui distribuent les médicaments et qui tiennent les bulletins de médicaments. Elles effectuent les soins et toilettes des patients, mais dans les services psychiatriques de nombreux patients arrivent à les assurer eux-mêmes. La spécificité du travail en psychiatrie pose d’ailleurs parfois problème :

« Qui ne considère pas ces malades comme dignes d’intérêt et de soins n’a aucune notion des devoirs de l’infirmière hospitalière. Je termine en attirant spécialement l’attention des infirmières sur le fait suivant : Aucune brusquerie, brutalité dans les gestes comme dans le langage n’est permise c’est un manque absolu de bonté et de conscience professionnelle⁴⁹. »

Si on se fie aux règlements conservés, la part essentielle du travail de l’infirmière psychiatrique est la surveillance. Même dans une institution comme l’*Institut*, on est très loin des recommandations de l’OMS qui proclamait déjà au début des années 1950 que l’« infirmier psychiatrique doit être un technicien spécialisé [qui] ne doit pas s’occuper de plus de 3 à 6 malades⁵⁰ ».

Une des premières fonctions des infirmières dans leur travail quotidien reste le maintien d’un certain ordre dans la salle. Cet ordre est depuis le

47. ACPASB, Personnel, dossier d’Irma Creunis, lettre de Ceunis à la CAP (du 30 décembre 1944).

48. Entretien avec l’infirmière M.S. (15 juin 2008).

49. ACPASB, fonds Capon, la longueue – notes du 10 novembre 1940.

50. Cité d’après « L’Hôpital Psychiatrique Moderne », *Bulletin de l’Association Catholique d’Hygiène Mentale*, 1, mars 1954. L’OMS intègre rapidement dans sa réflexion sur la maladie mentale le rôle de l’infirmière. À partir de 1955, un Comité d’Experts des Soins Infirmiers Psychiatriques y est mis en place.

début de l'*Institut* considéré comme un premier pas thérapeutique. Même dans les années 1960, la fonction de gardiennage reste prédominante.

« L'âge moyen du personnel infirmier était assez élevé et la chef de salle se comportait comme une bonne gardienne. Elle tenait compagnie aux patientes dans la salle de séjour en tricotant, montrant ainsi le bon exemple : le travail c'est la santé⁵¹. »

Une vie monacale

Malgré la professionnalisation des infirmières psychiatriques et malgré le positionnement libéral et souvent anticlérical de l'élite politique bruxelloise, l'habitus du personnel soignant est profondément marqué par l'origine religieuse des soins. Le monde des infirmières continue à reproduire pendant un moment encore assez long quatre caractéristiques du monde monastique : la discipline, le célibat, la vie à l'intérieur de l'institution et l'uniforme. En effet, au moins jusque dans les années 1960, une hiérarchie très stricte existe parmi les infirmières. À la tête de ce corps se trouve une infirmière-chef, appelée « monitrice ». Elle assure le contact avec la direction des soins médicaux : elle est également appelée « notre mère » dans les années 1950, double référence et à la vie en famille et à la vie en congrégation⁵². En même temps, elle organise le travail des infirmières et en assure la discipline.

« Savoir obéir et respecter les supérieurs. Obéir à Madame la Directrice, ou à des tiers par elle désignés. Obéir promptement et ponctuellement [...] Florence Nightingale considérait avec raison que la loyauté vis-à-vis de la direction est la qualité primordiale et indispensable de l'infirmière⁵³. »

Au moins jusque dans les années 1960, c'est elle seule qui parle avec les médecins et surtout avec le directeur de l'*Institut*, les autres infirmières ne s'adressant normalement pas directement au corps médical. Elle rentre parfois en opposition avec le chef de service : en effet, la monitrice dépend de la Commission d'Assistance Publique et applique les instructions de cette administration : les médecins qui ne dépendent pas uniquement de la CAP mais également de l'administration universitaire ont parfois des problèmes à accepter cette autre instance de légitimité⁵⁴. Cette barrière entre médecins et infirmières se remarque également au niveau de la confection des dossiers de patients : les notes médicales et les notes des infirmières

51. Entretien avec Micheline Roelandt du 18 février 2008.

52. Madeleine CAPON, « De la psychiatrie », Bruxelles, 1992, p. 69.

53. ACPASB, fonds Capon, instructions aux monitrices.

54. ACPASB, fonds Capon, rapport du 20 février 1935 de la directrice des infirmières à la Commission d'Assistance Publique. Contrairement à la situation aux Pays-Bas (G. BOSCHMA, *The rise of mental health nursing...*, *op. cit.*) le champ des infirmières garde donc une certaine autonomie par rapport au corps médical.

y sont séparées. Les deux récits du cas fonctionnent en parallèle et le plus souvent en autarcie : il est très rare que l'un se réfère à l'autre⁵⁵. Ce modèle reproduit partiellement l'autonomie relative que défendaient les religieuses face aux médecins au XIX^e siècle. La position de la infirmière-chef se caractérise à l'*Institut* par une stabilité remarquable. Pour la période étudiée, deux monitrices se trouveront à la tête de l'équipe soignante : Alice Hautain (1931-1961) et Paule Comblez (1961-1983).

La première, née dans le Brabant wallon, vit une ascension sociale remarquable à travers son métier. À dix-huit ans, elle entre en tant qu'aide-infirmière au Sanatorium du Fort-Jaco pour rejoindre en 1919 une clinique neurologique privée. À la fin des années 1920, elle commence sa formation d'infirmière à l'école Edith Cavell qu'elle termine en 1929. Le premier directeur de l'*Institut* qui travaille dans la même clinique privée l'amène alors dans la nouvelle institution où, âgée de 30 ans, elle suit la formation « infirmière au service des aliénés ». Restée célibataire, elle dirigera ensuite l'équipe soignante pendant 30 ans. Elle vit difficilement les changements qui s'annoncent à partir de la seconde moitié des années 1950 et se retire au début des années 1960 pour « des raisons de santé⁵⁶ ».

Sa successeur, issue du Hainaut, n'est pas non plus un pur produit bruxellois. Elle a fait sa formation d'infirmière hospitalière à l'école provinciale de Tournai (1948) et d'infirmière visiteuse à l'école St Camille à Bruxelles (1949). Une fois engagée à l'*Institut*, elle s'inscrit dans la spécialisation « aliéniste » à Brugmann, formation qu'elle termine en 1950. Deux ans plus tard, elle devient responsable d'une salle et en 1961 chef de service : au moment de sa désignation la directrice des infirmières souligne les qualités qui la prédisposent pour ce poste :

« Jeune fille intelligente, bien élevée, a su faire face aux difficultés toujours croissantes du fait de l'évolution très rapide concernant le soin [sic] des malades mentaux⁵⁷. »

À travers ces deux monitrices, plusieurs caractéristiques du monde infirmier se retrouvent : la non-exclusivité du monde bruxellois, le célibat, la formation continue pendant le travail...

Sans que cela soit une condition pour devenir infirmière, la plupart d'entre elles ne sont pas seulement célibataires au moment où elles entrent à l'*Institut* – ce qui pourrait encore s'expliquer par le jeune âge au moment de leur entrée – beaucoup le restent à travers toute leur carrière. 60 % d'entre elles sont célibataires pendant qu'elles travaillent à l'*Institut*. Un

55. Les notes des assistantes sociales et des psychologues sont intégrées dans le récit médical. Sur cette construction du dossier cf. Robert BARRETT, *La traite des fous : la construction sociale de la schizophrénie*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1998, p. 105.

56. ACPASB, Personnel, dossier d'Alice Hautain.

57. ACPASB, Personnel, dossier de Paule Comblez, rapport (9 mars 1961).

dixième parmi celles-ci quittent leur travail justement au moment où elles se marient.

Avant-dernier élément monastique : l'internat. La plupart des infirmières habitent sur le site de l'hôpital Brugmann. Elles vivent donc dans un vase clos, travail et vie privée n'étant guère séparés. Toute leur vie se déroule sous une stricte surveillance. Les raisons qui permettent de quitter l'internat sont peu nombreuses. Le mariage est considéré comme un argument suffisant pour être en externat, mais « il est d'usage que celui-ci ne soit effectivement donné qu'à partir du jour du mariage ». Pendant la Deuxième Guerre mondiale, l'externat est souhaité, vu que des places adaptées n'existent pas à Fond'Roy. Mais les autorisations sont seulement provisoires et peuvent être révoquées à tout moment. Les chambres sont régulièrement contrôlées. L'« état de propreté absolue » qui doit y régner est le symbole d'une bonne infirmière qui peut seulement faire son travail correctement si sa chambre privée est également en ordre⁵⁸. Un « seul délogement (la veille du jour de semaine) est autorisé ». Lorsque les infirmières ont dépassé un certain âge, la sortie est plus facilement accordée : on les juge probablement moins susceptibles de succomber aux tentations de la ville toute proche. Lorsqu'elles tombent malades, elles sont soignées à Brugmann. Si un passage en psychiatrie s'impose, la CAP assure les frais dans une clinique privée pour éviter l'internement à l'*Institut*. Et même pour le loisir la monitrice dispose d'indications très précises :

« Occuper ses loisirs en raccommodage du linge, de bas, ouvrages de mains, livres de lecture instructifs, apaisants et amusants. Promenades. Empêcher les commérages, calomnies, dénigrement, critiques. Défendre les spectacles louches (cinémas, dancings) lectures excitantes romancées⁵⁹. »

La prise en charge est totale : dormir, manger et travailler se déroulent sur un même lieu.

Finalement la tenue des infirmières est codifiée jusque dans le plus petit détail. L'uniforme y joue bien sûr un rôle central. Il est signe de reconnaissance et un vecteur identitaire très fort. L'image de l'ange en blanc joue à l'intérieur du groupe mais également à l'extérieur.

« L'uniforme doit être porté correctement c'est-à-dire bas et souliers de même couleur, le bonnet et le tablier doivent être portés, même quand on se trouve au jardin, ou lorsque l'on circule en uniforme pendant les heures de repos, les manches ne peuvent pas être retournées, les cheveux doivent être en ordre – aucun filet ne peut être porté, pas de fards ni de poudre, etc. Il est interdit de porter des chaussures en dehors du règlement, seules sont admises les chaussures, noires, blanches, les bas de la même couleur. »

58. ACPASB, fonds Capon, la languette – note du 11 juin 1940.

59. ACPASB, fonds Capon, instructions aux monitrices.

Mais cette définition dépasse le vêtement et s'applique au corps de l'infirmière même.

« 1) Les cheveux longs arrivant sur le col sont absolument interdits. 2) Les filets quels qu'ils soient sont défendus. 3) Les boucles, cheveux hauts (toupet) dépassant le bonnet sur le dessus de la tête doivent être supprimés dès ce jour. Les infirmières qui ne se conforment pas à toutes ces règles recevront une observation à tous les moments de la journée et n'importe devant quelle personne⁶⁰. »

Cette description pose la question de savoir si l'antagonisme entre nursing religieux et nursing laïc est vraiment tellement important. Certes, une très grande différence existe au niveau de la formation. La non-qualification est plutôt rare pour les infirmières laïques – même si le cas des aides-malades mériterait une attention particulière – de nombreuses infirmières religieuses restent sans formation particulière jusqu'aux années 1970⁶¹. Mais, à part cet élément spécifique, le nursing laïc s'inspire largement du modèle religieux en reproduisant sa discipline, sa morale et son mode de vie. En même temps le règlement reproduit également à travers des notions comme « ordre » et « propreté », l'habitus bourgeois du début du xx^e siècle et suppose que les infirmières, plutôt issues des classes moyennes n'aient pas encore intériorisé celui-ci⁶².

Un métier uniquement pour les femmes ?

Comme l'indique son nom générique, le métier de l'infirmière est fortement féminisé. La psychiatrie a été pendant longtemps une exception à cette règle et ceci à deux niveaux : les infirmières avec une formation n'y sont entrées que tardivement et les hommes qu'on jugeait plus aptes à maîtriser les patients agités ont longtemps composé l'équipe soignante. À l'*Institut* le premier directeur prend immédiatement la position inverse : il n'engage que des infirmières formées. Pour Vermeulen, être infirmière n'est pas seulement une fonction, c'est une profession apprise. Inscire le fonctionnement de la psychiatrie dans celui des autres départements est l'intention clairement affichée :

« Son but : que le malade mental soit mis au même rang que les autres malades de l'hôpital⁶³. »

Les femmes sont donc mieux formées, mais également plus aptes à faire preuve de cette compassion qui est jugée nécessaire. L'autorité masculine

60. ACPASB, fonds Capon, la languette – notes du 11 juin 1940, 9 août 1940 et 15 juillet 1941.

61. J. ORENBRUCH, C. BASTYNS, I. W. DOMB et M. TOLEDO, *La nouvelle politique psychiatrique belge...*, *op. cit.*, p. 53.

62. Sylvelyn HÄHNER-ROMBACH (éd.), *Quellen zur Geschichte der Krankenpflege: mit Einführungen und Kommentaren*, Frankfurt a. M., Mabuse, 2008, p. 334.

63. M. CAPON, « De la psychiatrie... », *op. cit.*, p. 10.

du médecin et la sensibilité féminine de l'infirmière sont considérées comme complémentaires.

Il faut attendre 1956 avant que le premier infirmier ne fasse son entrée dans les services de psychiatrie à Brugmann. Par la suite, il n'y aura plus de période où l'équipe soignante ne comptera pas au moins un homme, mais ils restent extrêmement rares jusqu'à la fin des années 1970. Sur toute la période envisagée, ils représentent 7 % du corps des infirmières. Les infirmiers en psychiatrie sont d'ailleurs majoritairement utilisés dans les salles fermées et leur dossier se caractérise par un nombre beaucoup plus élevé d'accidents de travail : en cas d'agitation de patients on fait prioritairement appel à eux et ce sont donc eux qui sont le plus souvent victimes d'hématomes, de foulures... De plus, contrairement à leurs homologues féminins, ils n'habitent jamais à l'intérieur de l'hôpital. Ils appartiennent tous au rôle néerlandophone et ils sont tous Belges. Beaucoup sont passés d'abord par les frères de la Charité avant de se retrouver à l'*Institut*⁶⁴. La majorité d'entre eux sont mariés. On est donc face à un tout autre milieu social que les femmes.

À l'épreuve de l'antipsychiatrie

Le début des années 1960 est caractérisé par un grave manque de personnel soignant. Certes c'est un problème récurrent de l'*Institut* dès sa création. À un moment où l'équipe médicale veut impliquer un certain nombre de changements dans la pratique psychiatrique, le déficit en personnel devient criant. Le suivi individuel du patient n'est guère possible. Malgré une campagne de publicité à l'étranger, très peu de candidats se présentent à Bruxelles. L'enseignement belge ne produit pas assez d'infirmières pour la psychiatrie. Certes les services psychiatriques ne sont pas touchés par un nombre particulièrement élevé de départs, comparé aux autres départements.

Médecine	Psychiatrie	Maternité	Radiologie
83 %	90 %	91 %	82 %

TABEAU 7. – Coefficient moyen de stabilité de 1963 à 1967⁶⁵.

Un certain mécontentement est néanmoins perceptible. Les raisons en sont multiples. Le service en psychiatrie n'est guère attractif. Dans ces

64. Les frères de la Charité sont une congrégation catholique qui commence à s'engager à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle dans les soins psychiatriques en Belgique. Au XX^e siècle, ils gèrent de loin le plus grand nombre de lits psychiatriques dans le royaume : René STOCKMAN, *Liefde in actie. 200 jaar Broeders van Liefde*, Leuven, Davidsfonds, 2006.

65. C. GARCIA, *Emploi du personnel soignant à l'hôpital Brugmann de 1953 à 1969*, s.d., s.l., p. 31.

années-là, les services psychiatriques se caractérisent par une surpopulation endémique. Le travail en psychiatrie n'est pas toujours perçu comme un vrai métier d'infirmière. La psychiatrie se trouve également de plus en plus dans le tourbillon de la contestation sociétale ce qui ne la rend pas particulièrement attrayante. D'autre part, les conditions de travail à Brugmann restent bornées par un cadre assez formalisé à un moment où de nombreuses autres possibilités commencent à s'ouvrir pour les femmes et les hommes avec une formation d'infirmière. Pendant plusieurs années, une partie des salles est fermée pendant les mois d'été, faute de personnel⁶⁶.

Les années 1970 sont marquées par des conflits assez violents au sein des équipes soignantes. D'une part, les infirmières gèrent difficilement la venue de nouvelles spécialités para-infirmières qui sont considérées comme une concurrence (cf. ci-dessous). D'autre part, une fracture générationnelle parcourt le champ infirmier. Cette fracture n'est pas limitée à ce monde, elle s'observe également au niveau médical. Les infirmières qui sortent des écoles pendant ces années ont une approche très différente de celle de leurs prédécesseurs. Formées après 1968 à un moment où l'antipsychiatrie a un certain droit de cité dans le monde francophone – et aussi à l'école de Brugmann⁶⁷ –, les infirmières sont suivies par de jeunes psychiatres qui travaillent à l'*Institut* et qui sont également critiques par rapport au fonctionnement de l'institution. La tension est encore renforcée par le contraste entre un environnement pédagogique relativement tolérant dans lequel se fait la formation des infirmières et les relations hiérarchiques à l'intérieur des institutions. Les conflits deviennent parfois tellement forts que dans les rapports sur les psychiatres, la part consacrée à leur capacité à gérer ces conflits devient plus importante que leur relation avec les patients :

« D'Haenen a de très bonnes qualités cliniques, et de grandes qualités personnelles dans la façon dont il s'est attelé à résoudre les nombreux et parfois difficiles problèmes de relations inter-personnelles entre les membres de l'équipe soignante que connaissait la salle dont il fut chargé. Il a réintroduit dans l'activité quotidienne de cette salle l'organisation de séances de dynamique de groupe avec l'équipe soignante et les patientes hospitalisées, au bénéfice de la bonne marche de la salle⁶⁸. »

D'une manière générale, le monde infirmier semble avoir été majoritairement hostile aux changements qui s'effectuent dans les années 1960 et 1970. Sa résistance est assez forte pour désorganiser des services et s'opposer à de jeunes médecins. Ainsi la psychiatre Micheline Roelandt, proche des milieux antipsychiatriques, essaie dans la première moitié des années 1970 de changer le fonctionnement d'une salle fermée pour femmes notamment

66. ACPASB, Procès-verbal du Comité de gestion de l'Institut de Psychiatrie du 13 mars 1970.

67. Interview avec Micheline Roelandt du 19 septembre 2006.

68. ACPASB, Personnel, dossier de Hugo D'Haenen, rapport de Flament (9 février 1976).

en accordant plus de liberté aux patientes et en changeant la relation thérapeutique. Elle se heurte rapidement à un refus de l'équipe soignante, ce qui force la direction médicale à l'inviter à revenir partiellement sur ses réformes⁶⁹.

Cette résistance du monde soignant aux changements se retrouve dans la plupart des pays occidentaux touchés par ces mouvements de réforme⁷⁰. Plusieurs facteurs peuvent l'expliquer : la crainte de renoncer au « pouvoir de la clé », la peur de perdre son emploi dans une psychiatrie ambulatoire, la concurrence avec d'autres spécialisations soignantes... Les nouvelles structures de gestion de l'*Institut* qui se mettent en place suite aux mouvements sociaux de 1968 sont boycottées par les infirmières.

« Novembre 1971 amène le renouvellement du Collège exécutif de l'*Institut* ; le personnel soignant ne propose aucun candidat [...] Cette abstention est pour moi fort compréhensible : syndiqué à 95 % durant ces années de vaches grasses où le syndicat lui apporte une moisson ininterrompue d'avantages et d'améliorations dans tous les domaines, le personnel suit avec scepticisme et d'un œil goguenard les pénibles élaborations des comités et des commissions promues par le corps médical⁷¹. »

D'un autre côté, la rupture dans l'approche psychiatrique est assez forte pour faire éclater la solidarité entre infirmières. En effet, à deux reprises, en 1974 et en 1980, des faits de violence par le personnel soignant sur des patients sont portés à la connaissance de la direction de l'*Institut* par des infirmières. Lors des enquêtes, les « vieux » essaient de faire front, les « jeunes » par contre considèrent que de tels traitements ne sont plus acceptables. Ces deux affaires témoignent d'un changement de critères de ce qui est admissible et ce qui ne l'est pas et montre aussi l'éclatement d'une certaine solidarité face à un monde médical qui finalement ne sait pas ce qui se déroule dans les salles vu que les psychiatres n'y sont qu'entre 3-4 heures par jour et nuit⁷².

Les médecins

Au moment où l'*Institut* ouvre ses portes en 1931, la psychiatrie reste une spécialisation à la marge du champ médical. Certes, il s'agit d'un corps qui a très tôt conscience d'une identité propre et qui connaît vite une vie associative. À travers toute l'Europe, les aliénistes s'inscrivent parmi les premières associations médicales qui se forment. En Belgique, la Société des

69. ACPASB, Personnel, dossier de Micheline Roelandt, rapport de Flament (10 octobre 1975).

70. Sabine HANRATH, *Zwischen « Euthanasie » und Psychiatriereform: Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964)*, Paderborn, Schöningh, 2002, p. 442 et Jan FOU德拉INE, *Wie is van hout... een gang door de psychiatrie*, Bilthoven, Amboboeken, 1975, p. 171.

71. M. CAPON, « De la psychiatrie... », *op. cit.*, p. 174.

72. ACPASB, Personnel, dossier de J. T.

aliénistes, créée en 1869, est le deuxième regroupement de spécialistes⁷³. À partir de 1896, les psychiatres disposent également de leur propre revue, le *Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*. Malgré, ou à cause, de cette spécialisation précoce qui essaie clairement de s'inscrire dans le monde médical, les psychiatres éprouvent de la peine à être reconnus comme des médecins complets. Les exemples peuvent être multipliés à l'infini, je vais n'en citer que deux. Le premier date de 1927 au moment où les discussions pour la construction d'un nouvel hôpital psychiatrique à Bruxelles sont lancées.

« La psychiatrie ne doit plus être isolée des autres spécialités. Le moyen le plus efficace de corrélation serait la création d'un service de diagnostic général qui, dans chaque province, serait annexé à l'hôpital principal.

Jusqu'au temps relativement peu éloigné de la Révolution Française, la Médecine et la Psychiatrie se sont ignorées ou plutôt dédaignées l'une l'autre : leur domaine respectif était considéré comme absolument distinct et différent... les succès de la pyrèthothérapie, et particulièrement de l'inoculation malarique de Wagner von Jauregg dans la méningo-encéphalite syphilitique, démontraient dans ces derniers temps, qu'une affection considérée comme irrémédiablement incurable, pouvait être vinculée [?] et arrêtée dans son évolution [...] Parallèlement, Pascal et Davesne préconisaient récemment, non sans bases sérieuses, la thérapeutique des maladies mentales par les chocs. L'on peut, par conséquent, affirmer que la psychiatrie s'est désormais élevée véritablement au rang de science médicale, et cela au même titre que les autres branches de l'art de guérir⁷⁴. »

Ce passage extrait d'un article rédigé par un psychiatre travaillant à l'asile-dépôt de Bruxelles est typique du discours des psychiatres au xx^e siècle : grâce aux progrès de la psychiatrie biologique, les aliénistes espèrent intégrer le champ plus large de la médecine. 50 ans plus tard, le discours reste très similaire :

« La Psychiatrie n'est pas une évasion de la médecine ; elle est au contraire, de toutes les spécialités, celle qui requiert la culture médicale la plus étendue ; son objet reste le diagnostic, le pronostic et le traitement des affections mentales, y compris les affections psychosomatiques, avec la part respective des facteurs biologiques, des facteurs psychologiques et des facteurs sociaux dans leur genèse. La Psychiatrie n'est pas une citadelle au cœur des sciences humaines encore ésotériques⁷⁵. »

Comme dans les années 1920, le psychiatre des années 1970 plaide pour la reconnaissance de sa spécialisation en tant que science dure, les sciences humaines figurant comme repoussoir. Et ce n'est qu'en 1993 qu'un psychiatre

73. Karel VELLE, *De nieuwe biechtvaders: de sociale geschiedenis van de arts in België*, Leuven, Kritak, 1991, p. 112.

74. Charles FONTAINE-VINCENT, « Le diagnostic général en psychiatrie », *Bruxelles-Médical*, 1927, p. 1-6.

75. « Éditorial », *Acta psychiatrica*, 1-1, janvier 1970, p. 5-6.

devient pour la première fois doyen de la Faculté de Médecine de l'Université libre de Bruxelles en la personne d'Isidore Pelc. Cette nomination n'empêche néanmoins pas les discussions de légitimité. Dans le livre d'hommage pour ce même Isidore Pelc, un des auteurs souligne que Pelc a contribué à « faire de la psychiatrie une discipline à part entière de la médecine moderne⁷⁶ ».

Trajectoires des psychiatres

Au début des années 1930, l'identité du psychiatre ne se construit pas encore à travers sa formation académique ; ceci est d'ailleurs également valable pour les autres spécialisations médicales. On devient psychiatre en travaillant dans un asile. En Belgique, le parcours universitaire est néanmoins marquant par l'inscription sociale qu'il comporte. Ainsi jusqu'à la fin des années 1970, la totalité des médecins qui travaillent à l'*Institut*, ont suivi leurs études à l'Université libre de Bruxelles. Le formulaire au service du personnel qui reprend la formation du médecin et sa carrière professionnelle comporte d'ailleurs en préimprimé : « a fait ses études à l'Université Libre de Bruxelles ». Seule exception à cette règle, le cas de Paul Sivadon sur lequel je vais revenir. L'*Institut* est une illustration de l'extrême pilarisation du système belge⁷⁷ : les frontières entre réseaux universitaires s'avèrent particulièrement étanches. Ceci frappe d'ailleurs les observateurs étrangers. Lorsque le psychiatre Aubrey Lewis visite pour le compte de Rockefeller Foundation les pays européens dans les années 1930, afin d'écrire un rapport sur la psychiatrie il est frappé par le fait que :

« Les postes libres sont normalement confiés à des gens qui sont déjà en ville : il n'y a ainsi pas beaucoup de circulation entre les différentes universités et facultés médicales. La domination cléricale dans certaines universités et dans certains asiles semble conduire à un certain conservatisme⁷⁸. »

Cette dernière remarque lui a été probablement soufflée par le directeur de l'*Institut*, Vermeylen, mais pour Lewis, un des problèmes de la psychiatrie belge dans ces années 1930 est sans aucun doute ce fort cloisonnement.

L'université détermine donc le milieu dans lequel le psychiatre va passer sa vie professionnelle. L'engagement à l'*Institut* est souvent pour une plus courte durée. Le médecin quitte certes encore l'institution, mais fort peu

76. Julien LIBBRECHT, « Il y avait une fois », in Isidore PELC (éd.), *Il était une fois sur la colline*, Bruxelles, Institut de Psychiatrie, 2006, p. 56.

77. La société belge se caractérisait longtemps par l'importance de réseaux idéologiques (partis politiques, syndicats, mutualités, universités...) qui étaient des milieux de sociabilité importants : on en distingue traditionnellement trois : le pilier libéral (de droite et laïc), le pilier socialiste (de gauche et laïc) et le pilier catholique (de droite et religieux).

78. Katherine ANGEL, Edgar JONES et Michael NEVE (éd.), *European psychiatry on the eve of war: Aubrey Lewis, the Maudsley Hospital, and the Rockefeller Foundation in the 1930s*, London, Wellcome Trust Centre for the History of Medicine at UCL, 2003, p. 78.

la spécialisation. Quelques-uns ne la termineront pas comme psychiatre, mais ceci est davantage dû à une spécialisation accrue de leur champ qu'un changement complet d'orientation. Ainsi Nicole Dopchie va s'orienter vers la pédopsychiatrie et terminera sa carrière en tant que chef du service médico-psychologique de l'hôpital universitaire Saint-Pierre⁷⁹. Henri Friedman qui a d'ailleurs commencé à travailler en gériatrie en 1969, change ensuite de service en 1970 pour rejoindre l'*Institut* où il reste pendant 16 ans. En 1986 il prend la tête du département de psychogériatrie du service médical de l'institut Pacheco⁸⁰.

En tant qu'établissement universitaire, les nominations à l'*Institut* résultent d'un savant dosage entre le Conseil général de la Commission d'Assistance de Bruxelles et le Conseil d'Administration de l'Université Libre de Bruxelles. Le titulaire de la clinique de psychiatrie à l'ULB est automatiquement médecin principal de l'*Institut*. Ce lien étroit est justifié par le fait que le cours de psychiatrie « comport[e] des démonstrations qui ne peuvent être faites qu'à l'Institut de Psychiatrie⁸¹ ». Travailler à l'*Institut* amène donc aussi un certain prestige lié à son statut universitaire. Cette vocation universitaire explique également le pourcentage élevé de psychiatres de l'*Institut* qui publient des contributions scientifiques dans des revues. Presque tous énumèrent des articles dans leur curriculum vitae. 72 % des médecins de l'*Institut* ont au moins publié un article dans les *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*.

Si l'historiographie de la psychiatrie accorde une importance centrale aux psychiatres, il ne faut cependant pas oublier que la plupart d'entre eux passent peu de temps à l'hôpital même. La grande majorité des psychiatres est employée à temps partiel. Le règlement prévoit qu'ils doivent passer au moins deux heures par jour à l'*Institut*. Certes la plupart d'entre eux dépassent ce minimum, mais rares sont ceux qui y passent toute la matinée. Dans de nombreux dossiers personnels, on retrouve des contrôles sporadiques qui donnent quelques indications sur la présence des psychiatres dans les services. Au fil des années, les médecins prestent de plus en plus d'heures sans que le règlement n'ait changé. Dans les années 1930, la présence moyenne tourne autour de 2 h 30. Après la Deuxième Guerre mondiale, cette durée augmente régulièrement jusqu'à atteindre 3 h 30 dans les années 1970. L'implication du médecin dans le quotidien de l'*Institut* atteint une nouvelle qualité : le suivi individuel des patients, qui devient la norme, nécessite une présence plus longue. Néanmoins, le temps que les médecins passent à l'*Institut* est limité au matin, la plupart commençant à 8 heures. Quelques médecins effectuent une visite de tous leurs patients.

79. Françoise WOLFF, *L'ouverture de la psychiatrie aux enfants. Un entretien avec Nicole Dopchie*, psymages, 2007.

80. ACPASB, Personnel, dossiers de Nicole Dopchie et d'Henri Friedman.

81. ACPASB, Convention entre la Commission d'Assistance publique de Bruxelles et le Conseil d'Administration de l'Université libre de Bruxelles du 17 mars 1930.

Ainsi le premier directeur de l'*Institut* fait « tous les jours le tour de toutes les salles avec le médecin, les internes et la monitrice⁸² ». D'autres ne quittent guère leur bureau de consultation, appelé box vu son étroitesse. À partir de midi jusqu'au lendemain matin, les différentes salles fonctionnent sans médecin. La très grande majorité des psychiatres travaillent l'après-midi dans leur cabinet privé; beaucoup consacrent également un ou plusieurs après-midi à d'autres occupations que ce soient des tâches éducatives à l'ULB et dans des écoles d'infirmières ou travaillent comme psychiatres dans d'autres institutions comme les centres psycho-médicaux. Contrairement aux infirmières, le psychiatre ne se définit donc pas uniquement à travers ce travail dans l'institution. Le sociologue américain Eliot Freidson l'a défini ainsi au début des années 1970 :

« Ce n'est pas tant le médecin qui est une partie de l'hôpital, que l'hôpital qui est une partie (et une partie seulement) de la pratique du médecin⁸³. »

Peu de psychiatres accomplissent toute leur carrière à l'intérieur de l'*Institut*: la moitié des psychiatres y reste moins de dix ans. Plus on avance dans le temps, moins le « séjour » à l'*Institut* est important. La plupart des dossiers restent silencieux sur les raisons exactes des départs. La moyenne d'âge permet néanmoins de constater deux ruptures.

Année	1935	1940	1945	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980
Moyenne d'âge	34,4	37,5	44,3	42,6	33,5	34	38,3	36,7	39,58	46,33

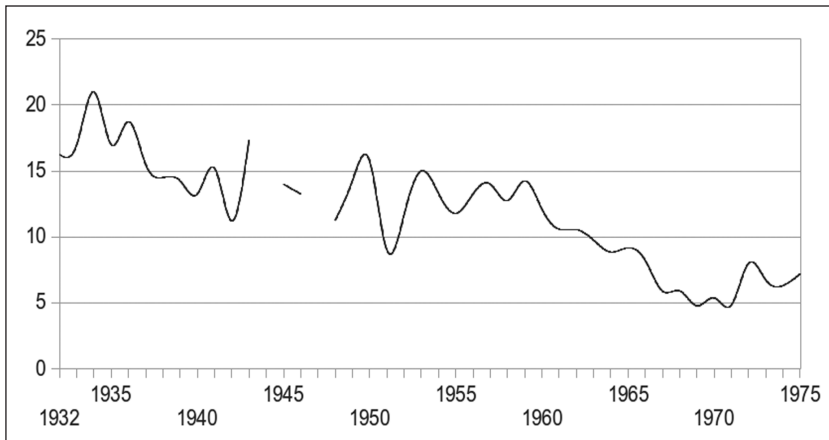
TABEAU 8. – *Moyenne d'âge de l'équipe médicale.*

D'une part, la moyenne relativement basse entre 1955 et 1970 indique un turn-over important. L'insatisfaction face à une institution qui ne semble pas se réformer explique ces départs, lesquels sont facilités par les nouvelles possibilités qui s'ouvrent dans la psychiatrie extra-hospitalière. À partir de la seconde moitié des années 1970, la situation s'inverse : le marché de l'emploi pour les psychiatres connaît une dégradation. Les médecins sont moins enclins à partir, l'engagement de nouveaux médecins s'arrête net et la population médicale vieillit pour atteindre en 1980 sa moyenne la plus élevée.

Dès le début de l'*Institut*, le service dispose d'un ratio patients/médecins assez élevé en comparaison avec d'autres hôpitaux psychiatriques en Belgique. Pendant les vingt premières années, le cadre des psychiatres ne bouge guère, les variations étant dues à des taux d'occupation variables.

82. M. CAPON, « De la psychiatrie... », *op. cit.*, p. 10.

83. Eliot FREIDSON, *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*, New York, Dodd, 1970, p. 115.



GRAPHIQUE 4. – Ratio patients par médecin (1932-1975).

L'*Institut* occupe quatre médecins en 1932, neuf en 1959 et 22 en 1969. Malgré une hausse sensible du nombre des patients, le nombre des médecins augmente encore plus rapidement. Cette hausse s'inscrit dans un mouvement plus général dans le monde occidental de l'après-guerre. Le développement de l'État-providence permet une prise en charge de plus en plus large de la société. Un des objectifs de l'état-providence est la garantie de certains standards minimaux en ce qui concerne les conditions de vie matérielle et immatérielle : la santé y joue un rôle central. En Belgique, l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 met en place un dispositif de sécurité sociale qui s'articule autour de cinq éléments : la vieillesse, la maladie-invalidité, le chômage, les allocations familiales et les vacances annuelles⁸⁴. Le nombre de personnes qui font appel aux soins de santé augmente rapidement. En même temps, l'enseignement universitaire connaît une démocratisation importante : ainsi le nombre des étudiants en médecine augmente de façon spectaculaire. À l'ULB, les inscriptions dans la faculté de médecine sont multipliées par 6,3 entre 1945 et 1975⁸⁵. Entre 1960 et 1980, le nombre de médecins en Belgique se multiplie par 2,5⁸⁶. Il s'agit d'un phénomène européen plus large : aux Pays-Bas, le nombre de psychiatres terminant leurs études est presque multiplié par deux entre la fin des années 1940 et le début des années 1960⁸⁷. L'extension importante de la population médicale ne se répercute bien sûr pas intégralement sur les patients qui font

84. Pour un aperçu européen : Hartmut Kaelble, *Sozialgeschichte Europas: 1945 bis zur Gegenwart*, München, Beck, 2007, p. 332-360, pour la Belgique : Guy Vanthemscche, *La sécurité sociale : les origines du système belge, le présent face à son passé*, Bruxelles, De Boeck, 1994.

85. André Uyttebroeck et Andrée Despy-Meyer, *Les Cent cinquante ans de l'Université libre de Bruxelles, 1834-1984*, Bruxelles, Éditions de l'Université libre de Bruxelles, 1984, p. 135.

86. Herman Deleeck, *De architectuur van de welvaartsstaat opnieuw bekeken*, Leuven, Acco, 2001, p. 418.

87. R. Abma et I. Weijers, *Met Gezag en Deskundigheid...*, op. cit., p. 154.

des séjours à l'*Institut*. Certes, ceux-ci profitent d'un meilleur suivi, mais l'*Institut* va également étendre massivement son service extra-hospitalier. Les consultations offertes dès 1931 à l'intérieur de l'hôpital connaissent une certaine extension. Mais les psychiatres vont également investir d'autres lieux hospitaliers tout en restant attachés dans un premier temps à l'*Institut*. Ainsi des consultations sont organisées à l'hôpital Saint-Pierre. Des coopérations sont plus spécifiquement instituées avec les services de pédiatrie et de gériatrie. D'autres médecins travaillent pour des institutions de l'ULB comme le Service de Santé Mentale de l'ULB. Finalement, à partir des années 1950, de nombreux psychiatres de l'*Institut* participent à des projets de recherche ou partent pour des voyages d'étude. Ces activités sont souvent liées au caractère universitaire de l'institution. Grâce à de nouveaux organismes comme l'Organisation Mondiale de la Santé qui finance de nombreux séjours de psychiatres à l'étranger, cette mobilité scientifique devient possible. Ces voyages deviennent au fil du temps un passage important dans la carrière. Dans les années 1930 et 1940, la plupart des psychiatres partent encore vers la France. Après la Deuxième Guerre mondiale, deux autres pays gagnent en importance : l'Angleterre mais surtout les États-Unis. La présence à la tête de l'*Institut* de Paul Sivadon explique néanmoins pourquoi la France connaît un certain regain. Entre 1960 et 1975, dix médecins partent à La Verrière, la clinique que Paul Sivadon dirige. L'Allemagne qui dominait la psychiatrie en tant que référence intellectuelle jusqu'à la veille de la Première Guerre mondiale a largement disparu du champ psychiatrique bruxellois.

L'agrandissement de l'équipe médicale dans les années 1950 provoque également la création de groupes qui s'affrontent le long de frontières idéologiques. Ainsi, vers 1955, une équipe de jeunes psychiatres, tous psychanalysés chez Fernand Lechat, commencent à s'opposer de plus en plus ouvertement au directeur dont ils jugent l'approche démodée⁸⁸. Ce conflit se reproduit également avec une partie des infirmières qui appellent ces jeunes médecins la « Gestapo⁸⁹ ». Jugeant l'institution difficile à réformer, plusieurs de ces jeunes médecins vont la quitter et participer activement à la création des structures extra-hospitalières à partir des années 1960.

Néanmoins, entre 1950 et 1970, l'équipe médicale travaillant à l'*Institut* connaît une extension importante. Le retournement est d'autant plus brutal à partir de la seconde moitié des années 1970 lorsque les premières coupes dans les budgets de la santé s'annoncent. Le nombre des médecins diminue d'un tiers en quatre ans. Dans les dossiers apparaît pour la première fois la

88. M. CAPON, « De la psychiatrie... », *op. cit.*, p. 111 et entretien avec Jean Dierkens du 18 février 2008.

Sur la diffusion de la psychanalyse en Belgique : Andrée ALSTEENS, « Belgium », in Alain de MIJOLLA (éd.), *International Dictionary of Psychoanalysis*, Detroit, Thomson Gale, 2005, p. 197-199.

89. M. CAPON, « De la psychiatrie... », *op. cit.*, p. 134.

peur de l'avenir et les dirigeants de l'hôpital ne sont plus capables d'assurer des postes à leurs étudiants les plus prometteurs. S.F. en est le meilleur exemple. Il achève sa formation de médecine à 21 ans: c'est le seul de tous les médecins travaillant à l'*Institut* qui termine ses quatre années de doctorat avec la mention « grande distinction ». C'est le premier à obtenir la mention « grande distinction » pour la licence spéciale en psychiatrie. Il entre en août 1976 à l'*Institut*, mais le médecin en chef n'arrive pas à lui organiser un emploi stable et pendant plusieurs années Faelli est engagé comme boursier avant de prendre la décision de quitter l'institution :

« Malgré d'innombrables démarches, ma situation n'a pu être éclaircie. Actuellement aucune perspective d'avenir ne se dessine malgré les promesses qui nous ont été faites... La situation d'incertitude où je me trouve depuis un an ne peut plus durer. Je me trouve financièrement dépendant de l'Union Professionnelle, qui, comme vous le savez, m'alloue une bourse, et non un salaire, avec irrégularité. Mon travail du mois de décembre 1977 par exemple ne m'a jamais été payé. Je me vois dans l'obligation de rechercher un emploi stable avec un salaire régulièrement versé. Tout en restant profondément attaché à l'esprit de notre Université, je déplore vivement que l'institution ait atteint un état de dégradation tel que les droits fondamentaux des individus n'y soient plus assurés⁹⁰. »

À partir de la seconde moitié des années 1970 un plan de restructuration de l'Union Professionnelle des Médecins des Hôpitaux Universitaires de Bruxelles prévoit des départs dans de nombreux services. Malgré cette crise, l'encadrement reste exceptionnel à l'*Institut* par rapport à des structures plus asilaires où le nombre de médecins reste assez faible même à la fin des années 1970. En 1976 la Belgique dispose en moyenne de 1,75 psychiatre pour 100 lits; à l'*Institut* ce taux est de 13,8 pour 100 lits⁹¹. Certes, comme je l'ai expliqué, l'*Institut* remplit de nombreuses fonctions qui ne se traduisent pas en nombre de lits (consultations, intervention dans d'autres services, formation universitaire...) et qui ne sont pas assumées par des institutions asilaires, mais il ne fait aucun doute que peu d'hôpitaux psychiatriques disposent d'un tel encadrement médical.

Leur profil social reste difficile à évaluer. Tous habitent Bruxelles – pour des raisons légales, mais plus de la moitié sont également nés dans l'agglomération bruxelloise. L'*Institut* reste pendant ses premiers cinquante ans d'existence un hôpital essentiellement francophone. Jusqu'aux années 1960 les médecins inscrits sur le rôle néerlandophone écrivent leur dossier en français, même s'ils sont face à un patient s'exprimant en néerlandais. À partir des années 1970, les médecins à Bruxelles sont obligés de passer un examen linguistique ce qui pose régulièrement problème pour les franco-

90. ACPASB, Personnel, dossier de S.F., lettre par F. à Flament (13 décembre 1978).

91. J. ORENBRUCH, C. BASTYNS, I. W. DOMB et M. TOLEDO, *La nouvelle politique psychiatrique belge...*, op. cit., p. 247.

phones : en cas d'échec, il suffit cependant de décréter une situation d'urgence pour pouvoir renouveler le mandat.

À première vue, l'équipe médicale se caractérise par une proportion assez importante de femmes. Sur toute la période envisagée, environ 30 % des médecins sont féminins. C'est un chiffre assez élevé⁹². Ceci est d'autant plus étonnant que de prime abord, la psychiatrie n'est pas une profession particulièrement féminisée en Belgique, contrairement à la pédiatrie ou la gynécologie⁹³. Ce premier bilan doit néanmoins être nuancé. En effet ce n'est qu'en 1951, 20 ans après l'ouverture de l'*Institut*, que la première femme médecin entre dans cette institution. La psychiatre Duret-Cosyns est engagée d'abord comme technicienne pour appareils d'encéphalographie. Trois ans plus tard, une deuxième médecin est engagée. Ce n'est qu'en 1961 que le pourcentage cité plus haut est atteint avec quatre femmes sur douze psychiatres. En 1967, la quasi égalité est atteinte avec huit femmes et neuf hommes. La féminisation de la psychiatrie est donc tardive : en effet entre 1935 et 1941, 14 % des diplômés en médecine à l'ULB sont déjà des femmes. Mais une fois le mouvement lancé, le retard est rapidement rattrapé et à la fin des années 1960 l'*Institut* pratique quasiment la parité sexuelle. L'avantage de travailler dans une telle institution est la sécurité qu'elle offre et la possibilité de combiner maternité et métier, combinaison qui est plus difficile en privé⁹⁴.

Aucune femme ne se trouvera à la tête de l'*Institut*, mais plusieurs d'entre elles y occupent des postes à responsabilité élevée. Une comparaison des trajectoires entre hommes et femmes livre peu de contrastes. La seule différence quantitative repose sur le fait que les femmes restent plus longtemps à Brugmann que les hommes. Mais dans l'organisation interne de l'*Institut*, des différences plus importantes apparaissent, différences qui reproduisent des disparités existant plus largement dans le champ médical. Ainsi, au début des années 1970, la consultation pour enfants et adolescents est entièrement assurée par des psychiatres féminins. Lorsque le jeune psychiatre P. R. postule pour un poste dans ce service, le directeur de l'*Institut* l'accueille à bras ouverts :

« Il faut souligner, par ailleurs, que la candidature d'un candidat masculin à un poste dans ce Département est une chose très rarement possible et cependant très hautement souhaitable étant donné la composition habituel-

92. Didier NOLTINGX, « Les femmes médecins à Bruxelles. Aperçu de 1890 à nos jours », *Sextant*, 3, 1995, p. 159-185.

93. Dans d'autres pays occidentaux, la psychiatrie est une spécialisation où des femmes travaillent très tôt, dès la fin du XIX^e siècle : on suppose que leur présence a un effet positif sur les patientes : George WEISZ, *Divide and conquer a comparative history of medical specialization*, Oxford, OUP, 2006, p. 165. Voir également pour les Pays-Bas : R. ABMA et I. WEIJERS, *Met Gezag en Deskundigheid...*, *op. cit.*, p. 136.

94. Judy TZU-CHUN WU, « A Chinese Woman Doctor in Progressive Era Chicago », in Ellen SINGER, Elizabeth FEE et Manon PARRY (éd.), *Women physicians and the cultures of medicine*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 2009, p. 103-105.

lement entièrement féminine de ses équipes. L'introduction d'un médecin masculin aurait de nombreux avantages⁹⁵. »

Le déséquilibre inverse existe dans les services fermés où les femmes sont sous-représentées. La répartition du travail à l'intérieur de l'institution s'oriente selon une image genrée des compétences des hommes et femmes.

La position de l'*Institut* est centrale dans le pilier laïc et bruxellois. Étant le lieu de formation des médecins-psychiatres d'une des trois universités belges, il remplit un rôle déterminant. Les hôpitaux et institutions reliés à ce pilier reposent essentiellement sur ce vivier pour trouver des psychiatres. Ainsi des relations privilégiées existent avec Geel. Les institutions psychiatriques privées à Bruxelles comme Fond'Roy sont également dirigées par des médecins sortis de l'ULB. Une grande partie des institutions extra-hospitalières qui se créent à Bruxelles et dans le Brabant dans les années 1960 et 1970 sont portées par des psychiatres issus de l'*Institut*. Mais cette position privilégiée dans un champ comporte également des désavantages. Il est presque impossible de sortir du carcan laïc, bruxellois et francophone. Or, en Belgique, la psychiatrie asilaire est dominée par les congrégations religieuses flamandes. Tout ce secteur reste complètement inaccessible au personnel formé à l'*Institut*. Centralité et cloisonnement sont donc des éléments d'un même phénomène qui structure la Belgique jusqu'aux années 1970. L'échelle nationale détermine dans cette optique des logiques de fonctionnement locales. Une analyse rapide de la publication à travers laquelle la psychiatrie belge s'est construite en tant que profession à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle illustre cette logique de pilarisation. Les *Acta Neurologica* et *Psychiatrica Belgica* remplissent le rôle de journal officiel de la Société de Médecine mentale de Belgique et de la Société belge de Neurologie. Après la Deuxième Guerre mondiale, elles sont dirigées par Charles Rouvroy appartenant au pilier catholique néerlandophone et par Rodolphe Ley appartenant au pilier laïc francophone. À aucun moment, un des piliers n'arrive à imposer à la revue sa marque : la part des articles publiés par les psychiatres de l'ULB reste relativement stable à travers toute la période prise en compte⁹⁶. Un équilibre similaire est imposé à la tête de la Société de Médecine mentale de Belgique où les présidents d'une même école ne se suivent jamais. La frontière est particulièrement peu étanche entre les piliers catholique et laïc. Ainsi, les articles publiés en commun par des médecins venant de l'UCL et de l'ULB sont extrêmement rares dans les *Acta*. Des coopérations plus régulières existent entre l'ULB et les deux universités étatiques, celle de Liège et celle de Gand.

95. ACPASB, Personnel, dossier de P.R., rapport de Jacques Flament (28 février 1972).

96. Dans d'autres pays, les revues (psychiatriques) peuvent devenir des lieux d'influence de certaines universités. Ainsi dans les années 1960, la principale revue de psychiatrie en Allemagne est dominée par l'université de Heidelberg : cf. B. MAJERUS, « Psychiatrie im Wandel. Das Fallbeispiel Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik (1960-1980)... », *op. cit.*

La direction médicale se caractérise par une certaine stabilité. Entre 1931 et 1980, l'*Institut* connaît seulement trois directions : Guillaume Vermeylen, René Nyssen et le duo Paul Sivadon/Jacques Flament. Le directeur de l'*Institut* est en même temps professeur de psychiatrie à l'Université libre de Bruxelles.

Le premier, Guillaume Vermeylen a 40 ans lorsqu'il prend la direction du département. Ce sera le plus jeune directeur que l'*Institut* connaîtra. Ayant travaillé à la Colonie d'aliénés de Geel puis en tant que médecin principal à l'asile du Fort-Jaco, il dispose d'une grande expertise médicale mais également administrative. Parallèlement à cette activité clinique, il poursuit une carrière universitaire à l'Université libre de Bruxelles où il réalise une thèse de doctorat intitulée « Les débiles mentaux – Étude expérimentale et clinique ». Assistant au laboratoire de psycho-physiologie, il s'illustre par de nombreuses publications sur la « psychiatrie infantile ». Pendant quelques mois il travaille à l'école d'observation pour enfants de justice à Moll. Finalement il joue également un rôle public en étant le secrétaire général de la Ligue Nationale Belge d'Hygiène Mentale. Un médecin relativement jeune avec déjà un important bagage universitaire correspond parfaitement à l'image que l'hôpital veut se donner à l'extérieur, image qui est d'ailleurs réceptionnée comme telle par le psychiatre Aubrey Lewis, mentionné ultérieurement et qui peint un portrait plutôt flatteur de Vermeylen par rapport aux autres psychiatres qu'il rencontre dans le Royaume :

« Vermeylen semble être le seul professeur qui est particulièrement intéressé à la psychiatrie ; les autres sont surtout des neurologistes ou anatomistes⁹⁷. »

Le directeur *in spe* sera activement impliqué dans la finalisation de la construction de l'*Institut*. La rupture la plus visible avec son prédécesseur Auguste Ley est sans aucun doute son souhait de disposer d'un personnel soignant formé. Ceci ne doit cependant pas faire oublier, qu'il reproduit le fonctionnement très hiérarchique du monde médical de l'époque à l'intérieur de l'*Institut*. Ainsi il ne communique jamais directement avec les infirmières en ne s'adressant qu'à la monitrice. Contrairement à une partie du personnel directeur de l'hôpital Brugmann, il ne quitte pas son poste lors de l'invasion allemande en mai 1940. Il décède pendant la Deuxième Guerre mondiale en janvier 1943. Son premier adjoint, présent à l'*Institut* depuis 1931, assure la vacance du poste jusqu'en 1945. Comme le chef de service de l'*Institut* occupe en même temps la chaire de psychiatrie à l'Université libre de Bruxelles, Heernu ne peut pas être nommé à ce poste, car il ne dispose pas d'une thèse.

97. Katherine ANGEL, Edgar JONES et Michael NEVE (éd.), *European psychiatry on the eve of war...*, *op. cit.*, p. 78.

Après la guerre, le choix se porte finalement sur René Nyssen (1891-1972), formé à l'ULB, mais professeur à l'Université de Gand. Comme son prédécesseur, il a travaillé à Geel, mais il a passé la plus grande partie de sa carrière au Stuyvenberggasthuis à Anvers⁹⁸. Déjà âgé de 55 ans à son arrivée en 1946, Nyssen ne symbolise pas une rupture mais plutôt une solution de transition. Dès les années 1930, il porte un intérêt prononcé à la psychologie. Son arrivée à Bruxelles conduit à une certaine humanisation des salles : « Suppression des planches et des toiles de bains ainsi que des grands enveloppements, l'usage du tabac fut accordé, la vaisselle en aluminium est remplacée par de la faïence, les fourchettes et couteaux sont remis en usage avec comptage régulier, les salles s'ornent de quelques plantes et de gravures⁹⁹. » En septembre 1956, Nyssen quitte l'*Institut* tout en gardant encore pendant trois ans des cours à l'ULB. Sa gestion est fortement contestée par des jeunes psychiatres qui lui reprochent son manque d'initiative.

Sa succession s'avère difficile à gérer. Le candidat présumé – Paul Martin – meurt quelques mois avant le départ de Nyssen¹⁰⁰. Jacques Flament, premier adjoint, ne peut être nommé faute de « titres scientifiques », jugés nécessaires : il ne dispose pas d'une thèse d'agrégation. Le nom de Jean Titeca, appartenant à une dynastie bruxelloise de psychiatres qui sont à la tête de deux cliniques privées, circule pendant un moment, mais une partie des autorités universitaires trouvent son approche trop « commerciale ». Les jeunes psychiatres essaient de faire admettre la candidature de Julian de Ajuriaguerra¹⁰¹. Les appels à candidature n'amènent pas de solutions satisfaisantes. Le choix qui se dégage après des négociations difficiles entre l'Université libre de Bruxelles et le Centre d'Assistance Publique, tombe finalement sur Paul Sivadon. Psychiatre français éminent, il s'est fait un nom en créant un hôpital psychiatrique, La Verrière, dans la banlieue parisienne¹⁰². Pour des raisons législatives spécifiques à la Belgique, Paul Sivadon ne pourra cependant pas prendre effectivement la direction de l'*Institut* : la loi belge ne permet pas à un étranger de diriger un hôpital psychiatrique. Il aura donc le titre de conseiller scientifique : il ne sera jamais véritablement intégré dans l'*Institut*, qu'il quitte en 1968, face à une situation guère claire.

98. Archives de l'Université de Gand, dossier personnel René Nyssen.

99. M. CAPON, « De la psychiatrie... », *op. cit.*, p. 96.

100. Interview avec Paul Verbanck du 13 octobre 2008.

101. Jean Dierkens, Claude Bloch, Van Reeth sont de jeunes psychiatres entrés à l'*Institut* au début des années 1950. Tous psychanalystes, ils sont profondément insatisfaits des conditions qui règnent à Brugmann et aspirent à un changement radical. Julian de Ajuriaguerra est un psychiatre et psychanalyste espagnol qui a travaillé dès les années 1930 en France. Adeptes de la sectorisation, il est également un des initiateurs de la psychiatrie infantile. Entretien avec Jean Dierkens du 18 février 2008.

102. Michel HURTMANS, *Paul Sivadon. Un médecin psychiatre au cœur de la désaliénation*, mémoire de master, Université libre de Bruxelles, 2011.

« Chaque mercredi, nous voyons passer très discrètement dans le couloir, se dirigeant vers l'auditoire, une silhouette trapue, avec de grandes lunettes à bords noirs et petite pipe, qui évoque pour nous l'inspecteur Maigret de Simenon... Sans contact aucun avec le personnel ni avec les malades, il ne nous apporta rien de neuf, ne parraina aucune nouveauté¹⁰³. »

Le bilan de cette infirmière qui est très réservée quant aux changements qui sont amenés par Sivadon, est certes sévère, mais montre que le psychiatre français n'est guère présent dans le quotidien. Il exercera néanmoins une plus grande influence sur les psychiatres : la plupart des initiatives extra-hospitalières qui voient le jour à ce moment-là sont étroitement liées à sa présence à Bruxelles¹⁰⁴. Jusqu'à aujourd'hui l'*Institut* tire une certaine fierté de la présence de Sivadon à Bruxelles. Son nom est fréquemment cité dans les interviews avec des médecins et le Centre de jour de l'*Institut* porte le nom « Paul Sivadon ». Pendant ces années, l'*Institut* sera effectivement dirigé dans le travail quotidien par Jacques Flament qui ne deviendra chef de service qu'en 1968, poste qu'il occupe encore en 1980.

Une ouverture

En 1931, le personnel de l'*Institut* se compose de trois médecins, de quelques infirmières et gardes-malades. Cette composition ne changera guère pendant une vingtaine d'années. Les rôles sont clairement définis ; seule l'une ou l'autre assistante sociale vient s'immiscer dans le triangle composé de médecins, d'infirmières et de patients.

À partir des années 1950, on assiste au développement du domaine para-infirmier, avec l'engagement de personnel spécialisé. Ainsi en 1952, le premier kinésithérapeute est nommé à l'*Institut*. Par la suite, ergothérapeute et assistante sociale psychiatrique font leur apparition. Il s'agit de spécialisations assez nouvelles qui connaissent une croissance rapide dans les années 1960 et 1970 en Belgique. La première école d'ergothérapie est fondée en 1956 et quatre ans plus tard elle ouvre un département pour handicapés mentaux. La même année, une section de perfectionnement en hygiène mentale est créée à l'Institut d'Études Sociales de l'État à Bruxelles¹⁰⁵. Ce personnel occupe une place particulière dans la hiérarchie très rigide et cloisonnée de l'Institut. Jusqu'à ce moment-là, monde médical et monde soignant sont clairement séparés, les infirmières étant inscrites dans un modèle qui est encore très proche du fonctionnement des congrégations. Or, ce nouveau personnel soignant n'est pas intégré dans le champ infirmier. Il fonctionne dans un premier temps comme un électron libre

103. M. CAPON, « De la psychiatrie... », *op. cit.*, p. 155.

104. Interview avec Jean Vermeylen réalisé par Cédric Delespaux et Cédric Devos (18 mars 2008).

105. J. ORENBRUCH, C. BASTYNS, I. W. DOMB et M. TOLEDO, *La nouvelle politique psychiatrique belge...*, *op. cit.*

qui dépend directement du directeur de l'*Institut*, avant de former des petits groupes socioprofessionnels avec leur propre hiérarchie une fois une certaine masse critique atteinte. Ainsi à partir de la fin des années 1960, les six assistantes sociales s'accordent entre elles¹⁰⁶. Contrairement aux infirmières, ces métiers para-médicaux ont un accès direct aux médecins : certes ils se trouvent subordonnés au personnel médical, mais dès le début leur voix est sollicitée et prise en compte¹⁰⁷. Comme chez les infirmières, ces métiers sont largement féminisés. Dans les années 1960, 2/3 d'entre eux sont des femmes. Face à cette « invasion », les infirmières se sentent désemparées. Leurs tâches se voient réduites aux parties jugées les moins agréables. Elles ont du mal à accepter ces nouveaux métiers dont les membres ont d'autres trajectoires – moins de célibataires, plus de travail à temps partiel – et s'inscrivent dans des fonctionnements moins hiérarchiques. Deux extraits du journal d'une infirmière permettent de résumer les principaux reproches :

« Il me semble que le premier aspect concret de désordre se fit jour par l'attitude des infirmières sociales... les para-médicaux nouveaux venus dans les hôpitaux avec un statut précaire pour la plupart, sont davantage dépendant des médecins [...] Le personnel hospitalier qui appartient à une profession bien structurée est moins crédule¹⁰⁸. »

Mais les infirmières ne sont pas les seules à se voir concurrencées dans leur pratique, les psychiatres voient également arriver un nouveau groupe professionnel avec sa propre légitimité. Comme dans d'autres pays en Europe et en Amérique du Nord¹⁰⁹, les psychologues font leur apparition à l'*Institut* à partir des années 1960. La constitution professionnelle de ce groupe est assez tardive en Belgique et – au moins à l'Université libre de Bruxelles – les psychiatres jouent un rôle important dans leur formation. Des outils psychologiques comme les tests d'intelligence sont d'ailleurs déjà utilisés à l'*Institut* avant la professionnalisation des psychologues. Par certains éléments la trajectoire des psychologues est similaire à celle des psychiatres. Comme les médecins, leur recrutement se fait presque exclusivement parmi des psychologues issus de l'ULB. Mais contrairement aux psychiatres, la part des femmes y est beaucoup plus importante, de l'ordre de 80 %. La montée en puissance de la psychologie dans les années 1950 alerte les psychiatres qui y voient des concurrents directs. Dans un article intitulé « De la coopération professionnelle entre le neuro-psychiatre et le psychologue », le directeur de l'*Institut* s'inquiète :

106. Interview avec Rita Braet et Chantale Ozoul, infirmières sociales réalisé par Cédric Devos (15 mai 2008).

107. Sur la difficulté de cohabitation entre ces nouveaux métiers et le personnel soignant psychiatrique traditionnel : J. PEDROLETTI, *La formation des infirmiers en psychiatrie...*, *op. cit.*, p. 62.

108. M. CAPON, « De la psychiatrie... », *op. cit.*, p. 149 et 160.

109. Isabel ATZL (éd.), *Zeitzeugen Charité: Arbeitswelten der Psychiatrischen und Nervenklänik 1940-1999*, Münster, Lit, 2005, p. 113., F. MARTIN, *Between the acts...*, *op. cit.*, p. 133 et G. N. GROB, *From Asylum to Community. Mental Health Policy in Modern America...*, *op. cit.*, p. 285-286.

« Les opinions des psychologues et des médecins sont assez divergentes sur les limites du rôle du psychologue dans l'élaboration du diagnostic... certains psychologues n'hésitent pas de réclamer le droit d'examiner, voire de traiter certains malades mentaux, sans être obligés de faire appel à l'intervention du médecin¹¹⁰. »

Dans les hôpitaux universitaires, les médecins réussissent à imposer leur légitimité ce qui conduit à la subordination systématique des psychologues aux psychiatres. Le paradigme médical prime sur tous les autres. Ce sont les médecins qui décident du sort du patient. Ceci n'empêche pas de véritables coopérations à pied d'égalité de se développer à l'*Institut*. Psychiatres et psychologues publient ensemble des articles. Plusieurs médecins dans les années 1960 et 1970 complètent leur formation par des cours de psychologie. Cette coopération reste néanmoins le plus souvent limitée aux domaines psychiatriques qui sont les moins médicalisés comme les consultations, surtout pour celles relatives aux enfants et aux adolescents. En ce qui concerne le core business de la psychiatrie, à savoir les sections fermées, la présence du psychologue n'est pas systématique. À partir de la fin des années 1960, on trouve certes de plus en plus de rapports psychologiques dans les dossiers de patient, mais le psychologue n'est pas intégré dans le travail quotidien de ces salles. Les médecins y font plutôt appel comme d'un outil auxiliaire, pour infirmer ou confirmer des diagnostics¹¹¹.

L'arrivée des psychologues en psychiatrie se fait à un moment où les psychiatres se réorientent de nouveau davantage vers une approche du corps au détriment de celle de l'esprit où le psychologue pourrait contester sa légitimité. Que ce soit dans les outils utilisés – d'abord EEG et ECG pour ensuite recourir à la tomographie axiale ou la résonance magnétique – les thérapies utilisées – psychotropes – ou les modèles explicatifs – importance de la dopamine –, l'explication corporelle prend l'avantage sur l'analyse mentale.

110. René NYSEN, « De la coopération professionnelle entre le neuro-psychiatre et le psychologue », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 55-12, décembre 1955, p. 966-977.

111. L. VERHAEGEN, *Les psychiatries, médecines de pointe ou d'assistance?.., op. cit.*, p. 162.

Chapitre III

Entrer et sortir

Le couple intérieur/extérieur constitue une question centrale pour l'espace psychiatrique. Dans son ouvrage fondateur, le sociologue américain Erving Goffman a consacré de nombreuses pages à l'entrée dans un asile¹. Ses descriptions restent parmi les meilleures relatives à cet univers. L'admission psychiatrique et les contraintes y inhérentes sont devenues des signifiants pour tout l'univers psychiatrique. Étonnamment, la sortie n'est guère thématisée par l'historiographie, peut-être parce qu'elle ne correspond pas à l'imaginaire de la généalogie antipsychiatrique qui représente l'asile uniquement comme un espace fermé, imaginaire dans lequel une sortie n'est pas prévue².

Les *deux* moments, l'entrée et la sortie, sont centraux parce qu'ils sont des moments où s'exercent des pratiques d'inclusion et d'exclusion destinées à définir des normes sociales. Ces pratiques s'accompagnent pendant la plus grande partie des XIX^e et XX^e siècles, de la privation de liberté vu que la très grande majorité des patients psychiatriques étaient retenus contre leur gré. L'internement de force est, dès la création d'une psychiatrie moderne au XIX^e siècle, soumis à des fortes critiques. L'antipsychiatrie des années 1960 et 1970 y voit un élément structurel d'une psychiatrie qu'elle dénonce. Le seul livre que le *groupe information asile* belge va publier porte justement sur la question de la collocation³.

Le cadre normatif qui règle l'entrée et la sortie est défini à plusieurs échelles. Au niveau national, les textes législatifs essaient de combiner deux aspirations contradictoires : protéger les citoyens contre des abus de la part des institutions psychiatriques et enfermer des personnes jugées déviantes. Que ce soit la loi belge de 1850, la loi française de 1838 ou la loi hollandaise de 1841, toutes s'inscrivent dans une pratique de l'enfermement

1. Erving GOFFMAN, *Asiles. études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1968.

2. Voir le compte-rendu sur la journée d'étude : *Medizin im Kalten Krieg. Medizinische Expertise in der europäischen Zeitgeschichte* à Cologne en décembre 2011 [<http://majerus.hypotheses.org/24>] (consulté le 7 février 2012).

3. *Folie et collocation*, Bruxelles, groupe information asile, 1976.

où la psychiatrie s'insère davantage dans des dispositifs de contrôle social que dans un discours médical. En effet, être interné dans un hôpital psychiatrique est un processus qui n'engage pas seulement l'institution psychiatrique mais également d'autres instances comme l'administration communale ou la police et cela jusqu'aujourd'hui.

En Belgique, l'admission dans un « établissement pour malades mentaux » est régie par les lois du 18 juin 1850 et du 28 décembre 1873. La deuxième loi a entre autres été votée pour renforcer la protection des patients suite à plusieurs scandales qui ont émaillé la deuxième partie du XIX^e siècle. Le libéralisme surtout économique mais également sociétal constitue un élément central de l'image que l'État belge entend donner de lui-même. La collocation – l'hospitalisation sans consentement – est donc une pratique qu'il faut encadrer législativement. L'enfermement en tant que tel n'est pas mis en cause – on est loin d'un discours antipsychiatrique – mais la peur de l'enfermement arbitraire est bien présente. Le fait que cet enfermement psychiatrique puisse toucher toutes les classes sociales – donc également la bourgeoisie – explique pourquoi la loi de 1850 proclame explicitement vouloir « garantir la liberté individuelle en prévenant les séquestrations fondées sur une aliénation mentale supposée ».

Si la collocation touche jusqu'aux années 1970 la majorité des patients de l'*Institut*, une des caractéristiques de cette institution est néanmoins d'offrir un service ouvert à un quart de ses patients. Comme nous l'avons vu dans un chapitre précédent, leur espace est parfois soumis à des règles similaires à celles de l'espace des colloqués, malgré leur régime législatif différent. Se pose dès lors la question de savoir comment – indépendamment des prescriptions réglementaires – se déroulent l'entrée et la sortie dans l'*Institut*.

Entrer

La législation nationale réglemente surtout deux aspects de la collocation : qui sont les personnes jugées aptes à la demander ? Et quelles sont les modalités formelles de cette demande ?

Les lois de 1850 et 1873 offrent une définition très large en ce qui concerne le premier point. Les déclarations solennelles qui se trouvent dans les introductions et qui proclament une protection maximale du patient se heurtent à un flou réglementaire. En effet, à côté du tuteur, des autorités politiques au niveau provincial et communal, « toute personne intéressée » a le droit de demander la collocation. Dans la jurisprudence belge, cette notion de « personne intéressée » est définie avec une extrême élasticité. Comme le souligne le *Wouters*, ouvrage juridique de référence sur le « régime des malades mentaux » et qui connaît plusieurs éditions, cette notion ne se limite pas à un parent : « ainsi le propriétaire ou le locataire principal est

considéré comme une personne intéressée en ce qui regarde le sous-locataire ». Dans la pratique, la définition est encore plus large : à l'*Institut* des demandes de collocation sont parfois formulées par des infirmières sociales qui suivent des personnes déjà prises en charge par les systèmes sociaux existants⁴. Pour admettre une personne dans son établissement, le médecin doit disposer d'un certificat médical en plus de l'arrêté du collègue et/ou du visa du bourgmestre en cas d'une demande d'admission faite par une personne intéressée. Ce certificat doit avoir moins de quinze jours au moment de l'admission et ne peut pas être délivré par un médecin attaché à l'établissement. En cas d'urgence, la loi prévoit que le certificat peut être rédigé dans les 24 heures qui suivent la réception du patient. Elle prescrit également que lorsque la personne est conduite par un policier à l'asile, ce dernier doit être vêtu « en bourgeois ». Chaque établissement dispose d'un registre matricule où la demande de collocation ainsi que le certificat médical sont transcrits⁵. D'une manière générale, la collocation en Belgique est une mesure médico-administrative où la justice n'intervient guère, contrairement à d'autres pays comme les Pays-Bas⁶.

Ces textes législatifs formulés dans la seconde moitié du XIX^e siècle déterminent la collocation en Belgique jusqu'au début des années 1990 où une réforme importante est mise en place⁷. Du côté des médecins, l'hospitalisation sans consentement est peu mise en cause jusqu'aux années 1960, ni dans son principe ni dans son utilisation très large en Belgique. Sur les 24 000 lits psychiatriques que compte la Belgique en 1965, 87 % sont pour des patients colloqués. Les changements proposés dans la presse médicale sont le plus souvent opportunistes. Ainsi en 1923, si le psychiatre Maere plaide pour une modification dans le régime des collocations des aliénés, il veut surtout réduire le dispositif administratif et donner plus de pouvoir aux médecins⁸. Si la collocation pose problème aux psychiatres, c'est plutôt dans l'image que celle-ci leur renvoie par rapport aux autres disciplines médicales. Ainsi le psychiatre bruxellois Auguste Ley souligne en 1945 que la psychiatrie soigne de plus en plus les patients

« sans aucun appareil spécial, dans des salles d'observation et de traitement absolument analogues à celles des hôpitaux ordinaires [...] Actuellement on arrive à les soigner sans liens ni moyens de contrainte, par des méthodes

4. HBIP, NS, n° 6135, avis de collocation : « état dépressif grave, tentative de suicide, Friedmann, collocation personne intéressée (inf. sociale) ».

5. Th. WOUTERS, P. WOUTERS et M. POLL, *Du régime des malades mentaux en Belgique*, Bruxelles, E. Bruylant, 1938.

6. A. I WIERDSMA, « Emergency compulsory admissions in the Netherlands: fluctuating patterns in Rotterdam, 1929-2005 », *History of Psychiatry*, 20-2, 2009, p. 199.

7. *Loi du 26 juin 1990 concernant la protection de la personne du malade mental. Journée d'études du 9 mars 1991 en collaboration avec l'Union Royale des Juges de Paix et de Police*, Bruxelles, Fondation Julie Renson, 1992.

8. MAERE, « Exposé des motifs justifiant les modifications à introduire dans le régime des collocations des aliénés », *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, 2, 1923, p. 14-18.

médicales: alitement, balnéation, travail thérapeutique, chocs thérapeutiques [...] Actuellement la psychiatrie est intégrée au domaine de la médecine générale⁹ ».

Des réglementations locales

Face à cette législation nationale, l'*Institut* a son règlement interne qui fixe les conditions d'admission. Sont admises les personnes habitant une des 19 communes de l'agglomération bruxelloise où se trouvant sur ce territoire. Elles sont reçues sur réquisitoire d'un commissaire de police, appuyé d'un certificat médical, réquisitoire qui doit être régularisé par le bourgmestre. Endéans les cinq jours, le médecin principal donne son avis au bourgmestre « sur le point de savoir s'il y a lieu de faire prendre à l'égard du malade, un arrêté de collocation par le Collège des Bourgmestre et Échevins¹⁰ ». Ce règlement n'est pas en accord avec les lois qui ne prévoient pas de période de mise en observation précédant le déclenchement du dispositif de collocation. Cette stratégie locale a un double but: d'une part contourner, au moins temporairement, la procédure administrative assez lourde de la collocation, d'autre part baser la collocation non pas sur l'avis d'un médecin généraliste, mais d'un médecin psychiatre « pour sauvegarder davantage les intérêts des malades ».

Enfin, dernier niveau normatif: le règlement officieux des infirmiers qui est partiellement mis sur papier, la fameuse longuette¹¹. Celle-ci réglemente essentiellement la remise des affaires du patient lors de son entrée dans un des deux pavillons. Un registre spécifique est prévu pour y relever les objets personnels du patient, registre qui doit être rempli en présence des personnes qui l'ont amené. Cette tâche est effectuée par la « volante », une infirmière qui s'occupe plus particulièrement du travail administratif. Elle s'occupe également de l'inscription des malades dans les registres d'entrée et de sortie prévus par la loi et vérifie si les papiers de la collocation sont en ordre. La longuette rappelle surtout deux règles:

« Le certificat médical ne peut être antérieur à 15 jours, le réquisitoire à 24 heures. [...] transcrire le rapport de police qui se trouve inscrit sur les collocations. S'il n'y a pas de rapport de police, elles [les volantes] sont priées de marquer: "r. de police néant." J'insiste pour que les motifs de collocation soient toujours inscrits dans le dossier, à l'entrée du malade à l'Institut. Si cette pièce (collocation) n'accompagne pas le malade à son

9. Auguste LEX, *L'hygiène et la prophylaxie mentales*, Bruxelles, Office de publicité, 1945, p. 16.

10. ACPASB, *Règlement d'ordre intérieur et de service de l'Institut de Psychiatrie*, Bruxelles, 1931.

11. La longuette est un recueil de circulaires et de règles officieuses valables à l'*Institut* et que la monitrice Hautain a fixé sur papier. « Chaque nouvelle infirmière ou élève abordant le service était aussitôt introduite dans un petit bureau tranquille et là, en tête-à-tête avec la longuette, était invitée à prendre connaissance de son contenu. » Madeleine CAPON, « De la psychiatrie », Bruxelles, 1992, p. 46.

entrée, les infirmières volantes sont priées de téléphoner au bureau qui dictera les motifs de collocation et le rapport de police. »

Une fois ces procédures administratives réglées, le patient est conduit par une infirmière dans la salle. Jusque là, il n'y a pas encore eu nécessairement une intervention des psychiatres de l'*Institut* : ce sont donc les infirmières qui décident de l'orientation du patient vers telle ou telle salle. Leur critère est essentiellement l'état d'agitation de la personne¹².

De la loi à la pratique

Face à cette réglementation formulée au niveau national et local, face à cette réglementation officielle et officieuse, se développe à l'extérieur et à l'intérieur de l'*Institut* une pratique de l'entrée en asile.

Apprentissages précoces

La première étape – celle qui se déroule encore en dehors de l'institution psychiatrique – sera analysée à travers les archives de la Ville de Bruxelles : cette commune procure le plus grand nombre de patients à l'*Institut* et dispose d'archives classées convenablement. Les années 1930 sont marquées par un lent apprentissage des différentes institutions qui interviennent dans la collocation. Deux problèmes se posent immédiatement : l'utilisation des sections ouverte et fermée, et l'accompagnement des patients par des policiers en uniforme.

Très vite, un conflit éclate entre la ville de Bruxelles et les communes des faubourgs. Ces dernières font le plus souvent admettre les patients au pavillon A (section ouverte), patients qui sont ensuite fréquemment dirigés vers le pavillon B (section fermée). Cette pratique leur évite les nombreuses démarches administratives liées à la collocation. Ces formalités doivent alors être remplies par la commune sur le territoire de laquelle se trouve l'hôpital, c'est-à-dire la ville de Bruxelles. Ce travail administratif n'est pas négligeable. Au milieu des années 1960, la collocation demande un travail d'écriture assez conséquent : il faut remplir dix formulaires différents qui sont distribués à cinq institutions.

Deuxième ajustement réalisé dès la première année d'existence : le transport des malades à Brugmann par la police. D'une part, même si la loi prévoit que l'agent doit être vêtu « en bourgeois », la police bruxelloise se présente toujours en uniforme aux portes de l'*Institut*. La direction de Brugmann demande dès 1931 d'accompagner les personnes à colloquer par des agents en civil. Cette demande n'est pas justifiée par la loi ou pour des motifs de déstigmatisation, mais par l'agitation que la présence d'un

12. Ce paragraphe repose sur ACPASB, fonds Capon, la longueue.

uniforme provoque: « [Les] malades attachent à la présence d'un policier en tenue le caractère d'une arrestation, et cela a parfois pour effet de les exciter¹³. » D'autre part, vu l'éloignement géographique de Brugmann par rapport au territoire de la ville de Bruxelles, les policiers qui ne sont pas motorisés perdent beaucoup de temps pour les transferts via les transports publics. Pour remédier à ces deux problèmes – arrestation et perte de temps – le transport est effectué très rapidement par le personnel de Brugmann en auto-ambulance. Certes l'ambulance est accompagnée par les policiers sur le lieu où se trouve le futur patient, mais « la prise en charge » du patient se fait désormais clairement sous le sigle médical. Cette mesure, à première vue anodine, est un indice d'une transformation de la gestion de « l'aliénation ». Certes, la psychiatrie dépend en Belgique encore jusqu'aux années 1960 du ministère de la Justice et non pas du ministère de la Santé, mais le transfert vers le médical commence plus tôt: le remplacement du policier par l'infirmier n'en est qu'un exemple.

Ajustements répétés

Par la suite, l'organisation de cette période où le patient a déjà perdu sa liberté mais ne se trouve pas encore à l'intérieur de l'*Institut* est marquée par quatre problèmes récurrents: la compétence du médecin qui signe le certificat médical, la catégorie des patients à accepter à l'*Institut*, le respect des délais prévus par la loi et la publicité de la collocation.

La loi prescrit que le médecin qui remplit le certificat dont la police a besoin pour amener une personne en psychiatrie, ne peut pas être attaché à l'établissement afin d'éviter des conflits d'intérêt. Différentes stratégies sont mises en place pour contourner au moins partiellement cette prescription. D'une part, les policiers de Bruxelles font surtout appel à des médecins qui sont en relation régulière avec le service d'hygiène de la ville. Une analyse de l'indicateur des aliénés de la ville de Bruxelles permet de voir que les mêmes noms reviennent régulièrement. Ainsi en janvier 1962, un seul médecin signe 19 des 45 certificats. À partir des années 1960, certains psychiatres de l'*Institut* pensent que les médecins généralistes remplissent trop facilement les certificats:

« An S. a été colloquée sur certificat rédigé par vous. Il ne fait pas de doute que cette patiente présente un état délirant ancien et chronique, dont elle parle fort peu et qui, habituellement ne se manifeste pas ouvertement. Sa pathologie évidente consiste bien plutôt en troubles caractériels et du comportement, qui lui permettent de travailler, bien que de manière très irrégulière. Sa famille ne la trouve pas plus malade, au point de vue mental, qu'elle ne l'est habituellement. Dans ces conditions, j'ai considéré

13. AVB, Archives de l'Assistance publique et des Affaires sociales de Bruxelles (AAA), rapport de l'échevin Steens (21 septembre 1931).

que l'incident avec la fillette, puis avec l'agent Van Boom qui a entraîné la collocation, ne justifiait pas, de façon absolue, un internement prolongé. Il y a lieu, dans la mesure du possible, d'éviter une nouvelle collocation de manière à permettre à cette patiente de conserver l'adaptation sociale limitée qu'elle a actuellement. Notre Service Social va s'occuper d'elle¹⁴. »

Cet extrait illustre les conflits de légitimité qui existent entre médecins généralistes qui « alimentent » l'*Institut* et psychiatres de l'*Institut* qui, pour avoir des patients, doivent accepter les avis de personnes qu'ils considèrent souvent comme peu qualifiés en matière psychiatrique. D'autre part, il témoigne également d'un changement d'optique. Le psychiatre qui plaide pour ce changement fait partie d'une nouvelle génération qui entre au début des années 1950 à l'*Institut* et qui est marquée par l'image négative de l'hospitalisation forcée.

Pour éviter le recours aux généralistes, l'*Institut* fait appel aux médecins des autres services de Brugmann. Cette solution pragmatique facilite grandement la collocation vu que la rédaction du certificat ne pose plus véritablement question : l'*Institut* peut toujours s'adresser par exemple au médecin de garde si un patient se présente sans certificat. Dans ce système, on fait comme si l'*Institut* ne faisait pas partie de l'hôpital Brugmann, condition *sine qua* non pour que ces médecins aient le droit de signer les certificats. À la fin des années 1950, de moins en moins de certificats respectent encore la loi. En 1957, sur 74 certificats, deux sont signés par un médecin qui travaille à l'*Institut*; en janvier 1962 un certificat sur neuf est paraphé par un psychiatre de l'*Institut*. Finalement, les autorités judiciaires font parfois appel à un deuxième médecin lorsque le premier prend une décision qui ne leur convient pas. En 1952, un homme qui a purgé sa peine d'emprisonnement pour assassinat à l'occasion d'un vol avec violence, est libéré. Pendant son emprisonnement, il a plusieurs fois été transféré à l'établissement de Défense sociale à Tournai. Une fois en liberté, la police essaie de le colloquer, mais le médecin refuse de remplir le certificat médical. Le procureur du Roi trouve alors une solution toute simple :

« Voilà donc un dément présentant 20 % de risques de connaître un nouveau crime, qui allait circuler librement à Bruxelles. À mon intervention, le Commissaire Adjoint de la 3e Division consentit à faire appel à un autre médecin divisionnaire qui a conclu à la mise en observation de l'intéressé¹⁵. »

Les artifices qui permettent de contourner un cadre jugé trop lourd sont donc nombreux et se retrouvent à tous les niveaux de prise de décision.

14. HBIP, AS, n° 13500, lettre du 9 août 1961 par Claude Bloch au médecin en question.

15. AVB, AAA, boîte 51, lettre du procureur du Roi à l'administration communale de Bruxelles, 26 janvier 1952.

Le certificat est assez standardisé et se divise en trois parties : la première indique la procédure de l'examen « vu, interrogé et examiné », la deuxième l'énumération des « troubles mentaux », la troisième reprend les deux éléments qui, d'après la loi, permettent la collocation : le danger pour soi et pour la société.

« Je soussigné, Docteur en médecine, déclare avoir personnellement vu, interrogé et examiné ce jour [...] et lui avoir trouvé les troubles mentaux suivants : attitude stuporeuse – fugues – idées de suicide – idées délirantes de culpabilité. J'estime qu'il est nécessaire tant dans son intérêt que dans celui de la société de l'interner dans un établissement pour malades mentaux afin qu'elle puisse y recevoir les soins que nécessitent son état¹⁶. »

Le plus souvent, ce certificat n'est pas entièrement retranscrit dans le dossier où on ne trouve que l'extrait relatif aux symptômes de la maladie mentale. Ceux-ci mélangent souvent diagnostic, symptômes et comportements déviants. L'exemple ci-dessus qui concerne Catherine M. illustre parfaitement ce mélange des catégories.

Jusqu'aux années 1960, la nature des malades qui peuvent entrer à l'*Institut* fait débat. Ce dernier se considère comme une institution universitaire qui doit enseigner la diversité des maladies mentales et comme un lieu de guérison. Deux catégories n'intéressent donc guère les psychiatres : les personnes âgées – par définition des patients chroniques – et les alcooliques – très nombreux et donc jugés peu attractifs. Si les personnes âgées constituent une part importante des populations psychiatriques dès le XIX^e siècle, elles ne deviennent objet scientifique pour la psychiatrie qu'après la Deuxième Guerre mondiale : en 1957 apparaît dans les *Acta* le premier article consacré aux « vieillards¹⁷ ». Dans les années 1930, cette population est considérée comme insignifiante. Le secrétaire général de la CAP refuse que l'*Institut* accueille « des vieillards, atteints de diverses infirmités physiques, telles que : impotence générale, surdité, incontinence, etc., dues à leur âge avancé et ne présentant ni trouble intellectuel ni agitation mentale » ; le lieu est destiné à des « personnes atteintes d'affection mentale pouvant justifier une collocation définitive et leur séjour au pavillon fermé de l'établissement¹⁸ ». Deuxième population qui pose problème : les alcooliques. Des personnes qui ne présentent « aucun trouble mental mais qui ont été trouvées sur la voie publique en état d'ivresse¹⁹ » sont régulièrement déposées par la police à Brugmann. Dans les deux cas – personnes âgées et ivrognes – des médecins non spécialisés déterminent qui va atterrir à l'*Institut*. Que leurs

16. HBIP, AS, n° 3360, certificat médical (11 juillet 1949).

17. E. BRUYNINCKX, « Considérations sur le problème des vieillards atteints de troubles mentaux », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 7, 1957.

18. AVB, AAA, boîte 51, lettre de Merckx à l'administration communale de Bruxelles (13 mai 1932).

19. AVB, AAA, boîte 51, lettre du gouverneur du Brabant à l'administration communale de Bruxelles (23 septembre 1937).

logiques d'intervention et leurs intérêts divergent n'est guère étonnant. Les deux groupes constituent également des populations pour lesquelles la police ne dispose pas d'autres lieux que la psychiatrie. La psychiatrie n'enferme pas seulement des personnes qui contreviennent à des normes légales, sociales ou médicales mais également celles pour lesquelles il n'y pas d'autre lieu d'accueil. Or, elle veut se dégager de cette fonction de gardiennage pour devenir une branche médicale. Avec le développement de la gériatrie, une spécialisation médicale spécifique, la question des personnes âgées est partiellement « évacuée » de la psychiatrie²⁰. L'alcoolisme reste jusqu'à aujourd'hui un trouble partiellement psychiatrisé. Dans les années 1960, suite à la surpopulation de l'*Institut*, les psychiatres refusent régulièrement des patients qu'ils considèrent comme inadaptés à leur service²¹.

Le cadre législatif belge a prévu un cadre chronologique assez fixe afin de limiter la privation de liberté. J'ai déjà relevé « l'astuce » inventée par l'*Institut* pour élargir le temps pendant lequel le patient peut être maintenu entre ses murs sans que le processus de collocation ne soit vraiment enclenché. De nombreux autres arrangements avec la loi peuvent être observés. Tout le monde est d'accord pour affirmer qu'il y a de nombreuses occasions où la loi n'est pas observée. Une des procédures les plus lourdes est celle qui prévoit que le collège des bourgmestre et échevins doit prendre la décision. Très vite une solution exceptionnelle prévue par la loi – en cas d'urgence le bourgmestre peut prendre la décision qui doit être confirmée par le collège par la suite – devient la procédure standard. La loi voulait éviter l'arbitraire en rendant tout un collège responsable des mesures. Cette mesure « d'urgence » ainsi que toute mesure de collocation doit être confirmée dans un intervalle de six jours par le collège. Comme celui-ci se réunit parfois seulement une fois par semaine (pendant les vacances d'été ou les fêtes de fin d'années), la direction de l'assistance publique et des œuvres sociales rappelle que « les arrêtés de collocation devront donc porter une date fictive pour être établis conformément aux prescriptions légales sur la matière²² ». Lorsque le ministère se rend compte que la mesure d'urgence est devenue la norme et que les délais ne sont pas respectés malgré plusieurs rappels, il propose, que si après six jours les établissements ne disposent toujours pas de l'avis du collège, la commission d'assistance publique peut se déclarer « personne intéressée », ce qui permet au psychiatre de régulariser la situation. La CAP agit sur intervention d'un psychiatre ce qui revient à donner à celui-ci le pouvoir discrétionnaire que la loi de 1850 voulait justement empêcher²³.

20. Claire HILTON, « The origins of old age psychiatry in Britain in the 1940s », *History of Psychiatry*, 16-3, 2005, p. 267-289.

21. AVB, AAA, boîte 51, lettre de la CAP à l'administration communale (18 février 1969).

22. AVB, AAA, boîte 51, lettre de la direction de l'assistance publique et des œuvres sociales à son échevin (6 août 1929).

23. *Mémorial administratif*, 20 janvier 1939, p. 107.

Dernier problème récurrent : la publicité de la collocation. Le dernier paragraphe de la loi de 1850 prévoit que la police doit prévenir les plus proches parents et les personnes chez lesquelles le colloqué habite. Depuis la fin du XIX^e siècle, le dernier point – à savoir informer le plus souvent le propriétaire – pose problème. Déjà en 1882 le bourgmestre bruxellois Buls exige que cette transmission se fasse par les commissaires de police : à ce moment le bourgmestre pense surtout à la famille qui est frappée par ce « malheur²⁴ ». Tout au long du premier XX^e siècle, des plaintes de membres de la famille – surtout de milieux sociaux élevés – affluent dans les services administratifs de la ville. L'avis de collocation de Paul G., daté de février 1943, est remis par un agent de police au locataire principal de l'adresse et, en quelques jours, tout l'immeuble est au courant. Dans ce cas, l'affaire connaît une certaine publicité, car le frère de Paul G. est médecin. Ce dernier porte non seulement plainte pour « violation du secret professionnel », mais mobilise également la Chambre des médecins qui intervient auprès du collège des bourgmestre et échevins²⁵. Dans les années 1960, un nouvel acteur intervient : l'équipe médicale de l'*Institut* commence également à se préoccuper de la procédure. Suite à la collocation de Bella S., la notification de collocation a été remise au concierge. À son retour de l'hôpital, l'ex-patiente se retrouve dans un environnement où tout le monde est au courant de son hospitalisation forcée en psychiatrie. Le directeur Jacques Flament s'insurge contre cette pratique :

« Cette publicité peu discrète est souvent ressentie par les malades eux-mêmes et par leurs proches comme une pénible atteinte à leur vie personnelle et leur dignité. Vous imaginez aisément, en effet, étant donné la mentalité actuelle du public et les préjugés qui régissent son opinion dans ce domaine, à quel point ce manque de discrétion peut donner lieu à des bavardages dénués de bienveillance et susceptibles parfois de nuire socialement à l'intéressé²⁶. »

Ce n'est plus seulement la famille mais surtout le patient qui se trouve au milieu des préoccupations. La réflexion sur la stigmatisation du patient psychiatrique dans la société a connu un développement important depuis les années 1950. Jacques Flament qui est également psychanalyste a un souci particulier pour l'environnement social dans lequel le patient se (re)trouve. Le cas de Bella S. provoque un échange de lettres entre l'administration communale qui se réfère à la loi – donner connaissance « aux plus proches parents connus et aux personnes chez lesquelles l'aliéné avait son habitation » – et l'*Institut* qui s'en tient au manuel de référence dans la matière

24. AVB, AAA, boîte 50, registre d'ordre 748 (10 mai 1882).

25. AVB, AAA, boîte 50. La farde *Aliénés* – *Avis de collocation* (art. 10) – *Communication des titres* contient de nombreux exemples.

26. AVB, AAA, boîte 50, lettre de Jacques Flament au bourgmestre de la Ville de Bruxelles (16 octobre 1962).

– le Wouters/Poll qui a remplacé le « et » par un « ou ». Finalement c'est le procureur du Roi qui tient un raisonnement pour le moins étonnant :

« Il est certain que légalement cet avis doit être donné aux plus proches parents connus et aux personnes chez lesquelles l'aliéné avait son habitation... Toutefois, il faut éviter toute publicité excessive sur les collocations qui peut réagir défavorablement sur le malade... Dans ce but [...] [c]e n'est que lorsqu'il n'y pas de parents connus que l'avis pourrait être remis aux personnes chez qui le malade avait son habitation²⁷. »

Le procureur du Roi préconise donc dans ce cas explicitement un écart à ce qui est prévu « légalement ». C'est la deuxième fois dans ce chapitre que des fonctionnaires supposés appliquer la loi plaident par écrit pour un détournement de celle-ci. Le but n'est pas ici de juger ces pratiques. Ces exemples montrent la nécessité de s'intéresser à la transformation des règles, ici établies au niveau national, dans une pratique locale avec tout ce que les écarts et tensions entre discours et pratiques entre les différentes échelles impliquent²⁸. Il est d'ailleurs intéressant de relever que la réforme de la loi de 1873 avait été motivée par l'écart observé entre loi et pratique. Le bourgmestre de Bruxelles de l'époque avait ouvertement reconnu ne pas respecter la loi :

« Eh bien, messieurs, il est résulté de cette interprétation du parquet qu'il se commet chaque jour à Bruxelles, j'en fais l'aveu à la chambre, de véritables illégalités²⁹. »

Une fin de guerre ambiguë

La fin de la Deuxième Guerre mondiale a des conséquences divergentes quant à l'application de la législation relative à la collocation. Le premier mois qui suit la libération de Bruxelles (septembre 1944), le cadre législatif est ouvertement violé. Tous les patients colloqués à l'*Institut* pendant ce mois le sont sur réquisitoire de la police, sans que celui-ci n'ait été confirmé par le collège des bourgmestre et échevins³⁰.

Mais en même temps, au cours des mois suivants, la police fait preuve d'une plus grande prudence. Normalement, lorsque celle-ci est appelée pour intervenir, elle emmène la personne chez un médecin afin d'établir le certificat. Si la personne résiste, elle emploie parfois la force pour emmener le récalcitrant au commissariat et ensuite à hôpital psychiatrique.

27. AVB, AAA, boîte 50, lettre du procureur du roi au bourgmestre de la ville de Bruxelles (27 septembre 1963).

28. Paolo NAPOLI, *Naissance de la police moderne : pouvoir, normes, société*, Paris, La Découverte, 2003.

29. *Pasinomie : collection des lois, décrets, arrêtés et règlements généraux qui peuvent être invoqués en Belgique*, Bruxelles, Administration centrale de la Pasicrisie, 1873, p. 541.

30. AVB, AAA, boîte 51, lettre de l'*Institut* au collège des bourgmestre et échevins de la Ville de Bruxelles (28 septembre 1944).

En mars 1946, Michel M. demande la collocation de Rachel M., sa femme. Contrairement à la pratique courante, la police se retire lorsque Rachel fait preuve de résistance ce qui provoque la colère de la Direction de l'Assistance Publique. Dans une longue lettre, le commissaire de la Division Centrale se défend :

« Il me paraît inadmissible que sur la simple demande d'un parent ou voisin et après un examen sommaire, effectué par un médecin non spécialisé dans le traitement des maladies mentales ou nerveuses, une personne soit transférée contre son gré à l'Institut de psychiatrie annexé à l'hôpital Brugmann. Cette manière d'agir porte atteinte aux principes de la liberté individuelle et peut entraîner pour le fonctionnaire de police qui requiert la mise en observation de la personne présumée malade des ennuis avec les autorités judiciaires dont les conséquences seraient lourdes pour son avenir³¹. »

Cette extrême prudence étonne à première vue. L'explication de cette sensibilité soudaine est à rechercher dans un après-guerre où l'attitude de la police face aux arrestations sous l'occupation fait l'objet d'une attention particulière. Entre 1940 et 1944, la politique d'arrestation a donné lieu à une négociation serrée entre autorités policières, autorités communales, autorités judiciaires et autorités allemandes. La problématique est discutée et expliquée à plusieurs reprises dans les notes de service adressées à tous les policiers. L'occupation a donc sans aucun doute contribué à une plus grande prudence³². Ce n'est finalement que sur l'intervention du procureur du Roi qui s'oppose à l'interprétation de la police et qui plaide pour une interprétation « pas trop stricte » des textes législatifs que la police va finalement obliger Rachel M. à se présenter à l'*Institut*³³.

La police comme antichambre de la psychiatrie³⁴

Pendant toute la période envisagée, la très grande majorité des patients sont amenés à travers trois canaux : la police, la famille ou le médecin traitant. L'argumentation est souvent double : policière et médicale³⁵. Il est impossible de donner une évolution chiffrée de l'importance de ces

31. AVB, AAA, boîte 51.

32. Benoît MAJERUS, *Occupations et logiques policières. La police bruxelloise en 1914-1918 et 1940-1945*, Bruxelles, Académie royale de Belgique, 2007.

33. AVB, AAA, boîte 51, lettre du procureur du roi au bourgmestre de la ville de Bruxelles (14 novembre 1946).

34. Sur cette problématique encore peu étudiée : Stefan NELLEN et Robert SUTER, « Unfälle, Vorfälle, Fälle : Eine Archäologie des polizeilichen Blicks », in Sibylle BRÄNDLI, Barbara LÜTHI et Gregor SPÜHLER (éd.), *Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts*, Frankfurt a. M., Campus, 2009, p. 159-181.

35. Jacques GASSER et Geneviève HELLER, « The confinement of the insane in Switzerland, 1900-1970 : Cery (Vaud) and Bel-Air (Geneva) asylums », in Roy PORTER et David WRIGHT (éd.), *The Confinement of the Insane : International Perspectives, 1800-1965*, Cambridge, CUP, 2003, p. 65-66.

trois filières; les séparer s'avère souvent impossible. À différents moments, chacun des trois peut intervenir pour la même personne. Le processus de sélection auprès de la police me semble particulièrement intéressant. En effet, diriger une personne qui vient de commettre une infraction au poste de police ou à l'*Institut* permet de dégager les logiques de l'arbitraire qui définissent le travail de la police³⁶. Malheureusement, les autorités communales ont refusé l'accès aux dossiers de collocation et la retranscription de la procédure de collocation dans les dossiers médicaux des médecins, prévue par le règlement des infirmiers, est loin d'être systématique. Il faut donc se limiter à présenter l'un ou l'autre exemple :

« Le 5 février 1957 à 11 heures nous avons été appelé à intervenir auprès de la nommée An S. qui avait pénétré dans appartement d'une colocataire pour y briser un objet. Ce jour 9-02-1957, vers 10 heures nous avons dû intervenir à nouveau, l'intéressée s'étant rendue au rez-de-chaussée de l'immeuble qui est un garage où elle avait brisé une vitre d'une voiture et avait brisé des carreaux de cet immeuble. Amenée au commissariat l'intéressée s'est expliquée avec des mots incohérents. Vu cette agitation nous avons requis le docteur Titeca Jean qui a décidé sa collocation. L'intéressée a été transférée à l'annexe psychiatrique de l'hôpital Brugmann le 9/02/1957 à 12 heures³⁷. »

La décision de la police de soumettre An S. à une visite médicale en demandant la collocation sera le début d'un long parcours en institution fermée. Entre février 1957 et mai 1964, elle sera colloquée cinq fois avant que sa vie n'échappe de nouveau à notre regard. Dans le rapport rédigé par la police, deux éléments sont avancées comme pièces justificatives à l'appel d'un médecin : « mots incohérents » et « agitation ». Dans les quelques rapports de police retranscrits, ces deux éléments reviennent fréquemment. C'est surtout le dernier élément qui semble être l'élément central. Le psychiatre Paquay avance un récit similaire sur la collocation dans les années 1950 à l'intérieur d'un hôpital liégeois :

« C'est d'ailleurs souvent à cause de leur agitation, de leur agressivité que les patients étaient placés, en collocation. À Volière, ou en service libre à Glain. C'était l'agitation qui dérangeait. En médecine générale, le docteur confronté à un malade agité faisait venir un psychiatre pour procéder à la collocation³⁸. »

Pour la police, c'est l'agitation qui indique que la place de la personne n'est pas à l'Amigo, mais en psychiatrie. Le cas de Valérie L. illustre assez bien ce processus.

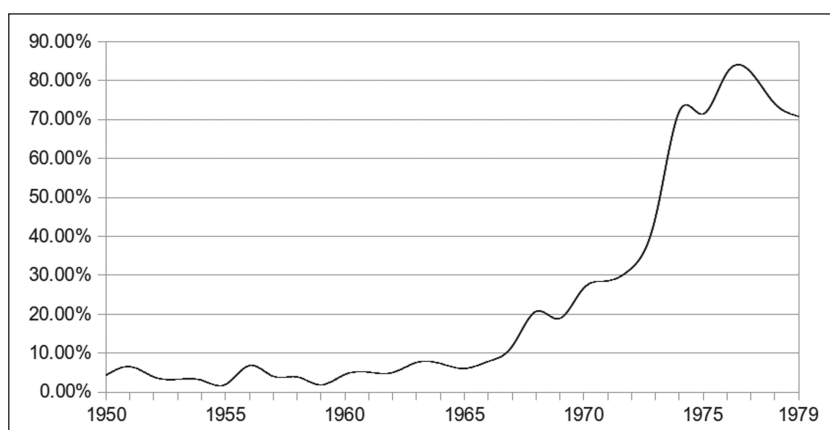
36. Dominique MONJARDET, *Ce que fait la police : sociologie de la force publique*, Paris, La Découverte, 1996, p. 37-64.

37. HBIP, AS, n° 13500, rapport de police (9 février 1957).

38. Interview avec le Docteur Paquay réalisé par Jean-Noël Missa le 16 octobre 2003.

« S'est agrippée au bras d'un agent et ce en pleine rue. Elle tenait des propos incohérents et avait très peur de quiconque s'approchait de trop près d'elle. Elle donnait l'impression de se sentir persécutée. Elle paraissait de plus très nerveuse et pleurait sans raison. À certains moments l'intéressé arrête de pleurer et est très calme pour se remettre immédiatement après dans un état de nervosité extrême³⁹. »

Mais le fait que la police demande la collocation ne conduit pas automatiquement à une hospitalisation : chaque année des « personnes explorées » ne sont finalement pas colloquées.



GRAPHIQUE 5. — Pourcentage des « personnes explorées » mais non colloquées.

Jusqu'aux années 1960 le faible pourcentage de personnes explorées mais non colloquées indique qu'une fois amené par la police à la psychiatrie, le risque est grand d'y rester. Ceci montre combien le diagnostic n'est pas seulement un acte posé à un moment précis par un médecin, mais un processus où plusieurs institutions interviennent dans la définition. La hausse du pourcentage à la fin des années 1960 s'explique par deux phénomènes. D'une part, le nombre de « personnes explorées » diminue significativement. D'autre part, la collocation est de plus en plus considérée comme une pratique inefficace par les psychiatres.

Au fil des années à côté de la police, de la famille ou du médecin, un quatrième canal d'approvisionnement de l'hôpital psychiatrique apparaît de plus en plus souvent dans les dossiers, à savoir que la personne se présente d'elle-même à l'*Institut*. Karine O. est une jeune femme qui est colloquée une première fois en avril 1954 pour « dépression ». Ensuite, les séjours se suivent à un rythme soutenu : en tout, six en moins d'une année. À la fin de sa cinquième hospitalisation, en janvier 1955, elle affirme :

39. HBIP, AS, n° 11445, rapport de police (7 novembre 1955).

« La malade dit qu'elle n'aime pas de rentrer parce que cette maison lui donne le cafard. N'aime pas l'appartement où elle doit vivre la malade semble réellement avoir peur de rentrer chez elle. »

Et un mois plus tard, elle se présente d'elle-même à l'*Institut* et l'infirmière indique :

« Dit qu'elle est revenue parce que ça ne va pas chez elle⁴⁰. »

Michel M. avance des arguments similaires face aux infirmières lorsqu'il est colloqué à l'*Institut* en septembre 1956. Devenu « apathique » selon les psychiatres ce qui n'est guère surprenant après sa lobotomisation fin 1954, Michel M. ne trouve plus sa place à l'air libre...

« Ancien malade revenu vers 13 heures. Sale de linge et de corps. Il avoue ne plus avoir travaillé depuis son dernier séjour à l'hôpital. Il préfère être hospitalisé pour être soigné car il n'a pas de famille⁴¹. »

Après ce huitième séjour à l'*Institut*, Michel M. n'est plus libéré comme lors des séjours précédents mais envoyé à Henri-Chapelle, un hôpital psychiatrique dans la province de Liège. Il y restera jusqu'à sa mort, due à un « incident cérébral » en août 1973⁴². Ces demandes d'intégration sont souvent formulées par des patients qui connaissent bien l'institution – pour y avoir fait plusieurs séjours – et qui y ressentent une certaine sécurité. Ces requêtes viennent davantage des femmes que des hommes. La transformation des sections fermées en sections ouvertes réduit l'aspect contraignant d'une hospitalisation. Finalement l'extension des espaces psychiatriques et leur banalisation expliquent probablement un recours plus facile à ce dispositif. Le cas d'Alain C. illustre cette dernière tendance et montre en même temps l'extrême variabilité des situations. La première fois qu'Alain C. entre en contact avec l'*Institut*, il le fait de sa propre initiative. Suite à des problèmes d'alcoolisme, sa femme l'a quitté. Le médecin de garde auquel Alain K. se présente à deux heures la nuit note :

« Passé alcoolique, séparé de sa femme [...] ce qui le pousse à demander une désintoxication⁴³. »

Il subit une thérapie d'antabuse qui provoque une réaction dissuasive contre la prise d'alcool, mais ne quitte l'hôpital qu'après deux mois. Malgré les injonctions de son psychiatre, il ne viendra pas aux consultations. Deux mois après sa sortie, il est ramené en septembre 1973 par la police parce qu'il a été trouvé « inconscient » dans un café. Malheureusement le dossier ne nous renseigne pas sur les éléments qui ont décidé les policiers à amener Alain C. à l'*Institut* plutôt qu'au poste de police. Ce deuxième séjour,

40. HBIP, AS, n° 10547, notes d'infirmière (12 janvier et 11 février 1955).

41. HBIP, AS, n° 10290, note d'infirmière (15 septembre 1956).

42. Clinique des Alexiens à Henri-Chapelle, registre médical, n° 2867.

43. HBIP, NS, n° 15130, note d'infirmière (8 avril 1974).

de nouveau en section ouverte, se déroule sans thérapie particulière. Lors de son troisième passage en avril 1974, il est de nouveau accompagné par la police. Comme il a un implant d'antabuse, sa réaction à la consommation d'alcool a probablement effrayé les policiers qui l'ont tout de suite conduit à l'hôpital. Après ce troisième séjour de deux semaines, Alain C. reste presque douze mois en dehors de toute institution médicale. En février 1975, c'est son père qui l'amène à Brugmann. Il en ressort après dix jours et vient à deux consultations avant de disparaître de nouveau du radar psychiatrique. Il fera un dernier séjour à Brugmann en juillet 1981. Le diagnostic est de nouveau « éthylisme ». Cette fois les voisins ont appelé une ambulance après une tentative de suicide. Dans la biographie d'Alain C., toutes les instances qui peuvent intervenir pour faire interner une personne en psychiatrie ont été mobilisées à un moment ou un autre suivant les circonstances. À partir du même diagnostic, différents acteurs sont apparus à différents épisodes montrant l'hétérogénéité des dispositifs – familiaux, policiers, médicaux – qui peuvent conduire en psychiatrie. Le cas de Pierre B. est similaire à celui d'Alain C. En 1966, âgé de 41 ans, cet ouvrier est colloqué à l'*Institut*. C'est sur le conseil de son médecin de famille qui a décelé un « état dépressif avec idées obsédantes » que Pierre B. est « hospitalisé à sa demande ». Pour des raisons administratives la collocation est demandée par sa famille⁴⁴. Le cas de Pierre B. illustre à merveille qu'une collocation est le plus souvent un processus multidimensionnel. Si on se limitait à la catégorie unidimensionnelle du registre de collocation, on le classerait dans « collocation familiale ». Or la prise de décision qu'on peut reconstruire à travers le dossier montre un processus beaucoup plus complexe.

Sur l'entrée en service ouvert, les informations sont très éparées. La possibilité de faire entrer un patient en section ouverte est un des symboles de la modernité de l'*Institut*. La CAP affirme que le pavillon est un « progrès de la science » et que mettre d'office un patient en section fermée « c'est agir contrairement aux règles de la science psychiatrique moderne⁴⁵ ». Signes de progrès, les sections ouvertes sont néanmoins sous-utilisées pendant les années 1930 pour une raison très simple : le concept même d'une hospitalisation volontaire en psychiatrie semble être souvent encore unimaginable. Ainsi les infirmières qui accueillent les entrants mais également des médecins refusent pendant la première année à plusieurs reprises des patients en section ouverte parce qu'ils ne disposent pas de certificat médical ; or celui-ci n'est bien sûr pas obligatoire pour être admis au pavillon A.

Souvent les patients fréquentent d'abord la consultation à l'*Institut* où le psychiatre propose alors un séjour. Mais à partir des années 1950, les

44. HBIP, AS, n° 12000 (juin 1966).

45. AVB, AAA, boîte 51, lettre de la Commission d'Assistance publique au Collège des Bourgmestre et Échevins de la ville de Bruxelles (1^{er} octobre 1931).

places dans le pavillon A deviennent plus rares. Depuis un accident de travail, Damien K. s'évanouit régulièrement. Dès sa première consultation en avril 1967 le psychiatre demande une hospitalisation pour pouvoir effectuer des examens plus détaillés. Il revient régulièrement aux consultations, mais ce n'est que fin juillet 1967 qu'une place se libère dans la salle 40 ce qui permet une observation plus détaillée du traumatisme crânien. D'autre part, la notion de service ouvert dans les années 1930 et 1940 est différente de celle des années 1970. En août 1933, Odile L., une ménagère de 55 ans, arrive à l'hôpital Brugmann après une tentative de suicide. Après avoir été soignée pour les blessures dues à sa chute, elle est envoyée au service ouvert de l'*Institut*. Des notes d'infirmières attestent que la patiente, hospitalisée pendant 10 jours, réclame plusieurs fois sa sortie, en vain.

« Ne veut pas rester ici, dit qu'elle n'est pas folle. Après le souper, c'est un peu calmée, a bien mangé... Dit qu'elle a peur de tout le monde, elle ne saura jamais dormir ici dit-elle, se demande pourquoi on l'a mise ici. Elle craint qu'on lui vole son nécessaire de toilette, par moment, se lève et vérifie si le tout est au complet. »

« Est tranquille et très polie. Se demande pourquoi on la garde ici. »

« La malade est très réticente dans ses déclarations, vu qu'elle voudrait quitter le service. Malade calme, bien orientée, ne présente pas de troubles de caractère. »

« Ne veut pas croire qu'elle peut partir jeudi⁴⁶. »

Finalement, Odile L. sort de l'*Institut* au moment où sa fille décide de l'accueillir chez elle. Même en service ouvert, l'entrée mais également la sortie sont entièrement dans les mains du psychiatre et de la famille. Le patient surtout psychiatrique n'est pas perçu comme un sujet mais comme un objet sur lequel on intervient. S'imaginer une psychiatrie où la circulation serait véritablement libre n'est pas possible jusqu'à la seconde moitié du xx^e siècle: l'enfermement est un élément consubstantiel de la psychiatrie. Avec la transformation des services fermés en services ouverts à partir des années 1960, l'entrée en psychiatrie change de statut. Certes un déséquilibre de savoirs continue d'exister entre médecin et patient, mais le premier s'engage davantage dans un rapport de négociation en expliquant notamment sa démarche. Les dossiers de patients de la seconde moitié des années 1970 témoignent tous de cette transformation. En août 1977, la jeune Bénédicte M. est amenée à l'*Institut* par son mari. Le couple est en rupture. Les notes du psychiatre qui accueille Bénédicte sont révélateurs du changement :

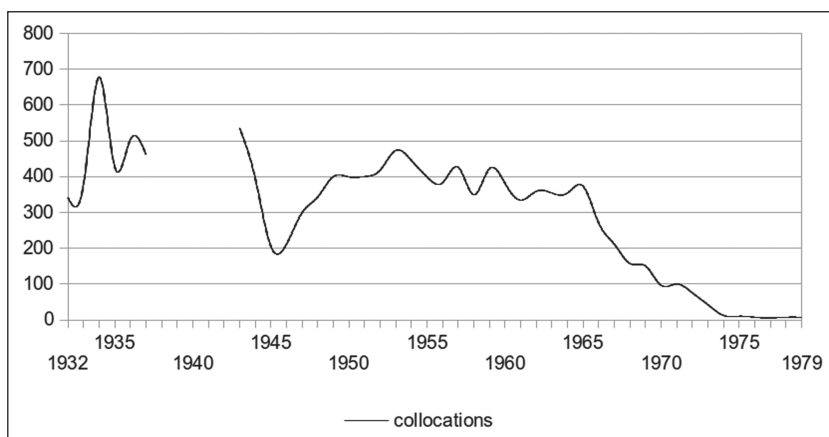
« Dans l'état actuel de la patiente et vu la mésentente du couple, il me semble important qu'une mise au point soit faite ainsi qu'une mise à distance de ses problèmes. [...] Je lui ai dit que je la gardais quelques jours

46. HBIP, AS, n° 1575, notes d'infirmière (18, 23, 24 et 27 août 1933).

à l'hôpital pour qu'elle puisse prendre distance quant à ses problèmes et qu'elle ait le temps d'y réfléchir avec un médecin. Elle est d'accord⁴⁷. »

Le médecin explique maintenant davantage sa démarche et demande explicitement l'accord de la patiente. Finalement – mais les cas sont rares – une demande d'entrer en service ouvert peut se transformer en séjour en service fermé non pour des raisons médicales mais suite au manque de place. Ainsi Anne-Marie C. entre à l'*Institut* en tant que patiente prévue pour le service ouvert en septembre 1963, mais « vu le manque de place en P. A., collocation P. B.⁴⁸ ».

L'entrée à l'*Institut* est donc un processus de décision assez complexe qui fait intervenir une multitude de (f)acteurs et où la position du futur malade peut varier de la volonté d'entrer à l'*Institut* au refus catégorique de cette entrée. Aucun argument – que ce soit d'ordre médical, policier, social... – n'est seul suffisant pour expliquer la collocation. La maladie mentale en tant que telle ne conduit pas à un internement. Aussi longtemps qu'elle n'est pas inscrite socialement par un comportement qui dérange, elle ne donne pas nécessairement lieu à une telle mesure. L'idée du danger qui s'articule autour des couples – « présent/futur, physique/moral, privée/public⁴⁹ » – est plus déterminante. La psychiatrie apparaît ainsi comme un outil complexe de régulation sociale. C'est l'interaction entre plusieurs groupes sociaux qui déterminent la fonction de l'hôpital psychiatrique. D'autre part, dans cette première partie, le cadre légal forme certes un premier référent, mais toutes



GRAPHIQUE 6 – Collocations de la Ville de Bruxelles.

47. HBIP, NS, n° 17640, rapport du médecin (13 août 1977).

48. Cedric DEVOS, *Microcosme d'un Institut psychiatrique bruxellois : l'Hôpital Brugmann, ses patientes et son personnel soignant au mois d'octobre 1963*, travail de séminaire, ULB, 2008.

49. J. GASSER et G. HELLER, « The confinement of the insane in Switzerland, 1900-1970 : Cery (Vaud) and Bel-Air (Geneva) asylums... », *op. cit.*, p. 76.

les institutions impliquées font preuve d'une grande flexibilité pour faire entrer leurs pratiques respectives dans ce cadre. Comme l'écrit une infirmière : « Les médecins observent les prescriptions légales de façon très souple⁵⁰. »

La lourdeur de la procédure ainsi qu'un changement dans l'optique de la maladie mentale conduisent à partir des années 1960 à un changement fondamental quant à la pratique de la collocation par les autorités communales. Ainsi, pour ne prendre qu'un exemple, le nombre de collocation de la Ville de Bruxelles qui fournit la plus importante partie de patients diminue d'une manière drastique à partir de la seconde moitié des années 1960.

Un processus de « mortification » (Goffman)

Arrivé à l'*Institut*, le patient vit un véritable processus de passage. Après avoir remis toutes ses affaires personnelles à l'infirmière volante, il arrive en salle. Dans son journal personnel, l'infirmière Capon décrit le passage de « mortification » avec une intensité particulière.

« Dans la salle, la dépossession se poursuivait par le déshabillage complet et le bain de propreté, avec fouille des vêtements et nouvel inventaire soigneux de tout ce qu'ils contenaient. Ce bain n'était pas seulement de propreté, il permettait aux infirmières de voir ce que le corps aurait pu révéler d'insolite : propreté générale ou non, du linge, les coups, cicatrices, traces de piqûres, parasites, etc. On enlevait même provisoirement les dentiers et les lunettes... À la souffrance causée par la contrainte qu'il avait dû subir pour arriver jusqu'à nous et celle de son état mental, s'ajoutait ce dépouillement complet et l'enfermement que lui rappelait sans cesse cette porte fermée, le comptage des malades, la clé qui de jour et de nuit lui redisait la perte de la liberté⁵¹. »

Ces lignes ont été écrites à la fin des années 1980 et témoignent du fait que son auteure a eu les outils pour analyser le processus auquel elle a participé pendant plusieurs décennies. Sa bibliothèque personnelle contient d'ailleurs plusieurs classiques de la littérature antipsychiatrique des années 1970 et 1980 comme *Les désordres psychiatriques* de Marcel Jaeger et *La tisane et la camisole* d'André Roumieux⁵². Mais il ne s'agit pas seulement d'une mise en récit critique. La description correspond à la pratique infirmière pendant plusieurs décennies. Françoise De Cock qui occupe une position similaire à Madeleine Capon, mais à Beauvallon, un asile psychiatrique près de Namur utilise des mots semblables :

50. CAPON, *psychiatrie*, p. 149.

51. CAPON, « De la psychiatrie... », *op. cit.*, p. 58.

52. Marcel JAEGER, *Le désordre psychiatrique : des politiques de la santé mentale en France*, Paris, Payot, 1981 et André ROUMIEUX, *La tisane et la camisole : trente ans de psychiatrie publique*, Paris, Lattès, 1981.

« On devait déshabiller complètement la malade entrante [...] Cette scène de dépouillement et de déshabillage était extrêmement pénible, dans bien des cas, on perdait souvent de vue que c'était une entrante, qui ne connaissait rien de la vie asilaire et que se déshabiller ainsi devant d'autres malades dans une salle de bains thérapeutiques avec d'autres personnes sous une bâche, un certain bruit et une certaine agitation était une chose troublante pour elle... On examinait le corps, traces de coup, blessures, brûlures, hématomes, cicatrices, irrptions, afin de les signaler au médecin. Voilà la malade sortant du bain. Combien y sont passées à ce dépouillement total et cet humiliant inventaire⁵³. »

Les deux extraits résument la violence qui fait passer un individu du monde extérieur vers une « institution totale ». Certes chaque prison, chaque couvent, chaque armée a son rituel de « mortification » spécifique, mais la transformation de l'identité passe par les mêmes étapes : mise à nu, retrait de tous les éléments personnels, exposition au regard de l'Autre qui rendent ainsi tangible sans avoir besoin de mots l'asymétrie de pouvoir dans l'institution.

Les vêtements

Avant la mise au bain, l'infirmière, en présence du policier ou de l'ambulancier, d'une collègue et du patient, établit un inventaire des objets dont le colloqué dispose à l'entrée. Il faut, comme le rappelle le règlement des infirmières, faire ce travail « avec toute la minutie et l'exactitude nécessaire, c'est la seule façon d'éviter les pires ennuis⁵⁴ ». En effet, les récits sur le vol d'objets par le personnel travaillant en psychiatrie font partie du discours critique sur la psychiatrie depuis la fin du XIX^e siècle⁵⁵. Le fait que la monitrice doive rappeler cette règle à plusieurs reprises pendant la guerre doit être compris dans un contexte particulier : le personnel soignant est tenté d'améliorer son sort matériel de manière illicite. Sous les yeux du patient s'étale en un seul regard tout ce qu'il doit abandonner en entrant dans l'institution psychiatrique. Pour Jean E., âgé de 46 ans et diagnostiqué « psychasthénique », cette étape pose le plus de problèmes. En désaccord avec ses parents chez lesquels il habitait encore, il a dû trouver un autre toit et suite à un chômage qui se prolonge, Jean E. vit depuis quelques semaines dans un home de la *Young Men's Christian Association*. Si les règles y sont

53. Françoise DE COCK, « Plus d'un demi siècle au service des malades mentaux », Namur, 1986, p. 42.

54. ACPASB, fonds Capon, la languette – note du 5 janvier 1941. Pendant la Deuxième Guerre mondiale, la monitrice rappelle au moins à cinq reprises les règles qui entourent l'établissement de cet inventaire, indiquant, en négatif, que des problèmes apparaissent régulièrement. En 1935, une autre monitrice avait été convaincue de vol ce qui explique peut-être également le rappel pointilleux des règles en vigueur : CAPON, *psychiatrie*, p. 15.

55. Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'occupation*, Paris, Aubier, 2007.

moins contraignantes qu'en psychiatrie, plusieurs constantes se retrouvent également à l'*Institut*: la vie en dortoir, les problèmes sociaux des hébergés, la nécessité de répondre à certaines questions...

« Entré vers 19 heures, propre de linge et de corps, répond bien aux questions posées, a la manière très précieuse, l'infirmière a eu les difficultés avec lui pour faire l'inventaire, était poli et obéissant pour le reste de la soirée. »

C'est le début de ce processus de mortification si bien décrit par Erving Goffman qui pose problème à Jean E., lequel garde pendant tout son séjour un souci particulier pour rester soi-même à travers les vêtements. Ainsi dès le lendemain de son entrée, l'infirmière note :

« Bien dormi après minuit au matin est très exigeant, exige des vêtements, des chaussettes, un mouchoir, prend un air autoritaire⁵⁶. »

La baignoire

Dans ce processus de mortification, le bain remplit de nombreuses fonctions : juger le degré d'acceptation de l'internement, retracer l'histoire du patient à travers la lecture du corps et assurer une certaine hygiène. Si le bain ne se déroule pas dans le dortoir, le faire couler est un signe qu'il y a un nouvel entrant et provoque une certaine agitation dans le dortoir. L'entrée dans la baignoire constitue souvent la première contrainte à l'intérieur de l'*Institut*, et peut déclencher une spirale d'enfermement et de violence. Margot R., une jeune femme de 16 ans, est internée en novembre 1956 pour « maniérisme, agitation ». Le dossier ne permet pas de reconstruire exactement son parcours avant l'internement à l'*Institut*, mais laisse supposer que son environnement familial estime qu'elle a un comportement qui ne sied pas à son âge : « elle boit d'importantes quantités d'alcool » et entretient des « relations avec des Italiens qui sont locataires chez ses parents⁵⁷ ». Cette jeune fille, en rupture avec son milieu familial, n'accepte guère le passage au bain, mesure qui signifie son entrée dans l'institution psychiatrique :

« Malade entrée vers 17 heures excessivement agitée. Crie se débat, crie fort ses cris ne parle pas mise au bain avec difficultés quelque temps après il est encore impossible de la sortir. Au bain dort dès qu'on la touche s'agite à nouveau et se débat (pouls est bon). »

« Soir : calme dans le bain, dort. A été mise sous toile, n'a presque pas bougé, s'est rendormie aussitôt⁵⁸. »

56. HBIP, AS, n° 10290, notes d'infirmière (30 et 31 octobre 1959).

57. HBIP, AS, n° 12315, lettre du psychiatre au juge des enfants (6 décembre 1956).

58. HBIP, AS, n° 12315, notes d'infirmière (13 novembre 1956).

Dans le cas de Margot R., le bain, initialement instrument hygiénique et d'observation, se transforme tout de suite en mesure de contrainte, d'abord le bain forcé puis la camisole de force.

Deuxième raison du passage par la baignoire : lire le corps du patient. En psychiatrie, la parole du patient est par principe mise en doute. Les traces du/sur le corps sont a contrario considérées comme véritables. La lecture du corps nu est un élément important du protocole d'entrée, qui laisse sa trace dans les fiches des infirmières des dossiers de patients. Ainsi celui d'Alex F., le premier jour :

« La malade présente de nombreuses ecchymoses sur les bras et les jambes⁵⁹. »

De même, dans le dossier d'Emmanuelle Ra., 25 ans plus tard :

« A un très grand bleu sous son bras droit et une petite blessure à sa main droite⁶⁰. »

Ces signes permettent parfois de reconstruire un fragment de l'histoire (psychiatrique) du patient. En mai 1940, Catherine M., âgée de 25 ans, entre pour la deuxième fois à l'*Institut*. Les notes dépeignent une jeune femme très anxieuse. Lors de cette deuxième entrée, l'infirmière note :

« Relativement propre de linge et de corps. Présente au poignet et dans le creux du cou des anciennes cicatrices de T. S. [tentative de suicide]⁶¹. »

Dans les fiches, ces stigmates sont souvent relevés avec grand soin, mais rarement interprétés. À partir de 1936, Charline H. est hospitalisée cinq fois en quatre ans. À chaque séjour, l'infirmière constate des ecchymoses. Lors du dernier passage en 1940, les notes laissent supposer que la patiente est soumise à des violences conjugales :

« Présente plusieurs ecchymoses sur tout le corps principalement aux bras et aux jambes quelques égratignures ? au cou ; raconte qu'elle a déjà passé un séjour ici, dit qu'elle ne sait plus tenir son ménage alors se met à crier et que son mari se fâche⁶². »

Dans une écriture extrêmement euphémisante, les signes de la violence que révèle ici la lecture précise du corps sont dissociés de l'acte même qui conduit à ces « bleus ». L'anthropologue américain Barrett a souligné la différence d'approche entre l'infirmière et le médecin. Ce dernier, par les examens physiques s'intéresse surtout à la physiologie interne, les infir-

59. HBIP, AS, n° 5103, note d'infirmière (12 décembre 1936).

60. HBIP, NS, n° 360, note d'infirmière (3 février 1960).

61. HBIP, AS, n° 3360, note d'infirmière (23 mai 1940).

62. HBIP, AS, n° 3930, note d'infirmière (20 février 1940). Dans une autre notice du 11 novembre 1939, on retrouve cette écriture euphémisante : « Présente une petite ecchymose sur le bras gauche [...] Son mari dit-elle n'a pas beaucoup de patience avec elle. »

mières travaillent essentiellement « la surface du corps⁶³ ». À ce titre, la baignoire est leur outil d'examen clinique, l'équivalent de ces dispositifs de lecture de l'intérieur des corps qui vont se multiplier depuis les années 1950 en psychiatrie : l'électroencéphalogramme, l'électrocardiogramme ou la radioscopie.

La confiscation des vêtements du patient constitue un contrôle de sa marge de manœuvre assez efficace, la plupart des internés n'étant pas « assez fous » pour ne pas respecter les codes vestimentaires et s'enfuir tout nus ou en pyjama. Peu de dossiers contiennent des réactions face à ce dépouillement, au sens premier du terme. Le fait que François M. en fait un *casus belli* permanent avec l'équipe soignante est peut-être lié à une autre expérience d'enfermement. Il a en effet été interné à Dachau en tant que résistant. Dans les camps de concentration, l'entrée s'accompagnait également d'un dépouillement de soi à travers le remplacement des vêtements personnels par les habits de camps.

« Dit tous les jours que le médecin lui avait dit qu'il pourra partir demain et qu'il pourrait avoir ses vêtements⁶⁴. »

La nudité de ces corps ne présente en effet pas seulement un côté hygiénique et biographique, elle a aussi un caractère profondément intimidant. Il suffit de regarder le documentaire de Frederick Wiseman *Titicut Follies* (1967) pour se rendre compte de la hiérarchisation que l'opposition entre des personnes dénudées et des personnes habillées crée : les corps nus sont recroquevillés, chétifs, vulnérables. La mise à nu semble néanmoins rarement produire des réactions assez fortes pour être notées dans les dossiers. Christian D. constitue une exception notable. Ce n'est pas la première fois qu'il apparaît dans ces pages. Venant d'un milieu social supérieur, de nombreux us et coutumes de l'*Institut* provoquent une certaine réticence de sa part. Il n'est donc guère étonnant que l'entrée en institution, notamment sa mise à nu, conduise à des protestations de sa part.

« Malade entré propre de corps mais sale de linge. Ne voulait pas se déshabiller. Prit un bain avec beaucoup de difficultés. Nuit : bien dormi toute la nuit après Hyoscine... Vers 6 heures déchire sa toile commença à crier – siffler – très bruyant⁶⁵. »

Parmi la centaine de dossiers lus en détail, un seul patient a eu droit à une certaine intimité pendant le déshabillage qui se passe normalement en présence d'au moins une infirmière. Cette exception est un cas particulier en raison de l'origine du patient qui est un officier de l'armée belge. En février 1954, Mill M. est colloqué une première fois à 61 ans pour

63. Robert BARRETT, *La traite des fous : la construction sociale de la schizophrénie*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1998, p. 71.

64. HBIP, NS, n° 6135, note d'infirmière (23 octobre 1964).

65. HBIP, AS, n° 13515, note d'infirmière (8 juin 1958).

« confusion » ; pendant ce séjour, il revendique plusieurs fois le droit de s'habiller avec ses propres vêtements. Il revient une deuxième fois en octobre 1957 pour un diagnostic similaire. À l'entrée, on décide de lui laisser sa trousse de toilette et le dossier contient alors cette phrase étonnante, ou pour le moins très rare : « Le patient a pris son bain seul, est en état de propreté parfaite⁶⁶. » Cette exception s'explique par l'origine sociale du patient qui semble, au moins pour l'infirmière qui l'accueille, conduire à une position plus respectueuse de son intimité. À la sortie du bain, le patient reçoit alors les vêtements de l'hôpital à travers lequel il reste « lisible ». La catégorisation spatiale se double d'une catégorisation vestimentaire :

« Ensuite le malade recevait du linge de la maison, le strict minimum pour rester au lit. Dans les jours suivants et selon l'avis médical, il recevait un complément de vêtements suffisant pour circuler dans sa salle ou éventuellement sortir au jardin. Espèce d'uniforme facilement repérable en cas d'évasion⁶⁷. »

Le lit

Dernière étape : le lit. Jusqu'aux années 1960, les patients sont systématiquement mis au lit à leur arrivée. Ceci remplit plusieurs fonctions. Le lit est d'abord un symbole de l'hôpital en général : une personne alitée pendant la journée est souvent associée à une personne malade. Le lit devient symbole de la maladie. Ensuite, c'est également un moyen de discipliner le corps et l'espace surtout à un moment où la plupart des malades ne se trouvent pas dans des chambres individuelles, mais dans des dortoirs. Ceci est vrai pour la médecine en général – il suffit de regarder ces nombreuses photos de services médicaux où on voit les lits méticuleusement mis en rang. C'est encore plus vrai en psychiatrie où le lit est une des techniques servant à immobiliser le patient.

Accepter d'y être mis en pleine journée est pour les infirmières un indicateur d'obéissance. Gian Maria T. s'y conforme sans problème : « il se met calmement au lit » et la nuit se passe très bien, vu qu'il a « assez bien dormi⁶⁸ ». Mais cette étape pose très souvent problème. Le patient est pour la première fois concrètement confronté aux contraintes de l'institution. Bruno B. arrive en février 1933 à l'*Institut* pour un problème d'éthylisme. Il reste pendant 22 jours en section fermée avant de retourner dans sa famille :

« Est entré à 11 heures était calme et mis au lit. Fâché parce qu'il doit être au lit. Après plus agité. Crié toute force est mis au bain vers 3 ½ heures, reçu purge. Bain donné par M^{lle} Meerveld⁶⁹. »

66. HBIP, AS, n° 10455, note d'infirmière (13 octobre 1957).

67. M. CAPON, « De la psychiatrie... », *op. cit.*, p. 58.

68. HBIP, AS, n° 4530, note d'infirmière (17 juin 1956).

69. HBIP, AS, n° 1230, note d'infirmière (4 février 1933).

Dans ce cas, et ce n'est pas le seul, cette mise au lit en pleine journée est considérée comme vexatoire et conduit le patient à se révolter dès le premier jour contre le règlement en vigueur. Et dès le premier jour, le patient fait alors également l'expérience des limites de sa liberté et des moyens de coercition dont dispose le personnel soignant. Dans le cas de Bruno B., ceci a des conséquences assez lourdes parce que ce n'est qu'après 48 heures qu'il peut sortir des bains : il est d'ailleurs tout de suite de nouveau mis au lit pendant toute la journée.

Si le patient est particulièrement agité, il est tout de suite mis sous toile. Quelques-uns sont également soumis à cette mesure parce qu'ils sont jugés potentiellement dangereux. Ainsi Japhet A., de nationalité rwandaise est amené en mars 1978 par la police à l'*Institut* parce que se considérant comme Dieu il a refusé de payer son taxi. Malgré le fait qu'il soit calme lorsqu'il entre en salle – « traitement choc à la garde → somnolent ++ » –, il est « mis préventivement sous bâche⁷⁰ ». Cette mise au lit obligatoire est limitée aux sections fermées ; dans les sections ouvertes les patients peuvent dès la première journée faire connaissance avec les autres hospitalisés. La facilité avec laquelle ces contacts sont noués, est un des indices permettant de jauger les nouveaux patients, aussi bien pour les médecins que pour les infirmières dans les services ouverts. S'intégrer en salle est perçu comme l'indice d'une resocialisation plus facile après le séjour en milieu hospitalier.

Nosologie des infirmières

Les infirmières disposent de leurs propres procédures pour établir une sorte de nosologie certes non médicale, mais qui permet de juger le patient et de « prévoir » son futur comportement en salle : sa propreté, son degré de conscience de soi et son degré de coopération. Critères éminemment sociaux et culturels, ils jouent un rôle central dans l'évaluation. À 46 ans, Gian Maria T. entre en juillet 1956 pour la huitième fois à l'*Institut*. Depuis son premier séjour en 1937, il fait régulièrement des rechutes dans l'éthylisme. La notice de l'infirmière à son entrée est illustrative de ces trois points.

« Entré à 19 h 15 propre de linge et de corps. Répond bien aux questions, déclare avoir bu une quinzaine de bière, ancien malade, se met calmement au lit. Dort vers 21 heures. Nuit : Assez bien dormi. – Bu son sucre⁷¹. »

Première étape : la propreté. Jusqu'aux années 1960, les notes des infirmières commencent à l'entrée par ces deux constatations : l'état de propreté du « linge » et du corps : trois quarts des dossiers analysés en détail s'ouvrent avec ces deux critères. Parmi ceux-ci deux tiers se résument à la note

70. HBIP, NS, n° 18000, note d'infirmière (16 mars 1978).

71. HBIP, AS, n° 4530, note d'infirmière (17 juillet 1956).

suivante : « propre de linge et de corps ». C'est, avant tout diagnostic médical, ces deux éléments qui décrivent le patient.

Deuxième épreuve, le degré d'acceptation par le patient de la réalité de son problème, ce que les médecins résument dans les années 1950 et 1960 sous le terme d'autocritique. Dans le cas de Gian Maria T., les infirmières sont satisfaites : le patient « répond bien aux questions » et il identifie ce qui, pour les infirmières, est la cause de son internement. Mais pendant ces heures d'entrée, cette première mise en contact peut déjà poser question et ceci pour différentes raisons. La première est tout simplement liée à un problème de langue, qui ne se pose pas uniquement avec des populations immigrées. En effet dès la création de l'*Institut*, les médecins, majoritairement francophones, ont parfois des problèmes avec les néerlandophones, et encore plus s'ils parlent un dialecte. Ainsi un externe n'arrive pas à faire l'examen physique de Rosalie V., née en Flandre orientale parce que « la malade parle un patois inaccessible pour qui ne connaît que l'algemeene beschavde [sic] nederlands⁷² ». Face à des immigrés portugais, italiens ou espagnols qui ne maîtrisent pas le français, le personnel arrive parfois à établir une communication « primaire » qui repose sur une certaine similitude linguistique. Mais souvent l'incompréhension est grande. Ainsi dès l'entrée de Francisca E., de nationalité espagnole, l'infirmière note : « Espagnole, dont on ne comprend pas le langage tellement elle parle vite » et lors du premier examen le psychiatre se heurte également à un problème de communication :

« La patiente s'exprime très volontiers dans un français malheureusement très peu accessible... Conclusion : les données de l'interrogatoire sont évidemment très minces nous font suspecter d'É[pilepsie] temporale⁷³. »

Mais malgré ces hésitations, aussi bien l'équipe soignante que le psychiatre arrivent à établir un contact avec Francisca Georgia C., une Italienne, se trouve dans un cas similaire. Le bilan psychiatrique, établi à la fin de son séjour, témoigne de difficultés d'entendement :

« Patient s'exprimant mal, de façon agressive, en mauvais français. Histoires embrouillées d'où il semble que quelques jours avant son entrée, la nuit "ils" ont agi sur elle, sur ses organes génitaux, voulant lui faire des vilaines choses⁷⁴. »

Suite à l'incompréhension linguistique, tout son récit est discrédité : « s'exprimant mal », « façon agressive », « histoires embrouillées ». Si le récit du mari laisse plutôt supposer une femme dépressive – « très déprimée, pleurant pour des riens et quelque fois sans aucun motif », le psychiatre conclut à des « idées délirantes, idées de persécution » et ne revient plus du tout au récit d'abus sexuels. L'italien, par sa proximité au français, donne

72. HBIP, NS, n° 10820, rapport de l'externe (non daté).

73. HBIP, AS, n° 11900 (été 1965).

74. HBIP, AS, n° 12915, rapport du médecin (11 octobre 1957).

l'illusion d'une compréhension. Cette illusion ne sera pas maintenue suite à l'arrivée d'une population arabophone à l'*Institut* à partir des années 1960. Ainsi lorsque Yasmina A, d'origine marocaine, est transférée pour « nervosité, agitation » de la maternité d'Ixelles vers l'*Institut* en 1972 le psychiatre en charge ne dispose que des rapports écrits du gynécologue d'Ixelles pour faire son diagnostic, la patiente ne comprenant pas le français. Les psychiatres se focalisent alors davantage sur les examens proprement médicaux et somatisent davantage les cas. Dans le cas de Yasmina A., le psychiatre se limite à une interprétation de signes purement « médicaux » : ainsi il ne croit pas au diagnostic de post-partum avancé par son collègue d'Ixelles : « La patiente a réagi trop vite et trop bien aux neuroleptiques, de toutes façons. Ne s'agirait-il pas simplement d'un état d'anxiété. » Mais ce n'est qu'une semaine plus tard avec l'aide de la famille de Yasmina A. qui assure une traduction que le psychiatre peut comprendre les raisons de l'agitation de la patiente⁷⁵. Ce n'est qu'au milieu des années 1980 qu'un pôle d'interprétariat social est mis en place à Bruxelles, pôle auquel l'*Institut* peut faire appel⁷⁶.

Finalement, c'est lors de ce premier contact avec les infirmières que de nombreux patients contestent leur internement. Beaucoup d'entre eux ne croyaient pas se retrouver en psychiatrie. Ainsi Charline H., colloquée pour la deuxième fois en septembre 1936, s'insurge :

« Dit qu'on lui avait promis de l'accompagner à une maison de repos et qu'on l'a mise ici maintenant. Demande de pouvoir partir le plus vite possible⁷⁷. »

La répétition de ces plaintes indique que de nombreuses personnes sont induites en erreur quant à leur véritable destination afin de faciliter le transfert. C'est en particulier le cas pour les patients qui se retrouvent en psychiatrie après une entrée en hôpital par un autre service médical. En effet, certains patients arrivent à Brugmann pour des opérations ou d'autres problèmes physiques. Certains posent des problèmes d'agitation et sont alors transférés en psychiatrie. D'autres, à partir des années 1950 sont orientés vers la psychiatrie par de jeunes médecins : l'explication somatique des maladies gagne du terrain⁷⁸. Philippe M. fait partie de la première catégorie. Il entre en contact avec le monde médical pour un problème de cœur et c'est un service de médecine interne qui le transfère à l'*Institut*.

75. HBIP, NS, n° 13680.

76. Julie RICHEL, *La santé mentale des migrants. Étude sur la santé mentale des migrants à travers les dossiers médicaux de l'hôpital universitaire section psychiatrie de Brugmann de novembre 1959 à mars 1978*, travail de séminaire, ULB, 2008, p. 16.

77. HBIP, AS, n° 3930, note d'infirmière (28 septembre 1936).

78. Ainsi le jeune psychiatre Jean Dierkens est invité régulièrement par un des jeunes médecins en médecine interne de passer le matin, avant l'arrivée du chef de service qui ne tient pas en haute estime les psychiatres, dans ce service pour discuter de quelques patients. Interview avec Jean Dierkens du 1^{er} décembre 2008.

« Depuis 3 semaines est à l'Hôpital St Pierre pour soigner son cœur. Là, il a eu affaire à des infirmières dont il se vengera également plus tard. Elles soulevaient ses draps à tout moment, elles l'accusaient d'être agité, elles l'ont trompé en l'envoyant chez les fous ! Car lui, n'est pas fou. Il n'y a que son cœur qui ne va pas⁷⁹. »

Pour Philippe M., ce séjour au printemps 1953 sera le premier d'une longue carrière psychiatrique qui s'étirera sur plus de 35 ans. Margot S. arrive, elle, en mars 1934 à l'*Institut*. Suite à une dispute violente, elle a été arrêtée par la police : le médecin motive la collocation de la manière suivante : « agitation psychique – idées délirantes de persécution – hallucinations sensorielles violence et menaces de mort à l'égard de ses colocataires – idées de suicides ». Mais dès son entrée Margot S. s'oppose à l'étiquette de « folle » – les patients utilisent d'ailleurs le plus souvent ce terme-là – et réduit son agitation à la dispute qu'elle a eue avec ses voisins.

« La malade est entrée vers 6 h. Baignée par M^{lle} Heyndrick et Fouchier. Présente une cicatrice sur le ventre (d'une opération). La malade ne voulait pas rester au lit, prétend qu'elle n'est pas malade ni folle. Raconte qu'elle s'est disputée avec les gens dans sa maison. Mise au bain vers 7 h⁸⁰. »

Anne M. tient un discours similaire. Colloquée pour la troisième fois en mars 1957, cette femme de 48 ans a des problèmes avec sa fille et son mari qui travaille pendant toute la semaine en Allemagne et ne revient que le week-end :

« Ancienne malade, assez propre de linge et de corps. Malade ne comprend pas pourquoi elle doit revenir ici, dit ne pas être malade que ce sont les personnes de son entourage qui ne sont pas bien. La malade est docile et se met calmement au lit⁸¹. »

Les réponses données par les patients sont – si cela est possible – confrontées aux autres informations dont disposent les infirmières. En juin 1944, Fabienne B. entre pour la quatrième fois à l'*Institut*. Le diagnostic est toujours le même : « délire de persécution ». Le rapport des infirmières note avec une certaine satisfaction :

« Malade couchée sur son ventre, répond volontiers aux questions. Son histoire correspond très bien avec le rapport de police. Explique qu'elle a déjà fait un séjour antérieur⁸². »

À côté des rapports de police et des certificats de collocation, les infirmières peuvent aussi faire appel à leur propre expérience qu'elles ont déjà eue avec le patient. Plus de la moitié des patients retrouvent un espace qu'ils

79. HBIP, NS, n° 2693, note d'infirmière (22 février 1956).

80. HBIP, AS, n° 12315, note d'infirmière (24 avril 1937).

81. HBIP, AS, n° 11940, note d'infirmière (15 mars 1957).

82. HBIP, AS, n° 5400, note d'infirmière (10 juin 1944).

connaissent de séjours antérieurs. Et même parmi ceux qui arrivent pour la première fois à Brugmann, de nombreuses personnes connaissent déjà des « institutions totales », que ce soit d'autres hôpitaux psychiatriques, la prison ou des homes pour enfants difficiles. Ainsi 30 % des premiers arrivants ont déjà séjourné dans un autre hôpital psychiatrique, 10 % dans d'autres « institutions totales ». Souvent patients et infirmières se connaissent. Ainsi Jean-Michel C. fait en février 1958 un premier séjour de sept mois à l'*Institut* pour « démence artériopathique ». Ce diagnostic explique probablement pourquoi il reste longtemps à Brugmann : les psychiatres hésitent sur son traitement. Ce long séjour explique également pourquoi la deuxième entrée à l'*Institut*, deux mois après la première sortie, se passe d'une manière peu problématique.

« Ancien malade entré vers 12 h, propre de corps et du linge. Confus. Après le bain il se met calmement au lit. À l'air mécontent. À 16 h le monsieur est de bonne humeur, souriant, donne la main à tout le monde, est content de revoir les infirmières qui l'ont déjà soigné⁸³. »

Plusieurs internés reconnaissent des patients et des membres de l'équipe soignante. Parfois c'est l'infirmière qui se souvient du patient. Par contre c'est Fabienne B. qui rappelle au personnel soignant qu'elle est déjà passée à l'*Institut*⁸⁴. Mais dans le cas de Roger M. cité ci-dessus l'infirmière marque d'elle même dans le dossier « ancien malade ». Et puis cette mémoire personnelle est de toute façon soutenue par la mémoire institutionnelle : le dossier du patient. Finalement quelques patients s'opposent à la légitimité des infirmières quant à les interroger sur leur état mental. Joseph R. vit la Deuxième Guerre mondiale en tant que soldat allemand sur le front de l'Est : à son retour, les accès colériques se multiplient. À plusieurs reprises, sa femme porte plainte pour violences sans que cela ne donne lieu à des poursuites. Joseph R. est colloqué en février 1952 après une bagarre dans sa maison.

« Malade entré vers 21 h 30. Propre de linge et de corps ; au début ne voulait pas dire pourquoi il est venu ici, dit qu'il va s'expliquer au docteur demain, est calme. Après son bain raconte qu'il a déjà pendant un petit temps des disputes avec sa femme à cause d'une locataire. »

Pendant tout son séjour, Joseph R. se montre particulièrement réticent envers le personnel soignant et n'accorde sa confiance qu'au médecin.

« Converse assez volontiers avec les autres malades, mais se tait lorsque l'infirmière s'approche trop. »

83. HBIP, AS, n° 7971, note d'infirmière (19 novembre 1958).

84. L'infirmière note le premier jour : « Malade entrée vers 11 heures, très propre de corps et de linge – serait une ancienne malade – est gentille, et répond bien aux questions posées. Mise au lit 7. regarde autour d'elle avec calme » (26 septembre 1950). Fabienne B. effectue à son moment son cinquième séjour à l'*Institut*.

« Bavarde beaucoup avec les autres mais se tient un peu à distance des surveillants⁸⁵. »

En posant systématiquement quelques questions aux patients entrants, les infirmières établissent leur propre diagnostic qui se traduit moins en termes médicaux mais qui indique néanmoins par des mots comme « confus », « calme » une certaine classification. Ce premier contact est une étape importante pour la vie quotidienne du patient à l'intérieur de l'*Institut* vu la place primordiale de l'infirmière dans le dispositif d'ensemble.

Pendant les premiers jours le patient découvre rapidement la vie à l'intérieur de l'espace psychiatrique. Seth V. entre en octobre 1944 à l'*Institut* qui est installé à ce moment à Fond'Roy. Il est colloqué suite à une tentative de suicide liée à des accusations de collaboration qui lui sont adressées. Dès son entrée, après avoir aperçu des patients maintenus dans des baignoires, il devient très inquiet et veut absolument sortir⁸⁶. Régulièrement, les nouveaux font connaissance avec les moyens de coercition dès leur entrée. Dans les années 1930 la mise au bain, non pour des raisons d'hygiène, mais pour tenir le patient calme est de mise. Mais même dans les années 1960 les moyens de coercition sont encore parfois utilisés « par précaution » surtout chez des patients masculins. Julien V. arrive à 23 h 25 en novembre 1961 à l'*Institut*. Il est calme mais le certificat médical pour la collocation indique « état d'agressivité aiguë ayant succédé à une crise épileptiforme ». L'infirmière décide donc de le mettre « sous toile par précaution⁸⁷ ». À côté du bain et des mises sous toiles, de nombreux patients reçoivent dès le premier jour des sédatifs.

Les premières heures, le patient est surtout en contact avec le personnel soignant. Ce n'est que dans une deuxième étape que le médecin intervient. Ses premières notes n'apparaissent qu'un ou deux jours après l'admission. C'est à ce moment qu'un double examen est réalisé : un examen physique qui, progressivement, est de plus en plus souvent effectué par un étudiant en médecine et un autre qui change de nom au fil du temps et de l'évolution des conceptions psychiatriques mais qui s'intéresse davantage à la biographie du patient. L'examen physique est souvent la première rencontre avec un psychiatre. Il permet à ce dernier de « s'identifier » en tant que médecin : cette intervention sur le corps, intervention médicale par excellence, invoque l'autorité, la légitimité médicale. Des outils comme le stéthoscope ou l'oscillomètre permettent de le rappeler matériellement. Jusqu'aux années 1950, le formulaire préimprimé que le médecin doit remplir est consacré d'abord aux antécédents familiaux sous la catégorie « hérédité ». Dans une deuxième étape, les « antécédents » du patient sont rassemblés : on y trouve entre autres des questions relatives à la « propreté

85. HBIP, AS, n° 12225, notes d'infirmière (27 février, 16 et 17 mars 1958).

86. HBIP, AS, n° 7230, note d'infirmière (13 octobre 1944).

87. HBIP, NS, n° 2536, note d'infirmière (27 novembre 1961).

nocturne », la « vie scolaire », la « vie sociale » et les condamnations. À partir des années 1950, ces feuilles préimprimées ne sont plus utilisées et les psychiatres disposent d'une plus grande liberté. Si la formule d'entrée des infirmières est « propre de linge et de corps », celle des psychiatres devient pendant cette décennie « bien orienté dans le temps et l'espace ».

Mais l'entrée en psychiatrie n'est pas seulement le moment où le patient découvre les équipes soignante et médicale mais également les autres patients. Il est difficile de s'imaginer l'absence de toute réaction, mais les dossiers sont peu prolixes là-dessus. Cette rencontre est-elle jugée peu intéressante ? A-t-elle en effet donné lieu à peu de réactions ? Le comportement le plus souvent noté est celui de la reconnaissance lorsqu'il s'agit de patients qui reviennent pour un séjour à l'*Institut* : Ainsi Judith R. qui travaille en tant que servante à l'hôpital Saint-Pierre se retrouve en février 1958 en section ouverte pour « état dépressif ». Elle doit être transférée pendant deux semaines au service de gynécologie pour une intervention.

« Revient de gynéco après 15 jours d'absence du service. Marche lentement, parce qu'elle a une grande cicatrice visiblement contente de revenir ici, déclare avoir pleuré là-bas parce que ne pouvait s'y habituer. Grandes manifestations de joie de se retrouver avec la malade... Cette dernière lui prend la main et la caresse. À voix basse elles se racontent les dernières nouvelles sans doute⁸⁸. »

De tels exemples d'amitiés ne se retrouvent pas seulement dans les rapports des infirmières, mais sont également certifiés par des lettres que des patients s'échangent. Celles-ci dépassent même, à partir des années 1960, les frontières très strictes entre hommes et femmes. Ainsi en 1968 Daniel M. a tissé des liens avec une patiente qu'il espère encore voir avant son départ.

« Chère Mademoiselle [...], ne regardez pas le papier je n'avais rien d'autre – une infirmière m'a dit que tu allais bientôt partir alors j'espère de tout cœur que tu viendras me dire bonjour avant (salle 48)⁸⁹. »

Mais pour certains, la confrontation avec l'autre semblable provoque un rejet supplémentaire de l'*Institut*. Christian D. est âgé de 31 ans lorsqu'il est colloqué pour la première fois à l'*Institut* en juin 1958. Pendant la première semaine en salle 48, il se montre à plusieurs reprises extrêmement agressif vis-à-vis d'autres patients qui lui renvoient des images de la « folie » – la vieillesse ou l'agitation qu'il supporte difficilement.

« Le malade est calme, mais reste au lit, préfère les comprimés aux piqûres le prend facilement chante beaucoup moins [...] ne supporte pas les vieux confus, s'acharne verbalement sur eux. »

88. HBIP, AS, n° 13774, note d'infirmière (21 mars 1959).

89. HBIP, NS, n° 10140, lettre de Daniel M. (15 août 1968).

« Malade déchire sa toile vers 1 h 30 et veut frapper le malade Stefan parce qu'il crie trop⁹⁰. »

Philippe M. qui entre en médecine interne à Saint-Pierre avant d'être transféré à l'*Institut* oppose son état – maladie du cœur – à ceux des autres patients: « Car lui, n'est pas fou. Il n'y a que son cœur qui ne va pas⁹¹. » Les traces d'émois que cette confrontation avec l'autre semblable provoque ne se retrouvent pas seulement dans les notes des infirmières. De nombreuses lettres de patients articulent également leur prise de distance par rapport aux autres malades pour affirmer que leur place n'est pas à l'intérieur d'une institution psychiatrique.

La consultation

L'entrée en consultation est certes différente de l'entrée en salle. Le séjour à l'intérieur de l'*Institut* est dans ce cas volontaire et clairement limité dans le temps – le plus souvent une demi-heure. La personne peut également se faire accompagner par un proche, évitant ainsi de se retrouver seule face au médecin. La consultation implique néanmoins toujours la possibilité de se transformer en séjour, ouvert ou fermé. À l'*Institut*, les consultations se déroulent dans le pavillon A et la salle d'attente ressemble aux salles d'attente de l'hôpital Brugmann. En ce sens, la consultation est destinée à participer à une certaine normalisation d'une psychiatrie qui essaie de ressembler aux autres spécialités médicales. Entrer en consultation psychiatrique et pouvoir de nouveau en sortir après trente minutes projette une image nouvelle puisque jusque là « psychiatrie » était étroitement liée à l'enfermement. Le caractère précoce de cette offre à l'*Institut* – dès 1931 – participe avec d'autres initiatives comme celles de la Ligue d'Hygiène Mentale créée par Auguste Ley en Belgique en 1921, à l'élargissement du champ d'intervention en ce domaine.

Sortir

L'entrée en institution psychiatrique est étroitement codifiée; la sortie l'est tout autant. La loi prévoit explicitement trois possibilités: guérison, intervention de la personne qui a provoqué le placement du patient et décision judiciaire. Si le médecin constate la guérison, il doit en avertir la personne qui a demandé la collocation. Cinq jours après l'envoi de cet avis, le psychiatre peut libérer le patient. La deuxième possibilité qui implique le plus souvent la famille n'est soumise à aucun délai. La sortie par décision judiciaire ne s'est jamais présentée dans notre échantillon.

90. HBIP, AS, n° 13515, notes d'infirmière (12 et 18 juin 1958).

91. HBIP, NS, n° 2693, note d'infirmière (22 février 1956).

Deux autres types de sortie sont pratiqués à l'*Institut*. La première est le transfert dans une autre institution. La loi prévoit que seule l'autorité qui pourvoit à son entretien peut le requérir. La deuxième peut être résumée sous le terme de « sortie non définitive ». Un médecin peut en effet accorder une « sortie à l'essai ». Celle-ci devient définitive après un délai de trois mois⁹².

Contrairement à l'entrée à l'*Institut* qui est explicitement prévue dans le règlement de l'institution ainsi que dans le règlement officieux des infirmières et qui apparaît également clairement dans les dossiers, la sortie reste un moment beaucoup moins « dit ». Ainsi l'astuce de la mise en observation qui permet de gagner du temps quant au respect des délais relatifs à la collocation implique également une sortie plus facile pour des sujets « mis en observation ». Dans ses souvenirs, une des infirmières y fait d'ailleurs explicitement référence :

« Il s'agissait toujours d'une mise en observation pour cinq jours... Comme notre Institut était un centre d'observation et de passage, ce que nous avions bien soin de leur rappeler, il ne présentait pas ce caractère d'incarcération ou de définitif comme l'étaient les grands établissements de province... Sortie au cours des cinq premiers jours, parfois dès le lendemain de l'entrée, s'il s'agissait de troubles passagers⁹³. »

Mais cette pratique particulière de la mise en observation ne transparait guère dans les dossiers, ni pour l'entrée ni pour la sortie.

L'analyse quantitative de la rubrique « sorti vers » permet de formuler plusieurs hypothèses. Elle indique d'abord le rôle central joué par les intimes dans la « carrière » d'un patient. Plus de 40 % des sorties se font vers la famille⁹⁴. Pour les patients qui ne retournent pas chez eux, on ne sait s'il s'agit d'une impossibilité de les accueillir vu la gravité de leur état ou s'il n'y a plus de structures familiales existantes. Placer un membre de la famille peut parfois être considéré comme une stratégie pour résoudre des conflits : dans ce cas la famille ne se montre guère entreprenante pour organiser le retour du patient. Le stigmate lié à l'internement est également un repoussoir. Raymond est interné en 1946 à l'âge de 18 ans à l'*Institut*. La relation avec ses parents est très conflictuelle, ce qui provoque une tentative de suicide. Son père est incarcéré pour collaboration militaire et Raymond le soupçonne de violer sa petite sœur et de maltraiter ses frères. La lettre que sa mère adresse au psychiatre de Raymond S. illustre bien le croisement de plusieurs problématiques.

92. T. WOUTERS, P. WOUTERS et M. POLL, *Du régime des malades mentaux en Belgique...*, op. cit.

93. CAPON, *psychiatrie*, p. 49.

94. Dans une étude similaire à celle-ci sur les Pays-Bas, Joost Vijselaar a également souligné l'importance de la famille pour les sorties. C'est essentiellement la disposition de cette dernière à accueillir le patient qui détermine la sortie et rarement des raisons médicales : Joost VIJSELAAR, *Het gesticht. Enkele reis of retour*, Amsterdam, Uitgeverij Boom, 2010, p. 269-319.

« J'ai bien réfléchi au sujet du retour de mon fils Raymond. Il me serait impossible pour le moment de le recevoir chez moi. Ne pourrait-il pas être placé dans un établissement de repos ou il pourrait en même temps travailler. Au moment de mon interrogatoire, je ne comprends pas encore le malheur qui m'a frappé. Permettez-moi de vous demander quelle suite sera donnée au sujet de mon mari. J'ai déjà honte que il est incarcéré, et je vous demanderai en grâce de ne pas le faire poursuivre pour les faits qui sont à sa charge. Par ma maladie je souffre déjà assez et maintenant toute ma vie est brisée et fini et tous mes sacrifices ont servi à rien. Dès son retour, je mettrais les enfants en pension, pour éviter tout malheur⁹⁵. »

Pour la mère, l'internement de Raymond S. résout un problème : elle espère pouvoir placer tous ses enfants dès le retour du père : il est possible qu'elle le fasse pour les protéger de leur géniteur. D'autre part, elle ne semble pas faire une différence très nette entre la poursuite judiciaire contre son mari et l'internement de son fils. L'entretien avec le psychiatre est assimilé à un « interrogatoire ». Pour Raymond S. cette situation familiale explique pourquoi il ne retourne pas à la maison mais est envoyé après trois semaines à Rekem, un asile psychiatrique dans le Limbourg.

Dans les années 1960, un véritable mouvement de bascule est observé dans la catégorie « sortie vers ». De moins en moins de patients de l'*Institut* sont envoyés dans d'autres hôpitaux psychiatriques. Entre 1931 et 1959 plus d'un tiers d'entre eux sont relégués dans les asiles de province. Deux institutions, Duffel près d'Anvers pour les femmes et Rekem dans le Limbourg pour les hommes, accueillent pendant ces années une part importante des internés bruxellois. Il s'agit d'asiles hébergeant un nombre très important de patients avec un personnel plutôt réduit. Deuxième désavantage non négligeable : ils sont situés loin de Bruxelles. La visite des familles est très difficile. À partir de la seconde moitié des années 1960, aussi bien Duffel que Rekem disparaissent de la liste des hôpitaux psychiatriques et sont remplacés par un hôpital bruxellois, Titeca.

Partir vers un autre hôpital psychiatrique s'accompagne toujours de nombreuses peurs : l'éloignement de la famille, « l'aspect carcéral » des asiles de province⁹⁶... L'*Institut* est régulièrement opposé aux asiles de provinces. Charline H., quelques jours avant son troisième envoi vers Duffel, se confie à une infirmière : « À peur d'être envoyé dans un asile et de ne plus revoir son enfant. Plus calme dans l'après-midi⁹⁷. » Parfois des familles s'adressent avec des demandes allant dans le même sens au directeur de l'*Institut* :

95. HBIP, NS, n° 5400, lettre de la mère de Raymond au médecin (26 novembre 1946).

96. CAPON, *psychiatrie*, p. 66.

97. HBIP, NS, n° 3930, note d'infirmière (27 octobre 1938).

« M. le Docteur je vous en supplie faites tout ce qui est en votre pouvoir pour ne pas placer mon pauvre frère dans n'importe quel institut⁹⁸. »

L'*Institut* n'est pas mis sur un pied d'égalité avec les autres hôpitaux psychiatriques. Or, l'envoi en asile reste pendant les premières décennies de l'*Institut* une pratique assez répandue. La mauvaise réputation de certains hôpitaux revient d'ailleurs dans les lettres des patients, preuve d'une mémoire collective entre patients qui s'échangent des informations sur leur vécu. Plusieurs d'entre eux expriment leur refus d'aller à Duffel. D'autres hôpitaux comme Lovenjoel près de Louvain sont davantage appréciés. Ainsi le mari de Charline H. qui se retrouve à 35 ans à l'*Institut* pour mélancolie essaie de rassurer sa femme :

« J'ai trouvé une place à Louvain pour toi dis que tu peux y aller demander pour partir encore cette semaine et j'irai t'y conduire. Je ne veux pas que ailles à Duffel. Ton mari qui pense toujours à toi et ton fils t'embrasse de loin⁹⁹. »

Cet exemple permet également d'illustrer l'importance des réseaux familiaux qui assurent une partie des démarches administratives jusqu'aux années 1950, pour que leurs membres soient « bien » traités. Isabelle von Bueltzingsloewen a montré combien les patients, souvent coupés de leurs proches, n'ont pu bénéficier de leur soutien pendant la Deuxième Guerre mondiale et comment cette absence de prise en charge familiale est un des facteurs d'explication de la surmortalité des patients en France¹⁰⁰. Certes le contexte est différent et les conséquences autrement plus graves, mais la problématique fondamentale reste analogue : même dans un système de prise en charge assez complète, qui est une des caractéristiques des systèmes de santé occidentaux, la trajectoire du patient dépend énormément des réseaux qui existent en dehors des formes de soins institutionnalisées.

Malgré une définition de plus en plus médicalisée de ce champ professionnel, la psychiatrie continue à jouer le rôle de lieu d'accueil social. Régulièrement, les psychiatres sont confrontés à des situations où la sortie s'avère difficile, non pour des raisons médicales, mais pour des motifs sociaux. Philippe M. en est un exemple. Suite à des problèmes d'alcoolisme, il a perdu son emploi et se retrouve en psychiatrie après une altercation avec un policier.

« L'intéressé ne peut plus retourner à l'office de réadmission sociale pour loger rue de la Violette. Ne veut pas aller à l'armée du salut, préfère dormir dans une gare. Si après nouvel essai de mise au travail + aide occasionnelle

98. HBIP, AS, n° 1230, lettre de la sœur de Julien D. au directeur de l'*Institut* (8 février 1933).

99. HBIP, AS, n° 3930, lettre du mari de Charline H. à son épouse (non datée).

100. I. VON BUELTZINGSLOEWEN, *L'hécatombe des fous...*, *op. cit.*

de la CAP l'adaptation ne peut se faire envisager placement à Geel (pas possible)¹⁰¹. »

Certes le médecin est conscient que la place de Philippe M. n'est pas en psychiatrie, mais en l'absence d'alternative il restera encore quelques semaines à l'*Institut*.

Dès les années 1950, médecins et administrations communales s'opposent avec une intensité croissante. Pour les jeunes médecins surtout, le but est de remettre les patients le plus rapidement possible dans la société. Les psychiatres ne se voient pas comme des gardiens et commencent à considérer les trop longs séjours en sections fermées comme pathogènes. Les administrations communales sont guidées par une autre logique, qui est celle de libérer l'espace public de personnes potentiellement agitées. Depuis le début des années 1960, Denyse W. fait des séjours répétés en asiles psychiatriques. À plusieurs reprises, elle se retrouve à l'*Institut*. Des problèmes physiques (cœur, poumons) s'ajoutent à un « éthylisme chronique ». À plusieurs reprises, les psychiatres lui accordent une « sortie à l'essai », sortie qui n'est cependant jamais transformée en sortie définitive par l'administration communale qui préfère qu'elle reste en psychiatrie.

Une analyse qualitative des dossiers fait surtout ressortir la soudaineté de la sortie. Le plus souvent, rien ne semble l'annoncer. Dans les trois quarts des dossiers, la sortie n'est pas du tout annoncée : rien ne laisse prévoir une préparation spécifique du patient. Pendant les vingt premières années de son existence, les dossiers qui parlent de la sortie sont rares. Gian Maria T. qui fera en tout sept séjours à l'*Institut* y entre pour la première fois en 1937 après une tentative de suicide. Depuis la mort de son père, il ne trouve pas « une situation honnête » ce qui le déprime fortement. Il se plaint de dépendre financièrement de sa mère. Une fois que la mère s'est déclarée prête à « le reprendre et le surveiller étroitement » Gian Maria T. peut rentrer¹⁰². Mais de telles notes restent rares. Ce n'est que dans les années 1960 que les dossiers indiquent de manière régulière des prises en charge plus suivies. Dans un premier temps, celles-ci sont encore limitées : ainsi Jean-Marie J., dont la maladie est diagnostiquée « éthylisme mondain chronique » peut en 1966 après cinq jours à l'*Institut* sortir après avoir promis « de consulter régulièrement un psychiatre¹⁰³ ». Michel M. qui a également des problèmes d'alcool, « doit avoir un logement avant de rentrer¹⁰⁴ ». Diagnostiqué victime d'une « bouffée délirante », David R. connaît un deuxième séjour en 1968. Sur le résumé médical qui clôt ce séjour, on peut lire : « Un soutien psychothérapeutique doit être tenté pour

101. HBIP, NS, n° 2693, note de l'assistante sociale (31 janvier 1961). Les mots en italique sont un ajout du psychiatre.

102. HBIP, AS, n° 4530, rapport du médecin (26 juin 1937).

103. HBIP, NS, n° 7575, rapport du médecin (22 mars 1966).

104. HBIP, NS, n° 7210, note d'infirmière (8 novembre 1965).

éviter la “tentation” de rechute avec comme corollaire la sécurisation de l’Hôpital¹⁰⁵. » C’est également à partir des années 1960 que la sortie est accompagnée régulièrement d’un rapport détaillé, écrit par le psychiatre qui a suivi le patient. Il est construit autour de quatre problématiques dont la dernière, le pronostic, est particulièrement intéressante. Certes l’échantillon est limité (une quarantaine de dossiers), mais il est surprenant de relever qu’à part un dossier, tous les pronostics sont plutôt défavorables. Ceci est d’autant plus intéressant qu’à l’époque la psychiatrie se pense de moins en moins en tant qu’espace fermé. Ce constat contredit également un grand récit de la psychiatrie qui veut qu’avec l’avènement de la révolution biologique, le nihilisme thérapeutique aurait trouvé sa fin. Malgré, ou à cause de l’introduction des neuroleptiques, les psychiatres de l’*Institut* restent profondément sceptiques quant aux conditions de vie des patients à l’extérieur de l’institution.

En même temps, ces rapports indiquent que la sortie est encore souvent une étape qui n’est guère pensée. Denise W., secrétaire, est colloquée une première fois en 1962 à l’*Institut*. Elle est transférée de l’Institut Médico-Chirurgical de Saint-Gilles pour des problèmes pulmonaires, mais les médecins ne veulent pas la garder vu son état d’agitation. Par la suite, entre 1962 et 1975, elle va connaître dix séjours à l’*Institut* et au moins trois internements dans d’autres hôpitaux psychiatriques. Son dossier permet d’illustrer la prise en compte de la sortie. Lors de son troisième séjour, en 1964, cette question est une première fois évoquée : le médecin s’interroge sur les raisons de sa réticence à sortir. En 1967, lors de sa septième hospitalisation, le médecin accepte de la voir sortir parce qu’elle peut retourner dans son ancien appartement et parce qu’elle a retrouvé un travail. C’est en 1974, lors d’une réunion de staff – qui commence à devenir plus fréquente à partir des années 1970 –, que la sortie de la patiente est discutée par les infirmières et les médecins : un emploi est trouvé par l’assistante sociale dont le travail consiste de plus en plus à suivre des patients après leur sortie. Une des infirmières décrit la préparation à la sortie dans les années 1960 de la manière suivante : « salle 49 vers salle 47 vers W.E. vers congé vers sortie à l’essai¹⁰⁶ ». Deux éléments y semblent particulièrement importants. D’une part, à partir des années 1960, la maladie mentale est inscrite dans un cadre qui ne se définit plus par une opposition manichéenne « malade » vs. « guéri », mais est davantage appréhendée dans une conception évolutive. D’autre part, ce témoignage illustre à merveille le jeu avec l’espace psychiatrique décrit précédemment.

Ce changement d’attitude est également lié à des changements dans la conception de la maladie mentale où la famille joue de plus en plus un rôle important. C’est depuis le début des années 1960 que la nécessité de

105. HBIP, NS, n° 10080, rapport du médecin (23 juillet 1968).

106. Interview avec Ginette Fiévez du 20 mars 2008 réalisé par Cédric Devos.

l'accueil extra-hospitalier pour les sortants des institutions psychiatriques fait son chemin. Une étude réalisée entre autres par des jeunes psychiatres (Jean Dierkens, Claude Bloch et Jean Vermeulen) qui travaillent à l'*Institut* et financée par la *Fondation Julie Renson*, constate en 1960 un grave problème en ce qui concerne les soins de postcures :

« L'évolution actuelle de la psychiatrie mène dans une impasse l'organisation des soins aux malades mentaux telle qu'elle existe depuis une centaine d'années dans les pays d'occident. Basée essentiellement sur l'hôpital psychiatrique supposé capable soit de guérir complètement, soit d'assurer la protection indéfinie des malades chroniques, on voit cette institution s'enfler démesurément pour être finalement surencombrée... Une organisation rationnelle de la postcure pourrait désengorger ces hôpitaux et concourir à la prévention de la délinquance et de l'inadaptation professionnelle de malades dont les troubles sont, en grande partie, la conséquence d'un malajustement à la vie sociale moderne¹⁰⁷. »

Un des rédacteurs du rapport, Jean Vermeulen, sera l'initiateur du premier secteur psychiatrique en Belgique. Le cas de Charline H. illustre combien changements thérapeutiques et politiques de sortie peuvent être imbriqués. Elle est transférée début octobre 1969 par le département de médecine interne parce qu'elle n'entre dans « le cadre d'aucune pathologie ». Il est intéressant de relever que la psychiatrie dans un monde médical qui se spécialise de plus en plus, joue souvent le rôle de médecine générale. Elle est souvent la seule spécialisation qui prend encore l'intégralité du patient en considération. Charline H. se retrouve donc un peu par hasard à l'*Institut*. Dès le début de son internement, son mari et ses parents ne sont pas seulement interrogés pour compléter sa biographie, mais ils sont aussi activement intégrés dans un processus qui vise à la faire sortir le plus rapidement possible. Après deux semaines, elle passe un premier week-end chez ses parents où elle revoit son mari et son enfant, un week-end dont le psychiatre fait un bilan individuel. Et après trois semaines, elle emménage provisoirement chez ses parents et une assistante sociale aide le couple à trouver un nouveau logement. Dans ce cas qui est particulièrement bien documenté, toute la famille est intégrée dans le processus. Les sorties pendant un week-end dans l'environnement social antérieur à l'internement deviennent de plus en plus systématiques à partir de la fin des années 1960.

Le mot de guérison est presque complètement absent des dossiers de l'*Institut*. Cette catégorie prévue par la loi belge comme une des trois possibilités de quitter un hôpital psychiatrique n'est guère utilisée. Lorsque le responsable du suivi médical décide de la sortie, il la déclare souvent « à l'essai ». Le bilan psychiatrique de Gérard V. est à ce niveau assez révélateur.

107. Jean DIERKENS, Claude BLOCH, Jean VERMEULEN et J. CORDIER, « Projet d'organisation de l'assistance psychiatrique en Belgique », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 60-2, février 1960, p. 153-243.

Il est colloqué « à la suite d'un épisode confuso-onirique et de zoopsies après un épisode de sevrage ». Lors de l'examen physique, le psychiatre découvre plusieurs symptômes qui indiquent des problèmes vasculaires importants. Gérard V. est donc immédiatement transféré dans le service de médecine interne : vingt jours plus tard, le patient « est sorti, guéri, de Médecine ». Quant à sa guérison psychiatrique, le dossier n'en dit mot. D'ailleurs dans un échantillon de 100 dossiers, je n'ai trouvé que deux passages où le psychiatre utilise le mot de guérison. Comme je l'ai expliqué ci-dessus, l'existence d'un certain environnement d'accueil peut être jugé suffisant pour faire sortir le patient. Michel M. est depuis le début des années 1950 ce que la littérature sociologique commence à appeler un *revolving door patient*. Des séjours d'une durée de plusieurs semaines à l'*Institut* alternent avec des séjours dans d'autres institutions d'accueil social. Pendant les quatre premiers séjours, les diagnostics varient – « psychasthénie », « angoisse pathologique », « hypochondrie » – mais le problème subsiste ; Michel M. est régulièrement colloqué à l'*Institut*. Au fil des années, les différents psychiatres qui s'occupent de son cas utilisent presque toute la palette thérapeutique qui est à leur disposition : neuroleptiques dont Michel M. est un des premiers à profiter à l'*Institut* en octobre 1953, narcoanalyse en mars 1954, électrochocs en mars 1954, psychothérapie en consultation en août 1954, cure de sommeil en septembre 1954 et finalement lobotomisation en novembre 1954 lors de son quatrième séjour à Brugmann. À la fin d'un cinquième séjour en mai 1955, le médecin décide de sa sortie non en fonction d'une amélioration notoire de son état – une guérison – mais en fonction d'un environnement social prêt à l'accueillir.

« Le malade peut sortir. Va passer 15 jours chez sa fiancée, puis 15 jours chez sa sœur. Ces troubles caractériels ne se sont nullement améliorés... Prétend qu'il en a assez d'être ici – voudrait trouver du travail¹⁰⁸. »

Jusqu'ici, ces exemples concernent des individus se trouvant en service fermé. En principe, un tout autre régime est valable pour les services ouverts. Mais dans ces services théoriquement ouverts, sortir ne s'avère pas toujours très simple. Néanmoins la loi oblige le psychiatre à laisser partir un patient, sauf s'il décide qu'à ce moment, les conditions sont réunies pour engager une procédure de collocation. Mais il semble bien que de nombreux patients ne soient pas au courant de leurs droits, la psychiatrie étant probablement dans l'esprit de nombreux d'entre eux liée à l'idée d'un certain enfermement. Élisabeth B. décide d'entrer à l'*Institut* (service ouvert) après une première consultation. Le diagnostic est « pithiatisme » (hystérie). Si la patiente a elle-même demandé son hospitalisation, elle se montre dès le début de son séjour selon sa psychiatre « difficile, récalcitrante et protestataire ». Le rapport de l'infirmière quant aux conditions de sa sortie indique

108. HBIP, AS, n° 10290, rapport du médecin (7 mai 1955).

qu'au moment où la patiente se rend compte de sa liberté potentielle, elle part immédiatement :

« La malade est mécontente parce que le médecin ne s'occupait pas assez d'elle et parce qu'elle doit rester à jeun pour un examen hématologique. Pousse subitement des cris plaintifs. Le médecin la prie de patienter sinon lui dit qu'on ne la retient pas. S'en va aussitôt. Est très pressée et exige ses vêtements de suite¹⁰⁹. »

Rares sont les sources qui permettent d'évaluer l'état d'esprit du patient à la sortie. Parfois les sentiments sont assez ambigus. Chantal K., licenciée en sciences physiques, entre dans le pavillon A en mars 1962 : elle se plaint d'être dépressive. Après un mois de séjour, la patiente qui a participé à une psychothérapie mais qui a également pris un cocktail de médicaments composé de neuroleptiques et d'antidépresseurs peut sortir : « contente de sortir mais comme elle commence à se plaire, ne sortira qu'à 17 heures » La notice illustre parfaitement toute l'ambivalence : d'un côté la joie de pouvoir sortir, d'un autre côté également la peur de quitter l'institution. En effet, pour Chantal K., la sortie implique une multitude de nouvelles réalités : retrouver la liberté, être guérie mais également être confrontée au regard des autres, se retrouver seule¹¹⁰. Pour Karine O. la situation est très semblable. Cette Française de 25 ans entre pour la première fois à l'*Institut* en 1954 pour cause de dépression. Par la suite, elle va y revenir à un rythme plutôt régulier jusqu'à s'y sentir mieux que dans son propre appartement.

« La malade dit qu'elle n'aime pas de rentrer parce que cette maison lui donne le cafard, n'aime pas l'appartement où elle doit vivre la malade semble réellement avoir peur de rentrer chez elle¹¹¹. »

Pour quelques patients à séjours multiples, l'*Institut* devient une seconde maison. Ainsi Jean-Michel C. fera huit séjours entre 1948 et octobre 1963 : au total, il passera presque 1400 jours à l'*Institut*. Il n'est donc guère étonnant que Jean-Michel C. envoie dès la fin de son deuxième séjour une lettre au directeur de l'institution dans laquelle il écrit les phrases suivantes :

« De toute façon en ce qui me concerne je ne couperai plus jamais les ponts entre la Psychiatrie et ma vie privée. Quand j'aurai encore une fois envie de rompre avec la vie normale, je m'empresserai de vous rendre visite¹¹². »

On pourrait avancer que le regard de l'historien risque d'être biaisé par ces sources : quoi de plus flatteur pour une infirmière en effet que de noter

109. HBIP, NS, n° 10800, note d'infirmière (11 octobre 1954).

110. HBIP, NS, n° 2881.

111. HBIP, AS, n° 10547, note d'infirmière (12 janvier 1955)

112. HBIP, AS, n° 7971, lettre de Raymond C. au directeur de l'*Institut* (24 mai 1959).

le souhait du patient de rester? Mais les notes des infirmières reflètent également l'anticipation joyeuse des patients qui peuvent sortir. Ainsi Julien V. qui entre en octobre 1939 pour maux de tête. Lorsque le psychiatre lui annonce après dix jours qu'il pourra sortir, l'infirmière note :

« Est content de partir¹¹³. »

De même Julia N., âgée de 22 ans est colloquée en 1938 pour des « crises épileptiformes ». Après neuf jours d'hospitalisation, l'infirmière note :

« Bonne journée. Est contente de pouvoir rentrer chez elle. »

Et le lendemain :

« Bonne journée – Parle beaucoup de son prochain retour chez elle¹¹⁴. »

Le dossier n'a pas enregistré la réaction de Julia N. lorsqu'au lieu d'être renvoyée chez elle, elle se voit transférée à Duffel. Certains patients changent complètement d'attitude. Valérie L. est colloquée en septembre 1961 après avoir attaqué un policier sans raison apparente. Mais dès que le médecin lui annonce sa sortie prochaine, son attitude change :

« La patiente, très active en salle, a ressuscité littéralement en quelques jours, contente depuis la nouvelle de sa sortie prochaine (m'embrasse, s'emploie à se rendre utile)¹¹⁵. »

Pour d'autres encore, sortir est vécu comme un succès personnel. Marie-Jeanne, âgée de 45 ans, connaît en 1956 deux hospitalisations successives. À la suite de son premier séjour, elle est envoyée à l'Institut Bordet chez le neurochirurgien Martin pour une leucotomie bi-latérale. Quelques jours après cette opération elle retourne à l'*Institut*. Les notes des infirmières indiquent de prime abord tous les effets secondaires négatifs d'une telle intervention :

« Essaye de faire un puzzle (n'est pas parvenue seule). »
 « Semble apathique, est toujours d'accord avec tout ce qu'on lui dit. »
 « Très gentille mais sans mémoire. »

La personnalité de la patiente ainsi que ses capacités d'interaction semblent avoir été sérieusement réduites par l'intervention chirurgicale. Or, la veille de sa sortie, l'infirmière note :

« S'occupe de la vaisselle, est fière de sortir demain¹¹⁶. »

Non seulement, cette annotation relativise l'image d'une patiente, diminuée par la leucotomie, mais indique également qu'elle se sent, au

113. HBIP, AS, n° 2100, note d'infirmière (3 septembre 1939).

114. HBIP, NS, n° 6300, notes d'infirmière (11 et 12 avril 1938).

115. HBIP, AS, n° 14175, rapport du médecin (23 septembre 1961)

116. HBIP, AS, n° 12545, notes d'infirmière (3, 26 et 29 octobre 1956, 19 décembre 1956).

moins partiellement, responsable de cette sortie considérée comme un succès.

Comme l'entrée en psychiatrie n'est pas pour la majorité des patients une expérience unique ni première, la sortie est rarement définitive. Il y a d'abord tous ceux qui quittent l'*Institut* pour se retrouver dans une autre institution. Ensuite un grand nombre (autour de 40 % pour toute la période envisagée) ne tarde pas à y revenir. Finalement certains (environ 45 %) restent attachés à ce monde par les consultations. Il s'agit là sans aucun doute d'un espace psychiatrique (particulier) mais qui accompagne souvent le passage de la psychiatrie vers le dehors. La sortie accompagnée d'une invitation à la consultation est une pratique qui existe dès la mise en place de Brugmann et fait partie de l'image progressiste que Brugmann entend se donner. Peu de patients reviennent cependant régulièrement aux consultations. Souvent le dossier indique après une première visite : « Convoqué à la consultation, pas venu. » Parfois l'*Institut* envoie alors une infirmière sociale pour effectuer un contrôle. Les consultations permettent néanmoins des sorties « sous contrôle ». Surtout avec l'introduction des neuroleptiques, la question de la *compliance* se pose pour la première fois en psychiatrie. Jusqu'à ce moment, les thérapies ne sont applicables qu'à l'intérieur d'un espace où la coercition fait partie intégrante de la pratique psychiatrique. Les neuroleptiques, plus encore que la psychothérapie, deviennent des moyens d'externaliser l'espace psychiatrique. Mais le traitement relève en partie de la responsabilité du patient qui doit dès lors internaliser les normes psychiatriques, question qui ne se posait pas pendant longtemps. La consultation permet d'exercer au moins un contrôle partiel : d'abord en étant une condition de sortie et puis en gardant le patient à l'intérieur de l'emprise psychiatrique. Le cas de Christian D. est particulièrement exemplaire. Colloqué fin février 1958 pour « paranoïa », il est soumis d'après le psychiatre à « un traitement à fortes doses de chlorpromazine » qui permet sa sortie après 45 jours.

« Sortie à l'essai. Prendra 3*100 mg Largactil. Se présentera régulièrement à la consultation. »

« Continue à prendre régulièrement 300 mg Largactil/jour [...] Réduire Largactil à 250 mg/jour¹¹⁷. »

La sortie à l'essai est conditionnée par la participation aux consultations qui sont beaucoup moins facultatives qu'elles n'en ont l'air vu que ladite sortie peut être révoquée à chaque moment. Le fait de prendre « régulièrement » ses médicaments justifie d'une certaine manière la réduction de la quantité de Largactil à consommer journalièrement. Revenir à la consultation comporte néanmoins toujours le risque de se voir de nouveau happé par le système. Pieter L. entre à l'*Institut* en avril 1958 pour « éthylisme ». Il se

117. HBIP, AS, n° 13425, notes d'infirmière (11 avril et 5 mai 1958).

trouve d'abord en service ouvert mais suite à plusieurs incidents violents avec les infirmières, il est placé au pavillon B. Une fois qu'il commence à participer à des petits travaux (ménage, jardinage), le psychiatre en charge l'autorise à passer plusieurs week-ends dans sa famille afin de préparer sa sortie qui a lieu après 114 jours à l'*Institut*. Contrairement à Christian D. il n'est pas sous thérapie médicamenteuse mais son psychiatre souhaite néanmoins qu'il continue à venir aux consultations, ce qu'il fait plus ou moins régulièrement. Suite à son absence à deux rendez-vous, l'institution psychiatrique envoie l'infirmière sociale qui constate « pas d'amis, pas de lectures, aucune occupation¹¹⁸ ». Quelques mois plus tard, le psychiatre, après une nouvelle consultation, marque dans le dossier « à reclasser si nécessaire¹¹⁹ ». Le cas de Pieter L. montre toute l'ambiguïté de ces sorties accompagnées de consultations. Symbole d'une psychiatrie qui entend redonner une autonomie au patient en le responsabilisant, ce dispositif particulier peut se transformer en prolongement d'un contrôle psychiatrique dans la vie des personnes qui ne se trouvent plus entre les murs de l'institution. Ce n'est finalement que lorsque l'ex-patient respecte pendant un certain temps également les logiques psychiatriques en dehors de l'institution – qu'il ne fait donc pas preuve d'une autonomie jugée « déplacée » – qu'il est libéré de toute emprise médicale. La note quant à une possible nouvelle collocation est la dernière trace écrite sur Pieter L. dont on dispose. Il disparaît ensuite de la vue des psychiatres de Brugmann... et de celle de l'historien.

118. HBIP, AS, n° 13515, note d'infirmière (8 mai 1959).

119. HBIP, AS, n° 13515, rapport du médecin (3 août 1959).

Chapitre IV

Dire la maladie mentale

Selon le postulat des médecins et des sciences humaines, parler du savoir psychiatrique, c'est parler du savoir des médecins. Ces sciences humaines s'intéressent au moins depuis 30 ans à la capacité des psychiatres de nommer la maladie et au pouvoir lié à cette pratique. Cette approche qui a profondément renouvelé les études en la matière semble aujourd'hui problématique à deux niveaux. D'abord – et c'est un des arguments principaux de ce livre – réduire la psychiatrie institutionnelle aux médecins, c'est méconnaître la place finalement effacée du psychiatre dans le travail quotidien. Certes, il fixe un cadre référentiel mais il est loin d'être le seul à être déterminant. D'autre part, son savoir ne s'exerce pas dans un espace neutre ; il est confronté à une pratique infirmière qui a ses propres savoirs psychiatriques, et à une demande des patients qui ont souvent des idées bien déterminées quant à leurs problèmes et aux solutions qu'il faudrait y apporter. Dans le triangle formé par le médecin, l'infirmière et le patient, l'infirmière est le plus souvent exclue du récit historiographique, sociologique ou anthropologique. Si une telle vision pouvait encore avoir un certain sens au moment où la rencontre du patient avec la thérapie se faisait par une visite du médecin à la maison, elle est largement dépassée depuis la seconde moitié du xix^e siècle quand l'infirmière s'impose comme un acteur dont la centralité reste néanmoins encore largement sous-estimée dans l'historiographie. Dans un premier temps, ce chapitre évoque quelques éléments sur la manière dont les patients, les infirmières et les médecins parlent de la folie. Quels sont les modèles qui leur sont offerts ? Dans quel cadre placent-ils la maladie mentale ? Quels mots les patients utilisent-ils afin de décrire les raisons pour lesquelles ils se trouvent à l'*Institut* et comment les infirmières et les médecins en parlent-ils ? Comment, finalement, savoir professionnel et savoir profane se croisent-ils et se mélangent-ils ?

Les patients

Plus que tout autre passage en hôpital, le séjour en institution psychiatrique pose des questions existentielles par rapport à la définition du soi pour le patient. La perception de son corps, de sa raison, de son environnement semble être altérée.

Lorsqu'on veut dégager les images et expériences de la maladie par les patients, l'historien se heurte à un apparent silence de la part des hommes. Ceux-ci parlent peu de leur maladie : en tout cas leur parole est plutôt rare dans les dossiers médicaux. Les traces de leur savoir psychiatrique sont très fragmentaires. Pour des périodes plus anciennes, nos connaissances se limitent souvent aux hommes vu que ce sont les seuls à écrire : au ^{xx}^e siècle par contre une certaine réticence à parler de la maladie semble s'installer chez les hommes¹. Les pages qui suivent représentent dès lors surtout le discours des femmes.

Les termes pour dire leur expérience peuvent avoir des origines multiples. Dès l'enfance, le futur patient assimile un langage médical laïque. Au fil du temps, ce savoir populaire est influencé et enrichi par la médecine scientifique, à travers des ouvrages de vulgarisation, des articles dans des journaux ou revues, etc.². Finalement, comme beaucoup de patients psychiatriques sont régulièrement en contact avec les infirmières et psychiatres, ils absorbent également une partie du vocabulaire des personnels soignant et médical.

Une lecture sociale de la maladie

Dans les années 1930 et 1940, de nombreux patients n'utilisent cependant pas un vocabulaire médical, mais ils interprètent leurs problèmes plutôt dans un cadre de normativité sociale pour s'expliquer leur présence à l'intérieur de l'*Institut*. Ceci ressort particulièrement des dossiers de patientes. De nombreuses femmes dans l'entre-deux-guerres inscrivent leur maladie dans une lecture genrée de leur existence.

Sonja K., âgée de 50 ans et habitant une zone rurale à 40 kilomètres de Bruxelles, a été évacuée de son village lorsque la Deuxième Guerre mondiale éclate en mai 1940. La région dont elle est issue a été le centre de massacres de civils en août 1914 par les troupes allemandes. Il est fort probable que sa décision de fuir est étroitement liée au souvenir de la première invasion. Son dossier ne détaille pas le cheminement qui la conduit à l'*Institut*. Mais

1. Martin DINGES et Vincent BARRAS (éd.), *Krankheit in Briefen im deutschen und französischen Sprachraum : 17.-21. Jahrhundert*, Stuttgart, Steiner, 2007 et Martin DINGES (éd.), *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel, ca. 1800 – ca. 2000*, Stuttgart, Steiner, 2007.

2. Sur la popularisation de la médecine au ^{xx}^e siècle les travaux sont quasi-nuls. Pour les siècles précédents voir : Roy PORTER (éd.), *The popularisation of medicine 1650-1850*, London, Routledge, 1992.

dès son arrivée, elle souffre de bouffées d'angoisses à répétition, liées à ces expériences de guerre. À plusieurs reprises, ces crises provoquent des tentatives de suicide : la médication, notamment de la codéine, un analgésique, ne produit pas les effets souhaités. Séjournant d'abord en service ouvert, Sonja K. est transférée après neuf jours en section fermée à cause de son agitation. Comme son état ne s'améliore pas, elle se retrouve fin juillet à Duffel, un asile de province. Très vite, elle s'oppose à son hospitalisation qu'elle juge « imméritée » :

« Malade très anxieuse et par moments agitée surtout pour ses piqûres (3*2 ctgr polioscadéine). La malade dit [...] qu'elle n'a pas mérité tout ça, étant une honnête mère de 5 enfants qui a toujours fait son devoir et jamais de mal à personne³. »

Pour Sonja K., l'analyse de son hospitalisation s'inscrit dans un cadre normatif moral – bonne mère et correcte par rapport à son environnement – contre lequel elle estime ne pas avoir péché. Camille M. interprète sa situation d'une manière similaire. Cette ménagère de 45 ans est colloquée pour la deuxième fois fin 1948. Suite à une consultation à l'*Institut* où elle était venue avec son mari pour discuter de leurs problèmes de couple, Camille M. est hospitalisée. Son mari la juge trop jalouse et il réussit à convaincre le médecin de son point de vue. Camille M. s'oppose (en vain) à cette hospitalisation. Elle n'écrit pas seulement à des membres de sa famille mais également au procureur du roi.

« Monsieur le Procureur. Je prends la respectueuse liberté de vous écrire c'est lettre pour vous expliqué mon cas je suis 14 année mariée j'ai toujours fait bon ménage avec mon mari je me suis toujours bien conduite et soigne mon ménage dans la perfection, j'ai une fille de 11 ans que j'aime et que j'ai toujours bien soigner⁴. »

Pour Camille M., la raison de son internement est un supposé manquement par rapport à ses devoirs de femme, impression qu'elle essaie de rectifier dans la lettre au procureur où l'argumentation autour de la folie, de la maladie mentale n'apparaît à aucun moment. Un dernier exemple est celui de Charline H. qui effectuera cinq passages à l'*Institut* entre 1936 et 1940, passages chaque fois entrecoupés de séjours dans d'autres institutions psychiatriques. Plus que probablement maltraitée par son mari, une problématique jamais abordée dans son dossier, Charline H. est profondément convaincue d'être une mauvaise femme et une mauvaise mère. Lors de son dernier séjour, elle l'exprime dès son entrée :

3. HBIP, AS, n° 8130, note d'infirmière (14 juin 1940)

4. HBIP, AS, n° 7800, lettre de Camille M. au procureur du roi (16 décembre 1948). Dans ce cas, le secret postal a été violé par le médecin, malgré le fait que la loi prévoit explicitement que les lettres envoyées à une autorité judiciaire ne peuvent pas être ouvertes.

« Malade entrée vers 20 h, assez propre de linge et de corps, présente plusieurs ecchymoses sur tout le corps principalement aux bras et aux jambes quelques égratignures ? au cou ; raconte qu'elle a déjà passé un séjour ici, dit qu'elle ne sait plus tenir son ménage alors se met à crier et que son mari se fâche, dit aussi avoir abandonné son enfant⁵. »

L'accent mis sur une déviance – réelle ou supposée – pose également la question de savoir si une telle explication est avancée par les infirmières ou les médecins. Dans les dossiers rédigés de tels arguments se retrouvent rarement. Une des explications les plus convaincantes de cette mise en avant d'une interprétation sociale est probablement à chercher dans le contexte général des hospitalisations forcées. Pour de nombreux patients, c'est la police qui, intervenant dans des conflits sociaux, détermine l'arrivée en psychiatrie. Quelques patientes s'inscrivent exclusivement dans le contexte de la déviation sociale. Carole S. est colloquée en juillet 1959 pour « dépression ». Cette gérante de 26 ans croit que l'*Institut* n'est peut-être pas l'institution la plus adaptée à son cas. « Dit que sa place n'est pas ici, qu'elle devrait être dans une maison de correction⁶. » Certes on peut se demander si Carole S. n'élabore pas, ce disant, une stratégie de sortie – de nombreux patients affirmant préférer être en prison qu'en asile. Cet argumentaire se retrouve en tout cas régulièrement dans les dossiers de patientes jusqu'aux années 1950. Cette inscription dans un contexte social permet également de réfuter le modèle médical imposé par la collocation en psychiatrie. Entre 1938 et 1955, Irene D. fait plusieurs séjours forcés à l'*Institut*. Née en 1905, cette ménagère bruxelloise qui entend des voix et a attiré l'attention par ses crises de violences, réfute le modèle médical qui lui est imposé par l'hospitalisation, aussi bien face au médecin qu'aux infirmières :

« Ancienne malade, assez propre de linge et de corps. Malade ne comprend pas pourquoi elle doit revenir ici, dit ne pas être malade que ce sont les personnes de son entourage qui ne sont pas bien⁷. »

Le lendemain, le médecin note :

« La malade se plaint de ce qu'il y a de continuelles disputes entre elle et sa fille qui a un caractère impossible... Le mari de la malade part travailler en Allemagne du lundi au samedi. Il ne gagne pas beaucoup, et ils envisagent de déménager⁸. »

Réfuter le modèle psychiatrique par une explication sociale permet de se libérer du stigmate attaché à la folie.

5. HBIP, AS, n° 3930, note d'infirmière (20 février 1940).

6. HBIP, AS, n° 9630, note d'infirmière (9 juillet 1952).

7. HBIP, AS, n° 7725, note d'infirmière (15 mars 1957).

8. HBIP, AS, n° 7725, rapport du médecin (16 mars 1957).

Les seuls hommes à avancer des argumentaires parfois similaires sont ceux qui ont commis des tentatives de suicide. Seth V. est un jeune homme de 21 ans qui s'est jeté dans le canal à Bruxelles un mois après la libération de la capitale belge, en octobre 1944. Lors de son premier entretien avec le psychiatre, il parle de problèmes dans son environnement familial. Mais très vite les notes d'infirmières racontent une autre histoire :

« Est anxieux – veut se disculper, engage la conversation avec ceux qui s'approchent de son lit, veut faire comprendre que c'est une erreur de l'avoir enfermé ici, qu'il n'a jamais travaillé avec les Allemands et qu'il n'est pas en défaut⁹. »

Certes, Seth V. n'établit pas un lien direct entre son séjour à l'*Institut* et son comportement comme le font les femmes citées ci-dessus. Néanmoins, indirectement une certaine réflexion entre un comportement jugé déplacé – et ailleurs nié par le patient – et la tentative de suicide est établie. Cette exception pour les suicidaires s'explique probablement par le statut spécifique de leur acte. Une telle tentative conduit presque automatiquement dans une institution psychiatrique. Elle est considérée comme un acte pathologique, souvent associé à la mélancolie/dépression, mais en même temps, beaucoup plus que pour les autres diagnostics, elle est localisée dans le contexte social par les patients et les psychiatres.

Autrement malade

Une autre manière d'accepter l'hospitalisation est de la placer dans un cadre moins stigmatisant en revendiquant une autre maladie. Michel M., représentant né au début du xx^e siècle, passera six fois à l'*Institut* pendant les années 1950. Assez revendicatif, il a fait parvenir un dossier médical assez volumineux à la postérité.

« Voudrait qu'on lui fasse des prises de sang, pour préciser ce qu'il a. Ne paraît pas admettre actuellement que ses malaises soient d'origine psychique. Regrette d'être entré¹⁰. »

Le recours à des outils d'investigation physique comme la prise de sang est pour le patient un moyen d'être rassuré, d'être traité comme un malade banal et pas comme un aliéné. Il n'est pas étonnant que ces demandes viennent régulièrement d'hommes qui semblent davantage admettre un dysfonctionnement « technique » de leur corps que des problèmes mentaux. Pour le médecin, les demandes de Michel M. sont le signe du refus de l'autocritique – même si la prise de sang est régulièrement utilisé à l'*Institut*. Tinne V. tient un discours similaire. Victime d'un accident de

9. HBIP, AS, n° 7230, note d'infirmière (14 octobre 1944).

10. HBIP, AS, n° 10290, rapport du médecin (28 août 1954).

circulation qui a provoqué des lésions cérébrales, cette Polonaise de 49 ans est hospitalisée à plusieurs reprises à la fin des années 1950.

« Parle spontanément. Difficultés de prononciation. Dit qu'elle a eu un accident de voiture il y a 10 ans. Insiste sur le fait qu'elle n'est pas folle et demande pour partir¹¹. »

Pour Tinne V., si l'accident de voiture a laissé des séquelles, celles-ci ne justifient pas un passage en psychiatrie qui équivaut pour elle à être considérée comme une « folle ». À partir des années 1960, une « nouvelle » maladie fait son entrée dans le récit des patients : les maladies cardio-vasculaires. Elles commencent à être perçues comme un problème pour la santé publique. L'électrocardiogramme devient un examen de routine. Les premières unités pour des personnes frappées par l'apoplexie sont établies dans les hôpitaux. Les journaux commencent à parler de la maladie managériale, d'infarctus, d'une nourriture trop grasse... Les maladies cardiaques sont donc sur toutes les lèvres dans les années 1960. Philippe M., un ouvrier de 35 ans et colloqué pour « idées de suicide », réfute le diagnostic de la folie :

« Depuis 3 semaines est à l'Hôpital St Pierre. Là, il a eu affaire à des infirmières dont il se vengera également plus tard. Elles soulevaient ses draps à tout moment, elles l'accusaient d'être agité, elles l'ont trompé en l'envoyant chez les fous ! Car lui, n'est pas fou. Il n'y a que son cœur qui ne va pas¹². »

Mais le stigmate lié à la maladie mentale, n'est pas la seule expérience difficile à gérer par les patients et contre laquelle ils essaient de trouver des stratégies discursives. Chez ceux qui ont déjà connu plusieurs séjours, la chronicité est particulièrement lourde à supporter et provoque des peurs plus existentielles. Entre 1954 et 1956, Karine O. ne fera pas moins de six séjours à l'*Institut*. Ses sorties sont chaque fois de très courte durée. Les psychiatres la soumettent à toute une batterie de tests physiques (sang, urine, EEG, ECG...) et psychologiques (test de Vermeylen et de Goldstein, séries numériques...). À côté d'une médication variée (barbituriques, neuroleptiques...), Karine O. participe également à une psychothérapie. Mais à aucun moment, un diagnostic clair n'est dégagé. Très vite Karine O. a l'impression de se trouver sur une voie de garage. Dès son troisième séjour, elle exprime sa peur de passer le reste de sa vie en asile :

« Durant l'examen physique la malade fond en larmes parce qu'elle craint qu'on ne trouve pas ce qu'elle a. »

En même temps, l'hôpital est pour Karine O. un espace protégé. Se dire « malade » permet de revendiquer cet abri :

11. HBIP, AS, n° 13860, note d'infirmière (4 juin 1958).

12. HBIP, NS, n° 2693, rapport du médecin (22 février 1966).

« Après la première entrevue avec M. le Prof. Vient à table en riant bruyamment. Peu après fut rappelée. Éclate en sanglot. Ne veut pas quitter l'hôpital, se veut encore malade¹³. »

Se dire malade comporte une importante restriction des droits. À côté de la stigmatisation sociale liée à la maladie mentale, d'autres tracasseries occupent les patients comme la perte de la personnalité juridique. D'où l'intérêt de trouver d'autres mots pour désigner les raisons du séjour en hôpital psychiatrique. Mill M. un officier à la retraite a peur de perdre la gestion de sa pension. Il qualifie la folie « d'idées baroques » (28 février 1954). D'autres patients ne s'insurgent pas contre le qualificatif de « fou », mais contre les conséquences que cela implique. Christian D. :

« Or, je suis peut-être fou je ne discute pas mais si je le suis il faudrait qu'on m'explique pourquoi la moitié de Bruxelles n'est pas avec moi reléguée au silence d'un hôpital psychiatrique. Les médecins, ici entre-autre Blocq [Bloch], essaient de me faire dire des choses que je ne peux même pas et voudraient que je peigne et dessine alors que la condition, sine qua non pour moi c'est la liberté d'expression¹⁴. »

Cet interné est issu des classes moyennes, ce qui constitue une exception par rapport à la grande majorité des patients à l'*Institut*. Son origine sociale explique les nombreuses lettres qu'il écrit et permet donc d'avoir un aperçu plus détaillé de ses opinions. S'il accepte le qualificatif de « fou », il conteste les pertes de liberté qui accompagnent ce label.

Terminologie psychiatrique

Pendant longtemps, les paroles des patients ne sont pas véritablement prises en considération. À partir des années 1950, le contexte familial et social devient plus important dans la conception médicale de la maladie mentale. L'engagement d'assistantes sociales qui travaillent surtout sur les contextes extérieurs dans lequel le patient vit, conduit également à une revalorisation de la parole de la population hospitalisée. Dans leur rapport, les assistantes sociales consacrent souvent une partie importante à la mise en récit du patient dans son histoire. Au même moment, les patients commencent, de leur côté, à utiliser de plus en plus dans les discussions avec les infirmières et les psychiatres des bribes d'explications médicales. Ceux qui connaissent des séjours multiples assimilent bien sûr au moins partiellement ce savoir¹⁵. Le phénomène existe par exemple au niveau de l'utilisation des médicaments, mais également au niveau du « dire » de la maladie. Jean-Michel C. passe plus de 1400 jours à l'*Institut* entre août 1948

13. HBIP, AS, n° 10547, notes d'infirmière (30 septembre et 17 novembre 1954).

14. HBIP, AS, n° 13515, lettre de Christian D. à un ami (23 juillet 1958).

15. Sur cette « adaptation » : Robert BARRETT, *La traite des fous : la construction sociale de la schizophrénie*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1998.

et octobre 1963 pour « manie ». Ce célibataire né en 1913 travaille comme représentant médical, ce qui explique déjà partiellement ses connaissances du vocabulaire médical. Mais ces multiples séjours l'habituent également aux termes psychiatriques.

« Je ne cesserai jamais ma logorrhée, ni ma graphorie. Je ne cesserai pas. J'ai pleinement conscience que vous vous foutez de moi. C'est assez. Je n'implore pas votre indulgence. Je réclame justice médicale¹⁶. »

« Ainsi vous connaissez mieux votre malade. Un grand refoulé d'ordre affectif!!! Maintenant assez parlé de moi¹⁷. »

« Je n'ai rien. Je ne suis pas plus malade que vous!... Je ne suis pas dans une crise maniaque. Je suis un maniaque. C'est tout. Un maniaque objectif et actif¹⁸. »

Jean-Michel C. utilise aussi bien des mots du langage courant – « grand refoulé » – que des termes plus techniques comme « logorrhée » ou « graphorie ». Il est intéressant de voir également sa redéfinition du caractère de la manie dont il revendique le caractère « vivable » en dehors des crises. Tout en reconnaissant en partie le diagnostic du médecin – dès le premier séjour « manie » – Jean-Michel C. le réinterprète et revendique la possibilité de pouvoir vivre avec ce trouble en dehors d'une institution psychiatrique. Mais ce représentant médical n'est pas le seul à apprendre et à utiliser le vocabulaire ad hoc. An S. entre pour la première fois en 1957 à l'*Institut*, après une dispute violente avec ses voisins. Par la suite, cette journaliste passe presque chaque année un mois en psychiatrie : elle est chaque fois amenée par la police à cause d'altercations dans la rue. Lors de son cinquième séjour en 1964, elle établit son propre diagnostic.

« Au point de vue médical la patiente se dit atteinte – hélas – de maladie de Parkinson, de cleptomanie, d'eau dans le ventre et dans la tête, de folie. Évidemment, elle ne connaît pas le sens des termes qu'elle emploie¹⁹. »

Cet auto-diagnostic qui présente un mélange de termes médicaux très généraux et d'autres termes plus spécifiques est « évidemment », pour reprendre un terme de son médecin, rejeté. Contrairement à Jean-Michel C., elle propose un autre diagnostic que celui du médecin – « délire de persécution » – mais de plus son assemblage conceptuel n'a guère de sens dans une logique médicale.

Un mot issu du vocabulaire médical revient régulièrement dès les années 1930 parmi les patients. L'attrait du terme est probablement lié à son caractère hybride : expression médicale, elle est également très com-

16. HBIP, AS, n° 7971, lettre de Jean-Michel C. au médecin (10 mai 1959).

17. HBIP, AS, n° 7971, lettre de Jean-Michel C. au médecin (24 mai 1959).

18. HBIP, AS, n° 7971, lettre de Jean-Michel C. au médecin (11 juin 1962).

19. HBIP, AS, n° 13500, rapport du médecin (30 mai 1964).

mune dans le langage courant. La fatigue nerveuse est un topo qui apparaît dès le xvii^e siècle. À la fin du xix^e siècle, l'urbanisation croissante contribue à une résurgence du thème : Joachim Radkau parle de l'ère de la nervosité pour l'Allemagne wilhelmienne, mais la métaphore est sans aucun doute valable pour l'Europe tout entière²⁰. Et dans les années 1950, la fatigue liée au travail attire l'attention de la médecine²¹. Il n'est donc guère étonnant que ce registre de mots et d'explications se retrouvent dans la bouche des patients. Dean V. est un ouvrier âgé de 58 ans et colloqué pour « hypochondrie » en 1953 : lors de son entrée à l'*Institut*, il explique à l'infirmière « qu'il souffre des nerfs²² ». Pascale L., une ménagère de 26 ans déjà rencontrée à plusieurs reprises, donne l'explication suivante aux infirmières lors de sa première collocation en mars 1950 :

« Semble totalement dépourvue d'énergie, répond lentement aux questions posées, dit avoir beaucoup travaillé, ce qui serait la cause de son état actuel²³. »

Valérie L. explique son hospitalisation dans des termes similaires. Après un premier séjour en service ouvert en novembre 1955 pour « dépression aggravée », elle est colloquée en janvier 1956 après un accident de moto de son fils qui a renforcé l'état dépressif.

« Raconte d'une voix triste qu'elle se sent fatiguée et triste ; elle fait remonter l'origine de son affection au début de la guerre, avec les privations et les bombardements, puis, la naissance de sa fille l'a beaucoup épuisée (1941) ; elle l'a nourrie pendant 13 mois. Actuellement, elle voudrait pouvoir guérir de sa fatigue. Elle met toute sa confiance en le D^r Bloch²⁴. »

À partir des années 1960, les patients emploient de plus en plus un vocabulaire psychologisant. Sarah B., une des rares universitaires parmi les patientes, se retrouve en printemps 1963 en section ouverte de l'*Institut*. Cette femme mariée de trente ans est diagnostiquée avec un « état dépressif » et déclare :

« Tout de go, entrer pour manque de confiance en soi et vu le manque d'intérêt qu'elle a pour ses enfants et plus généralement pour le manque d'intérêt qu'elle a pour tout. La P[atiente] rend ses parents responsables de cet état de chose²⁵. »

20. JOACHIM RADKAU, *Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler*, München, Hanser, 1998 et PETTERI PIETIKÄINEN, *Neurosis and modernity: the age of nervousness in Sweden*, Leiden, Brill, 2007.

21. JEAN-CHRISTOPHE COFFIN, « Le travail dans les services rend-il malade ? L'analyse du psychiatre Louis Le Guillant dans les années 1950-1960 », *Le Mouvement Social*, 211, avril-juin 2005, p. 67-81.

22. HBIP, AS, n° 8561, note d'infirmière (4 mai 1935).

23. HBIP, AS, n° 9301, note d'infirmière (20 mai 1950).

24. HBIP, AS, n° 11445, rapport du médecin (17 janvier 1956).

25. HBIP, NS, n° 2881, rapport du médecin (17 mars 1963).

« Manque de confiance » sont des mots qui apparaissent de plus en plus dans les explications des patients et reflètent la diffusion d'un vocabulaire issu de la psychologie, mais qui circule au-delà de ce champ psychologique. Les canaux de diffusion sont les médias (quotidiens, hebdomadaires, revues spécialisées...), mais également les manuels de vulgarisation sur le « bien être²⁶ ».

Brugmann est dès lors souvent considéré comme un lieu où on peut retrouver le calme nécessaire pour guérir les nerfs. Jakob V. fait plusieurs séjours à l'*Institut* dans la première moitié des années 1930. Ce représentant de commerce de 38 ans passe d'abord en consultation. Après avoir été diagnostiqué comme atteint de paralysie générale, il est interné une première fois en section ouverte (mai 1933) avant d'y retourner en septembre 1933, cette fois sous le régime de la collocation. Dans une lettre à sa femme il écrit : « car je suis ici pour me reposer²⁷ ». Pour d'autres patients également, l'*Institut* apparaît d'abord comme un refuge. Anne P., femme de ménage de 47 ans, souffre d'idées de persécution et est convaincue que sa famille veut la tuer. Dans un premier temps, au moins, la patiente espère trouver un abri.

« Malade entrée vers 14 h 30. Propre de linge et de corps. Répond aux questions. Dit qu'elle vient ici pour se guérir de la peur. À cause de la méchanceté qu'on lui a faite²⁸. »

Le cas d'Anne M. est similaire. Cette femme de 42 ans a l'impression de ne plus pouvoir « s'occuper de son ménage », malgré (ou à cause de) la médication (un neuroleptique puissant) qu'elle reçoit en ambulatoire pour maîtriser ses obsessions. Son séjour n'est pas lié à un diagnostic psychiatrique mais expliqué par sa grande fatigue :

« Désire s'isoler et garder le lit²⁹. »

Être malade implique être soumis à des thérapies. S'il y a transfert de mots pour dire la maladie, il y a également transfert de savoir thérapeutique. Gian Maria T. est en ce sens un cas très particulier. En juin 1936, il est une première fois colloqué à l'âge de 26 ans sur demande de sa famille. Alcoolique, il va devenir un patient très régulier. Parfois il est transféré dans d'autres établissements psychiatriques, parfois il peut rentrer à la maison et retrouve du travail. À partir des années 1950, il s'adresse volontairement à l'*Institut* lorsqu'il a l'impression de ne plus se maîtriser. Ainsi lors de son cinquième séjour :

26. Sur les ancêtres de ces méthodes : Hervé GUILLEMAIN, *La méthode Coué : histoire d'une pratique de guérison au XXe siècle*, Paris, Seuil, 2010.

27. HBIP, AS, n° 1348, lettre de Jakob V. à sa femme (21 mai 1933).

28. HBIP, AS, n° 9974, note d'infirmière (3 mai 1953).

29. HBIP, AS, n° 11940, note d'infirmière (23 juillet 1956).

« Il demande à être réinterné car il a peur de commettre des bêtises... vient ici pour se désintoxiquer. »

En 1954, il entre pour la septième fois à l'*Institut*; entretemps il a travaillé comme portier à Henri-Chapelle, hôpital psychiatrique dans les cantons de l'Est.

« Ce matin est nerveux, réclame une injection de glucose I. V. Craint un delirium. A reçu boissons sucrées. Se calme après³⁰. »

Gian Maria T. connaît à ce moment assez bien et son corps et le fonctionnement des thérapies pour pouvoir évaluer ses besoins. Comme ses séjours se sont toujours déroulés sans grande crise d'agitation, les infirmières qui le connaissent bien lui font confiance et réagissent directement à ses propositions.

Au fil du temps, le modèle explicatif médical auprès des patients devient de plus en plus important mais les comportements jugés socialement déviants restent un facteur explicatif éminent. Carole S. est colloquée en juillet 1952 suite à une tentative de suicide. Certes, cette femme de 27 ans qui travaille en tant que gérante affirme le premier jour « qu'elle n'est pas folle du tout » (7 juillet 1952). Mais le fait qu'elle soit « une mauvaise femme pour son mari » (28 juillet 1952) indique néanmoins, à ses yeux, qu'elle est malade. Dans un entretien avec le psychiatre, elle concède :

« Donnerait 50 ans de sa vie pour pouvoir rentrer chez elle guérie, mais n'ose plus croire que c'est possible. Sait qu'elle a très mal agi et que cela n'est pas pardonnable (T.S.)³¹. »

Les raisons de ce maintien du modèle social sont multiples. Cette explication n'établit pas de rupture avec le monde environnant. Il n'est donc pas exclusif. Deuxièmement, le comportement est moins anormal, car il fait partie d'une réalité quotidienne que beaucoup de personnes vivent. Finalement en refusant le côté pathologique, le médecin est en partie défait de l'autorité qu'il détient et exerce dans ce cadre.

Une des manières de contester cette légitimité est d'interroger la fonction guérissante de l'institution, ou pour inverser la proposition : souligner le côté pathogène des établissements psychiatriques. Dès les premières années de l'*Institut*, des patients mettent en cause la valeur thérapeutique de l'hôpital. Fabienne B. est colloquée en avril 1937 pour « délire de persécution ». Dès son entrée, elle s'insurge contre sa collocation :

« La malade ne voulait pas rester au lit, prétend qu'elle n'est pas malade ni folle. Raconte qu'elle s'est disputée avec les gens dans sa maison. »

30. HBIP, AS, n°4530, notes d'infirmière (17 juillet 1950 et 11 septembre 1954).

31. HBIP, AS, n°9630, notes d'infirmière (7 et 28 juillet 1950) et note du médecin (21 juillet 1952).

Et après une nuit très agitée :

« N'a pas dormi, dit qu'elle n'est pas malade, mais qu'elle le deviendra en voyant les autres malades³². »

25 ans plus tard, Emmanuel D. exprime le côté pathologique d'une manière encore plus directe. Ce cordonnier de Bruxelles de 37 ans reproche à l'*Institut* de le rendre « fou » et ceci dès son entrée :

« Malade entré sale. Malade était très calme et n'est pas fou, mais en restant ici il doit devenir fou. Malade boite. Se met calmement au lit³³. »

Les infirmières

Les façons de dire la maladie des patients sont relativement peu normées. Leur apprentissage se fait d'une manière complexe dont les cadres n'ont pu être retracés davantage ici. En ce qui concerne les infirmières, les choses se présentent bien sûr différemment. La situation de celles-ci à l'*Institut* est particulière au début des années 1930. D'une part, le personnel soignant est essentiellement composé de femmes ce qui est exceptionnel à l'époque, non seulement en Belgique, mais en Europe en général. D'autre part, ces femmes bénéficient d'une double formation, d'abord en tant qu'infirmière et ensuite, de plus en plus, comme infirmière spécialisée en « hygiène mentale ».

Cette formation conduit à un certain paradoxe : dès les années 1930, les infirmières peuvent se spécialiser en psychiatrie, formation qui ne devient possible pour les médecins qu'à partir des années 1960. Le cas belge – d'abord connaissances générales d'infirmière, puis spécialisation – est plutôt exceptionnel au niveau européen : en Grande-Bretagne, en Allemagne et aux Pays-Bas l'apprentissage à ce niveau se déroule dans les asiles psychiatriques, coupé de la formation des autres infirmières³⁴.

Comme pour les médecins, cette formation psychiatrique se pratique à l'intérieur du réseau brugmannien ; peu nombreuses sont les infirmières qui voyagent à l'étranger pour s'inspirer des modèles anglais, français ou allemand. Mais contrairement aux médecins, de nombreuses infirmières font leur apprentissage à l'extérieur du champ francophone laïque. En 1959, le titre « infirmière en hygiène mentale » est transformé en « infirmière psychiatrique ». Même si le contenu des cours de cet enseignement n'a pas été conservé, on peut supposer que ce changement de nom indique une plus grande médicalisation de la compréhension du métier.

32. HBIP, AS, n° 5400, notes d'infirmière (24 et 25 avril 1950).

33. HBIP, NS, n° 1440, notes d'infirmière (28 décembre 1961).

34. Marijke GIJSWIJT-HOFSTRA et Harry OOSTERHUIS, « Introduction. Comparing National Cultures of Psychiatry », in Marijke GIJSWIJT-HOFSTRA, Harry OOSTERHUIS et Hugh FREEMAN (éd.), *Psychiatric Cultures Compared: Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005, p. 23.

Les revues et manuels (inter)nationaux qui s'adressent directement au personnel soignant psychiatrique livrent un premier cadre référentiel. Pendant les trente ans qui précèdent la création de l'*Institut*, la conception même du personnel non médical en psychiatrie change fondamentalement. À la fin du XIX^e siècle, le personnel soignant psychiatrique est le plus souvent encore appelé « gardiens ». Ce sont des hommes sans formation particulière. Il y a certes déjà des voix qui exigent que ces gardiens soient obligés de faire preuve d'un « certain tact pour les [patients] rendre inoffensifs, et en se dévouant totalement pour les soins physiques que réclame leur état³⁵ ». Mais la priorité est sans aucun doute le gardiennage et non pas les soins. Vers 1930, le terme « infirmière » commence à percer et avec lui la connotation de soins inhérents à cette nouvelle dénomination. À l'*Institut*, à ce moment, il n'y a plus que quatre hommes qui portent encore le titre de « gardien ». Dans d'autres structures asilaires en Belgique et en Europe, la place des gardiens est certes encore prépondérante, mais la nécessité d'avoir un personnel infirmier commence à s'imposer. Le savoir nécessaire de ce personnel reste néanmoins peu défini. En ce qui concerne les revues psychiatriques ou d'infirmières belges, les articles se consacrant à cette thématique sont extrêmement rares. Le fait que la question n'est pas jugée très importante ressort également de la quasi absence de manuels francophones³⁶. Pendant longtemps, seuls deux ouvrages existent sur le marché : le Mignot et le Morgenthaler. Le premier est publié par Roger Mignot, médecin en chef à Charenton et connaît jusqu'en 1959 cinq éditions³⁷. Le deuxième est un ouvrage écrit en 1930 par Walter Morgenthaler, à ce moment médecin à Berne (Suisse), ouvrage qui est traduit en français la même année par un collègue genevois, Oscar-Louis Forel. L'ouvrage connaît plusieurs éditions et se trouve dans de nombreuses bibliothèques belges, ce qui indique une certaine utilisation. Ces manuels comportent deux parties : la première est une version simplifiée des manuels de psychiatrie : les principaux concepts psychiatriques y sont présentés. À part le langage utilisé, cette partie ne se distingue pas d'un manuel de psychiatrie classique. Par contre une attention particulière est consacrée à « l'homme sain » pour reprendre le titre de la première partie du manuel Morgenthaler/Forel, montrant le rôle de prévention qui est dévolu à l'infirmière. La deuxième partie est plus particulièrement adaptée aux soins infirmiers en psychiatrie. Dans le Morgenthaler publié une première fois en 1930, l'idée centrale est celle de

35. Jules MOREL, « L'enseignement professionnel des gardiens dans les asiles d'aliénés », *Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique*, 74, 1894, p. 472-482.

36. Dans les manuels généralistes la psychiatrie n'apparaît guère. Ont été consultés CROIX-ROUGE FRANÇAISE, *Manuel de l'infirmière-hospitalière*, 13^e éd., Paris, Masson, 1940., DECKX, FIERENS, GEVAERTS, NUIJENS, VAN DE PERRE, VAN HUFFELEN et HENDRIX, *Manuel de l'infirmière*, 2^e éd., Anvers, Kiliaan, 1919.

37. Roger MIGNOT et Ludovic MARCHAND, *Manuel technique de l'infirmier des établissements d'aliénés*, Paris, Gaston Doin, 1912.

la réhabilitation possible dans laquelle l'infirmière joue un rôle important par les soins et l'attention qu'elle dispense. Un alinéa affirme :

« Les malades mentaux aussi bien que les malades nerveux sont susceptibles d'éducation. Autrefois, on se bornait à attendre et à patienter. De nos jours, on a acquis la conviction que le malade psychique bénéficie d'une rééducation prudente et rigoureusement individuelle³⁸. »

D'autre part, une attention particulière est portée au contrôle de l'agitation. Ainsi dans le manuel Morgenthaler/Forel, onze photos sont consacrées à des techniques d'« immobilisation » et de « transport » de malades agités.

À partir des années 1960, la réflexion sur la place de l'infirmière en psychiatrie change radicalement. Dans les réformes des institutions souhaitées à partir des années 1950, le rôle de l'infirmière devient central. L'Organisation Mondiale de la Santé lance plusieurs projets. En 1956, un comité d'experts des soins infirmiers psychiatriques rend un premier rapport³⁹. En France, le psychiatre Roger Gentis, un des précurseurs de la psychothérapie institutionnelle, lance la Bibliothèque de l'Infirmier Psychiatrique dans la seconde moitié des années 1960. En Belgique, également, les choses commencent à bouger dès les années 1950. Si les *Acta* restent fermées à toute réflexion sur le sujet – témoignant du peu d'intérêt de la psychiatrie classique pour ces questions – d'autres publications sont plus ouvertes⁴⁰. Ainsi le Bulletin de l'Association Catholique d'Hygiène Mentale, créée en 1953, n'est pas spécialement conçu pour les infirmières psychiatriques, mais son contenu laisse néanmoins supposer qu'il est principalement lu par celles-ci. Les revues spécifiquement corporatives s'ouvrent également davantage à la psychiatrie que ce soit *Nursing*, la revue hospitalière et médico-sociale des infirmières catholiques, ou *L'Infirmière*, l'organe de la Fédération nationale des infirmières belges. L'élément commun à cette reformulation est le poids attribué au rôle social joué par l'infirmière. Les années 1950 et 1960 correspondent en effet à un moment où des théories non biologiques et non médicales connaissent une apogée en ce domaine : que ce soient la psychanalyse, la psychiatrie sociale, la communauté thérapeutique... Toutes soulignent l'importance d'une approche holistique du processus thérapeutique. Dans cette optique, il n'est guère étonnant que le rôle du personnel soignant en tant qu'acteur social soit

38. Walter MORGENTHALER et Oscar-Louis FOREL, *Manuel de psychiatrie à l'usage du personnel infirmier*, 2^e éd., Berne, Éditions Hans Huber, 1940, p. 89.

39. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Comité d'experts des Soins infirmiers psychiatriques, premier rapport*, Genève, coll. « Série de Rapports techniques », n° 105, 1956.

40. Dans ce cadre il faut mentionner la revue *Ziekenverpleging*. Elle a été créée en 1924 par les frères de la Charité et s'adresse directement au personnel soignant de cette confrérie qui gère à ce moment plus d'un tiers des lits psychiatriques en Belgique. La revue qui change de nom en 1956 (*Psychiatrie en Verpleging*) est rédigée par des médecins et des infirmiers et comporte des articles très variés, allant de la spiritualité à la description détaillée du fonctionnement des neuroleptiques.

valorisé. Le cadre théorique de dire la maladie semble donc connaître un changement important au milieu du xx^e siècle. Qu'en est-il des infirmières de l'*Institut*?

Une analyse des mots qu'elles utilisent dans leurs rapports permet d'aborder une partie de leur univers sémiologique. Première interrogation : comment qualifier les personnes qu'elles sont censées garder et soigner ? En ce qui concerne l'*Institut*, pendant toute la période envisagée, des années 1930 jusqu'à la fin des années 1970, les internés sont ou bien désignés par leur nom de famille ou bien notés comme « malades ». Comme le rappelle l'écrivain Bazin, lui-même un ancien interné, en 1959 être intitulé « malade » représente déjà une certaine victoire face à « aliéné », « fou » ou « détraqué⁴¹ ». Mais par rapport à la situation du monde anglophone, on observe une autre chronologie. Dans les années 1950, le mot « malade » y a été remplacé par « patient », abandonné à la fin des années 1970 en faveur de « client⁴² ». Jusqu'aux dernières décennies du xx^e siècle, les internés sont donc en Belgique considérés essentiellement comme des malades par les infirmières⁴³. Les médecins changent eux aussi de terminologie. Jusqu'aux années 1960, ils utilisent comme les infirmières le terme « malade », mais à partir des années 1970 ils recourent de plus en plus souvent au mot « patient ».

La principale caractéristique des annotations d'infirmières est leur intérêt prononcé pour le quotidien. Même s'il est difficile d'assurer l'exemplarité de l'observation présentée ci-dessus vu les centaines de notes retrouvées dans les dossiers médicaux, elle peut néanmoins être considérée comme typique :

« Dans la matinée, la malade était somnolente, ne répondait pas au docteur. Vers le soir, chantait de nouveau sans cesse. Mise au bain pour quelques heures⁴⁴. »

Les étapes importantes de la journée – matin, soir – rythment le récit. Les quatre événements y relevés – sommeil, absence de réponse, chant, mise au bain – sont tous liés à la (non)-agitation et permettent aux infirmières qui reprennent le service de se faire une idée sur les problèmes d'ordre que le patient risque de présenter. Avant d'aborder les changements constatés au fil du temps, il faut souligner une constante pendant les 50 ans d'observation : la place centrale des adjectifs qui permettent d'exprimer le degré

41. Hervé BAZIN, « Les aliénés ne sont pas des fous, mais des malades », *L'Infirmière*, 38-3, juin 1960, p. 12-14.

42. Les revues belges citées ci-dessus continuent de parler de « malades » jusqu'aux années 1970. B. MARK, « From "lunatic" to "client": 300 years of psychiatric patienthood », *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*, mars 1980, p. 32-36.

43. Ceci ne concerne d'ailleurs pas seulement les malades mentaux. En se basant sur un dépouillement de *L'Infirmière*, le mot « patient » ne commence à apparaître que dans les années 1970. Il devient courant dans les années 1980.

44. HBIP, AS, n° 3645, note d'infirmière (14 mai 1936).

d'agitation et l'état de propreté des intéressés. La première préoccupation des infirmières tourne autour de ces deux questions. En ce qui concerne l'agitation – un des symptômes importants pour le diagnostic – les descriptions des infirmières ne font guère appel au vocabulaire médical. « Calme », « tranquille », « raisonnable » s'opposent à « réticent », « méfiante », « fâché », « agité », « agressif », « grossière », « vulgaire », « larmoyant », « geignant », « incohérent » ou « nerveux ». Pour décrire l'agitation, leur vocabulaire est extrêmement riche. Ce sont ces comportements qui attirent essentiellement l'attention, ce sont ces comportements qui nécessitent une intervention du personnel soignant, ce sont ces comportements qui sont considérés comme dangereux. Les mots choisis expriment aussi bien des attitudes corporelles, des bruits émis que l'aspect plus général de la personnalité. Dans les années 1930 et 1940, un comportement inhabituel est fréquemment qualifié de « bizarre », mot qui disparaît par la suite. Décrire cette (non-) agitation se fait avec des mots qui sont souvent choisis d'après le genre du patient. Les hommes sont rarement qualifiés de « polis », « théâtraux », « jolis » (!) ou « gentils » (sauf pour des patients âgés), les femmes rarement d'« impertinentes » ou de « hargneuses ». À partir des années 1950, d'autres termes apparaissent comme « dépourvu d'énergie » qui indiquent l'apparition de nouvelles qualifications de maladies, traduites désormais dans un vocabulaire d'infirmières. Avec la multiplication des personnes qualifiées de « dépressives », le manque « d'énergie » devient également un descriptif infirmier récurrent. Ce qualificatif indique également un changement dans l'approche. Si jusqu'à ce moment, le critère essentiel pour l'infirmière est le « calme », cette attitude est de moins en moins connotée positivement. Avec l'intégration progressive du patient dans le processus de « guérison », celui-ci doit faire preuve, à partir des années 1950, d'une certaine activité. L'action calmante des neuroleptiques saluée au début pose rapidement problème : elle permet souvent une psychothérapie en maîtrisant l'agitation, mais elle peut également l'empêcher par sa sédation trop importante. Le patient est alors tellement « assommé » qu'il devient de nouveau inaccessible.

L'autre critère important pour les infirmières est la tenue de l'entrant essentiellement saisie à travers deux mots, « propre » et « sale ». Contrairement à la terminologie qui qualifiait l'agitation, le vocabulaire ici se révèle très réduit. Dénudé de toute inventivité, il semble être reproduit de rapport en rapport. Cette classification est une des premières à se faire dès que le patient entre dans la salle. Si toutes les remarques d'infirmières commencent par ce constat dans les années 1930 et 1940, cette préoccupation devient moins centrale à partir des années 1950. Dans les années 1970, on ne trouve plus de dossiers où le souci hygiéniste est encore explicitement mentionné, sauf en cas d'extrême négligence.

À côté de ces deux préoccupations – agitation et propreté – les infirmières écrivent peu. Ainsi le vocabulaire médical est quasi absent des notes

pendant les trente premières années de l'*Institut*. S'il apparaît, il ne s'agit pas d'un vocabulaire spécifique à la psychiatrie, mais il décrit plutôt des pratiques qui font partie des compétences infirmières en général : « Lavement évacuant », « pouls faible », « injection de glucose I[ntra]V[eineuse] », « ponction lombaire »... Les infirmières ne retrouvent une certaine technicité dans le vocabulaire qu'au moment où elles quittent la psychiatrie. Plus que pour les docteurs, la folie semble échapper au cadre médical dans leur cas.

Ce constat général connaît deux exceptions : la première est thématique, la deuxième chronologique. Deux sujets sont, au moins partiellement, énoncés assez rapidement avec un vocabulaire psychiatrique. Le premier concerne les alcooliques. Leur inscription dans la psychiatrie pose problème dès le début, mais ils constituent une population importante en nombre et souvent chronique (séjours courts mais nombreux). Si dans un premier temps, les infirmières en parlent comme des autres patients, elles commencent à utiliser, à partir des années 1950, un vocabulaire plus proche de celui des médecins. Elles parlent ainsi plutôt d'éthylisme que d'alcoolisme. L'antabuse, un médicament qui provoque une sensation de dégoût à l'absorption d'alcool, est plus que toutes les autres thérapies commenté et considéré comme faisant partie de leur travail. Les raisons de cette première exception sont difficiles à déterminer. Une hypothèse plausible est le caractère moins médicalisé du diagnostic d'éthylisme. En effet, le combat contre l'alcool se déroule dans un champ plus large que celui de la seule psychiatrie. Étant un des champs de bataille de l'hygiène mentale où les infirmières sont bien représentées, l'éthylisme est inscrit dans des débats sociétaux très larges qui ne concernent pas seulement les médecins. D'autre part, l'alcoolisme est beaucoup moins associé à la folie que d'autres maladies. Les infirmières peuvent au moins partiellement appréhender la thématique parce qu'elle n'est pas monopolisée par les médecins⁴⁵.

La deuxième exception concerne les hallucinations. En effet, le seul vocable clairement psychiatrique et qui apparaît dans les notes d'infirmières dès 1931 est celui d'« hallucination ». Mot utilisé en français depuis le XVII^e siècle, il est de plus en plus utilisé dans le langage courant à partir du XIX^e siècle. Bruno B., un terrassier de 60 ans, est colloqué en février 1933 pour « état d'exaltation manifeste ». Et dès la première heure, l'infirmière de service explique son agitation par ses hallucinations :

« Le malade semblait fortement halluciné (voyait des agents qui venaient pour le tuer etc), après s'être caché sous ses couvertures n'a fait qu'un bond au milieu de la salle et voulait se défendre criait et gesticulait – mis au bain⁴⁶. »

45. Il s'agit d'ailleurs d'un sujet qui revient régulièrement dans les revues généralistes pour les infirmières contrairement à d'autres sujets psychiatriques.

46. HBIP, NS, n° 1230, note d'infirmière (4 février 1933).

Comme le mot « schizophrénie » est devenu aujourd'hui un mot du langage quotidien – même s'il existe une forte dissonance entre son sens commun et celui de la médecine – le terme « hallucination » a rapidement intégré le vocabulaire de Monsieur Tout-le-monde. Son utilisation par les infirmières est donc peu surprenante.

À côté de ces deux exceptions thématiques, on observe également une évolution dans le temps. À partir du milieu des années 1950, le vocabulaire infirmier se distingue certes encore de celui, plus théorique, des médecins, mais il s'enrichit de termes plus techniques. Ce changement coïncide avec la transformation de l'« infirmière en hygiène mentale » en « infirmière psychiatrique ». D'autre part, elles intègrent également quelques bases du discours psychologisant. Les médecins qui assurent leur formation y accordent d'ailleurs une attention grandissante⁴⁷. Ingrid L., une tailleuse de 38 ans, est colloquée en 1954 pour « paranoïa » ce qui pose dans ce cas de nombreux problèmes dans la salle. On peut lire :

« Est inquiète, écoute les conversations des autres, répond de travers aux malades croit que celles-ci veulent se disputer avec elle, très interprétative⁴⁸. »

À partir des années 1960, leurs notes commencent également à apporter une attention plus particulière aux contacts que les patients établissent entre eux. Ainsi dans le dossier de Clara K., âgée de 66 ans et colloquée pour « état dépressif anxieux », l'absence de communication est le thème central des observations du personnel soignant :

« Passe la journée au réfectoire. Inactive, aucun contact. »
 « Parle très peu – au réfectoire. »
 « Toute la journée au réfectoire, parle très peu⁴⁹. »

Le deuxième changement qui intervient est l'utilisation plus fréquente – sans être systématique – de termes médicaux et/ou psychiatriques. Une certaine médicalisation de la profession commence à se mettre en place. Comme dans l'ensemble du monde occidental, en Belgique, l'infirmière psychiatrique commence à jouer un rôle plus central dans ce monde⁵⁰. Mais la part d'un nouveau vocabulaire médical reste toute relative : au moins jusqu'à la fin des années 1970 le degré d'agitation reste un critère essentiel pour juger un patient. Malgré une formation spécifique, la plupart des infirmières restent assez imperméables à un savoir technique. Leur savoir est plutôt une compétence de gestion de la sociabilité quotidienne d'un groupe

47. Paul SIVADON, « Fondements psychologiques de l'attitude de l'infirmière à l'égard du malade », *L'Infirmière*, 38-2, avril 1960, p. 4-9.

48. HBIP, AS, n° 10500, note d'infirmière (22 mars 1954). Je souligne.

49. HBIP, NS, n° 4808, note d'infirmière (15, 16 et 17 octobre 1963).

50. Cf. par exemple les nombreux articles consacrés à la santé mentale dans la revue *L'Infirmière* en 1960 dans le cadre de l'année mondiale de la santé mentale, décrétée par l'Organisation Mondiale de la Santé.

de personnes. Ce « savoir indéterminé⁵¹ » acquis par la pratique n'est bien sûr guère articulé dans le savoir professionnel, mais semble jouer un rôle prépondérant.

Les mots utilisés indiquent l'importance primordiale accordée à la fonction disciplinaire et moralisatrice de la pratique infirmière en psychiatrie. Cette attention particulière pour l'agitation et la propreté n'est pas sans importance. En effet, le quotidien psychiatrique est largement déterminé par les « femmes en blanc » qui sont les seules à avoir un contact quotidien et régulier avec les patients. Leurs mots sont donc particulièrement révélateurs du vécu psychiatrique des patients. Ils expriment plus que les manuels les dispositifs auxquels sont confrontés les patients. Cette hypothèse permet également de réinterroger les chronologies qui rythment le récit historique de la psychiatrie. Ainsi les volontés réformistes qui animent quelques médecins dès les années 1950 ne semblent pas avoir trouvé d'écho immédiat dans le rang du personnel soignant. Au contraire, une certaine résistance est palpable.

Les psychiatres

Les psychiatres sont engagés tout au long du xx^e siècle dans une course pour la reconnaissance par leurs confrères du caractère médical et de la scientificité de leur profession. Pendant longtemps cet effort semble vain : l'hétérogénéité de la maladie, l'absence de traitements clairement définis, la difficulté de mesurer les résultats des thérapies... ne sont que quelques uns des obstacles. Vu leur formation, les psychiatres disposent néanmoins d'outils pour créer au moins partiellement l'illusion d'un univers médical « banal », notamment à travers l'examen physique.

Les patients qui arrivent à l'*Institut* sont systématiquement soumis à un examen médical physique très détaillé qui se décline avec une étonnante stabilité dans le temps autour de quatre points : tête (yeux, bouche...), thorax (cœurs, poumons, seins), abdomen, membres (surtout les réflexes). Dès les premières années d'existence de l'*Institut*, on procède également d'une manière presque systématique à des analyses de sang et d'urine. Ces investigations sont facilitées par l'inscription dans un hôpital général à vocation universitaire. Or ces tests, surtout les derniers, n'ont pas de lien particulier avec la pathologie des patients. La plupart des diagnostics psychiatriques établis à ce moment ne découlent pas des données physiques qui ne sont pas nécessaires pour déterminer la catégorie nosologique, mais qui servent surtout à créer un air de précision scientifique à l'intérieur de la psychiatrie. Dire la folie au xx^e siècle est donc également l'inscrire dans un cadre médical très classique.

51. R. BARRETT, *La Traite Des Fous...*, op. cit., p. 63.

Certes une grande liberté existera tout au long du xx^e siècle pour dire la maladie mentale ce qui explique l'importante hétérogénéité des modèles retrouvés à l'intérieur de l'*Institut*. Néanmoins, surtout à partir des années 1950 un modèle plus ou moins cohérent se propage qui prône une prise en compte globale du patient à trois niveaux : psychologique, biologique et social⁵² dont le long rapport cité ci-dessous est l'exemple-type :

« Interrogatoire : Il s'agit d'une malade de 42 ans. Elle signale avoir eu une enfance et une adolescence malheureuse : elle a vécu entre une mère acariâtre et autoritaire, qui n'a jamais pu la supporter, et un père faible, n'osant pas prendre le parti de sa fille par crainte de s'attirer les foudres de son épouse. Elle a deux frères qui ont toujours occupé, par rapport à elle, une situation privilégiée : ils étaient les préférés de la mère, surtout le cadet sur lequel elle semblait reporter tout son potentiel affectif. Scolarité : Études primaires jusqu'à 14 ans. La patiente était une élève moyenne. Après 14 ans, elle est restée un an à la maison, aidant sa mère dans le ménage. Puis, elle a travaillé comme piqueuse en bonneterie. Elle a exercé ce métier jusqu'en 1951. Vers l'âge de 23-24 ans, elle a fait la connaissance d'un homme marié en instance de divorce, qui devint son ami et envisagea même d'épouser la patiente. Il existait entre eux une bonne entente physique et psychologique, mais la malade devenue frigide après son hystérectomie, estima qu'il était de son devoir de rompre ses fiançailles d'autant plus qu'elle ne supportait plus du tout le moindre contact physique avec cet homme. Depuis lors, la malade n'a plus eu d'aventures sentimentales. Le début de l'affection remonte, prétend-elle, au début de 1940-41. À cette époque, elle se plaignait de douleurs dans la région lombaire mais celles-ci n'avaient pas encore atteint son moral et elles ne l'empêchaient pas de travailler. En 1951, elle subit une hystérectomie totale pour fibrome après un traitement radio-thérapeutique. C'est à partir de ce moment là que l'état de la malade s'aggrave sérieusement. Après l'intervention, la malade note :

– Un changement de caractère : la patiente devient déprimée, aigrie, désillusionnée. Elle pleure fréquemment. Elle attribue cet état dépressif à l'apparition de sa frigidité qui entraîne rapidement la rupture de ses fiançailles. Malgré toute l'affection qu'elle portait à son fiancé, elle éprouve un dégoût profond pour tous rapports sexuels.

Apparition d'une fatigabilité marquée : la malade se sent beaucoup moins résistante à la fatigue que précédemment...

Elle attribue actuellement sa dépression beaucoup plus à l'existence de ses douleurs dorsales qu'elle considère comme incurables parce qu'elle a déjà subi de multiples traitements physiothérapiques, qu'à ses problèmes

52. On n'est plus tellement loin du modèle bio-psycho-social développé par Engel (G. L. ENGEL, "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine", *Science*, 196, 1977, p. 129-136.) à la fin des années 1970 et qui est dominant aujourd'hui dans la prise en charge des patients dans la plupart des hôpitaux psychiatriques. Une des différences centrales est néanmoins la place plutôt modeste qu'occupe la biologie dans les années 1950 et 1960. Pour une critique du modèle bio-psycho-social : R. BARRETT, *La Traite Des Fous...*, op. cit., p. 260-271.

familiaux, sentimentaux et ? Examen psychiatrique: Quelle que soit la réalité organique des douleurs lombo-sacrées [...] la malade a une attitude nettement hypocondriaque à l'égard de sa symptomatologie. Elle paraît persuadée qu'aucun des multiples examens qu'elle a subis jusqu'ici n'a permis aux médecins de poser un diagnostic précis de son affection et que, par conséquent, elle restera incurable... En salle, elle a une attitude modérément déprimée mais cet état dépressif, sans se rapprocher d'un état mélancolique qui justifierait de la sismothérapie, paraît, dans son esprit, étroitement et définitivement lié à la présence de ses douleurs dorsales... Le genre de vie actuelle de la malade nous permet de conclure à l'existence de tendances schizoïdes nettes (absence totale de relations sociales ou amicales, tendances à l'isolement). Aux tests de personnalité (M.M.P.I.⁵³) la malade présente des scores pathologiquement élevés pour les traits de personnalité suivants: hypocondrie, dépression, hystérie, psychasthénie, schizoïdie et introversion. Ceci ne fait, bien entendu, que confirmer les données psychiatriques cliniques, mais il est peut-être intéressant de noter que ces scores apparaissent au test comme beaucoup plus élevés, et par conséquent beaucoup plus pathologiques, qu'on ne pouvait douter par l'examen clinique [...] Conclusions Le bilan psychiatrique de la malade a déjà été énuméré plus haut et consiste essentiellement en: hypocondrie, dépression, schizoïdie avec exploitation névrotique d'une symptomatologie organique réelle. Présence d'une discrète dysrythmie cérébrale méritant un essai de thérapeutique par des anti-comitiaux. Pronostic Si on se fie à l'importance des troubles de la personnalité tels qu'ils apparaissent au MMPI et étant donné que toute la symptomatologie psycho-pathologique a pu s'asseoir à l'existence d'une arthrite sacro-iliaque le pronostic doit être considéré comme nettement défavorable. Néanmoins, les problèmes de cette malade n'ayant jamais été abordés dans leur ensemble, nous avons envisagé de faire un essai de traitement psychothérapique combiné à des traitements médicamenteux et physiothérapiques⁵⁴. »

De tels rapports détaillés sont certes plutôt rares dans les dossiers médicaux. Le manque de temps, des idéologies psychiatriques divergentes – ici une importance primordiale accordée à la famille –, la négligence dans la tenue du dossier sont autant d'explications pour des dossiers normalement moins fournis. Mais le rapport montre néanmoins les potentialités dont dispose un psychiatre à partir des années 1950 pour dire la folie, lui donner un sens, la mettre en récit. Il illustre également les nombreux outils auxiliaires (tests psychologiques...) qu'emploie le psychiatre à côté de l'entretien classique, tests qui vont connaître une extension dans les années à venir.

La formation universitaire des psychiatres offre une première matrice où les futurs médecins apprennent à dire la maladie. Ils y restent longtemps

53. Le *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* est un test psychologique inventé dans les années 1930 aux États-Unis.

54. HBIP, NS, n° 11820, rapport de sortie (28 août 1956).

dépourvus de « mots académiques » pour dire la folie. L'Université libre de Bruxelles qui sera la principale si pas l'unique pépinière de l'*Institut* fournit seulement un enseignement limité de la psychiatrie. Une première vague de spécialisations affecte l'Europe à la fin du XIX^e siècle. Mais ce processus touche essentiellement les chaires universitaires et non pas tellement l'enseignement en tant que tel. Si dans d'autres pays comme les Pays-Bas, l'université commence à former des psychiatres dès l'entre-deux-guerres, en Belgique ce n'est que dans les années 1960 qu'un tel enseignement est offert sans être harmonisé⁵⁵. En 1967, à l'université de Liège, le diplôme de médecin-spécialiste en psychiatrie est acquis en quatre ans ; à l'Université catholique de Louvain il n'existe pas encore⁵⁶.

Les premiers médecins engagés à l'*Institut* ont donc suivi le cursus général d'Auguste Ley qui avait une formation à la fois de psychiatre et de psychologue⁵⁷. Au fil des décennies, les heures consacrées à la psychiatrie deviennent plus nombreuses ; elles restent néanmoins limitées. En 1949, l'enseignement est composé d'un cours de psychologie pendant la candidature et de deux cours, un intitulé « Psychiatrie », l'autre « Clinique de psychiatrie » pendant le doctorat. À l'Université libre de Bruxelles ce n'est qu'en 1962 qu'un « enseignement complémentaire » en psychiatrie est initié, cette discipline étant d'ailleurs une des dernières spécialisations introduites, dans un processus qui commence à l'ULB en 1955 pour les autres disciplines médicales. S'il y a donc un savoir spécialisé qui s'instaure, celui-ci reste particulièrement peu standardisé : ce qui fait un bon enseignement dans cette branche reste largement débattu et les programmes diffèrent entre universités. Cette absence de normalisation contribue à la difficile consolidation du champ⁵⁸.

Néanmoins, la « licence spéciale en psychiatrie » devient rapidement un passage obligé pour être engagé à l'*Institut*. Plusieurs praticiens qui y travaillent déjà rattrapent la formation. À côté de cet enseignement médical spécialisé, de plus en plus de psychiatres à l'*Institut* recourent à d'autres savoirs pour appréhender la maladie mentale : ils suivent des formations supplémentaires en psychologie ou en sciences sociales.

Contrairement au programme des infirmières, le contenu de cette formation théorique est au moins partiellement connu. Certes la plupart des syllabi des premières décennies de la période étudiée n'ont pas été conservés, mais à partir des années 1950 le contenu des cours peut être

55. George WEISZ, *Divide and conquer a comparative history of medical specialization*, Oxford, OUP, 2006 and Ruud ABMA et Ido WEIJERS, *Met Gezag en Deskundigheid*, Amsterdam, Uitgeverij SWP, 2005, p. 93-112.

56. Jean BOBON et Maurice DONGIER, « La formation des psychiatres en Belgique. Perspective européenne », *L'Évolution Psychiatrique*, 32-2, 1967, p. 337-345.

57. Z. GLORIEUX, « La psychiatrie et l'assistance aux malades mentaux (1830-1930) », *Le Scalpel*, 84, juin 1931, p. 123-145.

58. Stefan TIMMERMANS et Marc BERG, *The gold standard: the challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*, Philadelphia, Temple University Press, 2003, p. 35.

investigué. Les définitions successives de la discipline au début des cours permettent d'avoir une première impression des changements qui interviennent.

« La psychiatrie est la discipline médicale qui a pour objet les états et les réactions psycho-pathologiques et le traitement de ceux-ci⁵⁹. »

C'est avec cette définition que René Nyssen, professeur de psychiatrie à l'Université libre de Bruxelles, commence son cours dans les années 1950. Le premier élément important est l'inscription très nette dans la discipline médicale, inscription qui, et je l'ai déjà souligné à plusieurs reprises, pose problème tout au long de ce xx^e siècle. Deuxième élément, la psychiatrie s'occupe des pathologies psychologiques. Le traitement de ces dernières est explicitement prévu. Non pas « consoler et classer⁶⁰ » mais classer et traiter : telle est en tout cas l'image que René Nyssen se fait de sa spécialité.

Quelques années plus tard, Paul Sivadon, son successeur à la chaire de psychiatrie, propose en 1960 la définition suivante.

« La Psychiatrie est une discipline médicale qui a pour objet la pathologie et la personnalité au niveau des fonctions mentales et le traitement des troubles de ces fonctions⁶¹. »

La définition de Sivadon est beaucoup plus large. Avec le concept de « personnalité » ; il étend le champ d'investigation du psychiatre qui s'intéresse dès lors non seulement à la maladie, à la pathologie qui est épisodique, mais également à des éléments plus durables. Cette extension sémiologique est certes liée à la personne de Paul Sivadon qui plaide pour une prise en compte plus complète des patients. Mais il s'agit d'un phénomène plus global au début des années 1960. Cette décennie connaît d'une manière plus générale une extension des domaines d'intervention de la psychiatrie. Ce glissement permet d'expliquer la maladie par des traits sous-jacents et plus durables. La folie n'est pas perçue comme ayant une cause extérieure – le modèle explicatif des autres maladies – mais est déjà inscrite dans la personne même. Le rapport de sortie de Victor F. permet d'illustrer cet argumentaire. Colloqué pour éthyliisme en avril 1973, ce facteur de 28 ans est décrit comme suit, ce qui permet au médecin de passer bien au-delà de la pathologie pour laquelle il a été interné :

« Fils unique, issu d'une famille moyenne. Mère surprotectrice, père assez mou, plus ou moins réjeteur. A commencé à travailler comme facteur

59. Ce syllabus date de 1960 mais vu son caractère daté, notamment en ce qui concerne les traitements – les neuroleptiques n'apparaissent pas du tout – on peut supposer qu'il a été écrit au début des années 1950 et que l'auteur l'a fait imprimer chaque année sans en renouveler le contenu. René NYSSSEN, « Notes prises au cours de psychiatrie par M. le Professeur Nyssen », syllabus, Université libre de Bruxelles, 1961, p. 1.

60. Jan GOLDSTEIN, *Console and classify: the French psychiatric profession in the nineteenth century*, Cambridge, CUP, 1987.

61. Paul SIVADON, « Psychiatrie », syllabus, Université libre de Bruxelles, 1960, p. 1.

à l'âge de 16 ans suite aux échecs scolaires. En effet, a terminé avec peine les études primaires. Le patient, de personnalité faible, très dépendant vis-à-vis de ses parents, se décrit comme timide et intimidé par les filles⁶². »

Un deuxième exemple permet d'explicitier encore davantage les potentialités du concept de personnalité. Valérie L. séjourne à plusieurs reprises à l'*Institut* suite à des tentatives de suicide. Sa dépression a été renforcée par l'accident à motocyclette de son fils. Après une longue description de son enfance et de son adolescence, le psychiatre conclut :

« Sa personnalité prémorbide était assez formaliste, rigide, perfectionniste, témoignant d'un sens hypertrophié des responsabilités. C'est ce type de personnalité qui se décompense le plus fréquemment sur un mode dépressif à la période d'involution⁶³. »

Mais revenons aux définitions de la psychiatrie présentes dans les manuels pour étudiants. À la fin des années 1970, le nouveau professeur de psychiatrie à l'ULB, Julien Mendlewicz, la définit comme suit :

« La Psychiatrie est une science médicale qui se consacre à l'étude et au traitement des maladies mentales⁶⁴. »

Le mot « science » est l'élément nouveau dans cette définition. Jusqu'au début des années 1960, la médecine ne se considère pas nécessairement comme une science. Elle se définit plutôt comme un art qui fait appel à la science. C'est encore beaucoup plus vrai pour la psychiatrie. Mais au fil du deuxième xx^e siècle, la pratique médicale n'est désormais plus pensée comme une application de ces savoirs, mais comme une activité scientifique en elle-même⁶⁵.

Cette simple comparaison entre les manières de définir la psychiatrie permet d'avoir une première idée des enjeux et changements survenus pendant le xx^e siècle. Un bref survol du contenu permet d'affiner ces ruptures. Le syllabus de René Nyssen se résume principalement à une énumération des différents diagnostics, leurs symptômes et les éventuels traitements. La question des causes n'est guère abordée. Certes, quelques lignes après la définition de sa discipline, Nyssen affirme :

« Ces particularités ne permettent cependant pas de reléguer la médecine mentale un peu à l'écart du cadre de la médecine ; au contraire, la nécessité s'affirme toujours de faire entrer la psychiatrie non seulement dans la pathologie du Système Nerveux, mais dans la clinique médicale. En effet,

62. HBIP, NS, n° 15130, rapport de sortie (8 août 1973).

63. HBIP, AS, n° 11445, rapport du médecin (16 novembre 1981).

64. Julien MENDLEWICZ, *Psychiatrie de l'Adulte – fascicule 1*, Bruxelles, Presses du Cercle de Médecine, 1979, p. 1.

65. Marc BERG, *Rationalizing Medical Work. Decision-Support Techniques and Medical Practices*, Cambridge, Mass., MIT Press, 1997, p. 22.

le nombre des affections mentales dont on peut découvrir l'origine ou le conditionnement organique ne cesse de croître⁶⁶. »

Mais il s'agit surtout d'une argumentation rhétorique qui plaide en faveur de l'intégration de la psychiatrie dans le giron de la médecine. À part la paralysie générale, les causes des maladies mentales sont à peine effleurées. Dix ans plus tard, le cours de Paul Sivadon aborde d'une manière plus élaborée la question de la genèse de ces maladies. Sur plusieurs pages, il présente le schéma classique qui distingue entre organogénèse – proche d'un modèle biologique –, sociogénèse – inspirée par une explication sociétale de la maladie mentale et psychogénèse – qui cherche l'explication dans la personnalité du patient. Paul Sivadon ne prend pas position dans le débat même si on sait par ailleurs qu'il avait plutôt des affinités avec les deux derniers courants. Mais ces explications ne se retrouvent pas dans la suite du syllabus. Dans la présentation des différents diagnostics, ces catégories n'apparaissent plus et la question n'est plus abordée. On continue à se trouver face à un paradoxe : d'un côté une nosographie psychiatrique très détaillée avec au début des années 1960 un appareil thérapeutique de plus en plus développé et spécifique pour ces catégories, mais d'un autre côté un modèle explicatif qui reste extrêmement vague et qui continue à aborder la maladie mentale comme une entité. Le successeur de Paul Sivadon, Julien Mendlewicz présente à la fin des années 1970 un tableau plus complexe⁶⁷. Cette fois la genèse de la maladie n'est plus abordée dans la partie introductive du cours, mais la discussion des modèles explicatifs est intégrée dans les chapitres consacrés aux différentes catégories nosologiques. Ainsi dans la partie sur la dépression, il privilégie le modèle des neurotransmetteurs.

« Suivant ce concept la transmission de l'influx nerveux dans le système nerveux se ferait par l'intermédiaire de substances appelées neurotransmetteurs... L'hypothèse dans la dépression est qu'il y a un manque de substances neurotransmettrices comme la noradrénaline⁶⁸. »

Ce modèle a les faveurs du nouveau professeur de psychiatrie, mais il reste encore assez prudent dans ses affirmations. L'emploi du conditionnel, l'utilisation du mot « hypothèse » illustre la précaution face à un modèle théorique avec un potentiel explicatif très important. Ceci transparaît également dans ses explications sur la schizophrénie :

66. R. NYSSSEN, « Notes prises au cours de psychiatrie par M. le Professeur Nyssen... », *op. cit.*, p. 2.

67. Julien Mendlewicz devient professeur de psychiatrie à l'Université libre de Bruxelles en 1975. Après une première thèse en 1973 aux États-Unis en Human Genetics and Development, il termine sa thèse d'agrégation en 1977 : Julien MENDLEWICZ, Contribution à l'étude génétique de la psychose maniaco-dépressive, Thèse d'agrégation de l'Enseignement Supérieur, Université libre de Bruxelles, 1976. Il est considéré comme un des défenseurs d'une psychiatrie plus biologique en Belgique à partir de la fin des années 1970 à un moment où ce courant n'exerce pas encore la domination d'aujourd'hui.

68. Julien MENDLEWICZ, *Psychiatrie de l'Adulte*, fascicule 2, Bruxelles, Presses du Cercle de Médecine, 1979, p. 9-10.

« L'hypothèse qui est la plus vraisemblable, quoique pas tout à fait satisfaisante, est qu'il existe dans certaines formes de schizophrénie une hyperactivité de la dopamine... On a pu émettre cette hypothèse sur la base d'une série d'observations, la première étant la découverte des neuroleptiques⁶⁹. »

Cet exemple concernant sur la schizophrénie montre également l'importance du modèle empirique et déductif de l'explication biologique en la matière. Ce n'est pas en découvrant des mécanismes de cause à effet que des médicaments sont développés, mais c'est leur efficacité qui ouvre de nouvelles voies explicatives sur les maladies. La transformation décrite ici à l'aide des syllabi d'une université belge est bien sûr un phénomène mondial. Entre 1950 et 1990, la psychiatrie s'oriente résolument dans une voie d'explication neurochimique. Que ce soient les associations de psychiatres, les revues scientifiques ou les manuels, le discours universitaire est dominé par ce courant explicatif, même si, comme le fait remarquer Jean-Noël Missa, ces explications restent sur le mode hypothétique : jusqu'aujourd'hui, la maladie mentale reste un mystère scientifique⁷⁰.

Mais ce savoir articulé, académique cache une réalité plus complexe. Comme pour les infirmières, les médecins se reposent également sur tout un « savoir indéterminé », basé sur l'intuition, l'expérience ou ce fameux « sixième sens ». Mais contrairement aux infirmières, celui-ci transparaît beaucoup moins dans les dossiers médicaux où l'écriture du médecin se caractérise justement par la mise en avant d'un vocabulaire technique. Dans le parler, le discours « non-professionnel » est également très présent chez les médecins⁷¹.

La psychanalyse 1.0.

La psychanalyse a connu une réception très différenciée dans la psychiatrie européenne. En Allemagne, elle n'a jamais réussi à s'implanter dans les grandes structures psychiatriques. En France, son influence y est très palpable jusqu'à aujourd'hui. En Belgique, pays pour lequel l'historiographie sur le sujet reste très maigre⁷², la psychanalyse semble connaître un moment de gloire fortement lié à un effet générationnel si on prend l'*Institut* comme référence. Absente parmi les psychiatres qui y travaillent des années 1930 aux années 1950, elle connaît une entrée en force à l'*Institut* au début des années 1960 avec plusieurs jeunes psychiatres qui commencent leur carrière à ce moment. Plusieurs d'entre eux sont des

69. *Ibid.*, p. 40-41.

70. Jean-Noël Missa, *Naissance de la psychiatrie biologique : Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle*, Paris, PUF, 2006.

71. De nombreux sociologues et ethnologues à travers une immersion sur le terrain ont pu relever l'importance de ce savoir. Un exemple parmi d'autres : R. BARRETT, *La Traite Des Fous...*, *op. cit.*

72. Didier CROMPHOUT, « Les sentiers de la psychanalyse en Belgique » [<http://www.psynapse.be/chronique1.htm>].

élèves de Fernand Lechat qui joue un rôle central dans l'implantation de la psychanalyse en Belgique. Et puis en 1972, le dernier psychiatre qui se revendique ouvertement de la psychanalyse est engagé. Importante minorité parmi les psychiatres à l'*Institut* entre 1965 et 1975, les psychanalystes seront de nouveau un courant marginal au début des années 1980 lorsque s'arrête le récit de ce livre-ci.

Le savoir théorique acquis pendant la formation, n'est pas toujours accompagné d'une formation en pratique psychiatrique très poussée. La plupart des médecins qui travaillent à l'*Institut* ont effectué un stage pendant leurs années de doctorat dans le service de psychiatrie. À partir de la fin des années 1950, de plus en plus de médecins effectuent des assistanatats bénévoles dans les services, bénévolat qui est une première porte entrouverte sur la pratique psychiatrique et sur un poste à l'intérieur de l'*Institut*. Malgré ces améliorations successives – spécialisation théorique de plus en plus poussée, passage en formation pratique de plus en plus souhaitée – la plupart des jeunes psychiatres ont le sentiment de se retrouver face à une situation à laquelle ils ne sont pas préparés. Même des médecins formés dans les années 1960 et 1970 se sentent encore désemparés pendant leurs premiers mois à l'*Institut*. Micheline Roelandt qui tout de suite après ses études entre à l'*Institut* en 1970, a l'impression d'être mal outillée pour le travail qu'elle est censée faire :

« Je me suis donc retrouvée durant 9 mois seul médecin référent dans cette salle, m'appuyant sur les connaissances pharmacologiques des infirmières pour inventer des traitements⁷³. »

Malgré un taux de praticiens assez important à l'*Institut*, les jeunes psychiatres se trouvent souvent seuls dans la salle, lieu où leur savoir théorique se heurte à une réalité qu'ils ont du mal à gérer. Dans le cas de Micheline Roelandt, c'est grâce au savoir des infirmières qu'elle arrive à « survivre » les premiers mois.

Un des points centraux dans la formation des futurs psychiatres pour dire la maladie mentale est l'apprentissage de la nosologie. À l'Université libre de Bruxelles, les cours sont d'ailleurs le plus souvent organisés autour de catégories nosologiques. Et le dossier à Brugmann prévoit explicitement la catégorie « diagnostic », en préimprimé sur la dernière page du dossier. Mais pendant plusieurs décennies, la rubrique n'est pas systématiquement remplie.

Néanmoins, une analyse des diagnostics qu'on trouve dans les dossiers permet de dégager des tendances, d'observer au niveau local des orienta-

73. Entretien avec Micheline Roelandt du 18 février 2008. Willy Szafran qui entre à Brugmann en 1966 tient un discours similaire (entretien du 11 février 2008).

tions déjà décrites à d'autres échelles, de constater la « disparition » de certaines maladies et l'apparition de nouvelles catégories. Ainsi la raréfaction, puis la quasi-disparition de la paralysie générale à partir de 1950 est liée à la découverte d'un traitement efficace contre la syphilis. Dans les années 1930 et 1940, la part des personnes colloquées avec ce diagnostic dépasse encore 10 %. Par la suite, elle devient insignifiante. Si dans ce cas, un modèle médico-biologique explique le changement, le succès du diagnostic « dépression » ne permet pas de recourir exclusivement à un tel facteur, d'autres éléments y jouent un rôle. Au fil du XIX^e siècle, le terme de mélancolie est peu à peu remplacé par celui de dépression. Dans la première moitié du XX^e siècle, la catégorie devient de plus en plus inclusive. En même temps, les années 1930 se caractérisent par des discussions en Angleterre et en Allemagne où l'on s'interroge sur le flou de la terminologie. Après la Deuxième Guerre mondiale, à partir des années 1960 le diagnostic connaît une deuxième jeunesse : avec la découverte d'une thérapie, supposée spécifique, i. e. les antidépresseurs, la dépression devient très « populaire » aussi bien auprès des psychiatres qu'auprès des patients⁷⁴. La dépression et son supposé antidote le Prozac font « la une » de nombreux journaux à travers le monde. Cette chronologie esquissée ci-dessous pour le monde occidental se vérifie partiellement pour l'*Institut*.

	1931-1939 (n = 145)	1940-1949 (n = 154)	1950-1959 (n = 369)	1960-1969 (n = 614)	1970-1979 (n = 533)
Mélancolie	7 %	14 %	8 %	3 %	2 %
Dépression	1 %	8 %	9 %	19 %	18 %

TABEAU 9. — Part des termes de « mélancolie » et « dépression » dans les diagnostics.

Mais le diagnostic « mélancolie » reste pendant la première moitié du XX^e siècle numériquement important. Malgré sa lente disparition dans de nombreux manuels (anglophones et germanophones), des praticiens francophones continuent à l'utiliser. D'ailleurs dans la revue belge de psychiatrie, de nombreux articles consacrés à cette affection sont publiés jusqu'aux années 1930. Et même si certains auteurs comme Henri Ey gardent ce diagnostic jusqu'aux années 1970⁷⁵, il devient de plus en plus rare dans les dossiers des patients à partir des années 1960. Parallèlement, la « dépression » apparaît de plus en plus dans les dossiers. Quasi absente lors de la première décennie de l'*Institut*, par la suite elle devient une catégorie fréquente. Dans les deux dernières décennies de cette étude, elle

74. German E. BERRIOS et Roy PORTER, « Mood Disorders », in German E. BERRIOS et Roy PORTER (éd.), *A History of Clinical Psychiatry*, London, Athlone, 1995, p. 384-421.

75. Henri Ey, *Manuel de psychiatrie*, 5. éd. rev. et corr., Paris, Masson, 1978 consacre encore tout un chapitre aux « crises de mélancolie ».

représente presque un cinquième des cas et est ainsi de loin le diagnostic le plus souvent posé.

Il ne fait guère de doute que la hausse de cette catégorie est étroitement liée à la venue sur le marché des antidépresseurs qui sont soutenus par un important effort publicitaire des firmes pharmaceutiques. À partir des années 1960, le nombre de titres d'articles contenant le mot « dépression » dans les *Acta* explose véritablement : tous sont consacrés aux antidépresseurs.

Les deux diagnostics « mélancolie » et « dépression » illustrent les transferts possibles de l'un à l'autre. Au niveau de la description symptomatique, ils sont très proches : affaissement de l'humeur, inhibition des activités mentales et physiques, douleur morale, pour reprendre la définition de Henri Ey. Ils reproduisent également tous les deux une catégorisation genrée des patients. Jusqu'au XVIII^e siècle la mélancolie est un caractère essentiellement masculin mais au cours de ce siècle, le diagnostic change de genre. Les connotations associées au diagnostic sont définies comme typiquement féminines. Des écrivains comme Virginia Woolf ou Sylvia Plath en deviennent le symbole. En tant qu'héritière nosographique de la mélancolie, la dépression reproduit ces images, de telle sorte que la dépression devient une maladie typiquement féminine⁷⁶. À l'*Institut*, plus de deux tiers des mélancoliques/dépressives sont des femmes, ce qui dépasse significativement leur part dans la population psychiatrique. Stéphanie G. est un cas typique des femmes qualifiées de dépressives. Âgée de 31 ans lorsqu'elle est colloquée pour la première fois en 1962, sa nosographie est peu claire au début. Elle est arrivée à l'hôpital pour des abcès pulmonaires, mais vu son état agité, le service de médecine interne refuse de la garder. Après ce premier séjour, Stéphanie G. est régulièrement colloquée au fil des années. En janvier 1969, elle en est à son 7^e séjour. Son récit d'entrée donne lieu au diagnostic « dépression ».

« Tout allait bien jusqu'il y a 8 mois. À ce moment là, la malade signale qu'elle est fatiguée et va voir un médecin qui lui prescrit 2*10 gouttes d'Haloperidol et un Nazian le soir... Conclusion : dépression psychotique avec thèmes mythiques et délirants⁷⁷. »

De tels diagnostics précis sont plutôt rares, les psychiatres de l'*Institut* font souvent appel à des descriptions plus longues. Mais cette liberté est partiellement réduite à partir des années 1970. La Belgique comme de nombreux autres pays dont la France mais pas l'Allemagne⁷⁸ choisissent de recourir au *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)

76. G. E. BERRIOS et R. PORTER, « Mood Disorders... », *op. cit.*, p. 418.

77. HBIP, NS, n° 3630, rapport du médecin (14 janvier 1969).

78. L'Allemagne est un des pays européens qui choisit de suivre la classification proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : l'*International Classification of Diseases and Related Health Problems*.

pour dire la maladie mentale dans le but d'une meilleure gestion de la maladie. Élaboré par l'*American Psychiatric Association* (APA), ce système de classification devient un outil de comptabilité dans de nombreux hôpitaux psychiatriques, comptabilité économique – telle maladie a droit à tel remboursement – et médicale – par l'harmonisation et la standardisation dans le monde occidental des catégorisations psychiatriques. Des comparaisons dépassant les frontières nationales notamment sur l'efficacité de tel ou tel traitement deviennent possibles⁷⁹. Dans l'écriture des psychiatres, ce nouveau paradigme se traduit par une euphémisation de la maladie dont le nom est maintenant réduit à un chiffre. Le psychiatre n'indique plus « dépression nerveuse » sur la couverture du dossier mais « 296 », le signifiant du problème dans le DSM. En 1967, les premiers psychiatres de l'*Institut* commencent à utiliser ce nouveau système de classification, mais ce n'est qu'à partir de 1972 que son utilisation se systématise. Contrairement à ce qui s'est produit dans d'autres pays, l'introduction du DSM n'a pas provoqué un débat important en Belgique⁸⁰.

Pour établir leurs diagnostics, les médecins recourent à l'observation du comportement, à l'entretien, aux observations des infirmières, au dossier qui, lorsque le patient arrive devant le médecin, est déjà souvent conséquent... Dès la seconde moitié des années 1940, les premiers tests psychologiques sont effectués, dans un premier temps, par des psychiatres avant de passer dans le domaine des psychologues. Dès la création de l'*Institut* en 1931, les dossiers des patients prévoient une catégorie « examen mental », examen qui ne repose pas encore sur des procédures très standardisées. L'élaboration de tels tests se fait à partir des années 1920 en Europe et aux États-Unis. Leur but premier est de tester les compétences de personnes sur le marché de l'emploi ou à l'armée⁸¹. Pendant la Deuxième Guerre mondiale, ces tests sont popularisés à grande échelle : plusieurs armées nationales y recourent d'une manière systématique pour choisir les hommes aptes au service militaire. Beaucoup de médecins, également sous les drapeaux, les pratiquent alors pour la première fois. Leur utilisation en hôpital psychiatrique se déroule bien sûr dans un contexte différent. Si dans le premier cas, il s'agit de mesurer les compétences afin de faire des choix ; dans le deuxième, il s'agit d'affiner la définition d'une supposée pathologie. Dans la première moitié du xx^e siècle, de nombreux examens locaux existent dans les différents hôpitaux psychiatriques. Ainsi, à l'*Institut* le test Vermeulen, développé par le premier directeur de l'*Institut*, Guillaume Vermeulen, est un des premiers à être utilisé. Ce test est de prime abord destiné aux enfants et a

79. Rachel COOPER, « What is Wrong with the DSM? », *History of Psychiatry*, 15-1, 1^{er} mars 2004, p. 5-25.

80. Jean BOBON, « Description et comparaison de la révision de deux classifications des maladies mentales la CIM-9 (ICD-9) et le DSM-III », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 80-6, 1980.

81. Andreas KILLEN, « Weimar Psychotechnics between Americanism and Fascism », *Osiris*, 22, 2007, p. 48-71.

été développé dans la seconde moitié des années 1920⁸². Vers la fin des années 1940, le questionnaire est appliqué également à des adultes. Au fil du temps et selon l'orientation des psychiatres, d'autres examens font leur apparition. Ceux-ci sont de plus en plus des tests globalisés qui sont utilisés à travers le monde occidental. La très grande majorité des examens ne sont pas spécifiques à la psychiatrie mais sont plus largement appliqués que ce soit en psychologie, en orientation scolaire, en recherche d'emploi... Ainsi le test Rorschach est pratiqué à l'*Institut* à partir des années 1950, de même que le test Progressive Matrices 1938 ou le test des 15 mots de Rey⁸³. C'est également à ce moment qu'est introduit l'examen qui va être le plus utilisé : le test Wechsler-Bellevue. Développé à partir des années 1930 par David Wechsler à l'hôpital psychiatrique Bellevue à New York, cet examen d'intelligence essaie de contrebalancer le poids important des compétences verbales dans les autres tests du même genre. En partant d'une valeur normale (100), l'intelligence d'une personne est mesurée par rapport à l'écart à cette norme⁸⁴. Tous ces tests ne concernent que des patients accessibles c'est-à-dire dont le degré d'agitation n'est pas trop important et qui comprennent au moins partiellement les questions posées. Ces tests ne vont donc jamais devenir un outil systématique auquel seront soumis tous les patients.

À côté des diagnostics proprement psychiatriques et des tests psychologiques, les psychiatres vont recourir massivement à une troisième technique à partir des années 1950 : la lecture technique du corps. L'introduction des radiodiagnostic, des électrocardiogrammes (ECG) et des électroencéphalogrammes (EEG)⁸⁵ confère une nouvelle scientificité à la pratique psychiatrique. Ces dispositifs pour lire le corps, pour le transpercer avec un regard neutre ne sont, pour les deux premiers, pas spécifiques à la psychiatrie. Mais avec les EEG, ils constituent un nouvel essai d'intégrer la psychiatrie dans le paradigme médical. D'une manière générale la médecine se trouve à ce moment précis à un point de bascule : d'un art qui emploie la science comme auxiliaire, elle se transforme elle-même en science⁸⁶. Par leur capacité à mesurer et à représenter graphiquement une réalité biologique, ces appareils concourent à cette volonté de scientificité : la psychiatrie s'engouffre d'autant plus facilement dans ce nouvel espoir qu'elle dispose de peu d'outils de mesure jugés scientifiques.

82. Jean FRICKX et Guillaume VERMEYLEN, *Deux applications de la méthode des tests*, Bruxelles, Lamertin, 1927.

83. Pour identifier les « tests mentaux » utilisés à l'époque : Pierre PICHOT, *Les tests mentaux*, 6^e éd., Paris, Presses universitaires de France, 1967.

84. Jean DELAY et Pierre PICHOT, *Abrégé de psychologie*, 3^e éd., Paris, Masson, 1975, p. 258-259.

85. Cornelius BORCK, *Hirnströme : eine Kulturgeschichte der Elektroenzephalographie*, Göttingen, Wallstein, 2005.

86. M. BERG, *Rationalizing Medical Work. Decision-Support Techniques and Medical Practices...*, *op. cit.*, p. 14-20.

La première de ces méthodes, le radiodiagnostic, est entièrement en dehors de tout souci psychiatrique et illustre en même temps la volonté de rendre le patient plus lisible. Elle montre également l'étendue de la stigmatisation dont continuent à souffrir les patients. Certes, ceux-ci sont souvent issus de milieux sociaux défavorisés ce qui pourrait indiquer une plus grande vulnérabilité. Mais la tuberculose est très rare à l'*Institut*. C'est donc plutôt l'association de la folie à travers la syphilis aux trois chevaliers de l'apocalypse (les deux autres étant la tuberculose et l'alcoolisme) qui est reproduite par l'utilisation presque systématique d'un radiodiagnostic⁸⁷. Grâce à la proximité d'un hôpital général, de surcroît universitaire, cet outil est introduit relativement tôt à l'*Institut*. À la *Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik* à Berlin les radios ne deviennent d'usage que dans les années 1960 ; à l'*Institut*, ils commencent à être utilisés dès le début des années 1950.

Le récit autour de l'électrocardiogramme n'est pas très différent. Inventé au début du xx^e siècle, l'ECG ne commence à se répandre en médecine qu'à partir des années 1930. Il sert surtout à détecter d'éventuelles lésions que le cœur a pu subir lors d'une crise cardiaque. De prime abord, son utilité en psychiatrie n'est pas immédiatement visible. Les manuels de psychiatrie de l'époque n'y font pas référence⁸⁸. Dans la revue belge de psychiatrie, aucun article n'est consacré à l'ECG. Or, il ne s'agit pas d'un dispositif spécifique à l'*Institut*. À partir des années 1970, l'ECG est également un examen régulier dans les asiles des Frères de la Charité qui contrôlent un tiers des lits psychiatriques en Belgique. Ainsi, à l'hôpital psychiatrique Saint-Martin à Dave environ 35 % des patients subissent un ECG entre 1972 et 1975⁸⁹. Les dossiers qui thématisent cet examen sont très rares. La moyenne d'âge des patients traités est certes légèrement supérieure à la moyenne générale (46,1) mais l'écart (3-4 ans) est loin d'être significatif. Ni le diagnostic ni le traitement instauré ne sont spécifiques pour ce groupe de patients. L'ECG n'a cependant pas le même effet stigmatisant que le radiodiagnostic. Il sert plutôt à renforcer l'impression du médical.

Les utilisations des radiodiagnostic et des ECG ne sont pas liées à un quelconque diagnostic psychiatrique. À côté des raisons évoquées ci-dessus, les deux font partie d'un ensemble d'examen qui se multiplient depuis les années 1960 dans le monde médical, examens auxquels on a recours sans nécessairement savoir ce qu'on recherche précisément⁹⁰. C'est

87. Liesbet NYS, « De Ruiters van Apocalyps. "Alcoholisme, tuberculose, syfilis" en degeneratie in medische kringen, 1870-1940 », in Jo TOLLEBEEK, Geert VAN PAEMEL et Kaat WILS (éd.), *Degeneratie in België 1860-1940: een geschiedenis van ideeën en praktijken*, Leuven, Leuven University Press, 2003, p. 11-41.

88. Henri BARUK, *Traité de psychiatrie*, Paris, Masson et Cie, 1959 et H. Ey, *Manuel de psychiatrie*, op. cit.

89. Provinciaalraad – Broeders of de liefde (Gent), rapports annuels de l'hôpital psychiatrique Saint-Martin à Dave.

90. Joel D. HOWELL, « Machines and Medicine: Technology Transforms the American General Hospital », in D. E. LONG et J. GOLDEN (éd.), *The American General Hospital: Communities and Social Contexts*, Ithaca, Cornell University Press, 1989, p. 109-134.

à la fin de la période envisagée dans ce travail que ces méthodes invasives se généralisent et que la psychiatrie repose de plus en plus sur des outils diagnostics très techniques. À partir de la moitié des années 1970, ce savoir qui commence à se répandre à partir des années 1950 se voit adjoindre une multitude de nouvelles possibilités : scanographie cérébrale, isotopes... De nouveau, ces pratiques trouvent rapidement leur entrée à l'*Institut* parce que celui-ci peut faire appel à un hôpital universitaire disposant de services spécialisés à la pointe de la recherche. Dans un asile de province, la situation est toute différente. Cette médicalisation pose un problème particulier à l'historien parce qu'il devient de plus en plus difficile de lire des dossiers de patients. Ceux-ci contiennent encore souvent les rapports de ces tests, mais on abandonne la mise en récit classique par la description du cas par le médecin.

	1950-1954	1955-1959	1960-1964	1965-1969	1970-1974	1975-1979
Radiodiagnostic	6 %	10 %	11 %	17 %	7 %	39 %
ECG	4 %	9 %	19 %	19 %	17 %	46 %
EEG	8 %	23 %	16 %	40 %	25 %	55 %

TABEAU 10. – Part des patients ayant eu une radio des poumons, un ECG ou un EEG.

En apparence, l'affaire se présente différemment pour l'EEG. Depuis son invention au début des années 1930 l'électroencéphalogramme a pris du temps avant de devenir un examen essentiel en psychiatrie. Certes, la représentation en courbes de l'activité cérébrale, la reproduction du langage cérébral ouvre l'espoir d'unir dans un même espace scientifique corps et esprit. Mais dans un premier temps, l'utilité médicale n'est pas évidente⁹¹.

L'*Institut* acquiert cet appareil dès 1949, très tôt comparé à d'autres hôpitaux en Belgique et en Europe. Il est tout de suite utilisé même si les premières années la part des patients soumis à cet examen reste limitée. Dans la revue belge de psychiatrie le premier article sur cet examen n'apparaît qu'en 1956⁹² et ce n'est que dans les années 1960 que le nombre de contributions consacrées à ce sujet y devient significatif. En Allemagne, l'hôpital psychiatrique de Brême est un des premiers à en acheter un au début des années 1950 et le grand hôpital psychiatrique berlinois, le *Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik*, n'en acquiert un qu'en 1968⁹³. À l'*Institut*,

91. C. BORCK, *Hirnströme...*, op. cit.
 92. E. MEURICE, « Compte rendu du Colloque de Marseille sur l'EEG et les phénomènes psychologiques », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 56-4, 1956.
 93. Gerda ENGELBRACHT, *Von der Nervenklinik zum Zentralkrankenhaus Bremen-Ost: Bremer Psychiatriegeschichte; 1945 – 1977*, Bremen, Donat, 2004, p. 11 et Benoît MAJERUS, « Psychiatrie im Wandel. Das Fallbeispiel Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik (1960-1980) », *Medizinhistorisches Journal*, 43-3/4, 2008, p. 344-371.

dès que l'appareil est disponible, deux psychiatres sont désignés pour effectuer l'EEG et l'interpréter. Au fil du temps, la première étape est confiée à des infirmières qui se spécialisent dans ce domaine. La lecture de l'EEG par contre reste du domaine des psychiatres⁹⁴. Mais vu la difficulté de lire les protocoles, l'*Institut* aura toujours un psychiatre qui se consacre presque exclusivement à cette tâche. L'examen donne normalement lieu à un rapport détaillé qui explique l'électroencéphalogramme. Mais malgré son utilisation massive, on assiste peu à des changements de diagnostics. Le plus souvent l'examen ne donne pas de résultats particuliers. Parfois, il confirme des diagnostics déjà établis auparavant, notamment en ce qui concerne l'épilepsie. Rares sont les cas comme celui de Nicolas B. où l'EEG est utilisé afin d'affiner un diagnostic. Âgé de 17 ans, il arrive dans le service ouvert fin août 1971. Ce soir-là, il est rentré tard chez ses parents ce qui a conduit à une dispute qui dégénère rapidement. Nicolas B. commence à casser des objets dans l'appartement : sa mère appelle la police. Le lendemain, Nicolas B. a un entretien avec un psychiatre dans lequel il affirme désirer « se traiter pour prévenir ces accès colériques » qui se répètent régulièrement. Le psychiatre décide alors d'effectuer un EEG pour écarter l'épilepsie. « La réaction explosive de colère » est pendant ces années considérée comme un symptôme possible de l'épilepsie⁹⁵. Pour Nicolas B., l'EEG s'avère négatif.

La lecture de l'EEG reste un exercice très complexe. En même temps, il donne l'espoir « d'approcher la vie intérieure de manière objective », comme l'exprime Emile Meurice, un des psychiatres belges ayant le plus travaillé avec cet instrument⁹⁶. Mais contrairement à ces espoirs, il ne livre pas nécessairement une réponse claire au psychiatre. La réduction extrême – deux courbes – de la complexité de l'activité cérébrale ne permet pas toujours de trancher en faveur de tel ou tel diagnostic. En juin 1970 Samia B. est colloquée pour la deuxième fois à l'*Institut*. De nationalité espagnole ne maîtrisant pas le français, cette femme de 40 ans fait preuve d'une grande agitation psychomotrice. Malgré le fait « que la patiente s'exprime [...] dans un français malheureusement très peu accessible », le psychiatre soupçonne une « épilepsie temporale » et fait réaliser un EEG dont le résultat est ambigu :

« La suspicion d'épilepsie temporale gauche persiste, mais il est évident qu'il faut des arguments cliniques pour appuyer cette hypothèse. Il serait souhaitable de discuter le cas afin de voir si un traitement anti-comitial est éventuellement indiqué⁹⁷. »

Or, pendant son séjour qui dure en tout deux mois, aucun élément clinique ne vient confirmer l'EEG et le rapport de sortie ne fait plus

94. Madeleine CAPON, « De la psychiatrie », Bruxelles, 1992, p. 102.

95. J. DELAY et P. PICHOT, *Abregé de psychologie...*, op. cit., p. 145.

96. Karin RONDIA, *Chercher pour comprendre. Un entretien avec Émile Meurice*, Psymages, 2008.

97. HBIP, NS, n° 11900, rapport du médecin (23 juin 1970).

référence à cette hypothèse qui ne revient pas non plus lors des séjours ultérieurs de Samia B. à l'*Institut*. Il ne faut pas oublier qu'aussi bien l'introduction de l'ECG et du radiodiagnostic que celle de l'EEG⁹⁸ se réalise au moment de l'introduction des neuroleptiques et que deux de ces examens donnent l'espoir de mesurer « scientifiquement » les nouveaux traitements, de valider leur efficacité. Or, produire des preuves acceptées par la communauté scientifique s'avère extrêmement compliqué. Surtout l'EEG, censé mesurer l'activité du cerveau, semble ouvrir cette possibilité⁹⁹.

Finalement, une autre manière de dire la folie est la production d'un savoir de recherches. Ces espaces ont existé à l'*Institut* mais sont plus difficiles à saisir, faute d'archives disponibles. Il est évident que le laboratoire installé en 1931 dans le pavillon A n'est pas pensé comme un lieu annexe pour réaliser des analyses élémentaires de sang et d'urine – celles-ci sont réalisées par le laboratoire central de Brugmann. Étant situé dans l'espace central de l'*Institut*, à « l'étage du savoir », deuxième salle la plus grande de cet étage, le laboratoire reste néanmoins essentiellement une « boîte noire ». L'absence de publications de travaux nécessitant un laboratoire de la part des médecins officiant à l'*Institut* indique une mise en veilleuse assez rapide de cet espace. Le corpus de connaissances à l'*Institut* n'est guère issu des laboratoires, mais reste intimement lié aux patients. Avec l'avènement de la psychiatrie biologique, une explication chimique de la maladie mentale revient néanmoins en force : d'ailleurs la spécialisation de l'Université libre de Bruxelles en psychiatrie à partir de 1962 offre un cours spécifique en biochimie spéciale. Cette science n'est cependant plus guère produite à l'intérieur des asiles ou des hôpitaux mais dans des laboratoires appartenant à des firmes pharmaceutiques. Ce n'est que dans un deuxième temps que le médicament est soumis à des tests et c'est à ce moment que l'hôpital revient sur le devant de la scène.

Guérir

« Et on guérissait » ? Telle fut la réaction d'Isidore Pelc, un psychiatre de l'*Institut*, en 2009 lorsqu'une étudiante lui présenta son sujet de travail qui portait justement sur la notion de guérison en psychiatrie¹⁰⁰. 80 ans plus tôt, dans un autre cadre, la réponse est certes plus affirmative mais guère plus précise :

98. Ces examens reviennent chers et permettent donc de renflouer les caisses des hôpitaux. Ainsi un radiodiagnostic coûte au début des années 1950 le même prix (275 francs) que celui d'une journée de séjour.

99. Viola BALZ, « Die Geburt der Stammkarte. Zur Genese eines Epistems der neuroleptischen Wirksamkeit in der frühen Psychopharmakaforschung in der BRD », *Medizinhistorisches Journal*, 43, 2008, p. 56-86.

100. Émilie REDANT, *La guérison à travers les dossiers de patients de l'Institut Psychiatrique de l'Hôpital Brugmann : 1940-1975*, travail de séminaire, ULB, 2009, p. 1.

« La guérison [...] peut survenir de plusieurs façons différentes : 1) brusquement, instantanément, ce qui [...] est une terminaison peu franche et plus spéciale aux folies intermittentes et aux maladies héréditaires et dégénérés ; 2) par une série d'oscillations graduelles aboutissant au retour complet à l'état normal ; 3) par une diminution progressive des symptômes. Ces deux derniers mots de guérison sont assez fréquents, et, le plus souvent de bon aloi¹⁰¹. »

En effet, le concept de la guérison semble parfois difficilement applicable en psychiatrie où la définition même de la maladie pose question. La frontière entre maladie et non-maladie est souvent fluide : le passage d'un état vers un autre, peu clarifié. La difficulté de mesurer, de quantifier, d'isoler la maladie mentale d'un contexte social et culturel plus large rend la tâche particulièrement difficile. Souvent la psychiatrie part aujourd'hui d'une conception chronique de la maladie qui se manifesterait par bouffées : dans cette conception, une guérison comme lors d'une grippe ou d'une jambe cassée n'est plus pensable. Mais d'un autre côté, la psychiatrie est engagée depuis la seconde moitié du XIX^e siècle dans un combat pour l'intégration à l'intérieur du champ médical dans lequel la guérison fait partie des fondements mêmes. En 1927, donc au début de notre histoire, un médecin bruxellois affirme :

« La psychiatrie s'est désormais élevée véritablement au rang de science médicale, et cela au même titre que les autres branches de l'art de guérir¹⁰². »

Cette définition de la médecine comme « l'art de guérir » est dès lors également d'application pour la psychiatrie. Et les nombreuses nouvelles thérapies biologiques qui ont vu le jour au XX^e siècle ont bien sûr alimenté l'espoir de guérison possible. Toutes argumentent avec des taux de guérison supposés particulièrement élevés. Et dans le rapport datant de 1928 destiné à convaincre les autorités politiques de construire le nouvel *Institut*, on peut lire :

« Tandis que le pavillon B recevrait les malades dont on peut prévoir la guérison après traitement suivi¹⁰³. »

Voir alors comment cette notion est utilisée ou non par les médecins, les infirmières et les patients permet d'aborder au moins quatre problématiques. Dans un premier temps, dire la guérison est en contrepoint également dire la maladie. Deuxièmement, cela permet également de voir comment est négociée cette tension qu'Isidore Pelc a indiquée avec sa question. Troisièmement, poser le constat de la guérison permet de jeter

101. Emmanuel RÉGIS, *Précis de psychiatrie*, 6^e éd., Paris, Gaston Doin, 1923, p. 50. Je souligne.

102. Charles FONTAINE-VINCENT, « Le diagnostic général en psychiatrie », *Bruxelles-Médical*, 1927, p. 1-6.

103. ACPASB, travaux, séance du 31 mars 1928 par le Conseil supérieur d'hygiène (V^e Section – Hygiène des habitations et des agglomérations) – rapport de M. Maukels.

un nouveau regard sur la relation entre médecin, infirmière et patient. Finalement, ces quelques pages montrent que peu de psychiatres entretiennent la chimère d'une guérison totale en psychiatrie, ni dans des textes publiés ni dans les notes médicales annexées aux dossiers. L'espoir au tournant du XIX^e siècle, quand les psychiatres croyaient que l'institution pouvait guérir, s'est évaporé au début du XXI^e siècle.

Si la notion de guérison reste donc ambivalente en psychiatrie, le bien être mental commence inversement à devenir une part importante dans la guérison médicale en général. L'acte technique de la guérison n'est plus nécessairement considéré comme suffisant. Robert Ulens, le président de la Commission d'Assistance publique de Bruxelles, consacre tout son discours de 1950 à cette problématique en soulignant la prise en compte du patient non seulement dans sa pathologie spécifique mais dans son intégralité.

« Les exigences de la conscience moderne nous ont placés sur un nouveau palier de maturité sociale. Notre devoir n'est plus seulement de prodiguer au patient des soins adéquats, car il nous faut bien plus qu'une thérapeutique de l'organe malade, il nous faut une médecine de la personne humaine. Renvoyer dans son foyer un homme convalescent ou guéri, muni éventuellement d'une prothèse s'il a dû être amputé, ce n'est plus qu'une partie de notre tâche. Il faut que cet homme reprenne son rôle dans la société ou en trouve un autre équivalent; qu'il ait, en outre, conservé la joie de vivre parce qu'il aura été remis dans des conditions morales et sociales telles, qu'en possession d'une intégrité retrouvée¹⁰⁴. »

L'acte technique est jugé insuffisant après 1945 : toute la personnalité doit être prise en compte. Ces courants gagnent en importance dans les années suivantes. Des livres comme *The Doctor, His Patient and the Illness* (1957) de Michael Balint ou *Medical Nemesis* d'Ivan Illich (1975) sont parmi ceux qui ont le plus nourri cette vision¹⁰⁵.

Indépendamment de la définition précise du rétablissement, la psychiatrie restera très sceptique vis-à-vis de la notion même de guérison à travers toute la période envisagée dans ce livre. Le mot est quasiment absent des notes quotidiennes des infirmières ou des quelques récits autobiographiques. Comme l'explique le chef de service de l'*Institut* en 1937 :

« Les accoucheuses exercent, en effet, l'art de guérir, dans leur spécialité, tandis que les infirmières [psychiatriques] sont de simples auxiliaires du médecin¹⁰⁶. »

La guérison ne semble pas faire partie de leur domaine, ni dans leur propre définition, ni dans celle donnée par l'extérieur. C'est une pierre supplémentaire dans une argumentation qui parcourt ces pages : celles qui

104. *Assistance publique de Bruxelles – Rapport annuel de 1950*, Bruxelles, 1951, p. 12.

105. Michael BALINT, *Le Médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot, 1966 et Ivan ILLICH, *Nemesis médicale : l'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975.

106. ACPASB, Personnel, dossier Hautain, lettre de Vermeylen (17 février 1938).

déterminent le quotidien de l'institution psychiatrique ne sont guère inscrites dans un contexte thérapeutique par rapport au patient. Deuxièmement, comme la loi prévoit explicitement qu'une des possibilités de sortir de l'établissement est la guérison, on dispose d'un indice assez direct et facilement quantifiable qui permet d'avoir un premier aperçu du point de vue des psychiatres. Or, cet argument de la guérison est très rarement utilisé à l'hôpital Brugmann.

	1931-1939	1940-1949	1950-1959	1960-1969	1970-1979
Nombre de sorties « Guérison »	128 2 %	124 6 %	303 5 %	557 1 %	531 0 %

TABLEAU 11. – *Raison de sortie de l'hôpital.*

Les années où ce pourcentage est un peu plus élevé sont les années de la mise en pratique d'une nouvelle biologie psychiatrique sur laquelle je vais revenir dans le chapitre suivant. Les chiffres en psychiatrie sont peu élevés, surtout si on les compare aux « taux de guérison » dans d'autres disciplines médicales. Ce n'est que récemment que la chronicité ou l'impossibilité de la guérison (p.ex. soins palliatifs) a été admise, avec beaucoup de difficultés, en médecine¹⁰⁷. Ces premières conclusions plutôt quantitatives ne doivent cependant pas empêcher un regard plus détaillé dans les dossiers à travers une approche qualitative.

Surtout pour les patients mais également pour les médecins, la guérison reste un « horizon d'attente¹⁰⁸ » significatif même si en parler constitue en même temps la reconnaissance implicite de la maladie, pas que Rosalie R. refuse catégoriquement de franchir : « Je ne peux pas demander un certificat que je suis guérie car je n'étais pas malade¹⁰⁹. » En même temps, reconnaître sa maladie et pouvoir articuler un processus de guérison est une étape importante pour espérer la sortie. Ainsi Julien D. essaie de faire passer ce message auprès de son psychiatre en produisant une analyse chiffrée de l'amélioration de son état.

« Le patient se sent beaucoup mieux... ; il se trouve guéri à 15 %... Il serait capable de répondre à son épouse [quatre jours plus tard] Il est détendu, souriant, il se trouve guéri à 45 %¹¹⁰. »

107. J. SZABO, « Shining a Light into the Shadow of Death : Terminal Care Discourse and Practice in the Late 20th Century », in A. McLEAN et A. LEIBING (éd.), *The shadow side of fieldwork : exploring the blurred borders between ethnography and life*, Malden, Blackwell Publishing, 2007, p. 119-137.

108. Reinhart KOSELLECK, *Vergangene Zukunft : zur Semantik geschichtlicher Zeiten*, Frankfurt a. M., Suhrkamp, 1979, p. 349-375.

109. Cité d'après Valérie LECLERCQ, *Le stylo-bille et l'entonnoir. Écrits et écriture des patients de l'Institut de psychiatrie Brugmann (1931-1980)*, mémoire de maîtrise, Université libre de Bruxelles, 2009, p. 128.

110. Cité d'après Julie DE GANCK, *Les antidépresseurs à l'hôpital Brugmann*, travail de séminaire, ULB, 2008, p. 31.

La chronicité pose d'ailleurs problème aux patients qui partent parfois d'une conception classique de la maladie pour appréhender la « folie ». Karine O, une femme mariée de 36 ans, est colloquée une première fois en avril 1954 pour dépression. Après dix jours, elle peut sortir de l'*Institut* car sa famille est prête à la reprendre. Elle est soumise à une cure d'électrochocs en ambulatoire, mais doit à plusieurs reprises rentrer pour de courts séjours à l'*Institut*. Ni la forte médication, ni la psychothérapie ne semblent être en mesure d'apporter une amélioration conséquente à sa qualité de vie. En septembre 1954, un séjour en section ouverte est transformé en séjour en section fermée. Lors de son quatrième séjour qui se déroule à la salle 49, celle des grandes agitées, Karine O. se confie aux infirmières :

« Déclare qu'elle a peur parfois de ne pas guérir parce que c'est déjà la 2^e [4^e] fois qu'elle est ici¹¹¹. »

Si le mot « guérison » revient régulièrement dans les lettres des patients ou dans les rapports des infirmières qui résument les dires des patients, il est quasi absent des écrits des médecins.

La guérison reste particulièrement difficile à évaluer en psychiatrie et semble toujours très précaire. Carole S., âgée de 27 ans, est colloquée sur demande de son mari en juillet 1952 pour « idées de suicide ». Son dossier permet de dégager les différentes strates qui peuvent intervenir. Lors de son entrée, elle affirme face aux infirmières :

« Se lève sans arrêt. Raconte chaque fois que son mari mourra de chagrin quand elle ne retourne pas à la maison. Dit qu'elle n'est pas folle du tout. »

Deux semaines plus tard, son esprit est beaucoup plus préoccupé. Les 14 jours passés à l'intérieur de l'*Institut* ont-ils « convaincu » Carole S. qu'elle avait un problème ? Ou la présence du médecin fait-elle que Carole S. se présente comme malade ?

« S'inquiète beaucoup de sa situation. Donnerait 50 ans de sa vie pour pouvoir rentrer chez elle guérie, mais n'ose plus croire que c'est possible. Sait qu'elle a très mal agi et que cela n'est pas pardonnable (T.S.)¹¹². »

Quoi qu'il en soit, le psychiatre impose d'abord une cure d'insuline. Devant l'insuccès de cette thérapie, il essaie une cure d'électrochocs. Après quatre cures, il juge la personne sur la bonne voie, mais le lendemain il doit déchanter :

« Hier après-midi, la malade était nettement améliorée, au point qu'on était tenté de la considérer guérie. Ce matin, persistance d'une certaine excitation psychique nécessitant son maintien sous toile¹¹³. »

111. HBIP, NS, n° 10547, note d'infirmière (6 octobre 1954).

112. HBIP, AS, n° 9630, note d'infirmière (7 juillet 1952) et rapport du médecin (21 juillet 1952).

113. HBIP, AS, n° 9630, rapport du médecin (8 août 1952).

Ce constat montre la polymorphie de la maladie mentale qui contrairement aux autres affections est extrêmement difficile à stabiliser. Comme les patients, les médecins sont confrontés à la chronicité de cette maladie qui pose en permanence problème. L'extrait suivant d'un quotidien belge montre un changement important qui a lieu à partir des années 1960 : la question de la guérison est transformée en question de réadaptation, réadaptation au travail ou réadaptation à une vie sociale :

« La guérison, ou tout au moins la réadaptation au milieu de travail ou au milieu familial, est aujourd'hui la règle¹¹⁴. »

À partir des années 1960, les psychiatres mentionnent plus régulièrement cette hétérogénéité de la maladie. Wendy L., 37 ans, d'origine italienne, est hospitalisé en automne 1963. Dans son rapport final, son psychiatre indique cette ambiguïté qui illustre la spécificité psychiatrique.

« La mesure a été essentiellement d'ordre social pour permettre à cette patiente d'arranger la cession du café qui est à son nom, la situation professionnelle était assez inextricable. La patiente, sans être psychologiquement guérie, comportement relativement adéquat¹¹⁵. »

À partir des années 1960 le dépassement de la maladie commence à être considéré comme n'étant pas seulement de la responsabilité du médecin mais nécessitant la participation active du patient. Julie M. est une jeune Belge de 23 ans qui arrive en 1969 à l'*Institut* à travers le service de médecine interne – son dossier ne mentionne pas pourquoi elle s'y trouvait. Les notes médicales illustrent ce changement important dans la conception de la maladie qui s'impose de plus en plus à partir des années 1960 et qui veut que le patient, même ou surtout en psychiatrie, soit davantage appréhendé comme un acteur de sa propre trajectoire¹¹⁶.

« Elle dit ne pas se plaire ici pcq on lui demande de s'habiller, se lever... alors qu'elle ne peut tenir debout. Son désir de guérison est peu important étant les bénéfices qu'elle retire tel que : plus d'attention de la part de son mari et de sa famille¹¹⁷. »

Dans le cas de Julie M., comme dans beaucoup d'autres dans ces années, l'autocritique devient alors pour les médecins un élément central dans le processus thérapeutique et est parfois déjà considéré comme un élément de guérison. Serge F. est interné en octobre 1970 après avoir été incapable de payer le déjeuner qu'il a pris dans un restaurant dans la capitale. Âgé de 29 ans, ce licencié en langues germaniques est, d'après les psychiatres, atteint d'une schizophrénie débutante.

114. La Libre Belgique du 22 août 1972.

115. HBIP, NS, n° 4751, rapport du médecin (non daté).

116. Sur l'importance croissante de l'autonomie et de la responsabilité et ses liens étroits avec la psychiatrie : Alain EHRENBURG, *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Paris, O. Jacob, 2000.

117. HBIP, NS, n° 11195, rapport du médecin (non daté).

« Le 30 octobre, on augmente l'Haloperidol à 20 gouttes * 3 et on ajoute 3*50mg Largactil. Le 24 novembre, le malade exprime soudain des thèmes mélancoliques ; l'Haloperidol est alors supprimé. Le 25 novembre est entreprise une série de 7 électrochocs qui se termine le 11 décembre ; dès le 2^e choc, l'aspect mélancolique disparaît et le patient accède à une autocritique de son délire¹¹⁸. »

Le succès de la thérapie – dans ce cas, des électrochocs – est étroitement lié à un début d'autocritique. La situation de Christine P. est similaire. Colloquée sur initiative d'une infirmière sociale, cette femme de 43 ans se retrouve à l'*Institut* suite une tentative de suicide. L'angoisse de la patiente est traitée aux médicaments et, après un mois d'hospitalisation le psychiatre note avec satisfaction :

« La patiente est nettement mieux, je crois même que l'on peut considérer cet épisode comme étant guérie. J'ai revu avec la patiente tout ce qui s'est passé et surtout ses hallucinations auditives : elle dit que c'était idiot¹¹⁹. »

Trois jours plus tard, Christine P. peut quitter l'*Institut*. L'écoute et l'interaction entre psychiatre et patient deviennent de plus en plus importantes.

Dans les années 1960 et 1970, la focale psychiatrique semble abandonner (définitivement?) l'idée de la possibilité d'une guérison totale, héritée du modèle médical. La notion de « guérison sociale » devient le nouveau but à atteindre. En 1968, le directeur de l'*Institut* explique ce qu'il entend par « guérison sociale » :

« Nous nous efforçons de réadapter à la vie sociale normale notamment en les encourageant et les aidant à reprendre une activité professionnelle, alors même que pour diverses raisons (carence de milieu familial, conflit pathogène éventuel au sein de ce milieu, etc.) [...] la période de l'adaptation sociale où ils ont déjà repris leur activité professionnelle sans pouvoir déjà s'insérer dans un milieu familial ou para-familial ordinaire¹²⁰. »

La guérison n'est plus vue comme un état abouti, intégral et définitif. L'importance est une réintégration, partielle ou complète, dans la société. D'ailleurs après le premier enthousiasme de certains psychiatres envers les neuroleptiques dans les années 1950 et au début des années 1960, ces médicaments sont de moins en moins considérés comme guérissant les patients mais plutôt comme des facteurs stabilisateurs qui permettent justement cette intégration sociale sans pour autant sortir complètement les patients de l'emprise psychiatrique. En 1956 déjà, un professeur à Gand affirme :

118. HBIP, NS, n° 12770, rapport du médecin (11 octobre 1971).

119. HBIP, NS, n° 12601, rapport du médecin (13 mars 1971).

120. ACPASB, boîte 102, lettre de Flament au Directeur médical de Brugmann (24 février 1968).

« La chlorpromazine est un adjuvant appréciable dans l'arsenal thérapeutique des maladies mentales. Elle conduit au rétablissement, dans le sens de la disparition des symptômes, ce qui est d'ailleurs son objectif. Elle ne produit pas la guérison¹²¹. »

Le résumé de sortie de Julie A. est plutôt exceptionnel :

« L'état mental est actuellement excellent, la malade ne présente plus aucun trouble dépressif, ni confusionnel, se comporte tout à fait normalement et nous envisageons sa rentrée au domicile dans un délai proche¹²². »

Rarement un psychiatre de l'*Institut* exprime aussi clairement ce qu'il entend par guérison. Julie A. connaît en 1953 un séjour exceptionnellement long qui dure cinq mois. Venant de la médecine interne pour l'ablation d'un sein suite à un cancer, le psychiatre est démuni : il ne peut pas se lancer dans les thérapies de l'époque vu l'état physique affaibli de la patiente. Une fois celle-ci rétablie, il la soumet à des électrochocs : commence alors un récit médical linéaire qui mène de la « bonne » thérapie adaptée à un diagnostic correct – dans ce cas « état confusionnel » à la guérison complète. Exemple d'une bonne trajectoire comme on pourrait la trouver dans un manuel de psychiatrie, ce cas reste très rare dans les dossiers médicaux.

121. Jacques DE BUSSCHER, « Impressions personnelles sur les effets de l'atarax de la chlorpromazine, de la réserpine et du AY 5406-1 (parasan) en thérapeutique psychiatrique », *Encéphale*, 45, 1956, p. 1007-1023.

122. HBIP, NS, n° 10380, rapport du médecin (3 décembre 1953).

Chapitre V

Traitements

Ce chapitre s'articule étroitement avec celui qui le précède. Comme lui, il s'intéresse aux savoirs des différentes populations psychiatriques. Il entend néanmoins se focaliser davantage sur les thérapies. Comment les traitements sont-ils utilisés? Comment sont-ils perçus par les patients, les infirmières et les médecins? Ces questions suscitent depuis une vingtaine d'années un intérêt grandissant auprès des chercheurs en sciences humaines. Ceci est lié à la place grandissante des médicaments à l'intérieur de la psychiatrie. Pour certains historiens, c'est la fin de l'histoire de la psychiatrie¹. Pour d'autres, cette discipline s'est lancée sur une voie dangereuse en se soumettant aux intérêts des industries pharmaceutiques². La discussion entre ces deux courants a produit une littérature particulièrement riche.

Par rapport à la littérature existante, deux points me semblent particulièrement importants à relever. Premièrement, le traitement n'est jamais un processus uni-directionnel : le patient y a également son mot à dire, surtout en psychiatrie où sa position est souvent décrite comme celle d'un objet et non pas comme celle d'un sujet agissant. Or, le psychiatre a besoin de la parole du patient pour pouvoir « mesurer » les effets du traitement³. Deuxièmement, l'introduction des neuroleptiques est souvent présentée comme une révolution chimique et thérapeutique : le présent chapitre soulignera davantage les continuités qui existent au fil du xx^e siècle.

La présentation en sous-chapitres chronologiques des principaux traitements ne doit pas faire oublier que les remèdes ne sont pas administrés séparément, mais s'entrecroisent tout au long du siècle comme l'illustre le cas de Pascale L. En septembre 1950, elle effectue son deuxième séjour à l'*Institut*. Enfermée en salle 49, elle en sort après une centaine de jours, officiellement pour « guérison » : son rapport est moins enthousiaste.

1. Edward SHORTER, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York, John Wiley & Sons, 1997.

2. David HEALY, *Le temps des antidépresseurs*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 2002.

3. Viola BALZ, *Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950 – 1980*, Bielefeld, transcript, 2010.

« Le 13/9/1950, la malade nous revient pour les motifs suivants: troubles graves du comportement, insuffisance du jugement et de l'autocritique, illusions sensorielles, agitation motrice. Elle a été vue à ce moment par un interniste, un oculiste et par moi-même et notre conclusion était, en date du 14: malade stuporeuse, cachectique, le pouls est à 32 au quart pour une température de 37°2. Mais nous n'avons pas pu mettre en évidence de signe clinique de lésion organique. Le malade a été traitée alors par de l'hydroysat de protéine et des injections intra-veineuses de Glucose. Divers examens ont de nouveau été pratiqués: urine, rares cylindres granuleux, nombreuses hématies, rares cellules épithéliales. Culture négative. Ponction lombaire: Alb. 0,32 Rav. Négatif, Pandy négatif, Weich. Négatif, 0,1 leucocyte, B. W. Négatif – Dans le sang: Takata 00, Sucre 0,63 %, Hanger +, Cholestérol 2,02. Examen pulmonaire radiographique: négatif. Un interrogatoire sous narcose n'apporte aucun événement nouveau si ce n'est l'ancien conflit centré sur la famille. La malade reste pendant plusieurs jours confuse avec fausses reconnaissances et hallucinations. Tous les examens objectifs de contrôle pratiqués sont strictement négatifs et les seules constances sont les signes de maniérisme et de composition. La malade subit alors un cardiazol I. V.: qui sera suivi de quatre autres. Dès le premier traitement, amélioration spectaculaire: malade souriante: Ce n'est que le 27/9/50 que nous avons eu notre attention attirée par la persistance des troubles musculaires aux deux mains. Un examen de contrôle a été demandé au Prof. Cornil qui nous a répondu: Électro-diagnostic classique et chronaxie normale aux nerfs et aux muscles des deux membres supérieurs. En explorant la motricité sous eau des mains, on sent nettement des mouvements actifs de la flexion des doigts. Persistance des réactions hyperémotives, du maniérisme et du puérilisme. La malade est sortie le 17/2/1951 à la demande du mari. Pendant son deuxième séjour au service, elle avait grossi de 14 kilos et son état organique était nettement amélioré. À sa sortie, nous l'avons adressée au Service de Gynécologie qui avait proposé une admission de huit jours pour nausées et vomissements fréquents avec tendance à une hyperménorrhée. Nous avons proposé également que cette malade puisse venir à notre service de gymnastique rééducative, mais elle a été très irrégulière. Le diagnostic à la sortie était: psychonévrose grave à pronostic réservé⁴. »

Ces lignes montrent l'entrecroisement des traitements et l'empirisme thérapeutique qui définissent la pratique psychiatrique. Face à un cas où le diagnostic reste flou, tout l'arsenal médical est expérimenté.

Finalement, il ne faut pas oublier que depuis très longtemps l'espace psychiatrique est considéré comme une thérapie en soi. Dans son *Précis de psychiatrie* destiné aux étudiants de médecine en France, Emmanuel Régis ouvre son chapitre sur la thérapie avec un sous-chapitre intitulé « Isolement » et ce n'est qu'à la fin du chapitre en question qu'il aborde des éléments que nous considérons aujourd'hui comme faisant partie de la

4. HBIP, AS, n°9015, rapport du médecin (22 mars 1951).

thérapie comme les médicaments⁵. On aurait donc, d'une certaine manière, pu intégrer le chapitre consacré aux espaces psychiatriques dans celui-ci. Parler de nihilisme thérapeutique avant l'introduction de la psychiatrie biologique⁶, c'est donc oublier la fonction curative qui est accordée depuis au moins la seconde moitié du XIX^e siècle aux bâtiments dans lesquels est pratiquée cette discipline. Ce qui change par contre au XX^e siècle est l'individualisation de la thérapie. Si au siècle précédent le traitement s'applique à toute une salle, à tout un asile, il « travaille » maintenant le corps individuel de chaque patient. Ce chapitre va en effet illustrer la thèse établie par l'historien Joel Braslow il y a plus de dix ans. En combattant les maladies mentales par des cures corporelles, la psychiatrie va s'approcher de plus en plus, comme une spirale, du cerveau. Avec la balnéothérapie, le matériel primaire est encore la peau ; avec les cures de choc l'intérieur du corps est altéré, la lobotomie s'attaque, d'une manière encore peu précise, au cerveau avant que les neuroleptiques ne commencent à agir sur les neurotransmetteurs. La guérison se focalise peu à peu sur une action mécanique dans le cerveau.

Le but n'est pas de s'interroger d'une manière anachronique sur l'efficacité des traitements. On peut supposer qu'au moment où ceux-ci sont administrés par les médecins, ces derniers les considèrent subjectivement comme le meilleur traitement accessible. Le psychiatre américain Braslow distingue entre « efficacy » – la mesure de l'efficacité dans des essais cliniques – et « effectiveness » – la performance de la mesure dans le travail quotidien dans l'hôpital⁷. Le philosophe belge Missa parle lui d'« efficacité subjective⁸ » : ce qui compte c'est la perception des psychiatres de l'époque quant à l'efficacité des traitements. En partant de ce postulat, il s'agit d'affiner la chronologie et porter une attention particulière à la transformation d'un savoir théorique en pratique thérapeutique.

Hétérogénéité des traitements (années 1930 aux années 1950)

C'est avec les mots suivants que la monitrice Hautain décrit les « méthodes de traitement » dans les premières années de l'*Institut* :

- « – Agités : balnéothérapie avec planches de bain pour les hommes, toiles pour les femmes, grands enveloppements ;
- Épileptiques : les barbituriques ;
- Maniaques : comme pour les agités ;
- Mélancoliques : abcès de fixation, cures de sommeil ;

5. Emmanuel RÉGIS, *Précis de psychiatrie*, 6^e éd., Paris, Gaston Doin, 1923, p. 983-1027.

6. Jean-Noël MISSA, *Naissance de la psychiatrie biologique : Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle*, Paris, PUF, 2006, p. 2.

7. Joel T. BRASLOW, *Mental Ills and Bodily Cures : Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century*, Berkeley, University of California Press, 1997, p. 4-5.

8. J.-N. MISSA, *Naissance de la psychiatrie biologique...*, *op. cit.*, p. 117.

- Schizophrènes : rien de spécial, à surveiller de très près ;
- Suicidaires : surveillance spéciale, garde particulière ;
- Débiles : les occuper en attendant leur transfert ;
- Morphinomanes et aux intoxiqués : cure adaptée ;
- Syphilitiques : la malariathérapie, cure de sulfarsénol ; la médication consiste en pilule maison, bromure chloral, hyoscine et somnifères ;
- Contention : les bains continus ou les enveloppements totaux ou partiels⁹. »

Cette énumération fait d'abord apparaître la polysémie du mot « traitement ». Dans les années 1930, il ne se limite pas nécessairement à l'action de guérir, mais est très proche du sens premier du verbe « traiter » c'est-à-dire « agir avec quelqu'un/quelque chose (de telle manière)¹⁰ ». Ce qui compte c'est l'action, qu'elle soit thérapeutique, sédative ou punitive. Ainsi la contention se retrouve dans la catégorie des thérapies. Au moins en théorie, le traitement s'organise d'une manière assez précise autour des différents diagnostics de l'époque. Le deuxième constat est la présence de la médication dans les années 1930. Contrairement à un récit fréquemment mis en avant, la thérapie biologique ne commence pas dans l'entre-deux-guerres mais est bien présente dans les asiles dès la deuxième moitié du XIX^e siècle, soit à travers des interventions tels que le bain, la saignée ou l'emplâtre¹¹, soit à travers des médicaments qui au moment de leur introduction sur le marché provoquent des espoirs similaires à ceux qui s'expriment lors de la « découverte » des neuroleptiques¹².

Les bains

Les bains sont longtemps le seul moyen dont le personnel dispose pour calmer un patient : ils restent cependant peu étudiés¹³. C'est au moins depuis le milieu du XIX^e siècle qu'ils sont régulièrement utilisés comme thérapie psychiatrique. La plupart des manuels de psychiatrie paraissant dans la seconde moitié du XIX^e siècle en parlent, aussi bien du côté allemand que français. En Belgique, plusieurs articles en vantent les mérites¹⁴.

9. Madeleine CAPON, « De la psychiatrie », Bruxelles, 1992, p. 12.

10. « Traiter » [<http://www.cnrtl.fr/definition/traiter>], 19 mars 2010.

11. Joseph MELLING et Bill FORSYTHE, *The politics of madness the state, insanity and society in England, 1845-1914*, London ; New York, Routledge, 2006, p. 20.

12. Cet aspect est rarement abordé. Joanna MONCRIEFF, "An investigation into the precedents of modern drug treatment in psychiatry", *History of psychiatry*, 10-40, 1999, p. 475-490 et Toine PIETERS et Stephen SNELDERS, "Mental Ills and the 'Hidden History' of Drug Treatment Practices", in Marijke GIJSWIJT-HOEFSTRA, Harry OOSTERHUIS et Hugh FREEMAN (éd.), *Psychiatric Cultures Compared: Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005, p. 381-401 placent les neuroleptiques dans une pratique médicalement plus ancienne.

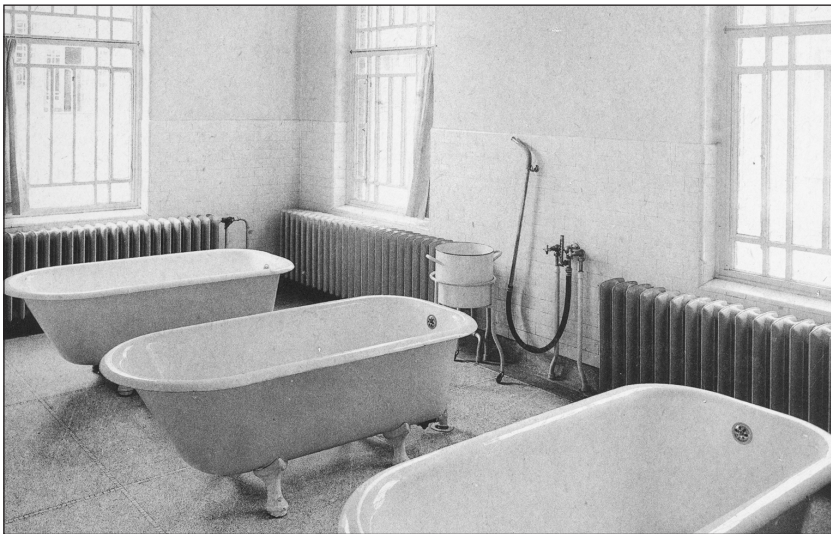
13. Voir néanmoins JOOST VIJSELAAR, *Het gesticht. Enkele reis of retour*, Amsterdam, Uitgeverij Boom, 2010, p. 164-169.

14. Un exemple parmi d'autres : Jules MOREL, « L'hydrothérapie dans les maladies mentales », *Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique*, 1889, p. 402-446.

En 1905, au XV^e Congrès des médecins aliénistes à Rennes, un rapport est exclusivement consacré à la question, et malgré le constat que les « résultats thérapeutiques [sont] encore douteux », la balnéothérapie reste jusqu'à la fin des années 1920 « un des éléments principaux dans la thérapeutique psychiatrique¹⁵ ». Les explications sur sa fonction guérisseuse sont diverses – élimination des éléments toxiques par la peau, amélioration de la fonction cérébrale par l'influence sur le système vasculaire, etc. : pour les psychiatres, la balnéothérapie n'est pas pensée seulement comme un moyen de rétention, mais s'inscrit également dans un contexte thérapeutique.

Mais c'est en vain qu'on cherche dans les manuels ou les revues psychiatriques belges comme les *Acta* des années 1930 et 1940 des réflexions quant à la balnéothérapie. S'il s'agit encore d'une procédure régulièrement utilisée dans la pratique quotidienne, elle n'est plus considérée comme un sujet sur lequel on publie, ce qui indique un changement fonctionnel : d'un outil à usage multiple, les bains deviennent essentiellement un dispositif sédatif. Dix ans plus tard, dans les années 1950, la balnéothérapie est jugée dépassée face à des « méthodes modernes » qui permettent « d'agir plus vite » ; l'auteur de ce jugement pense bien sûr aux neuroleptiques¹⁶.

Malgré le fait que les patients y soient le plus souvent enfermés, la baignoire est considérée comme peu violente. En 1931, lors de l'ouverture de l'*Institut*, la salle avec les baignoires est d'ailleurs la seule à avoir une fonction spécifiquement psychiatrique : une carte postale éditée au



ILL. 5. – Carte postale éditée en 1931 représentant les baignoires à l'*Institut*¹⁷.

15. E. RÉGIS, *Précis de psychiatrie...*, op. cit., p. 1007.

16. Henri BARUK, *Traité de psychiatrie*, Paris, Masson et Cie, 1959, p. 282.

17. ACPASB, fonds iconographiques, H/H.B/196.

moment de l'inauguration annonce pudiquement que celle-ci n'est pas prévue pour des questions hygiéniques, mais pour des « bains prolongés¹⁸ ». Contrairement aux baignoires installées pour les infirmières, celles de l'*Institut* n'ont pas de robinet individuel, mais sont remplies avec un tuyau ce qui permet une plus grande flexibilité, nécessaire en cas d'agitation du patient.

Malgré cette adaptation matérielle du dispositif, mettre le patient au bain reste un exercice difficile et périlleux : les dossiers personnels des infirmières mentionnent régulièrement des accidents de travail. De même, vu l'état le plus souvent agité des patients qui arrivent dans la salle des baignoires, les radiateurs y sont particulièrement protégés¹⁹. Très vite le personnel médical trouve « rébarbatif » l'aspect du dispositif d'enfermement – une planche spéciale boulonnée sur la baignoire et percée d'une ouverture circulaire où le malade ne peut passer que la tête – et le directeur de l'*Institut* demande à l'architecte de produire des planches en caoutchouc²⁰.

L'eau pose également problème à plusieurs niveaux. Comme elle est amenée de l'hôpital Brugmann proprement dit, elle perd beaucoup de sa chaleur. D'autre part, la durée des bains flétrit la peau de telle manière que les patients ne sont plus capables d'utiliser leurs mains ou de marcher. Pour y remédier, le personnel bricole un nouveau dispositif, le « bain sec, consistant en l'aménagement d'une espèce de matelas formé de coussins et d'une couverture sur le malade avant de recouvrir le tout d'une planche de bain chez les hommes ou d'une bâche chez les femmes²¹ ». Ce « bain sec » comporte moins de travail pour les infirmières parce qu'elles ne doivent pas contrôler la température de l'eau ni se soucier de l'état du patient.

La décision de mettre quelqu'un au bain est le plus souvent prise par les seules infirmières. Il dépasse régulièrement six heures de durée et se pratique parfois sur plusieurs jours. Ainsi en 1939, Valentine M. est transférée du secteur de la médecine interne vers l'*Institut*. Âgée de 34 ans, cette femme restera pendant 35 jours en psychiatrie. La patiente, après avoir « ri sans raison et [...] jeté son gobelet par la fenêtre », est dès son entrée mise au bain. Comme elle reste agitée, elle passe 26 heures dans la baignoire, avec seulement deux interruptions de 15 minutes²². Contrairement aux thérapies présentées ci-dessous, le bain est une thérapie peu spectaculaire et jugée

18. « Institut de Psychiatrie – Section fermée – Salle pour bains », in : CAP de Bruxelles, *Hôpital Brugmann – Institut de Psychiatrie – Cartes vues détachables*, Bruxelles, 1931. À ce moment, les chambres de bain sont considérées dans une fonction purement thérapeutique et pas nécessairement hygiénique ; cf. la description qu'en donnent Antoine DEPAGE, Paul VANDERVELDE et Victor CHEVAL, *La construction des hôpitaux : étude critique*, Bruxelles, Misch et Thron, 1912, p. 170-174.

19. ACPASB, travaux, boîte 52, lettre du directeur délégué de la 2^e section de la 2^e direction générale du Ministère de la Justice au président de la CAP (non datée, probablement seconde moitié des années 1930).

20. ACPASB, AGP-CAP, boîte 159, lettre du 1^{er} octobre 1936 de Vermeylen à la CAP.

21. M. CAPON, « De la psychiatrie... », *op. cit.*, p. 59.

22. HBIP, AS, n° 7666, notes d'infirmière (4 et 5 octobre 1939).

peu « scientifique ». En 1936, le journal satirique bruxellois *Le Pétard* se moque du directeur de l'*Institut* :

« Le bain [...] c'est tout ce que Monsieur le Professeur Vermeylen qui enseigne à l'Université de Bruxelles a trouvé de mieux pour calmer des malades nerveux²³. »

Et les bains ne calment pas nécessairement, en tout cas au niveau du bruit, comme en témoigne une lettre de Jakob V. qui a déjà à plusieurs reprises croisé notre chemin :

« Je suis donc pour le deuxième jour en bas, je m'y plais beaucoup... Je dors mieux qu'en haut, car au 48 il y a des hommes dans le bain qui hurlent toute la nuit²⁴. »

L'aspect « bricolé » de ces soins ressort d'un autre écrit de Jakob V. Dans une première lettre à sa femme, il assimile le bain à un outil d'enfermement mais également à un moyen d'humiliation :

« Voilà donc que je suis à Brugmann je dois te dire que contrairement à la dernière fois je suis très bien, bonne nourriture mes ils m'ont fait une mauvaise blague ils m'ont mis dans un bain complètement recouvert d'une planche dont la tête seule dépassait, je suis resté là dedans depuis hier 5 h. jusqu'à ce matin onze heure, je leur ai demandé de sortir pour faire ma grande, ils ont refusés disant de faire dans le bain, je suis donc resté deux heures dans cette infusion²⁵. »

À l'*Institut*, l'utilisation de la balnéothérapie ne se décline guère en fonction d'un diagnostic, mais essentiellement en fonction de l'état d'agitation du patient. Souvent elle découle directement de la procédure d'entrée en psychiatrie. Elle touche environ 10% des patients dans les années 1930 et 1940. À la fin des années 1940, le bain continue à être utilisé à de rares occasions. Pour certains patients, la baignoire devient même un refuge. Entre octobre 1953 et octobre 1956, Michel M. va effectuer six séjours à l'*Institut*, séjours entrecoupés par des passages dans d'autres institutions psychiatriques. Considéré la première fois comme « maniéré » (30 octobre 1953), Michel M., diagnostiqué « psychasthénique », commence lors de son cinquième séjour à se réfugier de plus en plus dans la salle des baignoires. Une fois sorti du lit le matin, il cherche la solitude dans des bains prolongés.

« Est resté toute l'après-midi dans la salle de bain. Malgré qu'on enlève le bouchon et l'eau de la baignoire, y reste couché sans eau. Ne veut pas se laisser raisonner, se débat avec force quand on veut le faire sortir²⁶. »

23. « Mabouls Palaces, chez les fous », *Le Pétard*.

24. HBIP, AS, n° 1346, lettre de Jakob V. à sa femme (10 octobre 1933).

25. HBIP, AS, n° 1346, lettre de Jakob V. à sa femme (7 septembre 1933).

26. HBIP, AS, n° 10290, note d'infirmière (1^{er} janvier 1955).

Le bain devient ainsi un moment de calme et de solitude. À partir des années 1960, la balnéothérapie n'apparaît plus dans les archives.

Les médicaments avant les neuroleptiques

Contrairement à une opinion très répandue, les premiers médicaments utilisés en psychiatrie ne sont pas des neuroleptiques. En 1923, quelques années avant la fondation de l'*Institut*, le psychiatre français Régis écrit que les « médicaments utilisés dans le traitement des états psychopathiques sont des plus variés et leur nombre augmente chaque jour²⁷ ». Si l'opium et la morphine sont utilisés depuis longtemps, la seconde moitié du XIX^e siècle voit l'apparition d'un nombre important d'autres substances jugées plus efficaces et moins dangereuses comme le chloral, les bromures alcalins, le Neuronal, le Luminal ou l'hyoscine... Lorsque le *Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique* présente en 1889 à travers une série de trois articles les thérapies utilisées en psychiatrie, une contribution est consacrée au Sulfonal, sédatif très en vogue à l'époque²⁸. Et deux années plus tard, l'imposante « Revue des journaux » du *Bulletin* consacre un septième de ses résumés à la thérapie médicamenteuse. D'une manière générale, l'accueil réservé par les publications à ces aides thérapeutiques est plutôt bienveillant et ressemble par maints aspects à l'accueil enthousiaste pour les neuroleptiques 60 ans plus tard. En 1892, un article sur un médicament se conclut sur les mots suivants : « L'hyoscine [...] a des effets extraordinaires chez les malades agités et turbulents²⁹. » Après le succès des sédatifs dans la deuxième moitié du XIX^e, le début du XX^e siècle voit la montée en puissance des barbituriques. Ceux-ci sont considérés plus efficaces et ont moins d'effets secondaires que leurs prédécesseurs. Dans les années 1930, ces médicaments n'attirent plus l'intérêt des psychiatres dans leurs publications. Dans les *Acta*, les articles consacrés à cette thérapie psychiatrique sont très rares si ce n'est pour soulever les problèmes de dépendance qui peuvent naître de la médication en question³⁰.

Ceci n'empêche pas ces médicaments d'être largement utilisés à l'intérieur de l'*Institut*. En 1931, au moins 55 % des patients en reçoivent au fil de leur séjour, le plus utilisé étant à ce moment le Luminal, un barbiturique distribué par Bayer ; en 1935 ce pourcentage tourne autour de 40 %, en 1940 autour de 80 %, en 1945 la médication touche environ 50 % des patients, et en 1950 deux tiers des patients en consomment. Malgré les

27. E. RÉGIS, *Précis de psychiatrie...*, op. cit., p. 1023.

28. J. AL. PEETERS, « Le sulfonal dans le traitement de la folie », *Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique*, 53, juin 1889, p. 162-166.

29. JDB, « Emploi abusif de l'hyoscine », *Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique*, 64, mars 1892, p. 106.

30. Henri HOVEN, « À propos des intoxications par les hypnotiques. Deux cas d'intoxication par le sulfonal », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 31, 1931.

variations importantes qui peuvent être liées à l'échantillon réduit, ces différents coups de sonde permettent d'affirmer que plus de la moitié des patients à l'*Institut* suit déjà une thérapie médicamenteuse, avant l'introduction des neuroleptiques. Un des médicaments les plus prodigués est l'hyoscine³¹. Cet alcaloïde est isolé au début des années 1890 en Allemagne et connaît alors un certain succès en psychiatrie. À l'*Institut*, il sert surtout de sédatif pour la nuit. En février 1945, Catherine M. est colloquée pour la troisième fois à l'*Institut*. Sa collocation est motivée comme suit : « tendance aux fugues – idées délirantes ». Pour les infirmières, la patiente risque d'être agitée et se retrouve donc dans la salle 49. Le troisième jour de son internement, les notes résument la journée ainsi :

« Agité vers 10 1/2 h agressive, idées d'infériorité – mise au bain – y reste toute la journée – bavarde assez bien. Nuit : Reçoit hyoscine vers 10 h 20 – s'endort vers 1 h seulement³². »

L'exemple choisi est illustratif à plusieurs niveaux. Les méthodes sédatives sont souvent combinées : le bain la journée, le sédatif médicamenteux le soir. Ensuite, le relatif insuccès n'est pas une raison pour abandonner l'outil. En effet, Catherine M. se voit administrer de l'hyoscine les jours suivants, malgré l'apparente inefficacité du médicament. Mais l'hyoscine résiste mal à l'introduction des neuroleptiques au milieu des années 1950. Certes François C. qui rentre avec le diagnostic « psychose dépressive » en janvier 1954 est traité exclusivement à l'hyoscine, malgré le fait que son médecin généraliste lui avait déjà prescrit du Largactil et que ce médicament est à ce moment également déjà utilisé à l'*Institut*. Mais les dernières traces d'usage de l'hyoscine se retrouvent dans les dossiers de 1955. L'Amytal par contre subsistera beaucoup plus longtemps dans la boîte à outils médicamenteuse des psychiatres. Ce barbiturique est introduit dans les années 1920 par la firme pharmaceutique Lilly. À la fin des années 1940, il bénéficie d'un regain d'intérêt suite à une série d'articles publiés par des psychiatres américains qui argumentent que le médicament réduit les symptômes de la schizophrénie³³. L'Amytal fera son entrée à l'*Institut* tardivement : c'est en fait parallèlement aux neuroleptiques que les premiers patients se voient administrer le médicament. Il est plus souvent utilisé comme l'hyoscine, c'est-à-dire le soir. La consommation est régulière et assez importante : ainsi en 1958 et 1959 l'*Institut* achète chaque mois 1 000 doses d'Amytal, pour une population d'environ 110 patients³⁴. L'Amytal continuera à être utilisé jusqu'à la fin de la période analysée dans ce livre, c'est-à-dire jusqu'au début des années 1980. Plusieurs autres barbituriques sont également administrés

31. Sur l'hyoscine : David HEALY, *The Creation of Psychopharmacology*, Cambridge MA, Harvard University Press, 2002, p. 59.

32. HBIP, AS, n° 3360, note d'infirmière (22 février 1945).

33. Edward SHORTER, *A historical dictionary of psychiatry*, New York, OUP, 2005, p. 37-39.

34. ACPASB, Approvisionnement, boîte 399 (produits pharmaceutiques).

jusqu'aux années 1970. Comme ces médicaments induisent une certaine dépendance, la réglementation les concernant est assez stricte :

« Les infirmières volantes sont responsables des stupéfiants qui se trouvent dans l'armoire destinée à cet usage. Au moment de quitter son service, l'infirmière volante passe la clef de l'armoire à sa remplaçante et vérifie avec elle le contenu de toutes les boîtes. Il est strictement défendu aux infirmières volantes de distribuer des médicaments calmants qui ne sont pas inscrits dans le rapport de nuit. Les ampoules de sédol, hyoscine, Pantopon, somnifère, morphine, spasmalgine, etc. ne peuvent être administrées que sur prescription médicale au rapport de nuit de la surveillante. Lorsqu'un médicament est distribué, prière de l'inscrire avec la date et le nom du malade dans le carnet destiné à cet usage. Les ampoules distribuées entre 7-10 heures, doivent être inscrites avec l'heure d'admission au rapport de nuit³⁵. »

Cet extrait explicite également l'utilisation de ces médicaments par les médecins et les infirmières. Ils ne peuvent en effet être administrés que sur prescription du médecin. Comme ce dernier n'est cependant guère présent lors du travail quotidien dans les salles et est surtout complètement absent pendant la nuit où les infirmières y sont toutes seules avec les patients, l'*Institut* met en place une procédure assez flexible. Sur les fiches de traitements, les psychiatres indiquent le nom du médicament ainsi que leur quantité maximale. Ce sont alors les infirmières qui décident si tel ou tel médicament est donné et qui marquent la quantité des médicaments effectivement administrés. Les rappels réguliers dans le règlement indiquent que les infirmières ne sont pas toujours très précises dans l'écriture de la médication :

« Indiquer pour chaque malade ce qu'il peut avoir en l'absence de la chef de salle (après-midi, soir, nuit). Pas de formules généralisées. Veiller à ce que les infirmières se conforment strictement à vos prescriptions. Ne jamais donner d'emblée à un malade agité hyoscine + sedol, commencer par une hyoscine et s'il ne se calme pas et si l'état général le permet, le malade peut avoir dans la suite 1 sedol + ton. card. N. B. Le malade peut recevoir en même temps 1 amp. Hyoscine + 1 amp. sédol quand le médecin l'a prescrit et en aucun autre cas. Cette règle a toujours été maintenue à l'institut il n'est pas question d'y changer quoi que ce soit³⁶. »

Les thérapies – malariathérapie, chocs cardiazol... – qui seront utilisés à partir des années 1930 ont l'avantage fonctionnel de ressembler davantage que les bains à une pratique médicale et d'être spécifiques au champ psychiatrique. Si la Deuxième Guerre mondiale ralentit légèrement leur diffusion, ces thérapies sont largement utilisées au début des années 1950. Le premier Colloque international de psychiatrie en 1950 leur est presque

35. ACPASB, fonds Capon, la longueue – note du 27 avril 1951.

36. ACPASB, fonds Capon, la longueue – note du 17 décembre 1941.

intégralement consacré : par l'écho que ce congrès rencontre dans la presse, ces nouvelles pratiques sont également connues à l'extérieur du champ médical³⁷.

Malariathérapie

En 1917, l'autrichien Julius Wagner von Jauregg traite « avec succès » des paralytiques généraux par la malariathérapie. La paralysie générale causée par la syphilis est devenue dans la seconde moitié du XIX^e siècle un des sujets qui occupent le plus la société. Elle donne également une certaine légitimité aux psychiatres qui interviennent dans des débats sociétaux³⁸. Le fait de pouvoir « guérir » la maladie change bien sûr l'image des paralytiques généraux, qui ne sont plus seulement considérés comme des êtres moralement condamnables, mais aussi comme des malades curables. La malariathérapie change également la perception du corps médical : la syphilis est la première maladie mentale dont la guérison est possible grâce à une thérapie. Selon les psychiatres, la fièvre provoquée par la malaria stoppe le développement du tréponème, à l'origine de la syphilis³⁹. En Belgique, la thérapie connaît une diffusion rapide à partir des années 1920⁴⁰. Lorsque l'*Institut* ouvre ses portes au début des années 1930, elle est largement utilisée ; son « effectiveness » n'est pas contestée. Il n'est donc guère étonnant de la retrouver dans les dossiers des patients dès 1931. Ceci d'autant plus qu'Auguste Ley, le directeur de l'asile-dépôt de Saint-Jean, l'établissement remplacé par l'*Institut*, a été celui qui a introduit la malariathérapie en Belgique⁴¹. Elle connaît un certain succès jusqu'à la fin de la guerre⁴². À l'*Institut*, elle est pratiquée en intraveineuse et le plus souvent la fièvre apparaît sept jours après l'inoculation. Après plusieurs pics de température – dans son cours à l'université Nyssen en recommande 7 à 10⁴³ – le patient se voit injecter de la quinine pour faire disparaître la fièvre. Un des médecins travaillant à ce moment à l'*Institut*, Jacques Flament, décrit la procédure comme suit :

37. Voir par exemple le reportage sur ce congrès dans le quotidien belge *Le Soir* : Albert GUISLAIN, « Connais-toi toi-même ! », *Le Soir*, p. 1.

38. Liesbet Nys, « De Ruiters van Apocalyps. "Alcoholisme, tuberculose, syfilis" en degeneratie in medische kringen, 1870-1940 », in Jo TOLLEBEEK, Geert VAN PAEMEL et Kaat WILS (éd.), *Degeneratie in België 1860-1940: een geschiedenis van ideeën en praktijken*, Leuven, Leuven University Press, 2003, p. 11-41.

39. J. T. BRASLOW, *Mental Ills and Bodily Cures...*, op. cit., p. 71-94.

40. En 1924, le premier article est publié dans une revue psychiatrique : BR. WALDERICUS, « Verslag over de malariabehandeling bij patienten lijdende aan algeheele verlamming in ons gesticht », *Ziekenverpleging*, 1, novembre 1924, p. 10-14.

41. René NYSSSEN, « In Memoriam Auguste Ley », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 56-2, février 1956, p. 132-134.

42. Maïte BENITO Y ULIBARRI, *Étude de la syphilis centrée sur l'analyse de dossiers médicaux de la section psychiatrique de l'hôpital de Brugmann*, travail de séminaire, ULB, 2009.

43. René NYSSSEN, « Notes prises au cours de psychiatrie par M. le Professeur Nyssen », syllabus, Université libre de Bruxelles, 1961, p. 16.

« En 1945, j'ai encore connu, pendant plusieurs années, la malariathérapie de Jauregg. J'ai connu les cures de malaria. C'était assez impressionnant. Tout colonial qui a vu la malaria autour de lui vous dira la même chose. Ce n'était pas plus effrayant dans la fosse aux serpents. Il y avait toujours dans une salle de 20 à 25 malades, deux ou trois paralytiques généraux (P.G.). L'incidence était encore très grande. Et on passait simplement le sang malarique d'un patient à l'autre. C'était commode. Je ne sais pas si on pensait aux conséquences d'autres contagions que cela pouvait entraîner. On prenait la malaria au lit du malade avant de l'infuser à un autre. Mais, certains jours, il n'y avait pas de malades, pas de P.G. inoculés. C'était embêtant. On partait alors à Anvers, à l'Institut de médecine tropicale, chercher du sang malarique pour réassurer la continuité⁴⁴. »

La malariathérapie sera remplacée par la pénicilline qui connaît une distribution rapide en Belgique après 1944 et qui s'avère très efficace contre la syphilis. À ce moment, les patients atteints de paralysie générale commencent à se faire rares à l'*Institut*. Mais jusque dans les années 1950, des malariathérapies sont administrées de manière isolée. Il s'agit de la seule méthode étroitement associée à un diagnostic, même si la paralysie générale ne donne pas automatiquement lieu à la malariathérapie : en effet la moitié des patients diagnostiqués « P.G. » ne sont pas soumis à cette thérapie. Soit leur cas semble désespéré : le patient est au stade final de la maladie, le stade tertiaire de la syphilis où le système nerveux est déjà fortement dégradé. Soit l'état physique du patient est jugé tel qu'il risque de ne pas supporter la thérapie. Elle comporte en effet trois inconvénients majeurs.

D'une part, et cet inconvénient n'est jamais formulé dans les articles de l'époque, le patient risque pendant tout le reste de sa vie de faire des rechutes de malaria. D'autre part, il s'agit d'une méthode dangereuse par les accès de fièvre qu'elle produit, et ces risques sont d'ailleurs discutés dans la littérature médicale belge⁴⁵. À l'*Institut*, la thérapie produit à plusieurs reprises des complications importantes. David G. entre en mai 1938 dans le service ouvert. L'examen d'entrée souligne un « affaiblissement de la mémoire » et « un malade fatigué, avec une dysarthrie et achoppement des syllabes ». Cet employé de 38 ans présente :

« Un certain degré d'amnésie. En effet, le malade se rappelle bien les faits dont il a été le témoin pendant la guerre, raconte volontiers les accidents qu'il y a eu, et les exploits auxquels il a assisté, mais présente une légère amnésie quand il s'agit des faits plus récents. »

Le tableau de l'examen de l'état mental et physique se clôture par la notification de la présence d'un tremblement de la langue jugé typique de

44. Entretien avec Jacques Flament (25 juin 1999) dans : J.-N. MISSA, *Naissance de la psychiatrie biologique...*, op. cit., p. 49-50.

45. Ch. DUPREZ, « Mort par rupture spontanée de la rate chez un paralytique général malarisé », *Le Scalpel et Liège Médical*, 25, juin 1933, p. 967-969.

la paralysie générale. David G. est traité avec 3 cc de sang en intraveineuse le 22 mai 1938; le 24 mai 1938, il commence sa première poussée malarienne. Du 24 mai au 30 mai 1938, il fait 7 pics de température montant jusqu'à 41°; lorsque son état se dégrade rapidement un médecin de garde est appelé et on lui administre, le 31 mai 1938, de la quinine afin de stopper les fièvres paludéennes. Mais son corps ne résiste pas à la lourdeur de la thérapie et David G. décède le 5 juin 1938 d'un collapsus cardiaque⁴⁶.

Finalement, c'est une thérapie peu normée et qui fonctionne différemment pour chaque individu. L'absence de standardisation (virulence de la malaria, déclenchement et importance de la fièvre...) explique la difficulté d'administration. Ainsi les premières inoculations malariennes effectuées en 1931 ne provoquent pas de symptômes paludéens. Ce n'est qu'après quelques mois que le côté technique de la thérapie est maîtrisé par le personnel médical et soignant.

Plus encore que les bains, la malariathérapie demande une interaction concrète entre médecins et infirmières. Elle introduit également dans le travail infirmier une certaine technicité: surveillance du pouls et de la température, anticipation et prévention des complications... Comme le côté peu technique de sa pratique pose souvent problème à l'infirmière, la malariathérapie est plutôt vécue comme valorisante. Les manuels spécifiques à cette catégorie professionnelle soulignent donc plus particulièrement les compétences nécessaires pour l'appliquer⁴⁷. La malariathérapie nécessite également la tenue d'une courbe de température – température qui peut parfois monter jusqu'à 42°. Cette courbe est certes banale dans la pratique médicale⁴⁸, mais c'est justement par l'intégration de ces outils jugés évidents dans la pratique psychiatrique que le champ psychiatrique souhaite intégrer le champ médical.

La cure d'insuline

Méthode développée dans les années 1930, la cure d'insuline est parfois présentée comme le début de la psychiatrie biologique⁴⁹. Si cette vision peut paraître anachronique, il n'empêche que, combinée avec le choc cardiazol développé au même moment, la cure en question semble inaugurer une nouvelle époque au moment de son invention. Le procédé consiste à créer un coma hypoglycémique par injection d'insuline, coma qui après

46. HBIP, AS, n° 5040.

47. Walter MORGENTHAU et Oscar-Louis FOREL, *Manuel de psychiatrie à l'usage du personnel infirmier*, 2^e éd., Berne, Éditions Hans Huber, 1940.

48. Volker HESS, "Standardizing body temperature: Quantification in hospitals and daily life", in Gérard JORLAND, Annick OPINEL et George WEISZ (éd.), *Body Counts: Medical Quantification in Historical and Sociological Perspectives*, Montreal, McGill-Queens Press, 2005, p. 109-126.

49. J.-N. MISSA, *Naissance de la psychiatrie biologique...*, op. cit.

un laps de temps de 30 à 60 minutes est arrêté par un resucrage par sonde. Même son inventeur, Manfred Sakel, n'est pas sûr du mode d'action de l'insuline mais à la fin des années 1930 de nombreux psychiatres sont convaincus qu'il s'agit là d'une thérapie efficace pour guérir les malades atteints de schizophrénie. Cette thérapie arrive tardivement en Belgique par rapport à d'autres pays européens⁵⁰. Ce n'est qu'en 1937 que les premières cliniques belges commencent à l'utiliser; c'est la même année que la procédure est présentée par un médecin suisse dans la revue belge de psychiatrie⁵¹. Les rythmes d'introduction des nouvelles thérapies ne varient pas seulement à l'échelle nationale, mais également à l'échelle locale. À l'*Institut* la méthode est introduite tardivement; le premier dossier témoignant de cette pratique date de 1941⁵². Si dans d'autres pays, la guerre conduit à un certain ralentissement de cette cure vu la rareté de l'insuline⁵³, les années de l'occupation sont justement le moment de son introduction à Bruxelles.

Si ce traitement déclenche donc des espoirs assez importants, la lourdeur du dispositif rend une utilisation massive presque impossible. Certes, la description qui suit est influencée par les conditions locales, mais témoigne néanmoins de l'effort technique et temporel que cette cure nécessite. Pour permettre une surveillance très étroite, une salle spécifique, juste en face du bureau des infirmières est mise en place. Avant de lancer la cure, le patient est soumis à un examen physique détaillé; un âge avancé peut être une contre-indication⁵⁴. Pendant le coma et surtout lors du réveil, la présence d'au moins deux personnes est nécessaire pour surveiller l'état du patient et l'accompagner lors de la sortie du coma. Ceci explique pourquoi à l'*Institut*, on ne peut pas traiter plus de deux patients en même temps. Comme le sujet doit être à jeun, la cure commence très tôt le matin entre 5 h 30 et 7 h. Toute la procédure prend environ quatre heures. Vu la technicité de la procédure, elle est surtout effectuée par des infirmières expérimentées. Si c'est le médecin qui prend la décision de l'effectuer, c'est l'infirmière qui s'occupe de la mise en pratique. Vu la transpiration importante pendant le coma, le patient n'a pas seulement droit à un repas particulier à son réveil mais est également lavé. La charge de travail est donc importante. La difficulté de la procédure est également illustrée par quelques complications (troubles abdominaux, troubles cardio-vasculaires, morsures de langue...) qui se produisent en 1941, la première année où la thérapie est appliquée.

50. En Angleterre, elle est pratiquée dès 1935: Niall McRAE, "A violent thunderstorm": Cardiazol treatment in British mental hospitals", *History of Psychiatry*, 17-1, 2006, p. 67-90.

51. Henri BERSOT, « La thérapeutique de la schizophrénie par l'insuline », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 37-2, 1937.

52. Sara TAVARES GOUVEIA, *La « Cure de Sakel » : où l'insulinothérapie à l'Institut de Psychiatrie de l'hôpital Brugmann de 1940 à 1970*, travail de séminaire, ULB, 2009.

53. J. T. BRASLOW, *Mental Ills and Bodily Cures...*, *op. cit.*, p. 98.

54. M. GROSS et G. GROSS-MAY, « Techniques et indications de cures d'insuline et de cardiazol chez les schizophrènes », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 38-11, 1938, p. 831-844.

En octobre 1941, un patient décède même d’une déficience cardiaque probablement liée à une insulinothérapie administrée le même jour⁵⁵.

Une fois que la dose nécessaire au coma a été trouvée, le psychiatre évalue la situation au cas par cas. S’il constate une certaine amélioration, des comas plus légers sont répétés afin de consolider la guérison. En cas d’insuccès, plusieurs comas profonds sont répétés avant de passer à d’autres thérapies. Gil. B. est colloqué une première fois en 1949. Âgé de 47 ans, ce magasinier est diagnostiqué schizophrène. Après un mois d’internement sans véritable intervention thérapeutique, le psychiatre envisage d’abord une cure aux électrochocs puis se décide finalement pour un traitement insulinique « à titre sédatif et tonique⁵⁶ » : la cure d’insuline, comme les

Date	Dose insuline	Coma	Commentaire des infirmières
3 mai 1949	25 unités	/	Reçu 80U insuline, n’a pas fait de coma, parle toujours, reçu 25U Insuline à 16h. Sans aucun résultat.
4 mai 1949	35 unités	/	
5 mai 1949	45 unités	/	
6 mai 1949	55 unités	/	
7 mai 1949	65 unités	/	
8 mai 1949	Dimanche	/	
9 mai 1949	65 unités	/	
10 mai 1949	80 unités	/	
11 mai 1949	100 unités	/	
12 mai 1949	110 unités	/	
13 mai 1949	120 unités	/	Il a été très agité au matin. Reçu 110U d’insuline n’a pas fait de coma, mais a beaucoup transpiré, mange bien.
14 mai 1949	120 unités	/	
15 mai 1949	Dimanche	/	
16 mai 1949	130 unités	/	
17 mai 1949	140 unités	/	
18 mai 1949	150 unités	/	
19 mai 1949	160 unités	I	
20 mai 1949	160 unités	II	

TABEAU 12. – *Fiche d’insuline de Gil B.*

55. HBIP, AS, n° 6475.

56. HBIP, AS, n° 7935, rapport du médecin (25 avril 1949).

autres méthodes, n'est donc pas uniquement perçue comme une thérapie, mais également comme un sédatif. Après une semaine, le médecin reste insatisfait :

« Diagnostic symptomatique : au début de sa cure d'insuline, il a été un peu calmé. Actuellement, il reprend son état antérieur. Envisager la "grande cure d'insuline"⁵⁷. »

La fiche de la cure insulinique du patient permet de se rendre compte de l'empirisme du traitement. Le dosage n'est pas harmonisé mais dépend de chaque individu. C'est par tâtonnements que le psychiatre essaie d'approcher le point de basculement.

À partir de 80 unités, les infirmières s'attendent à un effet, mais chez Gil B. c'est seulement le double dosage qui provoque une réaction. Après 17 comas, la cure est stoppée à cause d'une infection, sans résultat apparent :

« État mental inchangé : parle sans arrêt, à la base on retrouve toujours des histoires de guerre dans lesquelles interviennent des rois, des reines et des hommes politiques⁵⁸. »

Gil B. est finalement relégué dans un hôpital psychiatrique de province. La cure de Sakel n'est pas administrée seule. Dans notre échantillon, plus de la moitié des patients traités à l'insuline reçoivent cette thérapie en combinaison avec un autre traitement de choc, dans un premier temps avec le cardiazol (12 %) et ensuite avec l'électrochoc (33 %) ; 7 % subissent une leucotomie après l'échec d'une cure combinant insuline et électrochocs.

Le choc cardiazol

Le choc cardiazol connaît un bref moment de gloire dans la seconde moitié des années 1930. Inventée et propagée par le Hongrois Ladislas Meduna, la thérapie est, pendant un moment, préférée à la cure d'insuline parce qu'elle demande moins de surveillance de la part du personnel soignant et des médecins. Si le risque de mourir n'est pas négligeable pour l'insulinothérapie, il est toujours resté minime en ce qui concerne le cardiazol. Il s'agit d'une molécule qui provoque des crises épileptiques. L'absence de schizophrénie chez les épileptiques a fait naître l'hypothèse que la reproduction de ces convulsions pourrait avoir un effet sur cette maladie mentale. Il s'agit d'une thérapie largement utilisée, au moins dans la seconde moitié des années 1930⁵⁹. En Belgique, son intro-

57. HBIP, AS, n° 7935, rapport du médecin (2 mai 1949).

58. HBIP, AS, n° 7935, rapport du médecin (18 juin 1949).

59. J.-N. MISSA, *Naissance de la psychiatrie biologique...*, *op. cit.*, p. 139-164 et N. McRAE, « Cardiazol treatment... », *op. cit.*

duction se fait parallèlement à l’insulinothérapie à partir de 1937⁶⁰. L’accueil est plutôt enthousiaste et ressemble étrangement à celui que connaîtront les neuroleptiques quinze ans plus tard. Comme pour l’insulinothérapie, l’introduction de la cardiazolthérapie est relativement tardive à l’*Institut*. Ce n’est en effet qu’en octobre 1941 que les premiers patients sont traités de cette façon. Le directeur Guillaume Vermeylen est-il particulièrement sceptique face à ces thérapies de choc ? Si l’équipe de l’*Institut* participe au milieu des années 1930 à une recherche sur le dinitrophénol, une molécule qui active le métabolisme pour lutter contre la dépression, montrant ainsi qu’elle n’est pas réticente à des explications biologiques⁶¹, elle est complètement absente des publications sur les thérapies de choc.

Entre 1941 et 1955, date du dernier cas traité au cardiazol, à peine 4 % des patients sont soumis à ce traitement. Parmi ceux-ci ne se trouvent pas seulement des schizophrènes pour lesquels la thérapie a été pensée mais également d’autres personnes souffrant de psychasthénie, démence sénile, mélancolie délirante, paranoïa... En effet, c’est dès 1937 que des articles soulignent que la thérapie n’est pas destinée qu’à des schizophrènes⁶². Comme pour l’insulinothérapie, celle-ci est le plus souvent associée à une autre thérapie de choc (dans 63 % des cas). L’arrivée tardive du cardiazol à l’*Institut* explique peut-être son utilisation plutôt limitée. En effet, déjà pendant la Deuxième Guerre mondiale des publications commencent à mettre en doute son efficacité⁶³. Dès la fin des années 1940, l’*Institut* recourt de moins à moins à cette méthode à un moment où la presse belge la présente encore comme nouvelle et pleine d’espoir⁶⁴.

	1941-1945 (n = 52)	1946-1950 (n = 61)	1951-1955 (n = 164)
Pourcentage de patients ayant subi un choc cardiazol	6 %	8 %	2 %

TABEAU 13. – *Part des patients traités au cardiazol.*

Mais ce recul n’est probablement pas seulement dû aux doutes qui entourent l’efficacité du traitement ; la méthode est également violente, ce

60. F.M. HAVERMANS, « De Convulsie-therapie bij de Schizophrenie », *Ziekenverpleging*, 79, novembre 1937, p. 379-381 et Alphonse LEROY et P. CLÉMENTS, « Syndrome catatonique expérimental produit par le cardiazol », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 8, 1937.
61. Guillaume VERMEYLEN et HEERNU, « Le traitement des états dépressifs par le dinitrophénol », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 34-12, 1934, p. 249-258.
62. D’après N. McRAE, « Cardiazol treatment... », *op. cit.*, p. 76. c’est un psychiatre belge qui est le premier à plaider pour une utilisation plus large de la cure au Cardiazol : Paul VERSTRAETEN, « Société de Médecine Mentale de Belgique : séance du 23 octobre 1937 », *Annales Médico-Psychologiques*, 95, 700, p. 1937.
63. N. McRAE, « Cardiazol treatment... », *op. cit.*, p. 75.
64. A. GUISLAIN, « Connais-toi toi-même!.. », *op. cit.*, p. 1.

qui rend la thérapie particulièrement anxiogène chez les patients. Certes à partir de la seconde moitié des années 1940, les psychiatres de l'*Institut* utilisent le curare⁶⁵ pour amortir le choc produit, mais le traitement continue à être craint. De nombreux patients se cabrent une fois soumis au cardiazol. Mark V. entre en octobre 1941 pour la deuxième fois dans un intervalle de quelques mois à l'*Institut*. À part le diagnostic – « psychose paranoïde » – le dossier est plutôt vide. Après trois semaines de séjour, il se voit prescrire une double thérapie – à l'insuline et au cardiazol. La crise épileptique est provoquée pendant le coma. Mais dès le troisième jour, Mark V. fait tout pour échapper à la cure :

« A eu peur de sa piqûre de cardiazol et s'est précipité dans la fenêtre en se protégeant de son coussin. Revenu avec difficulté, le malade blessé à la main, est enveloppé et remis dans la petite salle. Dit dans l'après-midi que son voisin de lit lui aurait conseillé de ne pas se laisser faire sa piqure et l'aurais instigué à se jeter par la fenêtre⁶⁶. »

Contrairement aux recommandations de Meduna qui prône au moins 25 crises épileptiques avant d'abandonner la thérapie, les psychiatres bruxellois arrêtent souvent les frais après six essais⁶⁷. Si le dernier choc cardiazol est provoqué à l'*Institut* en 1954, cela n'empêche pas le directeur de l'établissement, René Nyssen, d'enseigner encore en 1961 en sa qualité de professeur de psychiatrie à l'Université libre de Bruxelles l'utilisation de ce traitement⁶⁸. Et dans la littérature médicale du début des années 1960, la cardiazolthérapie continue à être préconisée certes « seulement dans des cas particuliers⁶⁹ », mais elle n'est en aucun cas bannie du répertoire thérapeutique. Si d'une manière générale, à l'*Institut* et au dehors, la période de gloire du cardiazol est de courte durée, son importance se situe à un autre niveau. Par ses explications théoriques de la valeur thérapeutique du choc, le cardiazol ouvre la voie à l'électrochoc et au succès rencontré par celui-ci⁷⁰. Dans la littérature scientifique belge, les deux thérapies sont régulièrement discutées parallèlement, notamment en ce qui concerne d'éventuels effets secondaires⁷¹.

65. La toxicité du curare produit d'autres effets secondaires qui sont rapidement soulignés par les psychiatres dès 1946 : N. McRAE, « Cardiazol treatment... », *op. cit.*, p. 78.

66. HBIP, AS, n° 6395, note d'infirmière (6 novembre 1941).

67. Le maximum de chocs dans notre échantillon s'élève à 8 en une vingtaine de jours. Environ la moitié des patients traités avec cette méthode ne se voient administrés que deux chocs au cardiazol, indépendamment du succès ou de l'échec du traitement.

68. R. NYSSSEN, « Notes prises au cours de psychiatrie par M. le Professeur Nyssen... », *op. cit.*

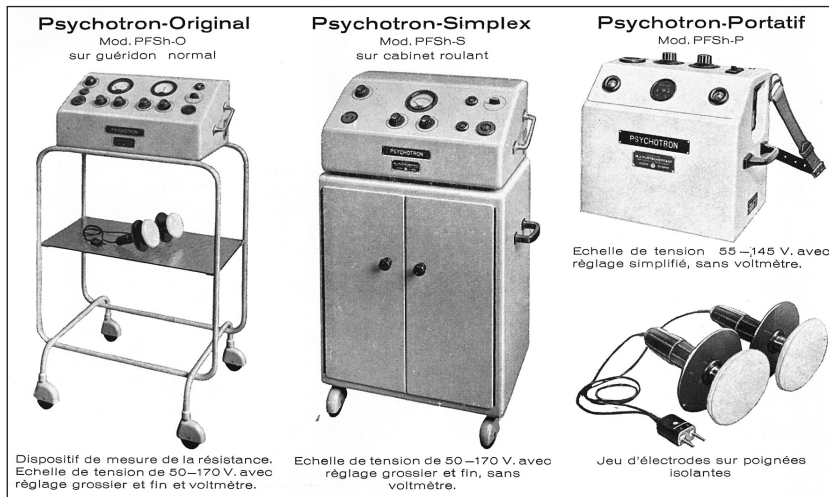
69. R. VANDIERENDONCK, « Diagnose en behandeling der depressies », *Belgische Tijdschrift voor Geneeskunde*, 17-16, 15 août 1961, p. 835-858.

70. German E. BERRIOS, « Early Electroconvulsive Therapy in Britain, France and Germany: a conceptual history », in Hugh FREEMAN et German E. BERRIOS (éd.), *150 years of British Psychiatry: the Aftermath*, London, Athlone, 1996, p. 4.

71. Alphonse LEROY, « Le traitement de l'hémiplégie à la phase subaiguë. Hémiplégie organique fort améliorée par le choc convulsivant », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 52-5, 1952.

Les électrochocs

L'électrochoc est le traitement par excellence de la psychiatrie – dans la mémoire collective⁷². Les images de *Snake Pit* (1948) d'Anatole Litvak ou de *One Flew Over the Cuckoo's Nest* (1975) de Milos Forman continuent à imprégner les esprits. Or, en 1975 au moment où le film de Forman sort en salle et récolte cinq Oscars, l'électrochoc est devenu une pratique assez rare dans les hôpitaux. Ce traitement connaît son apogée pendant un moment assez bref pendant les premières années de l'après-guerre. « Inventé » en 1937-1938 par l'italien Ugo Cerletti⁷³, l'éclatement de la Deuxième Guerre mondiale ne semble pas avoir constitué un véritable frein à sa diffusion sur le continent européen. C'est le cas en France⁷⁴ ; c'est également le cas en Belgique au moins pour Bruxelles : l'ECT fait son entrée à l'*Institut* en 1942 et au Centre Neuro-Psychiatrique Titeca en 1943. D'une part, le dispositif est cher. L'Institut Saint-Martin près de Namur ne commence à utiliser les électrochocs qu'en 1946 avec un appareil construit par un des frères⁷⁵. En 1951, l'*Institut* achète un nouveau système, mais



ILL. 6 – Publicité pour des appareils d'électrochoc mobiles⁷⁶.

72. Un résumé engagé de la discussion : Edward SHORTER et David HEALY, *Shock Therapy: A History of Electroconvulsive Treatment in Mental Illness*, New Brunswick, N.J., Rutgers University Press, 2007. Sur Brugmann : Leonel SOARES LOUREIRO NUNES, *L'électrochoc et sa pratique à l'hôpital Brugmann de 1942 à 1959*, travail de séminaire, ULB, 2009.

73. Roberta PASSIONE, « Italian psychiatry in an international context: Ugo Cerletti and the case of electroshock », *History of Psychiatry*, 15, mars 2004, p. 83-104.

74. Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN, *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'occupation*, Paris, Aubier, 2007, p. 364.

75. Georges DE BRUYNE et François DIEUDONNÉ, « Essai sur l'histoire de l'Institut Saint-Martin », Dave, 1983, p. 75.

76. CPAS, inventaire service approvisionnements 1920-1965.

sans les électrodes de réserve et sans les feuilles de contrôle pour respecter le budget imparti. D'autre part, les électrochocs assurent des rentrées financières. En 1949, la clinique privée du docteur Titeca facture la séance d'électrochocs à 300 francs, le prix de la journée (sans traitements) étant de 175 francs⁷⁷.

L'achat de deux appareils portatifs dans les années 1950 donnent une plus grande flexibilité pour l'administration des électrochocs.

Mais retournons à la chronologie de ce traitement. Dans les revues psychiatriques belges⁷⁸, la totalité des articles (à l'exception d'un) sont publiés entre 1947 et 1961. Le psychiatre Yves Piette du Service de Neuropsychiatrie de l'Hôpital civil d'Ostende montre un intérêt particulier pour l'analyse de ce traitement à travers toute l'époque étudiée. Aucun psychiatre de l'*Institut* ne publie sur le sujet. Dans l'enseignement dispensé à l'Université libre de Bruxelles, l'électrochoc est bien mentionné mais sans plus⁷⁹. Or, c'est une thérapie largement pratiquée à l'*Institut*.

	1940-44 (n = 48)	1945-49 (n = 52)	1950-54 (n = 125)	1955-59 (n = 245)	1960-69 (n = 622)	1970-79 (n = 46)
Pourcentage de patients ayant reçu un ECT	14,58 %	55,77 %	24,80 %	13,06 %	4,50 %	2,17 %

TABEAU 14. – *Part des patients traités à l'électrochoc.*

C'est surtout immédiatement après la Deuxième Guerre mondiale que les électrochocs sont le plus utilisés à l'intérieur de l'*Institut*. Malgré une certaine humanisation du traitement à partir du début des années 1950 avec l'introduction du curare permettant de réduire le risque de fractures, luxations et de l'anesthésie... sa pratique commence à diminuer dès ces mêmes années et donc dès avant l'introduction des neuroleptiques. L'utilisation de l'anesthésie, souvent célébrée comme une avancée importante, pose en même temps des problèmes vu sa technicité. En effet, elle implique un savoir-faire que la plupart des psychiatres n'ont plus après quelques années de travail en asile : ce sont donc souvent les jeunes médecins en stage qui disposent au moins du savoir théorique fraîchement acquis sur les bancs de l'université qui assurent ces tâches⁸⁰. Avec l'introduction des neuroleptiques, le nombre d'électrochocs diminue fortement à l'*Institut*,

77. « Le mouvement des malades au Centre Neuro-Psychiatrique au cours de l'année 1949 », *La Revue du Centre Neuropsychiatrique*, 4, décembre 1950, p. 13-28.

78. Sont prises en compte les revues suivantes : le *Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, fondé en 1896 (à partir de 1948 : *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*) qui couvre toute la période étudiée, *La Revue du Centre Neuro-Psychiatrique*, fondée en 1936 et dont le dernier numéro est publié en 1953 et *Ziekenverpleging*, fondé en 1920 (à partir de 1956 : *Psychiatrie en Verpleging*).

79. R. NYSSSEN, « Notes prises au cours de psychiatrie par M. le Professeur Nyssen... », *op. cit.*

80. Interview avec Jacques Michiels (5 octobre 2009).

mais sans disparaître complètement. Jusqu'aujourd'hui, il reste une thérapie en cas d'échec des médicaments. Ainsi Christine P. est transférée en octobre 1960 du service de chirurgie vers la psychiatrie. En attendant qu'une place se libère dans le service ouvert, elle reçoit déjà du Niamid et du Méprobomate, un antidépresseur et un tranquillisant. Comme ceux-ci n'agissent pas, le psychiatre traitant envisage rapidement une cure d'électrochocs. Pendant trois semaines il y a un va-et-vient entre thérapie médicamenteuse et thérapie de chocs.

« Reste aussi réticente et bloquée qu'à son entrée. Négativisme ++ : refuse de manger. A dû être gavée. Les neuroleptiques sont inefficaces. Un traitement d'Échocs s'impose (sous pentothal + myopléGINE). Il sera instauré dès le 22/10 si l'EKG est satisfaisant. »

« EKG : hypertrophie ventric G ; altérations diffuses du myocarde ventr G. séquelles probables d'infarctus antér... Traitement Échocs momentanément annulé. R/on supprime R1625 remplacée par 3 Morflar 8 h. »

« L'amélioration produite par le traitement au Morflar a été transitoire : pendant qqes jours, la malade a repris de l'initiative, a demandé à descendre S. 47, s'est occupée. Puis rechut. Un nouvel EKG a été demandé. Une cure d'Échocs est sérieusement envisagée⁸¹. »

La chronologie esquissée ci-dessus varie légèrement d'un hôpital à un autre, mais elle correspond néanmoins à une évolution générale, aussi bien en Belgique qu'en Europe occidentale. À l'asile Saint-Martin de Dave, seuls 2 % des patients sont encore traités de cette façon en 1957⁸². Au Centre Neuro-Psychiatrique Titeca, les ECT restent le traitement préféré pendant deux, trois ans supplémentaires, mais à la fin des années 1950 le nombre de patients traités commence également à diminuer⁸³. À la *Karl-Bonhoeffer Nervenlinik* à Berlin, le pourcentage de patients soumis aux ECT connaît également une chute sensible dès la moitié des années 1950⁸⁴. Parfois cette évolution est plus lente. Ainsi à l'hôpital Sainte Anne, cependant le lieu de « l'invention » des neuroleptiques, les électrochocs continuent jusqu'à la fin des années 1950 à être pratiqués par les psychiatres. En 1952, le pourcentage des patients soumis aux électrochocs tourne autour de 40 % ; sept ans plus tard ce taux est encore d'environ 35 %⁸⁵.

L'électrochoc est conçu au début comme un traitement contre la schizophrénie, mais suite à son « succès », son application est élargie à presque toutes les maladies mentales. Finalement l'ECT est redéfini comme une thérapie qui sert surtout à combattre la mélancolie. Dans son cours à

81. HBIP, AS, n° 12601, notes d'infirmière (19 octobre, 20 octobre et 7 novembre 1960).

82. Archives des Frères de la Charité (Gand), fonds Dave, rapport annuel de 1960.

83. J.-N. MISSA, *Naissance de la psychiatrie biologique...*, op. cit.

84. Thomas BEDDIES et Andrea DÖRRIES, « Auswertung », in Thomas BEDDIES et Andrea DÖRRIES (éd.), *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin, 1919-1960*, Husum, Matthiesen, 1999, p. 385-386.

85. Archives de Sainte Anne (Paris), Secteur 16, dossiers des patients.

l'ULB, le directeur de l'*Institut* Nyssen recommande de l'utiliser dans « la mélancolie, les états dépressifs, la confusion mentale, la manie et même dans la schizophrénie où l'insulinothérapie la même année est cependant jugée préférable⁸⁶ ». À l'*Institut*, l'électrochoc ne connaît pas de spécification diagnostique particulière étant aussi bien utilisé en cas mélancolie que de dépression, de schizophrénie ou de psychose... Il est rarement associé à d'autres traitements de chocs : 9 % sont combinés avec l'insulinothérapie, 2 % avec la malariathérapie. Par contre, dès l'introduction des neuroleptiques au milieu des années 1950, l'électrochoc est souvent couplé à ces nouveaux médicaments.

Les électrochocs sont administrés trois fois par semaine sans qu'il y ait un médecin unique pour s'en occuper. Très rares sont les occasions où un patient se voit administrer des ECT tous les jours. Une cure comprend normalement entre 8 et 15 applications⁸⁷. Contrairement à d'autres hôpitaux psychiatriques, leur administration se déroule de manière telle que les autres patients s'en rendent compte le moins possible. Une salle spécifique est installée au premier étage où les patients sont introduits séparément. Si l'infirmière prépare le patient, à l'*Institut*, le choc est administré par le médecin⁸⁸. Pour les années 1950, l'infirmière Capon donne la description suivante :

« J'assistais mes collègues volantes dans diverses tâches et notamment dans l'application des électrochocs. Les séances avaient lieu trois fois par semaine et les médecins alternaient entre eux d'une semaine à l'autre. Au moment où le médecin arrivait pour le traitement, je quittais mon bureau et je me dirigeais avec lui vers le local adéquat où tout le nécessaire devait être prêt. Ma collègue et moi allions alors chercher le malade dans sa salle et nous l'amenions en civière pour la séance, accompagnées souvent de l'interne de cette salle. Après la période convulsive, cette malade en apnée ne reprit pas sa respiration et au moment de lui administrer du carbogène la bonbonne était vide ! Paniqué, le D^r Flament nous quitta pour alerter le D^r Manet qui arriva sur le champ et qui pratiqua la respiration artificielle. Nous avions eu bien chaud ! Et bien que n'étant pas la plus directement en cause, quelle frousse et quel sentiment de culpabilité j'ai ressenti ce jour là. Désormais je ne manquais plus jamais de vérifier moi-même ou secondairement le fonctionnement de tout appareil avant son emploi⁸⁹. »

À part ce témoignage, les électrochocs ne semblent pas avoir provoqué de problème majeur : en effet, l'échantillon ne contient aucun exemple de patients souffrant des effets secondaires typiques des ECT, que ce soient des luxations ou des problèmes de mémoire.

86. R. NYSEN, « Notes prises au cours de psychiatrie par M. le Professeur Nyssen... », *op. cit.*, p. 80.

87. *Ibid.*, p. 81.

88. Interview avec Jean Dierkens dans L. SOARES LOUREIRO NUNES, *L'électrochoc et sa pratique à l'hôpital Brugmann de 1942 à 1959...*, *op. cit.*, p. 21.

89. M. CAPON, « De la psychiatrie... », *op. cit.*, p. 104.

La chirurgie cérébrale

Intervenir chirurgicalement sur le cerveau des malades mentaux est une pratique qui existe au moins depuis la seconde moitié du XIX^e siècle, malgré les dangers énormes que la chirurgie cérébrale balbutiante comporte⁹⁰. Dans la seconde moitié des années 1930, la lobotomie connaît un regain d'intérêt⁹¹. En 1935, le psychiatre portugais Moniz procède à des interventions visant d'abord à détruire une partie des lobes préfrontaux. La méthode est reprise dès 1936 par le psychiatre américain Freeman qui affine la technique. En Belgique, la chirurgie cérébrale en psychiatrie ne s'impose qu'après la Deuxième Guerre mondiale, dopée notamment par le prix Nobel de Médecine que Moniz se voit décerner en 1949. La méthode reste néanmoins assez controversée. Dans la presse médicale, les débats sont vifs entre ceux qui défendent cette forme de thérapie et ceux qui s'y opposent, mais au moins dans la première moitié des années 1950, l'opinion publiée est majoritairement en faveur de cette méthode. Parmi les trois revues psychiatriques du moment, deux – la *Revue du Centre neuro-psychiatrique* et *Ziekenverpleging* – ne publient que des articles favorables à la chirurgie cérébrale, tout en limitant son application comme l'illustre ce commentaire paru dans *Ziekenverpleging*, la revue éditée par la congrégation des Frères de la Charité.

« La lobotomie ne reste une solution que pour un petit nombre de patients, qui ne régissent pas aux traitements habituels⁹². »

En ce qui concerne l'*Institut*, la lobotomie est un acte thérapeutique rare et tardif, la première étant réalisée en 1952, la dernière en 1956. En tout, pendant ces quatre années, 3 % des patients sont soumis à ce traitement. Contrairement à ce qui se pratique dans la plupart des asiles psychiatriques belges faisant appel au neuro-chirurgien Leon Ectors pour ces interventions chirurgicales, l'*Institut* profite de son inscription dans un hôpital universitaire comportant un département de neuro-chirurgie. C'est Paul Martin, considérée comme un des pères fondateurs de la neurochirurgie en Belgique, qui les y effectue⁹³. Pour ce traitement lourd qui conduit souvent à un état d'apathie assez prononcé, les psychiatres ne demandent ni l'accord des

90. Voir le numéro 59 du *Bulletin de la Société de Médecine Mentale de Belgique* en 1890 qui contient plusieurs articles concernant cette pratique.

91. J. T. BRASLOW, *Mental Ills and Bodily Cures...*, op. cit., p. 125-151., Jack EL-HAI, *The lobotomist: a maverick medical genius and his tragic quest to rid the world of mental illness*, Hoboken, J. Wiley, 2005., Jack PRESSMAN, *Last resort: psychosurgery and the limits of medicine*, Cambridge, CUP, 1998 et J.-N. MISSA, *Naissance de la psychiatrie biologique...*, op. cit., p. 139-164.

92. « Zodoende blijft leucotomie alleen over voor dat kleine aantal patiënten, dat in het geheel niet reageert op de gebruikelijke behandelingen. », MEDICA, « Operatie tegen krankzinnigheid », *Ziekenverpleging*, 154, maart 1950, p. 17-19.

93. Une brève biographie de Paul Martin qui n'aborde néanmoins pas son travail en psychiatrie : J. NOTERMAN, « Paul Martin (1891-1968). Un des fondateurs de la neurochirurgie en Belgique », *Revue Médicale de Bruxelles*, 27-2, avril 2006, p. 121-127.

patients, ni de la famille. Par contre le ministère de la tutelle doit donner son accord. Contrairement aux résultats d'autres études de cas, la lobotomie n'est pas une intervention genrée à l'*Institut*⁹⁴. Si elles sont donc ici plutôt rares, les décisions d'en effectuer se déroulent toutes selon le même schéma. Le cas d'Emmanuelle R. en illustre le cheminement. Âgée de 51 ans, cette ouvrière entre en février 1952 à l'*Institut* pour « hypocondrie grave et tentative de suicide ». Déjà internée dans un autre hôpital psychiatrique, elle a des problèmes de santé depuis 1939 :

« 23/4/52: Il semble bien s'agir d'un syndrome psychasthénique avec obsessions hypocondriaques. Étant donné le mauvais état général on commence une cure d'insuline

30/4/52: Statu quo-patiente se plaint de plus en plus, affirme ne pas supporter l'insuline et être de moins en moins capable de manger.

13/6/52: aucune amélioration après 32 comas insuline, au contraire. La malade se plaint de plus en plus, affirme ne plus pouvoir manger du tout. Se plaint de "douleurs diffuses terribles" et non seulement abdominales.

25/6/52: On cessera l'insuline (37 comas) et tentera une cure d'Échoc (sous pethanol étant donné l'état général et, pour agir autant que possible à l'insu de la malade).

10/7/52: [après sept ECT] Les plaintes hypocondriaques de la malade semblent s'aggraver au fil des chocs.

16/8/52: 11 h ½ TS (tentative de suicide) la malade, fort déprimée, s'ouvre les plis du coude avec un morceau de tasse, qu'elle a préalablement cassée. Fortes égratignures au pli du coude dr., et à la cuisse g. Pli du coude g: peu ouvert.

6/9/52: Malgré tous les traitements (insuline, Échocs), on n'a observé aucune amélioration de l'état mental, et l'état somatique général s'aggrave progressivement. La malade est pratiquement incapable d'aucune activité et est totalement inerte au lit. Elle ne se lève dans la salle qu'avec des démonstrations fort théâtrales des grandes difficultés qu'elle éprouve. Elle continue à se plaindre tous les jours avec une monotonie extraordinaire des "atroces brûlures qu'elle éprouve au niveau du foie, de l'estomac et des intestins, et des tiraillements terribles qu'elle ressent dans la tête et dans tout le corps". Bien que ses complaints soient immuables depuis de nombreuses semaines, elle affirme que ses douleurs sont chaque fois de plus en plus atroces. L'alimentation est extrêmement difficile n'importe quel aliment étant censé aggraver les douleurs; le gavage par la sonde est souvent nécessaire mais même les solutions de protéines préoligérées déterminent d'atroces brûlures. Aucun antalgique n'a d'efficacité excepté la morphine qu'elle réclame. Elle a fait une invraisemblable scène d'agitation et de refus extrêmement puéril lorsqu'on a prescrit une injection IM de lécozyme! Tout son comportement est d'ailleurs très empreint de puérilisme. Les gastro-entérologues insistent sur la grande disproportion entre les lésions réelles (gastrite) et les plaintes de la malade. Devant l'aggravation progressive de cet état hypocondriaque

94. J. T. BRASLOW, *Mental Ills and Bodily Cures...*, op. cit., p. 152-170.

qui met en danger la vie de la malade et a résisté à toute autre thérapeutique on pose l'indication d'une leucotomie préfrontale. Il serait peut-être intéressant dans ce cas de diriger surtout l'intervention sur les contingents de [trois mots illisibles] de la partie inférieure de la face [partie de mot illisible]phérique selon les techniques décrites par Fulton⁹⁵. »

Le cas d'Emmanuelle R. est typique des lobotomies à plusieurs niveaux. D'abord, c'est une patiente qui sollicite beaucoup les infirmières : elle se plaint, mange difficilement, agite la salle... La plupart des autres lobotomisés sont dans le même cas. Deuxièmement, Emmanuelle R. subit plusieurs autres thérapies (37 comas insuliques et 7 électrochocs) qui ne conduisent pas aux résultats escomptés. Comme l'écrit le directeur René Nyssen lorsqu'il justifie par écrit la lobotomie – c'est d'ailleurs la seule thérapie pour laquelle un tel argumentaire existe – « thérapeutiques classiques n'ont pu modifier l'état de santé⁹⁶ » d'Emmanuelle R. Troisièmement, le séjour de la patiente est particulièrement long : en tout, elle restera plus de 270 jours à l'*Institut*. Tous les séjours de ceux qui subissent le même traitement ont dépassé la durée réglementaire de 60 jours. Dans les années 1950, un des médecins de l'*Institut* publie un article qui souligne l'importance du travail psychothérapeutique afin de resocialiser le patient : « La lobotomie, sans ce long travail psychothérapeutique, est une intervention inutile et même dangereuse⁹⁷. » Dans les quelques dossiers de lobotomisés, aucun n'indique qu'un tel travail ait été effectué.

D'une manière générale, ces thérapies de la première génération de la psychiatrie biologique ne semblent pas avoir connu un très grand succès. Les psychiatres de l'*Institut* ne leur reconnaissent pas une très grande efficacité dans leur pratique (efficacy) ni dans leur réflexion théorique (effectiveness). Les raisons de ces réticences sont difficiles à déceler. Le nombre réduit d'articles publiés dans les revues belges permet de supposer que les médecins de l'*Institut* semblent peu s'y intéresser. Rarement confrontés à des patients chroniques rapidement envoyés dans les asiles de province, ces psychiatres qui enseignent souvent en même temps à l'université, ne participent pas à l'articulation théorique de ces thérapies corporelles. Au moins en Belgique, ce sont les asiles qui rassemblent d'importantes populations de patients comme le Centre Neuro-Psychiatrique Titeca à Bruxelles ou les nombreux asiles de la congrégation des Frères de la Charité qui recourent massivement à cette première génération de thérapies biologiques. C'est particulièrement vrai pour les lobotomies, solution de dernier choix. L'*Institut* recourra plutôt à l'envoi dans les asiles de province. Mais ceci se vérifie également pour d'autres traitements comme l'insulinothérapie et la cardiazolthérapie qui à

95. HBIP, NS, n° 340, rapport du médecin.

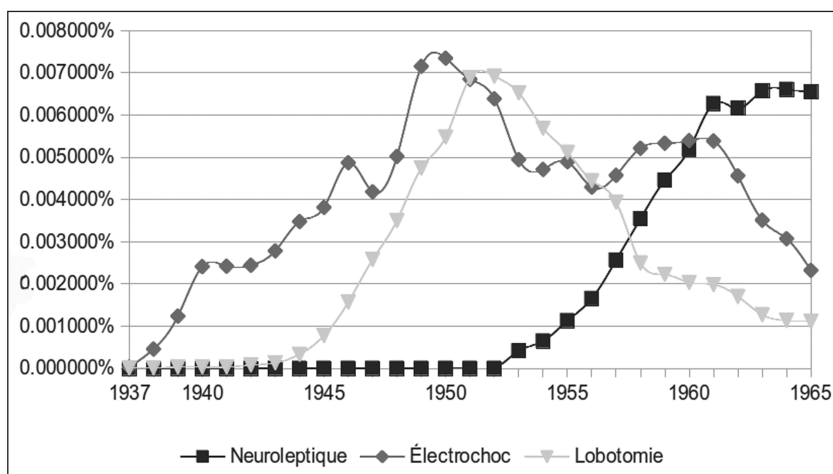
96. HBIP, AS, n° 9885, rapport du médecin (2 août 1952).

97. Simone COSYNS-DURET, « Considérations sur la psychothérapie après lobotomie », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 5, 1954, p. 378-387.

l'*Institut* sont non seulement moins utilisés que dans d'autres hôpitaux en Belgique mais également moins que dans d'autres pays européens, pour autant qu'existent des études qui permettent de telles analyses. Seul l'électrochoc connaît une diffusion immédiate et importante sans que les raisons de ce « succès » soient très évidentes. Est-ce la fascination de l'électricité, symbole de la modernité? La démonstration scientifique de son utilité s'avère-t-elle plus convaincante? La pratique thérapeutique à l'*Institut* pose également une autre question. Plusieurs auteurs ont récemment argumenté que la conceptualisation des diagnostics a fait des grands pas autour de cette première génération de traitement biologique⁹⁸. Ces pages laissent apparaître un autre récit : à part la malariathérapie dont l'utilisation est en effet spécifique à un diagnostic, les autres thérapies sont administrées d'une manière peu spécifique. Cet « éclectisme thérapeutique » pose plus largement la question de l'importance du diagnostic dans la pratique quotidienne. Aussi bien au niveau du classement spatial du patient que dans la thérapie le diagnostic médical ne joue guère de rôle.

La révolution chimique

Consacrer un chapitre spécifique à ce que l'historien anglais Roy Porter appelle la « révolution chimique⁹⁹ » risque de renforcer une chronologie qui fait apparaître l'introduction des neuroleptiques comme le point de bascule.



GRAPHIQUE 7. – Part des mots « neuroleptiques », « électrochoc » et « lobotomie » dans le corpus français des textes scannés par Google (30 mars 2012).

98. J. T. BRASLOW, *Mental Ills and Bodily Cures...*, *op. cit.* et N. McRAE, "Cardiazol treatment...", *op. cit.*, p. 85.

99. Roy PORTER, *Madness: A Brief History*, Oxford, OUP, 2002, p. 205.

Le graphique ci-dessus indique que les battages médiatique et académique (de courte durée) suscités par l'apparition de nouvelles thérapies psychiatriques se répètent à plusieurs reprises entre 1940 et 1965.

Mais le tournant neuroleptique occupe aujourd'hui une place si centrale dans le grand récit sur l'histoire de la psychiatrie au xx^e siècle qu'il est difficilement contournable. Jusqu'ici deux interprétations s'opposent. Pour les uns, l'introduction des neuroleptiques correspond à la fin de l'histoire de la psychiatrie (Shorter), pour les autres c'est l'aboutissement d'un système capitaliste dans lequel les firmes pharmaceutiques pensent plus à leurs bénéfices qu'aux souffrances mentales (Healy)¹⁰⁰. C'est seulement à travers une analyse fine de l'introduction des neuroleptiques qu'une réinterprétation devient possible. Avant d'entrer dans la matière, s'impose une brève chronologie factuelle de « l'invention » des substances psychoactives : dans mon récit, je m'intéresse surtout à deux sortes de médicaments : les neuroleptiques et les antidépresseurs. Le premier neuroleptique est introduit en psychiatrie en 1952 en France sous le nom générique de chlorpromazine, ou de Largactil, son nom commercial, mais ce n'est qu'en 1954 que le champ psychiatrique commence à considérer ces médicaments comme une avancée majeure et que leur utilisation dépasse le cadre expérimental. Quelques années plus tard, un autre neuroleptique, le Haldol, est mis sur le marché par le belge Janssen. Il connaît une extension rapide de son utilisation. Le premier antidépresseur, pour sa part, apparaît à partir de 1957 sous le nom d'Imipramine (Tofranil). De nouveau, il faut 2-3 ans avant que son usage ne commence à acquérir une certaine légitimité médicale¹⁰¹.

Le premier élément central d'une possible réinterprétation est la mise sous silence de l'utilisation de médicaments connotés spécifiquement comme psychiatriques avant les années 1950. Dans un sous-chapitre précédent, j'ai montré l'importance de l'utilisation de ces premiers médicaments. Deuxième élément central, l'introduction des premiers neuroleptiques en général et à l'*Institut* en particulier vécue par les patients. Le plus souvent cette introduction est présentée comme un moment de rupture. Dans sa récente *History of Psychiatry*, l'historien Edward Shorter commence son livre par les mots suivants :

« S'il y a une réalité intellectuelle centrale à la fin du xx^e siècle, c'est le succès formidable de l'approche biologique en psychiatrie – traiter la maladie mentale comme un trouble chimique dans le cerveau, trouble influencé par la génétique¹⁰². »

100. Volker HESS, « Psychochemicals crossing the wall. Die Einführung der Psychopharmaka in der DDR aus der Perspektive der neueren Arzneimittelgeschichte », *Medizinhistorisches Journal*, 42-1, 2007, p. 61-84.

101. D. HEALY, *Le temps des antidépresseurs...*, *op. cit.*

102. E. SHORTER, *A History of Psychiatry...*, *op. cit.*, p. vii.

De nombreux psychiatres ont adhéré à cette approche biologique comme en témoigne le « succès » des psychotropes dans les années 1950, psychotropes qui auraient transformé, toujours selon Shorter « la psychiatrie d'une branche du travail social en un champ qui appelle la connaissance la plus précise de la pharmacologie¹⁰³ ». Le docteur Paquay qui a été médecin à l'Institut Psychiatrique Saint-Martin à Dave près de Namur, le deuxième asile de Belgique par ses dimensions, se rappelle 50 ans plus tard : « C'est grâce à l'Haldol que tout cela a été possible. C'est l'Haldol puis tous les autres médicaments qui ont changé la maladie et la vie des malades¹⁰⁴. » Un retour sur les années 1950 montre une image plus nuancée. Mon regard sera double : le journal belge de psychiatrie et l'*Institut*.

Le lecteur des *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica* ne découvre pas le premier neuroleptique, le Largactil, à travers un article scientifique, mais à travers une publicité. Celle-ci est particulièrement révélatrice de la fonction du médicament pour son producteur en août 1953. Il n'est pas vendu comme s'adressant spécifiquement au champ asilaire ; l'annonce distingue trois champs d'utilisation : la chirurgie, la psychiatrie et l'obstétrique. Ceci est intimement lié à la « naissance » du Largactil. Il est d'abord utilisé dans le traitement du choc opératoire afin de provoquer une hibernation artificielle.

Au début, l'accent est mis sur sa « thérapeutique symptomatique » plutôt que sur sa « spécificité pathogénique » : c'est plus l'effet sur les symptômes que la guérison qui est souligné¹⁰⁵. Au fil des années, le Largactil se transforme peu à peu en un médicament psychiatrique. Ainsi, un an après, une publicité pour le même médicament est déjà beaucoup plus explicite. Le Largactil est cette fois clairement présenté dans un contexte de psychiatrie, mais ses indications sont encore très vastes : « agitation psychomotrice, états confusionnels, états anxieux, dépressions, obsessions, cénestopathies, insomnies rebelles, cures de sommeil, névralgies, algies diverses, dystonies neurovégétatives ». Le médicament reste plutôt inscrit dans la lutte contre la symptomatique. Au fil du temps, Spécia, le bras pharmaceutique de Rhône-Poulenc et distributeur du Largactil en Belgique, met de plus en plus l'accent sur l'application en psychiatrie, le Largactil n'est plus vendu comme un potentialisateur. La seule étiquette qui le caractérise maintenant est celle de « neuroplégique » : la publicité décrit les neuroleptiques dès lors comme ayant une valeur thérapeutique. Mais parallèlement Spécia s'essaie également à une autre présentation. En effet, dans plusieurs revues médicales généralistes, le Largactil est vendu comme un médicament avec une indication très large visant à affronter la « pathologie médicale ». Il y est présenté

103. *Ibid.*, p. 225.

104. J.-N. MISSA, *Naissance de la psychiatrie biologique...*, op. cit.

105. Christian BONAH et Séverine MASSAT-BOURRAT, « Les "agents thérapeutiques". Paradoxes et ambiguïtés d'une histoire des remèdes aux XIX^e et XX^e siècles », in Christian BONAH et Anne RASMUSSEN (éd.), *Histoire et médicament aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Glyphe, 2005, p. 51.

comme combattant aussi bien les insomnies que l'asthme et les vomissements. Le 4560 RP est même jugé adapté pour lutter contre la toxicose chez les nourrissons. À partir de la seconde moitié de 1954, Spécia fait également valoir sur ses dépliants publicitaires que le Largactil a été classé dans la catégorie A par le Fonds National d'Assurance Maladie-Invalidité (FNAMI), catégorie la plus favorable pour l'utilisation du médicament car elle assure un remboursement de 70 % du prix public¹⁰⁶. Vu le prix élevé du Largactil, au moins à ses débuts, il s'agit là d'un argument non négligeable.

Le FNAMI vit d'ailleurs les mêmes difficultés que Spécia pour catégoriser ce médicament. Dans un premier temps, le Largactil est classé dans la catégorie VIII.5., qui est celle des anti-parkinsoniens. Les raisons de cette classification sont probablement d'ordre chimique (chlorpromazine et anti-parkinsoniens appartenant à la classe des phénotiazines). La logique chimique est déterminante, ce qui n'a rien d'étonnant vu la composition de la commission, où siègent majoritairement des pharmaciens. Cette classification basée sur la parenté chimique s'avère néanmoins peu fonctionnelle : en effet on y trouve des spécialités qui « ne sont pas des antiparkinsoniens, mais peuvent au contraire, provoquer le parkinsonisme comme réaction secondaire », ainsi que le constate le Conseil Technique des Spécialités Pharmaceutiques¹⁰⁷. Pendant deux ans, les différentes commissions discutent sur la nature exacte de ce nouveau médicament afin de savoir comment réorganiser la catégorisation de la pharmacopée. Finalement, une nouvelle catégorie est créée en 1960 : les neuroplégiques à action antipsychotique. En se basant sur la classification d'un psychiatre suisse, Felix Labhardt¹⁰⁸, le Conseil Technique des Spécialités Pharmaceutiques distingue désormais deux catégories : les neuroleptiques et les tranquillisants. La première catégorie est définitivement inscrite dans le cadre psychiatrique qui devient maintenant une condition de remboursement.

Un regard sur l'utilisation du Largactil à l'intérieur de l'*Institut* offre une image qui est loin de celle d'une révolution. En effet, ce n'est qu'en 1954, deux ans après l'introduction de ce nouveau médicament, que les premiers patients se le voient administrer. Ensuite, le Largactil est utilisé d'une manière très large, aussi bien contre la schizophrénie que contre l'anxiété ou le delirium tremens. Finalement, l'utilisation de neuroleptiques – à ce moment seul le Largactil existe sur le marché – est loin d'être dominante dans l'arsenal

106. FONDS NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ, *Rapport général sur l'Année Sociale 1955 – 2^e partie – Rapport du service médical*, Bruxelles, Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale, 1955, p. 71.

107. Archives de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (A-INAMI), note n° 146 du Conseil Technique des Spécialités Pharmaceutiques (non daté, probablement décembre 1958).

108. Felix Labhardt a joué un rôle important dans l'introduction de la chlorpromazine en Suisse. Il est un des organisateurs du premier colloque sur le médicament à Bâle en 1953. Il publiera par la suite de nombreux articles sur les neuroleptiques et sera un membre actif du *Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum*.

thérapeutique. Ces quelques éléments qui portent sur les deux premières années de l'introduction du Largactil offrent un récit plus complexe et moins linéaire de l'introduction des psychotropes. S'il y a eu révolution – définie comme un changement soudain et vaste – dans la première moitié des années 1950, elle n'a pas eu lieu dans cette institution. En se basant sur les quelques monographies existantes, on peut aujourd'hui émettre l'hypothèse que l'introduction des neuroleptiques s'est faite lentement et s'est régulièrement heurtée à des résistances¹⁰⁹. Ainsi dans un hôpital bruxellois voisin, le Centre Neuro-Psychiatrique Titeca, le directeur se montrera longtemps sceptique face à l'utilisation des médicaments. Un membre de la dynastie Titeca auquel appartient cet hôpital explique en 2000 :

« Le Largactil était peu employé. Cela peut s'expliquer d'une certaine manière. À l'Institut, on a toujours eu des patients profondément enfoncés dans la psychose. Le Largactil a été utilisé par Delay et Deniker probablement sur des patients moins détériorés sur le plan psychotique. Moi j'ai toujours eu l'impression que le Largactil n'était guère efficace, que c'était de l'eau de robinet¹¹⁰. »

C'est cette réticence qui explique pourquoi – au moins jusqu'en 1956 – aucun neuroleptique n'est utilisé dans cet hôpital psychiatrique qui compte environ 700 patients. Cette grande hétérogénéité s'observe également parmi les Frères de la Charité. Dans leur revue *Ziekenverpleging* le Largactil est accueilli d'une manière positive. Mais à l'intérieur de cette congrégation, les temporalités d'introduction varient grandement d'un hôpital à l'autre. Ainsi à la fin de l'année 1953 seuls trois des neuf hôpitaux des Frères de la Charité l'utilisent¹¹¹. La relative rupture qui se dégage à l'*Institut* concernant les thérapies est beaucoup moins prononcée chez les Frères de la Charité. Pour 1954, leur revue publie le rapport suivant : 1 lobotomie, 116 cures d'insuline, 354 électrochocs, 13 thérapies de malaria, 285 thérapies au Largactil et 104 au Serpasil (réserpine), un autre neuroleptique. En ce qui concerne ces deux derniers médicaments, des différences parfois importantes existent entre hôpitaux. Un tiers des thérapies au Largactil sont administrées dans une des neuf institutions gérées par la congrégation. Dans un autre hôpital, le Largactil n'est pas apprécié et les médecins n'administrent que du Serpasil¹¹². À la *Karl-Bonhoeffer Nervenlinik* à Berlin, le

109. Sabine BRAUNSCHWEIG, « Einfluss der Neuroleptica auf den psychiatrischen Pflegealltag », *Medizin, Gesellschaft, und Geschichte: Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung*, 26, 2007, p. 53-74 et Viola BALZ et Volker HESS, « Psychopathology and Psychopharmacology. Standardisation from the Bottom Up, Using the Example of Neuroleptics », in Christian BONAH, Christophe MASUTTI, Anne RASMUSSEN et Jonathan SIMON (éd.), *Harmonizing Drugs. Standards in 20th-Century Pharmaceutical History*, Paris, Glyphe, 2009, p. 273-296.

110. J.-N. MISSA, *Naissance de la psychiatrie biologique...*, op. cit., p. 309.

111. B. D., « Zo ging 1953 over onze psychiatrische Inrichtingen », *Ziekenverpleging*, 181, octobre 1954, p. 7-15.

112. B. D., « Bijzondere Aspecten van de Verpleging van onze Geesteszieken in 1954 », *Ziekenverpleging*, 186, août 1955, p. 8-14.

Megaphen, nom commercial allemand de la chlorpromazine, ne s'impose pas non plus en quelques mois, mais en plusieurs années¹¹³. Même dans le service où les neuroleptiques ont été « inventés » c'est-à-dire au Centre des Maladies Mentales et de l'Encéphale (CMME) à Sainte Anne, le Largactil est au moins encore en 1956 loin d'être considéré comme un outil tout-puissant. Ainsi Véronique D. qui entre dans le service en mars 1956 avec le diagnostic de schizophrénie se voit administrer du Largactil, mais également une cure par l'insuline suite aux effets du Largactil jugés peu convain-cants¹¹⁴.

	1952	1954	1956	1958
ECT	32 %	48 %	41 %	35 %
Insuline	18 %	20 %	21 %	11 %
Largactil	0 %	24 %	48 %	61 %

TABEAU 15. – *Approches thérapeutiques à l'hôpital Sainte Anne (Paris).*

Entre psychiatrie biologique et psychiatrie sociale

S'il faut donc réévaluer l'introduction des neuroleptiques, il ne faut pas méconnaître son influence considérable sur la pratique psychiatrique à moyen terme. Une première approche quantitative à partir de la revue belge de psychiatrie n'est, certes, qu'indicative, mais elle donne néanmoins une certaine idée de la chronologie.

	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958
Total-articles	26	58	48	55	63	63	46	60	67
Psychotropes	0	0	0	0	0	1	1	2	4
ECT	0	1	1	1	0	0	0	0	0
Psychothérapie	0	0	0	1	0	0	0	2	0
Autres	1	0	0	1	8 ¹¹⁵	1	0	0	1

TABEAU 16. – *Articles « thérapeutiques » dans les Acta (1950-1959)*¹¹⁶.

Ce tableau révèle trois éléments importants. Le premier, déjà souligné ci-dessus, est le délai entre la mise sur le marché des premiers neuroleptiques et la prise en compte scientifique. Deuxièmement à partir de la fin des années 1950, les neuroleptiques deviennent largement dominants. Finalement ce tableau indique surtout qu'au début des années 1950, peu

113. T. BEDDIES et A. DÖRRIES, « Auswertung... », *op. cit.*
114. Hôpital Sainte Anne, CMME, dossier SS116582, rapport de sortie (23 juillet 1956).
115. Numéro consacré à la psychochirurgie.
116. Par « articles thérapeutiques », j'entends les articles consacrés spécifiquement à la discussion d'une thérapie.

d'articles sont encore consacrés à la thérapie psychiatrique. L'avènement des psychotropes amène donc un renouveau de la recherche en thérapie psychiatrique. La part importante consacrée aux psychotropes témoigne des espoirs qui naissent avec ces nouveaux médicaments, espoirs qui sont doubles : d'une part disposer d'un outil thérapeutique similaire aux autres branches médicales, d'autre part « guérir » les patients. Le rapport de 1961 du secrétaire de l'association des psychiatres belges, Jean Titeca, exprime cet espoir et indique également la présence d'un nouvel acteur dans le champ psychiatrique à savoir les firmes pharmaceutiques dont l'importance ira croissant au fil des décennies :

« D'aucuns pourraient insinuer que peut-être trop de nos séances sont occupées par la chimiothérapie. Mais à ceux-là il convient, je pense, de rappeler que les neuroleptiques constituent une des principales acquisitions de la thérapeutique psychiatrique des dernières années. D'autre part, nous estimons personnellement qu'il est non seulement de l'intérêt de nos membres, mais également du devoir de notre Société, d'encourager les recherches dans ce domaine en laissant comprendre aux grandes firmes productrices de produits pharmaceutiques combien nous apprécions les efforts constamment renouvelés de leurs chercheurs qui œuvrent dans des installations ultramodernes dont l'équipement et les ressources seraient enviés par nombre de laboratoires universitaires¹¹⁷. »

Un deuxième indicateur, cette fois à l'intérieur de l'*Institut*, est l'utilisation de différentes thérapies avant et après l'introduction des psychotropes.

	1950-1954 (n = 46)	1955-1959 (n = 87)	1960-1964 (n = 318)	1965-1969 (n = 284)
ECT	20 %	13 %	6 %	3 %
Psychotropes	24 %	68 %	82 %	86 %

TABEAU 17. – *Psychotropes et électrochocs à l'Institut de Psychiatrie de l'Hôpital Brugmann.*

Si les électrochocs constituent encore le « remède » auquel on recourt le plus fréquemment vers la fin des années 1940, ils connaissent une diminution significative et durable à partir de la seconde moitié de la décennie suivante. En même temps, l'utilisation des psychotropes connaît une diffusion de plus en plus large qui permet deux conclusions. Jamais dans l'histoire de la psychiatrie une thérapie n'a connu une utilisation aussi massive. À la fin des années 1960, neuf patients sur dix reçoivent des psychotropes. Deuxièmement, leur utilisation conduit à la quasi-disparition de toutes les autres thérapies biologiques. Seul l'électrochoc garde une part, minimale, dans les traitements. Cette introduction se fait dans un contexte d'enthous-

117. Jean TITECA, « Rapport de l'année 1961 », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 62-1, 1962.

siasme collectif autour des médicaments. Depuis la marche triomphante de la pénicilline au milieu des années 1940, le monde médical semble découvrir chaque année un nouveau remède miracle : les premiers antituberculeux (fin des années 1940), les antibiotiques à spectre élargi, etc. Symbole de la « médecine postmoderne¹¹⁸ », le médecin ne se contente plus d'établir des diagnostics corrects, mais en plus il guérit les maladies organiques. Les neuroleptiques permettent à la psychiatrie de participer à cet enthousiasme débordant.

Vu l'importance des neuroleptiques dans la pratique psychiatrique, je m'attarderai davantage aux réactions des patients qui sont nombreuses. En effet, dans deux tiers des dossiers consultés, la réaction face à la médication a été retranscrite. Celle-ci est très hétérogène et va du refus catégorique jusqu'à une demande de consommation régulière.

Épinglons le cas de François C. pour illustrer cette thématique. Sa première rencontre avec la psychiatrie se déroule à travers le service des consultations en décembre 1953. Quelques jours après cette première consultation, il entre en janvier 1954 à l'*Institut* avec le diagnostic « dépression ». Comme il se montre particulièrement agité, il se voit administrer de l'hyoscine presque tous les soirs. Mais le médicament n'a pas les effets souhaités : en effet pendant deux nuits de suite il détruit la toile dans laquelle il est enveloppé. Le psychiatre prescrit ensuite du bramure, mais François C. reste très perturbé jusqu'au 8 février, date de sa sortie. Pendant ce premier séjour, son dossier reste muet sur la manière dont il vit la médication. Mais pendant un entretien avec son épouse, il apparaît qu'il prenait déjà des tranquillisants avant sa venue à Brugmann¹¹⁹. Les dossiers ne sont pas assez détaillés pour se faire une idée très précise sur le nombre de patients qui prennent déjà des médicaments en général et des psychotropes en particulier. Comme on le verra plus tard, il n'est en tout cas pas rare que des patients arrivant à l'*Institut* consomment déjà des psychotropes.

Six mois plus tard, François C. entre de nouveau à l'*Institut*, cette fois sans diagnostic. La raison pour la collocation : « États anxieux mélancoliques. Idées de suicide. Insomnies. Affection mentale dangereuse pour lui. » L'homme semble maintenant habitué à la prise de médicaments. Dès son entrée il demande une pilule pour dormir. Le lendemain, il reçoit deux cuillères à soupe de Largactil le soir. Fin août, après 13 jours, il quitte l'hôpital. Finalement, il y retourne trois ans plus tard. Le médecin pose le diagnostic suivant : « agitation ancienne, tendance à la dépression et au suicide. Insomnie ». C'est la première fois qu'il reçoit des neuroleptiques sur une base régulière et après dix jours il commence à se plaindre. Les

118. Edward SHORTER, *Doctors and Their Patients: A Social History*, New Brunswick, Transaction Publishers, 1991, p. 179-210.

119. HBIP, AS, n° 10382, entretien avec l'épouse de François C. (28 décembre 1953).

infirmières notent qu'il « [s]e repose beaucoup au lit¹²⁰ ». Le lendemain, le psychiatre écrit de son côté : « Se souvient avoir eu des ECT en 1954 et "c'était meilleur que les pilules". » Le même jour, l'infirmière consigne le matin :

« Semble un peu déprimé ce jour n'est jamais d'accord avec ce que l'on lui donne comme médicament trouve que c'est trop, se plaint aussi de mal de tête. »

Et le soir :

« Vers 18 h a reçu 1 cibalgine ne voulait pas le prendre (méfiant) dit qu'il sera mort demain. très déprimé – pleure – s'endort après. »

Le jour suivant :

« Même comportement – Se repose beaucoup. Le malade est triste et un peu anxieux. Demande s'il devra encore prendre ses médicaments longtemps. Dit que le docteur lui avait promis un autre traitement¹²¹. »

De nombreux patients s'opposent ainsi à la prise de médicaments pendant leurs séjours. Très souvent, les dossiers n'indiquent cependant pas clairement le contexte du refus. En 1958, Mill M. entre pour la troisième fois dans sa vie à l'*Institut*. Âgé de 65 ans, cet officier de l'armée belge à la retraite ne reçoit pas un diagnostic très clair et les raisons pour lesquelles il se retrouve à l'*Institut* ne sont pas retranscrites dans son dossier médical. À aucun moment, des remarques précises quant à la prise des médicaments ne sont notées. Le mot « médicament » apparaît seulement dans un commentaire plus général :

« Le malade refuse toute nourriture, tout médicament. ? Actif – se mange dans les doigts – refuse d'uriner au W.C. ? dans les mains – dit que depuis qu'il est ici, a mal à la tête. Après la piqûre de 12 h, reste sur le lit, dans une position théâtrale, feint une inertie totale¹²². »

Dans cette note, la position spécifique de Mill M. n'est pas détaillée. D'une manière plus générale, il refuse les pratiques d'usage quotidien dans sa salle. Ne pas prendre ses médicaments est une manière de s'opposer plus généralement à son séjour à l'hôpital, comme l'est également son refus de manger ou d'uriner proprement. L'administration des médicaments – normalement à 8 heures, 14 heures et 20 heures – est un événement régulier et parfois ritualisé qui se déroule quotidiennement. Comme la plupart du temps les patients sont abandonnés à eux-mêmes, c'est également un des rares moments où une interaction entre eux et le personnel est possible. L'administration des médicaments ne rythme donc pas seule-

120. HBIP, AS, n° 10382, note d'infirmière (26 juillet 1958).

121. HBIP, AS, n° 10382, notes d'infirmière (27 et 28 juillet 1958).

122. HBIP, AS, n° 10455, note d'infirmière (17 juillet 1957).

ment la journée hospitalière; elle est également un instant où peut s'exprimer l'opposition à l'hôpital. Mill M. n'est pas le seul à réagir de cette manière.

À côté de cette opposition qui n'est pas spécifique aux médicaments, il y a des patients qui résistent plus particulièrement aux psychotropes. Depuis la fin des années 1950, plusieurs internés sont conscients que les neuroleptiques se différencient des autres médicaments. Christian D., âgé de 31 ans, entre en juin 1958 à l'*Institut*. Venant d'une famille de la bourgeoisie bruxelloise, il a fait des études et travaille comme artiste. Diagnostic: « bouffée délirante ». Très rapidement il conteste l'autorité du psychiatre et essaie de sortir de l'hôpital en écrivant des lettres à des membres de sa famille et à des amis qui occupent des positions influentes. Dans un appel à un proche qui est également médecin, il écrit:

« Je m'excuse [pour cette lettre peu structurée] ils m'ont donné je devrais dire gavé de "Largasil" [Largactil], infect pilule, qu'il me rend deux idées difficiles à faire suivre mais, comme tu es médecin, j'espère que tu pourras intervenir et demander des explications aux docteurs de l'hôpital¹²³. »

Les premiers neuroleptiques produisent en effet des effets secondaires assez importants. Mais avant le scandale de la thalidomide (Contergan) en Allemagne de l'Ouest et en Autriche au début des années 1960, la question des effets secondaires n'est guère thématifiée dans l'espace public, et les questions éthiques qui y sont liées sont peu débattues entre médecins. Christian D. n'est pas le seul à établir un lien entre sa médication et des problèmes physiques. Karine O. entre en février 1955 pour la sixième fois à l'*Institut*. Elle a déjà reçu des psychotropes à plusieurs reprises:

« Il y a juste une chose qui est desagre en ma santé, je dors très bien, mais chaque matin je me lève avec un mal de tête fou. Et pas moyen de m'en déparsarer pourtant je soupe à 6 heures, je vais me coucher vers 10 h au 11 heures au plus tard. Dernièrement le D^r Dewale m'avez presqri de la quatane, mais de c'est caché je ne savais que me réveiller tout à fait vers 10 heures. Tout en travaillant, j'avais toujours someile avec c'est médicaments, et les maux de tête ne se passa pas¹²⁴. »

Des patients se plaignent relativement vite des effets secondaires communément attribués par après aux psychotropes. Il y a des plaintes concernant des maux de ventre, des maux de têtes, des problèmes de sommeil... Les dossiers consultés n'indiquent à aucun moment que les infirmières ou les psychiatres prennent en compte ces plaintes. An S.:

« Vient se plaindre à l'inf. Parce que doit prendre de l'agarol le soir, dit qu'elle en est malade, après vient se plaindre qu'elle ne soit pas aller à

123. HBIP, AS, n° 13515, lettre de Christian D. à un ami (23 juillet 1958).

124. HBIP, AS, n° 10547, lettre de Karine O. à une amie (13 septembre 1954).

selle et ça dure déjà toute la journée. Vient ennuyer tout le monde avec sa soi-disant constipation¹²⁵. »

Il n'est dès lors pas étonnant que les médicaments deviennent pour certains patients les symboles du « pouvoir négatif » des médecins. Thierry L., interné à l'*Institut* pour troubles mentaux, considère les médicaments comme du « poison¹²⁶ ».

Mais revenons à Christian D. qui ne se plaint pas seulement des pratiques médicamenteuses à l'*Institut* dans ses lettres à des connaissances. Les notes des infirmières sont remplies de questions que Christian D. se pose au sujet de sa médication : les raisons, les quantités...

« Demande assez bien d'explications concernant médicaments traitement etc. aimerait ne pas devoir prendre des médicaments et sortir d'ici¹²⁷. »

Christian D. est néanmoins un des rares contestataires à articuler des questions précises sur l'usage des médicaments et sur les raisons de leur emploi. Ceci est sûrement lié à son origine sociale. Issu de la bourgeoisie libérale, il met en question les prescriptions des médecins. Ces interrogations sceptiques ne sont pas liées à sa « maladie mentale », mais sont plutôt des indices d'un milieu social dont la relation avec le monde médical ne s'inscrit pas seulement dans le paradigme du patient, mais également dans celui du client. Confronté à longueur de journées à des infirmières, qui dans le monde extérieur, ne font pas partie du même milieu social que lui, il semble avoir des difficultés particulières à reconnaître l'autorité de celles-ci.

Pour plusieurs patients, la maladie, les médicaments et la guérison forment une triangulaire étroitement entrelacée. Prendre des médicaments implique qu'on est malade. Il serait intéressant d'analyser plus en profondeur si le fait d'administrer des médicaments aide le psychiatre à convaincre ses patients de leur maladie. En même temps, recevoir des médicaments permet également, à certains, d'espérer d'une guérison prochaine. Mais recevoir une médication est surtout un indicateur puissant que quelque chose pose problème. Refuser celle-ci est donc une manière de faire savoir au médecin que l'on ne se considère pas (plus) malade. Joseph R. est un ouvrier allemand d'une quarantaine d'années. Il a quitté l'Allemagne depuis vingt ans lorsqu'en février 1958, il est colloqué pour la première fois à l'*Institut*. Diagnostiqué paranoïaque, il reçoit après deux semaines pour la première fois du Largactil. Les deux semaines suivantes, sa dose est quadruplée : de trois administrations à 50 mg on passe à trois administrations à 200 mg. Même si Joseph R. n'a pas accès à son dossier, il se rend

125. HBIP, AS, n° 13500, note d'infirmière (19 avril 1957).

126. HBIP, AS, n° 10624, note d'infirmière (9 février 1954).

127. HBIP, AS, n° 13515, note d'infirmière (28 juillet 1958).

compte que la dose augmente sans cesse. Il se plaint des effets secondaires à plusieurs reprises, mais ce n'est pas la seule raison pour laquelle il devient de plus en plus difficile de le convaincre de prendre son neuroleptique :

« Désire sortir mais se demande quoi vu que ses médicaments ont été augmentés. »

Et quelques jours plus tard

« Mécontent parce qu'on diminue pas ses médicaments voudrait rentrer¹²⁸. »

Pour Joseph R. qui est convaincu qu'il n'est pas malade, l'administration des médicaments est le rappel quotidien qu'il ne pourra pas quitter l'*Institut* de sitôt. L'augmentation de la dose est interprétée comme un signe de dégradation de sa condition, dégradation qui implique que son séjour va perdurer.

Le refus des médicaments ne permet pas pour autant d'échapper à la médication. Même à l'intérieur des salles ouvertes, l'option de ne pas prendre les médicaments prescrits n'existe pas. Il est cependant intéressant de souligner qu'un premier refus n'est pas automatiquement sanctionné par une administration forcée du traitement, une mesure qui ne s'est retrouvée dans aucun dossier de mon échantillon¹²⁹. Dans les cas de refus, les infirmières réagissent d'une manière flexible. Le cas de Gilles S. est typique. Convaincu d'oligophrénie, il entre en novembre 1954 pour la première fois à l'*Institut* à l'âge de 43 ans. Après une semaine en salle, il commence à s'opposer à l'absorption de médicaments :

« Est très méfiant, demande sans cesse pourquoi il doit prendre des médicaments, veut tout d'abord pas les prendre, les a pris finalement, ne dort pas encore, calme¹³⁰. »

Ces notes se retrouvent dans de nombreux rapports d'infirmières. Parfois ces dernières sont même prêtes à accepter le refus si les patients restent calmes comme l'indique l'exemple suivant :

« Soir refuse ses médicaments [25 mg de Largactil] – s'endort quand-même. »

Mais ces cas sont exceptionnels, même pour Nordin F., le patient ci-dessus. En effet, le jour suivant, il refuse une nouvelle fois son neuroleptique :

128. HBIP, AS, n° 12225, notes d'infirmière, (29 mars et 8 avril 1958).

129. Même s'il n'y a pas de règle écrite que les mesures de coercition doivent être notifiées dans les dossiers des patients, il semble qu'une telle règle informelle a existé à l'intérieur de l'*Institut*. Ainsi les mises sous toile et le gavage sont retranscrites systématiquement. Il est donc très probable que l'administration forcée des médicaments est également notée.

130. HBIP, AS, n° 11055, note d'infirmière, (22 novembre 1954).

« N'a pas voulu prendre son larg [Largactil] + phén. [Phénergan] A reçu 1 amp. Larg[actil] à 21 heures¹³¹. »

Les notes des infirmières restent silencieuses sur les moyens de persuasion utilisés. Est-ce par l'explication des effets du médicament ? Est-ce par des pressions plus ou moins fortes ? La pilule est-elle plus facile à administrer que l'ampoule ? Rien ne transparaît dans les dossiers sur les stratégies, sur les techniques de persuasion du personnel soignant et médical.

Mais le refus n'est pas la seule opinion exprimée par les patients. Quelques jours après que François C. a posé plusieurs questions relatives aux médicaments, il reçoit son premier électrochoc pendant ce troisième séjour : à partir de ce moment, son attitude par rapport aux neuroleptiques change radicalement. Au lieu de s'y opposer, il les demande à présent :

« Très anxieux après E.Choc. Reste un peu confus l'après-midi. Soir demande sans cesse après sa piqûre. Dit qu'il ne sait pas dormir sans quelque-chose. Ne dort pas encore vers 22 h¹³². » (9 janvier 1954)

De nombreux patients exigent des médecins la prescription de médicaments. Des études sur leur consommation en privé pendant les années 1950 et 1960 font encore largement défaut. Parmi les patients de l'*Institut*, plusieurs prennent en tout cas régulièrement des médicaments à domicile. Ainsi Anne-Marie C. exprime dès le premier jour le désir de recevoir une médication.

« Malade, entrée à midi, propre. Voudrait une chambre, n'aime pas parler aux autres malades. Dit qu'elle est trop fatiguée. Demande à recevoir un comprimé car souffre énormément de l'estomac – ne peut plus guérir... Veut absolument quelque chose pour dormir, reçu 1 comprimé de B. complexe à 20 h. Ne dort pas encore, mais se calme vers 21 h¹³³. »

Dans cet exemple le patient n'apparaît plus comme un sujet passif qui ne fait qu'attendre les instructions du psychiatre. Anne-Marie C. n'est pas la seule personne qui ait des idées très précises quant aux thérapies qui lui conviennent le mieux. Ainsi dans le rapport médical d'entrée de Gilles S., déjà rencontré à plusieurs reprises, on retrouve des éléments similaires.

« Pat. Bien orienté ds le temps et l'espace, fort agité et anxieux, se lève sans cesse, malgré toutes les injonctions, de son lit, pour demander plaintivement des calmants, ou s'informer de sa date de sortie... L'examen est sans cesse interrompu par des questions angoissées, toujours les mêmes : "Vous n'allez tout de même plus me mettre dans la ceinture, j'ai été enveloppé comme du poisson pourri [...] donnez-moi un calmant et laissez

131. HBIP, AS, n° 12855, notes d'infirmière, (6 et 7 décembre 1958).

132. HBIP, AS, n° 10382, note d'infirmière, (9 janvier 1954).

133. HBIP, AS, n° 1575, note d'infirmière, (22 mars 1954).

moi sortir dites docteurs [...] Plusieurs fois à la consultation de l'hôpital d'Etterbeek où on lui aurait donné 1 bouteille et des cachets¹³⁴. »

Gilles S. a déjà une certaine expérience des hôpitaux lorsqu'il débarque à l'*Institut*. Lors de passages dans d'autres asiles, il a notamment fait l'expérience des moyens de contention. Mais il dispose également d'une pratique du médicament psychiatrique. Dès son entrée il demande un sédatif, et pour donner plus de poids à sa demande il se réfère à son vécu dans un autre hôpital. Pour lui, prendre des médicaments est un moyen d'échapper à la collocation : « Donnez-moi un calmant et laissez moi sortir ». Il est conscient de son agitation, mais sait que, grâce aux médicaments, l'agitation peut être jugulée. L'administration du médicament est donc plutôt vécue comme une possibilité d'échapper à l'emprise psychiatrique.

Pour certains patients, se voir administrer des médicaments est un signe de traitement et non pas uniquement de prise en charge. Karine O., déjà rencontrée antérieurement, entre en septembre 1954 pour la quatrième fois à l'*Institut*. Jusqu'à ce moment la seule thérapeutique qu'elle s'est vue administrer sont des électrochocs. Mais cette fois, le psychiatre décide de la soumettre à un nouveau médicament qui vient de faire son entrée : la chlorpromazine. Karine O. accueille le remède avec beaucoup d'enthousiasme :

« Depuis samedi comme je te l'ai déjà dit j'ai un nouveau traitement aux Lacartine [Largactil] 6 par jours et depuis demain mercredi je reçois encore une piqûre de plus le matin pour me clamer car je ne dors que de 9 heures du soir jusque 2 ou 3 heures du matin alors je reste dans mon lit éveillé alors c'est long... Je vais te dire le traitement qu'on me fait. Le matin de la Beladomme vers 9 h 1 tasse de protecum + 2 promenal + 2 lacartine [Largactil]

+ 3 h : 2 promenal, 2 lacartine [Largactil], 1 tasse protenum

à 6 h : 2 promenal, 2 lacartine [Largactil]

à 8 h : 1 fénergant [Phenergan]

à 9 h 1 pique + 1 le matin

donc tu vois qu'on s'occupe de moi et qu'on me soigne très bien. Comme cela je sortirais de l'Hôpital tout à fait guéri¹³⁵. »

Dans ce cas, se voir administrer des médicaments est le signe que sa maladie est prise en compte. C'est, pour elle, synonyme de « bon traitement », et c'est étroitement lié à l'espoir de la guérison. L'introduction de nouveaux médicaments et leur utilisation massive à l'intérieur des hôpitaux psychiatriques n'ont pas seulement provoqué des espoirs à l'intérieur du champ médical mais également parmi les patients.

La grande majorité des patients qui demandent un médicament le reçoivent. Dans les 200 dossiers lus en détail, toutes les demandes de la sorte ont

134. HBIP, AS, n° 11055, rapport du médecin (16 novembre 1954).

135. HBIP, AS, n° 10547, lettre de Karine O. à une amie (30 novembre 1954).

été accueillies positivement. Ainsi, Lilly C. qui passe d'une salle de médecine générale à la psychiatrie en demande très souvent lorsqu'elle commence à se sentir agitée.

« La malade est vraiment impertinente. Provoque des pleurs et des crises de colère chez la bobonne du lit 26 en la tirant à ses pieds en cachant son essuie-main à plusieurs reprises etc. Reconnaît qu'elle est fort agitée et demande sa piqûre ce qu'elle reçoit à 21 h¹³⁶. »

Élargissement du champ des traitements

À partir des années 1950, les outils thérapeutiques se diversifient. Dans un premier temps, l'engagement d'une kinésithérapeute permet d'occuper davantage les patients. D'autre part, la socio-thérapie commence à faire ses premiers pas timides pendant ces années : des groupes de discussion entre malades – mais avec la présence du personnel soignant et médical – commencent à être organisés ; les premières séances de psychodrames se tiennent ; des lectures et séances de musique communes sont proposés aux patients. Une équipe de théâtre est mise en place¹³⁷. Et l'*Institut* édite son propre journal, intitulé « Horizons ». S'il est rédigé par des patients, sa production est néanmoins étroitement contrôlée par le personnel médical qui décide non seulement des personnes pouvant participer à la confection du journal, mais encore qui siège dans le comité de rédaction¹³⁸. D'autre part, les efforts de l'ergothérapie sont encore souvent clairement inscrits dans un cadre d'occupation plutôt que de thérapie des patients. Ainsi en 1960, ceux-ci sont employés à des travaux de peinture et de nettoyage des bâtiments pour les rendre « plus avenants¹³⁹ ». En 1961, des ateliers spécifiquement ergothérapeutiques commencent à être organisés pour les sections fermées, ateliers avec des programmes d'activités très sexuées :

« Les principales techniques utilisées sont, en ce qui concerne les hommes : le travail de l'osier, du bois, de la mosaïque, des émaux décoratifs, de la ferronnerie légère, etc. Chez les femmes : il s'agit principalement de la confection de bijoux de fantaisie, de pièces de couture éventuellement décorées de broderies, de tricots d'art, de peintures décoratives sur bois, etc. divers travaux ménagers (lessive, repassage, réparations de vêtements, etc.)¹⁴⁰. »

136. HBIP, AS, n° 10505, note d'infirmière (11 octobre 1954).

137. *Assistance publique de Bruxelles. Rapport annuel de 1959*, Bruxelles, 1960, p. 49 et *Assistance publique de Bruxelles, Rapport annuel de 1960*, Bruxelles, 1961, p. 52.

138. Cf. l'interview révélatrice du psychiatre W. Meynsbrughen sur le fonctionnement d'*Horizons* dans *Mosaïque* : MEYNSBRUGHEN, « Le journal à l'hôpital psychiatrique : le groupe-journal à l'hôpital Brugmann », *Mosaïque*, 2, 1966, p. 50-60. Malheureusement, aucun numéro n'a été retrouvé.

139. *Assistance publique de Bruxelles, Rapport annuel de 1960...*, *op. cit.*, p. 52.

140. *Assistance publique de Bruxelles, Rapport annuel de 1962*, Bruxelles, 1963, p. 52.

À partir des années 1970, les buts de l'ergothérapie sont redéfinis : certes le côté occupationnel reste important mais cette forme de traitement est maintenant inscrite dans la lutte contre l'institutionnalisation, perçue de plus en plus comme un problème, même dans un établissement comme l'*Institut* où les patients ne sont pas censés rester longtemps. Contrairement à d'autres centres psychiatriques, le travail en tant que thérapie n'obtient jamais une place autonome à l'intérieur de l'*Institut*.

À côté d'une requalification de l'ergothérapie, l'entretien avec le patient est également de plus en plus valorisé. Dans les années 1930 et 1940, celui-ci se limite souvent à dégager la trajectoire du patient, à établir son diagnostic et à observer d'éventuelles améliorations. Avec la montée en puissance de la psychanalyse dans les années 1950 – également parmi les psychiatres de l'*Institut* –, l'entretien avec le patient devient un outil en soi. Contrairement aux thérapies présentées jusqu'à présent, dégager les traces de ces entretiens spécifiques s'avère beaucoup plus difficile, car dans les dossiers personnels ils sont rarement articulés en tant que tels. Ce que la « bible » des manuels psychiatriques francophones des années 1960 et 1970 appelle « techniques psychothérapiques¹⁴¹ » peut prendre des formes très diverses. L'importance de ces techniques qui passent souvent par la parole transparaît clairement dans une comparaison entre deux manuels français. Les différences ne sont certes pas seulement chronologiques, mais également liées aux personnalités des deux auteurs qui ont des affinités particulières. Elles sont néanmoins révélatrices. Dans la sixième édition de son Précis de psychiatrie en 1923, Emmanuel Régis consacre à peine trois pages à la « psychothérapie » dans le chapitre « Traitement ». Certes les deux éléments, « le traitement moral et la suggestion représentent les deux principaux agents de la thérapeutique psychique ou psychothérapie chez les aliénés¹⁴² » y figurent, mais le sujet est peu approfondi et reste imprégné d'un paternalisme très prononcé. Le patient n'est pas présenté comme un interlocuteur, mais comme un objet sur lequel il faut intervenir. Le traitement moral devient de la direction morale.

55 ans plus tard Henri Ey¹⁴³ affirme que « [l]e traitement moral de la folie du temps de Leuret est devenu le traitement principal des maladies mentales¹⁴⁴ ». Et son chapitre sur les thérapies en milieu psychiatrique s'ouvre en effet avec les psychothérapies qui se distinguent par une grande variété. Un signe de ce changement est également l'implication de plus en plus concrète de la famille qui est intégrée dans le processus thérapeutique.

141. Henri Ey, *Manuel de psychiatrie*, 5. éd. rev. et corr., Paris, Masson, 1978.

142. E. RÉGIS, *Précis de psychiatrie...*, op. cit., p. 1001.

143. Sur Henri Ey voir Jean-Christophe COFFIN (éd.), *Conceptions de la folie & pratiques de la psychiatrie. Autour d'Henri Ey*, Perpignan, Association pour la Fondation Henri Ey, coll. « Les Cahiers Henri Ey », n° 20-21, 2008.

144. H. EY, *Manuel de psychiatrie...*, op. cit., p. 1069.

De temps à temps, le vocabulaire psychothérapeutique et/ou psychanalytique se retrouve clairement dans les fardes. Le dossier de Pascale L. permet de montrer l'interaction entre l'approche inspirée par la psychanalyse et le médicament. Les deux techniques sont fréquemment présentées comme opposées. Or toutes les deux s'imbriquent souvent à l'*Institut*. Pascale L. entre en août 1967 en psychiatrie. Diagnostiquée comme dépressive et psychasthénique, cette femme de 35 ans demande rapidement à une infirmière « un médicament qui pourrait l'aider ». Son attitude donne du fil à retordre au médecin qui évalue la relation en ces termes : « Transfert nul. » Un nouveau diagnostic du docteur Joppart, celui de « mélancolique », réoriente finalement le traitement et la patiente reçoit du Tryptizol : l'effet est jugé positif. Pourtant, le résumé après la sortie exprime la frustration du médecin : « Elle n'a guère verbalisé ses problèmes et le contact a toujours été mauvais (ambivalence et doute)¹⁴⁵. »

Si la pratique de la psychothérapie transparait à différents moments à travers les dossiers, il est évident aussi que l'*Institut* n'est pas un haut-lieu de cette forme thérapeutique. Certes le directeur de l'*Institut* enseigne que « l'effet principal des drogues psychotropes est la facilitation des autres thérapeutiques psychiatriques¹⁴⁶ ». Mais dans le champ psychiatrique de l'Université libre de Bruxelles, les approches psychothérapeutiques trouvent d'autres lieux où s'exprimer. Ainsi Claude Bloch, qui est passé par l'*Institut* et qui édite en 1983 un des premiers ouvrages de références sur les psychothérapies quitte l'institution et devient directeur du Service d'aide psychologique aux étudiants (SAPE) de l'Université libre de Bruxelles où il peut davantage appliquer ces méthodes¹⁴⁷.

Un autre acteur important, le psychiatre Michel Souris qui a effectué un stage à La Verrière dirigée par Paul Sivadon est certes engagé par l'*Institut* : il ne travaille cependant pas dans les bâtiments de l'institution, mais dans un autre hôpital, l'hôpital Saint-Pierre. L'*Institut* y entretient une extension où Michel Souris attire plusieurs personnes qui partagent son approche thérapeutique. Enfin, certains psychiatres se lancent à titre individuel dans des projets psychothérapeutiques. Au début des années 1970, le docteur Meynsbrughen, après un voyage de formation en Grande-Bretagne essaie d'appliquer les principes de la « communauté thérapeutique » développés par Maxwell Jones dans sa salle, la salle 49¹⁴⁸.

145. HBIP, NS, n°9301, notes des infirmières (août 1967), entretien avec le médecin (12 août 1967) et rapport du médecin (4 septembre 1967).

146. J. FLAMENT, « Psychiatrie, notes prises au cours par Ch. LIMBOS, 3^e doctorat », syllabus, Bruxelles, 1970, p. 10.

147. Claude BLOCH (éd.), *Les psychothérapies aujourd'hui*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, 1983.

148. *Album amicorum Isy Pelc. Il était une fois sur la colline. Institut de Psychiatrie et de psychologie médicale Hôpital Brugmann*, Bruxelles, 2006, p. 35. Sur Maxwell Jones : Edgar JONES, "War and the Practice of Psychotherapy: The UK Experience 1939-1960", *Medical History*, 48, 2004, p. 493-510.

Si le directeur de l'*Institut* trouve la méthode « féconde sur le plan thérapeutique », elle soulève des « difficultés quant à son intégration au fonctionnement de l'ensemble de l'institution¹⁴⁹ ». Les psychiatres adeptes d'une telle approche développent donc ces méthodes à l'extérieur de l'institution. Et même les psychologues, engagés à partir des années 1960, limitent leurs activités dans un premier temps essentiellement à des tests psychologiques. C'est seulement, à partir des années 1970, qu'ils s'emparent de l'outil psychothérapeutique.

En mars 1974, Pia O. entre pour la première fois à l'*Institut*. Dépressive depuis le suicide de son mari, la patiente, 37 ans, est immédiatement prise en charge par une psychologue qui définit le travail comme une « thérapie restructurante qui viserait à rendre à cette femme d'autres buts dans l'existence que ses enfants¹⁵⁰ ».

La relation qu'elle construit avec la patiente est fondée sur la collaboration de cette dernière puisque, dès le premier rendez-vous, la psychothérapeute l'associe à la construction d'un projet thérapeutique : « Je la revois demain pour fixer un programme thérapeutique. » Au troisième entretien, la psychologue envisage un changement de médication. Elle demanda l'avis du psychiatre en charge. Lors du rendez-vous suivant elle « annonce la nouvelle médication à la patiente qui l'accepte bien ». Après deux mois de psychothérapie et de traitement, celle-ci confie son désir de stopper la prise des médicaments :

« La patiente va essayer de se passer de son médicament pour dormir (= prescription magistrale du D^r Nuytten). Envisager avec D^r Nuytten la diminution des médicaments. »

La patiente tient le coup sans barbituriques, même si elle dit dormir moins profondément. Son état s'améliorant, la diminution progressive des médicaments est prévue :

« Le problème des médicaments est discuté avec le D^r Nuytten → diminution progressive du Tryptizol de 15 jours en 15 jours après la sortie. »

En ambulatoire, la patiente passe un « contrat thérapeutique » avec la psychologue : « Essayer de l'aider à pouvoir vivre pour elle même et + sans cesse en fct des autres. » Pour cela, une consultation psychothérapeutique hebdomadaire est instaurée. Le traitement médicamenteux est alors repris par le médecin traitant. Lorsque la patiente semble faire une rechute de dépression, la psychologue la renvoie en consultation à l'*Institut* ce qui conduit à un deuxième séjour à Brugmann. Elle est de nouveau suivie par un psychologue en coopération avec le psychiatre. Le traitement de la jeune femme prévoit des activités à l'extérieur, et ses médicaments sont

149. ACPASB, Dossiers du personnel, Willy Meynsbrughen, rapport de Flament (11 octobre 1974).

150. Julie DE GANCK, *Les antidépresseurs à l'hôpital Brugmann*, travail de séminaire, ULB, 2008, p. 32.

diminués pour permettre une vie à l'extérieur de l'hôpital (pour conduire ou travailler par exemple). Le vécu subjectif de la patiente a de l'importance et influence directement les choix thérapeutiques :

« Mais la patiente dit que ce n'est pas comme avant son chagrin : "elle [ne] se sent plus elle-même". Pour demain, diminuer les médocs pour qu'elle aille bosser. »

Dans les années 1970 de telles prises en charge deviennent de plus en plus fréquentes à l'intérieur de l'*Institut*. Mais deux points restent essentiels. Premièrement, les psychiatres ne sont pas à l'origine de ce changement thérapeutique, mais celui-ci semble se faire presque exclusivement à l'initiative des psychologues. Deuxièmement, contrairement aux décisions thérapeutiques prises par les médecins, celles des psychologues ont des conséquences beaucoup moins importantes pour le fonctionnement de l'institution. L'action de ces derniers reste clairement subordonnée à celle du psychiatre et se déroule dans un espace temps bien délimité qui ne conduit pas à une réorganisation complète du fonctionnement quotidien des services. L'exemple de l'*Institut* pose aussi la question du lien entre ces nouvelles thérapies et l'introduction des neuroleptiques. Entre les deux événements, un lien direct est souvent établi. Dans les années 1950 « se loge un point de bascule qui permet d'ouvrir l'espace des circulations post-ambulatoires : le neuroleptique¹⁵¹ ». Ce raisonnement reste jusqu'à aujourd'hui un argument important pour justifier la présence des médicaments en psychiatrie. Au moins pour l'*Institut*, il ne se vérifie guère. Au début des années 1960, l'utilisation des neuroleptiques et antidépresseurs s'est imposée dans cet hôpital psychiatrique. Les conditions pour le travail psychothérapeutique sont donc créées, mais ce n'est que dans les années 1970 que celui-ci se répand d'une façon plus importante, sous la conduite des psychologues. Et inversement dans d'autres hôpitaux, des approches psychothérapeutiques sont appliquées bien avant l'introduction des neuroleptiques¹⁵².

Des thérapies genrées ?

Que les diagnostics psychiatriques soient fortement influencés par la construction du genre est depuis longtemps un sujet traité par les sciences sociales et plusieurs historiens se sont attelés à la généalogie de ces processus¹⁵³. Surtout aux États-Unis, une partie du courant féministe a souligné

151. Philippe ARTIÈRES et Jean-François LAÉ, « L'ombre de l'asile », in Philippe ARTIÈRES et Jean-François LAÉ (éd.), *L'asile aux fous. Photographies de Roger Camar*, Paris, Presses Universitaires de Vincennes, 2009, p. 58.

152. G. J. M. HUTSCHEMAEKERS et Harry OOSTERHUIS, « Psychotherapy in the Netherlands after the Second World War », *Medical history*, 48-4, 2004, p. 429-448.

153. Elaine SHOWALTER, *The female malady: women, madness, and English culture, 1830-1980*, New York, Pantheon Books, 1985 et Karen NOLTE, *Gelebte Hysterie: Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900*, Frankfurt a. M., Campus, 2003.

que les femmes sont sujettes à des interventions psychiatriques plus lourdes que les hommes, suite à la misogynie des psychiatres¹⁵⁴. À l'*Institut* où la répartition entre populations féminine (54 %) et masculine (46 %) est assez proche, des différences importantes existent pour quelques thérapies.

	Hyoscine	Malariathérapie	Insulinothérapie	Cardiazol
Femmes	36	9	12	9
Hommes	29	14	21	3

TABEAU 18. – Répartitions des thérapies selon le genre.

L’hypothèse de Joel Braslow selon laquelle les femmes sont plus soumises à la thérapeutique disciplinaire vu que leur comportement « agité » est moins accepté ne se vérifie pas à tous les niveaux pour l’*Institut*¹⁵⁵. Ainsi, l’hyoscine, sédatif par excellence utilisé à l’*Institut*, est distribué autant aux femmes qu’aux hommes. Malgré le fait qu’il n’y ait qu’une très légère surreprésentation des hommes pour la paralysie générale, la malariathérapie est beaucoup plus souvent administrée à des hommes. La femme est-elle supposée moins bien supporter les effets physiques ? Cette différence est d’autant plus étonnante que l’historiographie argumente souvent que des traitements qui interviennent sur le corps du patient sont d’autant plus appliqués aux femmes que le lien entre le corps et l’âme est supposé très proche chez elles.

	Lobotomie	ECT	Largactil	Antidépresseurs (n = 381)
Femmes	2	84	193	251
Hommes	2	50	152	130

TABEAU 19. – Répartitions des thérapies selon le genre.

Pour l’électrochoc cette hyposthèse se vérifie cependant. L’électrochoc est encore aujourd’hui une thérapie qui est beaucoup plus administrée à des femmes qu’à des hommes en psychiatrie. Dans les années 1940, plusieurs articles argumentent que le traitement serait plus efficace chez les femmes. Plusieurs psychiatres soutiennent également, lors de l’introduction des

154. Sur les embûches d’une telle approche : Lesley A. HALL, “Essay Review : Does madness have a gender?”, *History of Psychiatry*, 20-4, novembre 2009, p.497-501 et Joan BUSFIELD, “Class and Gender in Twentieth-Century British Psychiatry: Shell-Shock and Psychopathic Disorder”, in Jonathan ANDREWS et Anne DIGBY (éd.), *Sex and Seclusion, Class and Custody. Perspectives on Gender and Class in the History of British and Irish Psychiatry*, Amsterdam, Rodopi, 2003, p.295-322.

155. J.T. BRASLOW, *Mental Ills and Bodily Cures...*, op. cit., p. 152-170.

neuroleptiques, que l'électrochoc reste la thérapie préférée en cas d'accès mélancolique, un diagnostic presque exclusivement réservé aux femmes à l'*Institut*¹⁵⁶.

Dans un premier temps, l'administration des médicaments ne se décline pas selon le genre. C'est valable pour la première génération de médicaments (cf. l'hyoscine). Ceci se vérifie également pour le premier neuroleptique, le Largactil. En ce qui concerne les antidépresseurs, la différence est plus marquée. En l'absence de diagnostics systématiques à l'*Institut*, il est difficile de savoir si la médication des antidépresseurs est liée à une analyse nosologique spécifique ou si cette médication est d'une manière générale davantage administrée aux femmes. Plusieurs études ont montré que la dépression est un diagnostic fortement genré¹⁵⁷. D'autres travaux soulignent que la prescription des psychotropes, surtout pour les antidépresseurs, est beaucoup plus importante pour les femmes que pour les hommes et ceci jusqu'aujourd'hui¹⁵⁸. D'une manière générale, le cas local confirme les résultats d'autres études : les femmes sont davantage soumises à des thérapies biologiques : le lien entre corps et âme est jugé particulièrement fort¹⁵⁹.

156. P. DIVRY, Jean BOBON et J. COLLARD, « La lévomépromazine dans les cures de sommeil potentialisées et les cures neuroleptiques », *Acta Neurologica Et Psychiatrica Belgica*, 3, mars 1959, p. 325-336.

157. Alain EHRENBURG, *La fatigue d'être soi : dépression et société*, Paris, O. Jacob, 2000.

158. En ce qui concerne la Belgique, les femmes consomment 2,2 fois plus d'antidépresseurs que des hommes : Michel BOUTSEN, Jean-Marc LAASMAN et Nadine REGINSTER, *Données socio-économiques et étude longitudinale de la prescription des antidépresseurs*, Bruxelles, La Mutualité Socialiste, 2006, p. 18.

159. Jonathan ANDREWS et Anne DIGBY, "Introduction: Gender and Class in the Historiography of British and Irish Psychiatry", in Jonathan ANDREWS et Anne DIGBY (éd.), *Sex and Seclusion, Class and Custody. Perspectives on Gender and Class in the History of British and Irish Psychiatry*, Amsterdam, Rodopi, 2004, p. 7-44.

Chapitre VI

Sortir de l'*Institut*, sortir de la psychiatrie?

Le récit classique de la psychiatrie est celui-ci : jusqu'au XVIII^e siècle, les malades mentaux auraient vécu le plus souvent heureux dans des communautés pré-industrielles, la famille assurant les soins. Avec le développement de l'État-Nation moderne, des établissements spécifiques d'enfermement auraient été créés tout au long du XIX^e siècle¹. Ce processus ferait partie d'une évolution plus large où le système social différencie de plus en plus la gestion de populations jugées marginales. Au début du XX^e siècle, les « aliénés », qualification de l'époque, auraient été confinés dans des « institutions totales » (Goffman). Enfermement et folie iraient de pair. À partir de la deuxième moitié du siècle dernier, un retour vers les soins communautaires aurait été observé dans la plupart des pays occidentaux².

Il y a dix ans, Peter Barlett et David Wright ont proposé un autre récit en soulignant l'importance des réseaux communautaires³. Le grand enfermement dont parle Foucault n'aurait jamais eu lieu. Que ce soit le placement en familles d'accueil, en institutions de soins plus petites, en congrégations qui accueillent des marginaux sans être étiquetées « hôpitaux psychiatriques » ou tout simplement dans les familles du malade, d'autres structures auraient principalement assuré le soin/gardiennage des malades mentaux tout au long des deux derniers siècles. Sujet encore largement délaissé par l'historiographie, ces soins extra-hospitaliers sont très difficiles à cartographier. Barlett et Wright estiment que pour la Grande-Bretagne et l'Irlande, la moitié des malades mentaux sont soignés/gardés à l'extérieur des hôpitaux psychiatriques.

1. Exemplaaires mais loin d'être uniques : Andrew SCULL, *Museums of madness: the social organization of insanity in nineteenth-century England*, New York, St. Martin's Press, 1979. Gerald GROB, *Mental illness and American society, 1875-1940*, Princeton N.J., Princeton University Press, 1983.

2. Gerald N. GROB, *From Asylum to Community. Mental Health Policy in Modern America*, Princeton, Princeton University Press, 1991.

3. Peter BARLETT et David WRIGHT (éd.), *Outside the walls of the asylum: on "care and community" in modern Britain and Ireland*, London, Athlone Press, 1999.

Ce livre en général et ce chapitre en particulier s'inscrivent plutôt dans le premier récit, plus classique de l'historiographie psychiatrique. L'avertissement de Barlett et de Wright permet néanmoins d'éviter de forcer le trait sur l'apparente rupture que constituerait la désinstitutionnalisation en psychiatrie dans la seconde moitié du ^{xx}e siècle.

Contester la psychiatrie, contester la société

Les changements qui seront décrits dans les pages à venir s'inscrivent dans un contexte historique particulier. Depuis les années 1950, le système médical et hospitalier est régulièrement mis en cause : certes ce sont également des années où la médecine bénéficie de l'aura de la modernité, grâce à l'invention et la distribution massive d'une toute nouvelle génération de médicaments et d'avancées remarquables en chirurgie... Mais les premiers reproches envers une médecine désincarnée font leur chemin face à un espace hospitalier jugé inhumain et à une pratique médicale considérée comme trop technique. Dans les années 1960, ces contestations se concentrent de plus en plus sur la psychiatrie. Un mouvement critique a accompagné la médecine moderne dès ses débuts au ^{xix}e siècle. Mais à partir des années 1960, celui-ci trouve une résonance particulière dans les sociétés européennes. En effet, le deuxième ^{xx}e siècle s'accompagne d'une mise en cause plus large d'institutions dites totalisantes que ce soient les hôpitaux, les prisons ou les écoles. Ces contestations souvent résumées sous la bannière « 1968 » touchent l'ensemble du monde occidental à des rythmes et à des intensités différentes. Dans ce débat plus large sur la société hiérarchique et capitaliste, la critique de la médecine devient un des points centraux. Ces mouvements sont illustratifs d'un nouveau modèle de mouvement social qui naît dans la seconde moitié du ^{xx}e siècle. Contrairement à des formes d'organisations plus anciennes comme les partis politiques ou les syndicats, ces courants se caractérisent par un degré de hiérarchisation et d'institutionnalisation beaucoup moins important. L'hétérogénéité du champ qui conteste les structures asilaires – de l'hygiène mentale à l'antipsychiatrie – est, à cet égard, caractéristique de l'époque⁴.

Contrairement aux mises en cause précédentes, les critiques contre la psychiatrie sont désormais également formulées à l'intérieur du champ médical. En effet, la contestation la plus sévère, à partir des années 1950, est portée par des personnes ayant travaillé en psychiatrie : que ce soit Ronald D. Laing, Michel Foucault ou Thomas Szasz, tous ont une expérience professionnelle de ce domaine. Sans aller aussi loin que ces antipsychiatres invétérés, les réformateurs belges sont également inscrits dans le champ psychiatrique comme nous allons le voir plus loin.

4. Nick CROSSLEY, « The field of psychiatric contention in the UK, 1960-2000 », *Social Science et Medicine*, 62, 2006, p. 552-563.

Contrairement à l'Italie où la psychiatrie devient finalement le sujet symbolique autour duquel cette contestation plus large s'articule, la critique de la médecine et de la psychiatrie sera moins centrale en Belgique. Dans le contexte de la grève des médecins en 1964, caractérisée par un engagement corporatiste très prononcé du corps médical⁵, se crée le GERM (Groupe d'Études pour une Réforme de la Médecine). Porté essentiellement par des professionnels, le GERM rassemble plusieurs sensibilités : l'engagement pour une médecine plus générale et moins commerçante, la lutte pour l'accessibilité des moyens de contraception et la légalisation de l'avortement avec Willy Peers, un intérêt prononcé pour le Tiers-Monde, l'idée de construire un réseau de maisons de santé...

Dans ce mouvement, la réflexion sur la psychiatrie n'est présente que de manière marginale. Proche de la gauche, le GERM se livre à une analyse critique du système médical et hospitalier qui s'exprime à partir de 1966 dans *Les Cahiers du Germ* et qui aboutit une première fois en 1971 à la publication d'un numéro spécial de *La Revue Nouvelle* par lequel un public plus large est touché. Ses revendications s'articulent autour de plusieurs mots-clés : déshospitalisation, démedicalisation, organisation des soins en équipe interdisciplinaire, santé publique et organisation des soins selon des logiques géographiques. De telles réflexions sont formulées au même moment en psychiatrie où la sectorisation de la psychiatrie imaginée en France depuis la fin des années 1950 commence à devenir un modèle pour d'autres pays en Europe⁶. En 1973, le GERM publie un nouveau numéro spécial dans *La Revue Nouvelle*, cette fois spécifiquement consacré à la psychiatrie. Un an plus tard, il organise un colloque sur la santé mentale intitulée *La Folie parmi nous*. En 1978, le GERM voit la naissance d'une organisation-sœur avec la création du GERP (Groupe d'Études pour une Réforme de la Psychologie).

La même année, un mouvement se focalisant plus spécifiquement sur la psychiatrie se crée en Belgique : le GIA (Groupe d'Information sur les Asiles). Fortement influencé par la structure similaire fondée entre autres par Michel Foucault en 1972 en France, le GIA réunit des gens qui disposent d'un « savoir technique particulier » soit parce qu'ils travaillent en psychiatrie en tant que médecin, infirmière, psychologue, assistante sociale... soit parce qu'ils y ont été internés. C'est la première fois que des « ex-psychiatisés », comme ces derniers s'appellent eux-mêmes, s'engagent publiquement en amenant un savoir spécifique qui est singulièrement valorisé

5. Klaartje SCHRIJVERS, « De artsenstaking van 1964. Of hoe de artsen een machtig eenheidsfront wisten te vormen in hun strijd tegen de overheid », *Cahiers d'Histoire du Temps Présent*, 16, 2005, p. 57-89.

6. L'autre pays qui attire l'attention des réformateurs de la psychiatrie sont les États-Unis. Par le *Community Mental Health Act* 1963 John F. Kennedy lance un important effort de déshospitalisation psychiatrique. Le projet américain est néanmoins également sujet à des critiques sévères : en effet si la déshospitalisation a été poursuivie à un rythme soutenu, peu d'infrastructures ont été créées pour gérer la maladie mentale, ce qui a conduit à une augmentation importante des sans-abris.

dans ce mouvement. Un des acteurs de l'époque, une psychiatre, décrit ces réflexions de la manière suivante :

« On y discutait des pratiques en psychiatrie, de l'effet débilisant de certains médicaments, des principes d'enfermement, d'une impression répandue parmi les "utilisateurs" de la psychiatrie de n'être jamais "entendus", de leur incompréhension totale sur le bien fondé des règles auxquelles on les soumettait, du douloureux cloisonnement entre les lieux d'enfermement et le monde extérieur⁷. »

Le GIA cherchera tout au long de son existence le contact avec d'autres groupes de personnes soumis à des processus de marginalisation. Que ce soit avec le Comité d'Action des Prisonniers (CAP), le Comité d'Action et de Défense des Internés de Belgique (CADI), le Front National pour une Médecine au Service du Peuple ou le Comité socio-médical pour la santé des immigrés, des liens se créent. C'est une période où de nombreuses identités marginales commencent à s'organiser pour atteindre une certaine visibilité dans la société. Un des psychiatres impliqué dans la création d'une organisation regroupant des anciens psychiatisés l'exprime ainsi :

« Aussi voit-on des "malades" et des "déviant" s'unir en associations d'entraide et de défense : diabétiques, alcooliques ou drogués, obèses, anciens des prisons, homosexuels, et autres minorités⁸. »

À côté du GERM et du GIA, un troisième acteur dans ce champ qui lie politique et santé joue un rôle important en Belgique : le Réseau Alternatif à la Psychiatrie (RAP). Il naît en janvier 1975 d'une rencontre internationale qui réunit la fine fleur de l'antipsychiatrie européenne : David Cooper représente le mouvement anglais qui, autour de la figure de Ronald D. Laing, a été le premier dans les années 1950 à formuler des critiques, Félix Guattari et Robert Castel sont issus de l'antipsychiatrie française, Franco Basaglia incarne la *Psichiatria Democratica*, mouvement qui a eu un impact considérable en Italie avec la « loi 180 » qui prévoit la disparition à moyen terme des asiles⁹. L'antipsychiatrie cherche à ce moment un nouveau souffle et semble avoir été rendue superflue par le concept de secteur, qui à partir de la France, a connu un grand succès dans toute l'Europe. Or, le Réseau ne partage pas l'enthousiasme autour de la sectorisation qu'il considère comme un échec pour plusieurs raisons. Selon ses détracteurs, le secteur est essentiellement une structure médicale qui reste enfermée dans une logique

7. Interview avec Micheline Roelandt (18 février 2008).

8. Pierre-Ch. Van Reeth, « Prévention en santé mentale », in *La folie parmi nous, qui écoute?*, Bruxelles, Groupe d'Étude pour une Réforme de la Médecine, 1975, p. 36.

9. La « loi 180 » votée en 1978 prévoit l'arrêt d'admission de nouveaux patients à l'intérieur d'hôpitaux psychiatriques et donc la fermeture, à moyen terme, de ceux-ci « faute de patients ». L'application est néanmoins confiée au niveau régional ce qui explique des fortes divergences entre le Nord où la loi est appliquée et le Sud où les structures asilaires restent dominantes : Michel LEGRAND, *La psychiatrie alternative italienne*, Toulouse, Privat, 1988.

d'assistantat. Partant d'une analyse marxisante de la société, le Réseau soutient que :

« Seule une transformation de la société, un affrontement de classes [...] pourra supprimer l'institution psychiatrique avec ses nombreux bras (asile, hôpital psychiatrique, secteur, prison, etc.)¹⁰. »

Influencés par les écrits de Gilles Deleuze et Félix Guattari¹¹, les adhérents du Réseau comptent surtout sur les liens à construire et à renforcer à l'intérieur des différentes communautés. En 1980, le Réseau crée plusieurs lieux d'accueil (familles, communautés, etc.) pour des personnes issues de deux hôpitaux psychiatriques de Bruxelles et du Brabant, lieux qui ne sont pas dirigés par un psychiatre mais par une équipe comprenant un sociologue, un psychologue et un éducateur. Le Réseau sera l'unique structure belge qui connaîtra un rayonnement international. Le congrès bruxellois de 1975 sera suivi par des congrès internationaux à Paris en 1976, à Trieste en 1977 et au Mexique en 1978. Ce seront des moments importants pour le mouvement antipsychiatrique qui maintient ainsi une certaine mobilisation¹². Une de ses figures de proue, Mony Elkaïm jouera un rôle important dans la diffusion de la thérapie familiale dans le monde francophone. En Belgique même, le Réseau participera à de nombreux combats : ainsi, en 1977, il se mobilise pour les « prisonniers politiques » en Allemagne, à savoir des membres du *Sozialistisches Patientenkollektiv*¹³ et Klaus Croissant, membre de la *Rote Armee Fraktion*.

Deux auteurs reviennent régulièrement dans leurs textes : Erving Goffman avec *Asiles* et Ivan Illich avec *Némésis*. Le premier est un sociologue américain qui publie en 1961 un recueil de quatre articles basé sur *Saint Elisabeths* de Washington dans lequel il a fait son enquête entre 1955 et 1956. L'analyse part d'un asile particulièrement gigantesque – au moment de son séjour il compte encore 7 000 « reclus » comme Goffman appelle les patients – et avant que les neuroleptiques ne connaissent une large diffusion. Lorsque le livre sort en 1961, la situation dans les hôpitaux psychiatriques a connu des bouleversements importants, ce qui n'enlève rien à la force théorique de l'observation. Le livre apparaît en français en 1968 dans la célèbre collection « Le Sens commun » dirigée par Pierre Bourdieu aux *Éditions de Minuit*. Traduit dans au moins huit langues, connaissant de

10. Mony ELKAÏM (éd.), *Réseau alternative à la psychiatrie : collectif international*, Paris, Union générale d'éditions, 1977, p. 27.

11. François DOSSE, *Gillesdeleuzefélixguattari : biographie croisée*, Paris, Découverte, 2007.

12. Jacques LESAGE DE LA HAYE, *La mort de l'asile*, Paris, Éditions libertaires, 2006.

13. Le SPK est un mouvement antipsychiatrique militant des années 1970 à l'université de Heidelberg dont quelques membres rejoindront ultérieurement la *Rote Armee Fraktion* : Cornelia BRINK, « Radikale Psychiatriekritik in der Bundesrepublik. Zum Sozialistischen Patientenkollektiv in Heidelberg », in FRANZ-WERNER KERSTING (éd.), *Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahren*, Paderborn, Ferdinand Schöningh, 2003, p. 165-179.

nombreuses rééditions, *Asiles* devient une des bibles du mouvement contestataire en psychiatrie¹⁴. Le deuxième, Ivan Illich, connaît une réception très rapide dans le monde francophone. Son livre *Medical Nemesis*, paru en 1975, est traduit la même année en français. Cette rapidité s'explique par le fait que ce penseur des institutions (pensons à son livre sur l'école, paru en 1959) et des effets paradoxaux de la modernité bénéficie depuis le début des années 1970 d'une large résonance dans les milieux intellectuels français : aussi bien la revue *Esprit* que la revue *Les Temps Modernes* lui consacrent à ce moment plusieurs « unes ». Dans *Némésis*, il critique la médicalisation de la société moderne et introduit dans le grand public la notion d'iatrogenèse.

Les trois mouvements – le GERM, le GIA et le RAP – sont des organisations consacrées spécifiquement à la médecine, mais s'inscrivent dans une contestation plus large qui, à des rythmes différents, touche toute l'Europe. D'autres institutions que l'hôpital sont mises en question. D'autres formes de savoir que le savoir médical sont contestées. D'autres hiérarchies que celle modelant le champ médical sont ébranlées. La modernité qui était le paradigme ordonnant le monde occidental depuis les années 1950 est mise en cause. Cette volonté de changement est portée par une partie importante de la société. En même temps, ces années, en particulier les années 1970, semblent sonner le glas d'une période de croissance économique importante et de l'optimisme qu'elle engendrait. La « fin du régime de la confiance¹⁵ » qui touche la société au niveau économique, politique et social, marque également le domaine médical et psychiatrique. Finalement, pour certains acteurs du changement en psychiatrie du moins, la perception de la folie se modifie pendant ces années. Jacques Bradfer, un des fondateurs du Club Antonin Artaud, s'en explique de la manière suivante :

« Les progrès thérapeutiques, surtout en matière médicamenteuse, une certaine mise à la mode de la notion de “dépression nerveuse” consécutive pour le public – plus ou moins valablement – des conditions modernes de l'existence, ont modifié les attitudes initiales du rejet¹⁶. »

Tel est le contexte dans lequel prend place, à cette époque, la sortie de l'hôpital. En même temps, ce chapitre montrera la relativité de cette rupture qui fait souvent écho à des modèles déjà plus anciens.

14. Sur Goffman : Gregory SMITH, *Erving Goffman*, London, Routledge, 2006. Jusqu'aujourd'hui, on manque d'une étude portant sur la réception et l'utilisation d'*Asiles* de Goffman dans le champ psychiatrique.

15. Konrad JARAUSCH, *Das Ende der Zuversicht?: die siebziger Jahre als Geschichte*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2008.

16. AML, fonds Jean Raine, ML8510/1/400, *Le Club Antonin Artaud*, manuscrit de Jacques Bradfer (juillet 1963).

Sortir de l'hôpital à Bruxelles

L'hétérogénéité des lieux qui se posent en alternative aux grands hôpitaux rend toute généralisation difficile. L'absence ou la mauvaise conservation des archives de ces institutions qui s'opposent souvent dans un premier temps à la culture du « dossier » rend la tâche encore plus délicate. Six institutions dont deux en particulier – le Club Antonin Artaud et L'Équipe¹⁷ – serviront de cas d'études pour esquisser les pages suivantes.

	L'Équipe	Club A. Artaud	Free Clinic	Le Gué	La Gerbe	WOPS
Date de création	1964	1962	1972	1968	1972	1974

TABEAU 20. – Structures psychiatriques extrahospitalières à Bruxelles.

Trois projets précurseurs

Trois initiatives d'avant-garde serviront de base pour la réforme de la psychiatrie bruxelloise. La Ligue nationale belge d'hygiène mentale va tisser un premier réseau de soins psychiatriques extra-hospitaliers dès l'entre-deux-guerres. Les Alcooliques Anonymes vont réussir à construire un mouvement de patients pérenne. La Fondation Julie Renson va permettre à des initiatives diverses de prendre un premier envol grâce à son aide financière.

La Ligue nationale belge d'hygiène mentale

En 1923, plusieurs psychiatres créent la Ligue nationale belge d'hygiène mentale à Bruxelles. Inspirée par un mouvement lancé par un ancien patient psychiatrique, Clifford Beers, en 1908 aux États-Unis, la Ligue belge promeut des soins en dehors des institutions et encourage une réflexion sur la *santé* mentale auprès de la population « normale¹⁸ ». Elle s'engage dans plusieurs campagnes de prévention : lutte contre la toxicomanie, dépistage des « enfants anormaux », études sur les vagabonds et les travailleurs industriels... En même temps, à travers ses dispensaires ouverts dès 1924, elle assure un suivi post-hospitalier. Sa position par rapport à la pratique asilaire est ambiguë. Elle s'inscrit étroitement dans le champ psychiatrique, étant portée essentiellement par des professeurs de psychiatrie des quatre univer-

17. Lorsque je parle de L'Équipe par la suite, je fais référence au Foyer de L'Équipe.

18. Mathew THOMSON, « Mental hygiene as an international movement », in Paul WEINDLING (éd.), *International health organisations and movements, 1918-1939*, Cambridge, CUP, 2005, p. 283-305 et John WARD, *Le mouvement américain pour l'hygiène mentale, 1900-1930, ou comment améliorer la race humaine*, Paris, Harmattan, 2011.

sités belges¹⁹. En même temps, elle aspire explicitement à dépasser ces dispositifs qui lui semblent peu adaptés aux problèmes existants. Dépassement des structures d'enfermement donc, mais en même temps extension du champ d'implication de dispositifs psychiatriques. Comme son nom l'indique, le travail préventif est jugé important et la Ligue va investir des terrains sur lesquels la psychiatrie est encore peu présente et s'y arroger une certaine légitimité. Un éditorial du rédacteur en chef du *Bulletin de l'Association Catholique d'Hygiène Mentale* de 1953 illustre bien cette extension du « domaine de lutte » :

« Les frontières de l'hygiène mentale vont en s'élargissant chaque jour davantage. L'Hygiène mentale moderne suit l'homme du berceau à la tombe²⁰. »

Si les psychiatres ont depuis longtemps revendiqué une certaine expertise sociétale, la Ligue leur permet de concrétiser cette ambition. En même temps, le mouvement d'hygiène mentale introduit de nouveaux acteurs dans le champ psychiatrique, comme des psychologues ou des assistantes sociales. Le nombre des consultations offertes par la Ligue est un indice qui montre l'extension de l'offre et de la demande. Ses dispensaires deviennent rapidement des centres d'accueil importants. En 1940, à Bruxelles, le dispensaire assure 3636 consultations. Cinq ans plus tard, ce chiffre tourne toujours autour de 2000 consultations malgré la guerre²¹. Ce montant est à peu près égal au nombre de consultations assurées par *l'Institut*, ce qui illustre son importance. Pendant ces années, la Ligue reste fortement dominée par les psychiatres qui en assument la direction. Le suivi individuel est néanmoins assuré par des infirmières et des assistantes sociales. Les psychiatres sont plutôt engagés dans un travail de réflexion et de lobbying au niveau politique. À partir de 1953, ces dispensaires sont partiellement financés par l'État qui y voit une alternative acceptable face à une pratique asilaire qui commence à être mise en question²². En même temps, l'arrêté royal de 1953 n'assure pas un financement conséquent qui aurait permis un développement important du secteur extra-hospitalier. Il se limite à accorder une indemnité aux psychiatres et travailleurs sociaux qui, avant 1953, y travaillaient le plus souvent bénévolement. Jusqu'aux années 1970, les dispensaires dépendent donc essentiellement du bon vouloir de médecins volontaires.

19. N. GUINOTTE, « 60 ans d'hygiène mentale en Belgique », in *Unité dans la diversité, Rapport du symposium organisé à l'occasion du 60ème anniversaire de la Ligue nationale belge d'hygiène mentale, Bruxelles, les 20 et 21 octobre 1983*, Bruxelles, 1984, p. 24-44.

20. « Éditorial », *Bulletin de l'Association Catholique d'Hygiène Mentale*, 1, 1953, p. 1-2.

21. AVB, Assistance publique, boîte 56, lettre par le Dispensaire d'Hygiène mentale du Brabant à la Ville de Bruxelles (1^{er} août 1945).

22. Il ne faut d'ailleurs pas oublier que jusqu'en 1956, les hôpitaux psychiatriques dépendent du ministère de la Justice et ne sont transférés qu'à ce moment au Ministère de la Santé Publique.

	Total	Anciens cas	Nouveaux cas
Centre médico-psychologique du service social juif	89	73	16
Service de psychologie médicale à l'ULB	344	84	260
Anderlecht	688	490	198
Ixelles	260	122	138
Uccle	520	390	130
Woluwe-Saint-Lambert UCL	621	247	374
Total	2 522	1 406	1 116

TABEAU 21. – Centres de santé mentale pour adultes à Bruxelles affiliés à la Ligue belge d'hygiène mentale en 1972²³.

Le tableau ci-dessus montre l'importance des consultations offertes dans les années 1970. De grandes différences existent entre les centres, pas seulement au niveau de leur taille, mais également en ce qui concerne le type de patients et les traitements proposés. Les populations accueillies diffèrent énormément. Ainsi le Centre médico-psychologique du service social juif s'occupe essentiellement de rescapés des camps nazis. C'est une population qui s'adresse à lui depuis un certain moment et qui ne se renouvelle évidemment guère. À l'opposé, le Service de psychologie médicale à l'Université libre de Bruxelles (ULB) est surtout consulté par des étudiants, population beaucoup plus volatile²⁴. D'une manière générale, les centres de santé mentale de Bruxelles se caractérisent par une grande stabilité au niveau des patients : la chronicité, un des reproches centraux face à l'hôpital, est également un phénomène qui frappe l'extra-hospitalier. À ce niveau au moins, les centres de la Ligue n'amènent pas une rupture fondamentale par rapport aux structures hospitalières.

Les Alcooliques Anonymes

Parallèlement à cette réponse qui reste inscrite dans une approche médicale et institutionnelle, une autre solution pour sortir de l'asile est proposée par les Alcooliques Anonymes (AA). Fondés en 1935 aux États-Unis, les AA s'appuient sur le principe d'entraide et sont fortement teintés par l'esprit évangéliste²⁵. L'originalité de la structure repose entre autres sur l'exclusion totale de tout personnel médical ou soignant, au moins

23. « Le secteur : coûte que coûte sortir de l'asile », *la nouvelle revue*, 29-10, octobre 1973, p. 329-335.

24. Rosie CHAUVIER, « Militants psychothérapeutes : de l'émergence d'un désir », in José GOTOVITCH et Anne MORELLI (éd.), *Militantisme et militants*, EVO, 2000, p. 181-186.

25. Lori ROTSKOFF, *Love on the rocks: men, women, and alcohol in post-World War II America*, Chapel Hill, University of North Carolina Press, 2002. Ernest KURTZ, *Not-God: a history of Alcoholics Anonymous*, Center City, Minn., Hazelden Educational Services, 1979.

en théorie. Bien avant les groupements de patients psychiatisés des années 1970, les AA proposent que des alcooliques aident des alcooliques. Leur expansion internationale se fait à partir des années 1950 : ils prennent, dès 1953, pied en Allemagne. Dans le monde francophone, le premier article scientifique qui leur est consacré paraît en 1957²⁶. En 1960, Joseph Kessel publie un livre sur le mouvement qui contribue à sa popularisation et qui l'amène à plusieurs reprises à Bruxelles²⁷. En Belgique, la première réunion a lieu dans les Marolles, un quartier socialement défavorisé à Bruxelles, en 1953. Le concept est « importé » par André De Boe, un assistant social travaillant en tant que secrétaire du Comité National contre l'Alcoolisme et rendu possible par Bodarwé, une infirmière psychiatrique travaillant à l'*Institut*, qui encourage un des patients à lancer un tel groupe²⁸. En 1954, une soirée d'information est organisée au Palais des Beaux-Arts qui se charge de la publicité nécessaire. Dès 1958, les AA assurent un service de permanence téléphonique et en 1960 quatre groupes existent à Bruxelles.

Moins inscrits dans un contexte purement médical que les associations de diabétiques et avant l'influence marquante des personnes atteintes du Sida sur la médecine²⁹, les AA sont un des seuls groupes de patients qui arrivent à s'imposer dans la durée. Ils seront d'ailleurs à plusieurs reprises cités dans les années 1960 et 1970 comme des modèles possibles pour des associations d'anciens patients³⁰.

Les Alcooliques Anonymes bénéficient rapidement du soutien d'une partie des autorités ecclésiastiques et du monde judiciaire. En 1965 se crée une Association de soutien aux alcooliques anonymes avec comme président Paul Cornil, secrétaire général au Ministère de la Justice. En parallèle, une autre organisation, l'Al. Anon, est créée, destinée aux membres de famille d'alcooliques³¹. Mais dans le même temps, l'autonomie revendiquée par rapport à toute instance hiérarchique rend la relation difficile, notamment avec le monde médical.

Au moins à ses débuts, la très grande majorité du monde psychiatrique se montre sceptique face au mouvement : le côté spirituel, l'absence de toute réflexion médicale, le langage parfois mystique, etc., tout est réuni pour rendre malaisé le contact avec des médecins issus d'une université, l'ULB, terreau laïque. Au fil du temps, certains psychiatres de l'*Institut* commen-

26. P. BENSOUSSAN et E. M. VILLIAUMEY, « Le mouvement Alcooliques Anonymes, structure et dynamique, essai d'adaptation aux malades en cure de désintoxication », *Annales Médico-Psychologiques*, 114-2, février 1956, p. 280-288.

27. Joseph KESSEL, *Avec les Alcooliques Anonymes*, Paris, Gallimard, 1960.

28. *Joie de vivre, 50 ans Alcooliques Anonymes en Belgique*, Bruxelles, AA, 2003.

29. Steven EPSTEIN, *Impure science: AIDS, activism, and the politics of knowledge*, Berkeley, University of California Press, 1996.

30. Thierry POUCKET, « Le mouvement "A.A." : un aïeul des comités de patients ? », *actualité-santé*, 15, septembre 1979, p. 41-44.

31. « L'oeuvre efficace des « alcooliques anonymes » », *Le Soir*, p. 6.

cent néanmoins à envoyer des patients aux réunions des AA. Ainsi Claude Bloch, un des psychiatres de l'*Institut*, s'avère être un de leurs principaux défenseurs dans son champ³². Lors de l'assemblée générale de la Fédération Nationale des Infirmières Belges en 1960, Bloch présente les A.A., même si son soutien trahit un certain paternalisme :

« M. le Docteur Bloch nous parle de l'existence du Groupement A.A., du but de ce mouvement et de ses réalisations. Il nous présente ensuite deux A.A. stabilisés qui, en toute simplicité, nous exposent leur cas. L'assistance particulièrement intéressée et impressionnée comprend toute l'importance sociale et humanitaire de ce groupement et lui témoigne de la sympathie pour les résultats obtenus après de longs efforts et pour l'aide qu'ils apportent si spontanément à tous ceux qui tentent de se réhabiliter³³. »

L'intervention de Bloch correspond encore, par de nombreux aspects, à la présentation classique en psychiatrie des patients devant les étudiants. Dans les dossiers de patients de l'*Institut*, les A.A. apparaissent dès les années 1960, mais c'est surtout au courant de la décennie suivante que le mouvement fait de nombreuses apparitions dans les notes médicales. Pour les psychiatres, les A.A. remplissent à partir de ce moment d'une certaine manière le rôle de consultation. Les visites aux A.A. deviennent une manière de tester l'adaptation du patient à l'extérieur. Véronique P. en est un bon exemple. Cette femme mariée de 32 ans est colloquée le 23 août 1963 pour un « éthylisme grave » qui provoque entre autres des idées de suicide. Sa collocation nécessite le placement de ses trois enfants en institution. Même en étant dans un espace théoriquement complètement fermé, elle a le droit de quitter régulièrement l'*Institut* pour aller aux réunions des AA. Lors de sa sortie définitive, son psychiatre note d'une manière positive la volonté de Véronique P.

« Motivations pour AA restent ++, Pronostic bon si suivi³⁴. »

Les A.A. deviennent ainsi un outil dans l'agencement psychiatrique. En même temps – et ce sera une des conséquences essentielles de la déinstitutionnalisation –, les A.A. illustrent un certain changement dans l'approche de la maladie mentale. Le patient est désormais lui-même responsable de sa guérison : l'aide ne vient plus nécessairement d'un dispositif médical et/ou social mais nécessite avant tout un travail sur soi.

32. À l'*Institut*, cette bienveillance face aux AA sera maintenu ultérieurement par les docteurs Bradfer, Meynsbrughen, Flament, Francis Baudoux... La plupart de ces médecins participent à la création d'institutions extra-hospitalières.

33. « Compte-rendu sur l'assemblée générale du 24 avril », *L'Infirmière*, 2, 1960, p. 5.

34. HBIP, NS, n° 4696, rapport du médecin (18 octobre 1963).

La Fondation Julie Renson

Pendant une trentaine d'années la Fondation Julie Renson constituera une sorte de *think tank* pour la psychiatrie extra-hospitalière en Belgique. Fondée en 1957 sur initiative privée, elle s'assigne trois buts : promouvoir la recherche, venir en aide aux malades mentaux et assurer le reclassement des anciens patients psychiatriques. Dans son conseil d'administration les psychiatres jouent un rôle important. À un moment où les firmes pharmaceutiques n'ont pas encore pris sur les orientations de la recherche, la Fondation va donner une impulsion importante par les moyens financiers dont elle dispose à la psychiatrie extra-hospitalière. À côté de L'Équipe, elle finance également la revue bilingue *mosaïque*. Créée en 1965, celle-ci sera pendant quinze ans un important moyen de communication pour la psychiatrie belge qui veut sortir des asiles. Dans son comité de rédaction se retrouvent aussi bien des psychiatres que des infirmières et des assistantes sociales. La Fondation va également s'engager dans un important effort de formation continue à l'attention de ces professions paramédicales. Sous l'impulsion de Paul Sivadon et de son élève Roger Amiel, elle va mettre en place une commission d'étude pour réfléchir sur le futur de la psychiatrie belge. On y retrouve de nombreux médecins de Brugmann qui joueront par la suite un rôle important dans la réforme de la psychiatrie, comme Claude Bloch, Jean Vermeulen ou Nicole Dierkens-Dopchie. Ils y fréquentent sur un pied d'égalité des psychologues, des assistantes sociales et des infirmières sociales. En 1959, la Fondation édite un rapport intitulé *Projet d'organisation de l'assistance psychiatrique en Belgique*, publié dans la revue belge de psychiatrie³⁵.

Espaces psychiatriques

Pendant très longtemps, la psychiatrie s'est définie à travers des structures fermées et isolées. La nouvelle psychiatrie se situe clairement en opposition à cette conception spatiale.

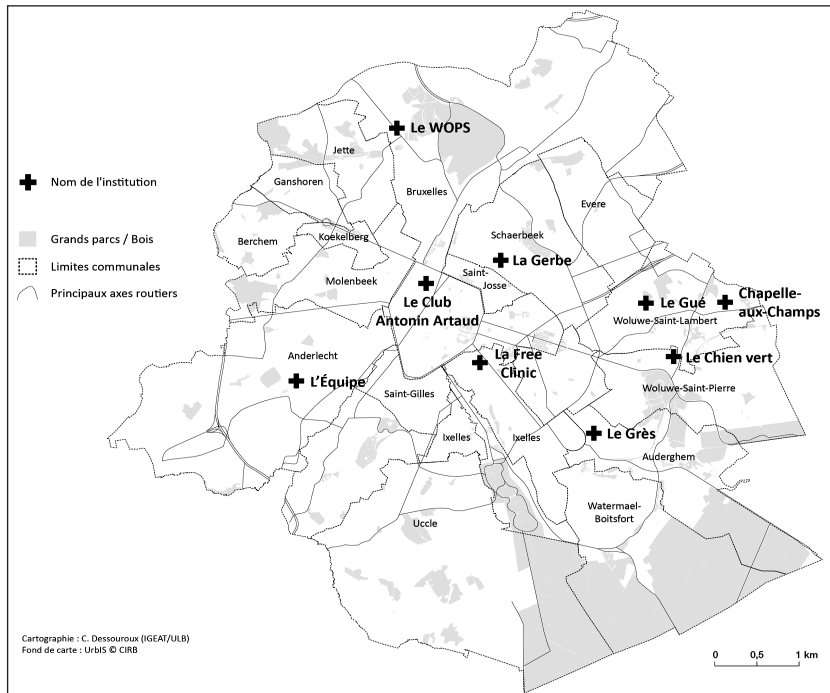
Sa volonté de s'inscrire dans le tissu urbain et de ne plus se trouver aux marges de la ville mais de s'y intégrer pleinement est un premier point de rupture. Le modèle français du secteur est à ce niveau très influent en Belgique. Initiée en France par un arrêté ministériel en 1960, la politique de secteur organise la psychiatrie non pas par hôpitaux, mais par centres d'accueil gérant une aire géographique. Si cette mesure est loin d'être appliquée d'une manière systématique en France, quelques secteurs comme celui du 13^e arrondissement à Paris sont des exemples et des stimulants au niveau

35. Jean DIERKENS, Claude BLOCH, Jean VERMEULEN et J. CORDIER, « Projet d'organisation de l'assistance psychiatrique en Belgique », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 60-2, février 1960, p. 153-243.

international³⁶. Le but du secteur est d'ouvrir le traitement au-delà du malade proprement dit :

« Secteur parce qu'il s'adressait à une aire géographique déterminée qui était un groupe de population, la commune par exemple, qui représentait le secteur et où nous cherchions à connaître non pas seulement le malade et sa pathologie mais aussi le milieu où il vivait, la place qu'il y avait ou qu'il n'y avait pas et prendre des contacts avec cette famille et à travailler avec eux en collaboration, estimant qu'on ne pouvait rien faire sans eux si on voulait voir le patient revenir dans cette communauté familiale et en corriger certains effets si possible, certains comportements³⁷. »

En une quinzaine d'années, le territoire bruxellois sera ainsi couvert d'institutions psychiatriques extra-hospitalières. La carte ci-dessous fait néanmoins apparaître un certain déséquilibre que la focalisation sur L'Équipe a occulté : c'est surtout dans les quartiers huppés de Bruxelles que ces nouvelles institutions se créent : la rive gauche, plus pauvre, est presque complètement dépourvue de centres.



CARTE 1. – Nouvelles institutions créées dans les années 1960 et 1970.

36. Nicolas HENCKES, *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'État et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*, Thèse, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2007.

37. Entretien avec Jean Vermeylen du 18 mars 2008 par Cédric Delespau et Cédric Devos.

L'emplacement de ces nouveaux dispositifs souligne l'importance d'être désormais dans la ville et non pas à ses marges. Une éducatrice en herbe décrit L'Équipe, fondée en 1964 à Anderlecht, comme suit :

« Le Foyer [une des institutions de L'Équipe] se situe non loin du centre de la ville... Des communications faciles le relient à une gare et au centre ; d'autre part dans les proches alentours : un parc, des cinémas, des cafés, une rue commerçante, etc., intègrent la maison dans un cadre de vie normal³⁸. »

Le Wolu Psycho-Social (WOPS) va également occuper une maison dans un quartier résidentiel, maison qui, de l'extérieur, ne se distingue en rien des autres habitations de la rue. Créée au début des années 1970 à Schaerbeek, la Gerbe s'implante explicitement dans un quartier qui réunit « principalement une forte densité d'immigrés (marocains, turcs, albanais, yougoslaves espagnols et autres), une population belge âgée et de nombreux sous-prolétaires et/ou marginaux³⁹ ». Pour La Gerbe, il ne faut pas partir de l'individu problématique. En effet, le travail principal de La Gerbe est de construire et de renforcer le lien entre associations et population, de faire vivre un réseau communautaire, de tisser un réseau qui de temps en temps peut aller accueillir des personnes à problème. D'une manière générale, la guérison des patients ne se fait pas en les isolant de la société, mais bien au contraire en les y implantant.

La rupture avec la structure asilaire ne se traduit pas seulement par l'implantation géographique des nouvelles structures, mais également par la configuration de nouveaux espaces. Le plus souvent, on ne construira pas des nouvelles structures. L'Équipe, mais également le Club Antonin Artaud à Bruxelles ou le WOPS à Woluwe-Saint-Pierre s'installent dans des maisons d'habitation « normales » qui ne sont pas immédiatement identifiables comme structures psychiatriques⁴⁰. Souvent, la première « thérapie » qui réunit personnel soignant et patients est la rénovation des futurs lieux. Cette « prise de possession » collective des immeubles se transforme d'ailleurs à plusieurs reprises en mythe fondateur que les institutions se rappellent lors des commémorations ponctuelles, lorsqu'il s'agit de retrouver l'enthousiasme et l'élan des premières heures. Une des fondatrices du

38. Claire WILBERZ, *Une tentative pour découvrir la vie en commun avec de jeunes adultes appelés malades mentaux dans le but de les aider à mieux la vivre*, mémoire de fin d'études, Centre de Formation éducationnelle, Liège, 1972 cité d'après Sophie SOUKIAS, *Le Foyer de l'Équipe au lendemain de mai 68, l'expérience d'une communauté thérapeutique égalitaire 1973-1974*, travail de séminaire, ULB, 2009, p. 17.

39. Joseph DUHAMEL, « A Schaerbeek, une expérience d'animation communautaire », in Mony ELKAÏM (éd.), *Réseau alternative à la psychiatrie : collectif international*, Paris, Union générale d'éditions, 1977, p. 211-232.

40. Lorsque j'ai visité pour la première fois le Club Antonin Artaud, un des psychologues se montrait particulièrement satisfait quand je lui avouai que je n'avais jamais remarqué le Club. C'était pour lui, le signe d'une parfaite intégration dans le tissu social. Interview avec Yves Bibrowski (31 août 2009).

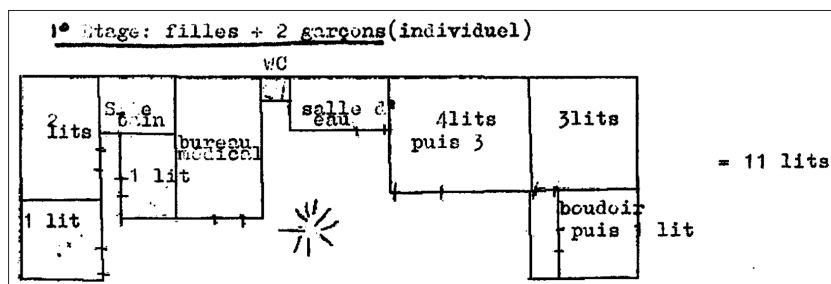
Club Antonin Artaud à Bruxelles l'exprime ainsi en 2009, 47 ans après les faits :

« Je crois que c'est le travail dans la maison qui, répondant à un besoin de nidification que tant de gens ressentent, joua un rôle majeur dans la cohésion du Club Antonin Artaud⁴¹. »

Lorsque le quotidien *Le Soir* consacre en 1967 un article au cinquième anniversaire du Club Antonin Artaud, il décrit un espace psychiatrique pour le moins atypique :

« Au sous-sol, ils ont aménagé une douche, une cuisine-buanderie ainsi que l'atelier de photographie. Au rez-de-chaussée : un secrétariat, un bureau d'accueil ainsi que des ateliers de menuiserie et de ferronnerie. Notons encore à l'étage le bar et une salle de théâtre. Enfin au troisième des ateliers et un bureau d'appoint... C'est une petite salle... Aux murs pendent les rapports des dernières réunions⁴². »

À L'Équipe, la circulation à l'intérieur des espaces est libre, les chambres accueillent jusqu'à 4 personnes ; hommes et femmes se trouvent sur le même étage. L'accès aux chambres des pensionnaires se négocie avec les thérapeutes : elles sont a priori fermées à ces derniers qui n'y rentrent qu'avec l'autorisation des premiers. Si le regard du soignant n'a donc plus la même force qu'à l'*Institut*, la presque absence de chambres individuelles et la promiscuité des lieux rapidement trop petits rendent toute intimité illusoire.



ILL. 7. – Plan du 1^{er} étage de L'Équipe⁴³.

Si l'espace à l'*Institut* est pendant longtemps pensé comme créateur d'ordre, celui disponible à L'Équipe remplit beaucoup moins ce rôle. Il est même pensé comme un « matériau » que s'approprient les pensionnaires. Lorsque ceux-ci décoorent de guirlandes la salle à manger et le salon avec du

41. Cité d'après Catherine DEBAENST, *Jean Raine et le Club Antonin Artaud*, travail de séminaire, ULB, 2010, p. 16.

42. « Le Club Antonin Artaud va fêter son 5^e anniversaire », *Le Soir*, p. 7, 4 janvier 1967.

43. Dominique SINTOBIN, « Vie intense dans une communauté thérapeutique », 1974, p. 4.

papier de toilette et placent à l'entrée un grand morceau de drap avec l'inscription : « On s'emm... ici ! surtout le week-end », cela ne donne pas lieu à une remise en ordre mais à une séance de groupe thérapeutique pour discuter de la problématique⁴⁴.

La rupture par rapport à l'espace psychiatrique s'explique également par la grande ouverture de ces immeubles. En 1964, une quarantaine de membres disposent d'une clé pour le Club Antonin Artaud : or le « pouvoir de la clé⁴⁵ » a été pendant longtemps un des enjeux principaux dans la catégorisation entre patients et non-patients dans les asiles.

Espaces psychiatriques particuliers, mais également espaces qui ont du mal à s'imposer face aux grandes structures asilaires qui vont continuer à dominer l'offre à Bruxelles, notamment par leur capacité importante en lits. Ainsi en 1981, la situation se présente comme suit à Bruxelles.

	Titeca (privé)	Institut (public)	Sans Souci (privé)	Fond'Roy (privé)	Le Domaine (public)
Nombre de lits	280	110	145	150	140

TABEAU 22. – *Nombre de lits psychiatriques dans les institutions bruxelloises les plus importantes*⁴⁶.

Sur plus de 1000 lits psychiatriques à Bruxelles, L'Équipe qui représente la plus grosse structure de la nouvelle galaxie psychiatrique en gère à peine une trentaine.

Populations

Les patients accueillis dans ces nouvelles structures se distinguent d'une manière significative de ceux de l'*Institut*. L'aire du recrutement est

	<i>Institut</i> (n = 2047)	Équipe (n = 162)
Moyenne	42,8	24,3
Écart-type	15	5,9
Médiane	41	23

TABEAU 23. – *Âge des patients à l'Institut (1931-80) et à L'Équipe (1964-1974)*⁴⁷.

44. *Ibid.*, p. 23.

45. Sabine HANRATH, *Zwischen « Euthanasie » und Psychiatriereform: Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964)*, Paderborn, Schöningh, 2002, p. 442.

46. E. A. SAND et Lydwine VERHAEGEN, « Brussels, Belgium », in *Mental health services in polit study areas: report on a European study*, Copenhagen, WHO. Regional Office for Europe, 1987, p. 181-200.

47. Au WOPS en 1976, 82 % des patients ont moins de 30 ans : Julien BAECK, Jérémy LOTHE et Gaëlle VAN INGELGEM, *Le Wolu Psycho-Social: étude d'un centre extrahospitalier à Woluwé Saint-Lambert (1973-1985)*, travail de séminaire, ULB, 2010, p. 19.

beaucoup plus limitée : même dans la première institution de la sorte dans l'agglomération bruxelloise, à savoir L'Équipe, la plus grande partie des patients viennent de la commune d'Anderlecht. Le WOPS recrute, lui aussi, essentiellement dans sa commune d'implantation. On y voit clairement la volonté de s'inscrire dans le tissu urbain. L'*Institut* a une répartition beaucoup plus « équilibrée » à part des quartiers aisés de Bruxelles dont la population fait appel à d'autres institutions que celle de l'Assistance Publique. Un deuxième élément distinctif par rapport aux asiles tient à l'âge : la population de L'Équipe est jeune.

La répartition des sexes est un troisième point de rupture. Par les capacités d'accueil, la répartition entre hommes et femmes à l'*Institut* est proche de l'égalité. À L'Équipe, deux tiers des patients sont des hommes et un tiers des femmes. Mais – et il s'agit là d'une rupture conséquente – la mixité est pratiquée dans toutes les nouvelles institutions. Cette mixité pose d'ailleurs régulièrement problème aux thérapeutes quant à la manière de gérer les relations amoureuses ou sexuelles qui sont fréquentes. Ces trois éléments indiquent que les nouvelles structures extra-hospitalières comme L'Équipe touchent d'autres catégories de la population. Plutôt que d'offrir un lieu pour des personnes qui se retrouveraient autrement dans des structures asilaires, ils touchent une nouvelle population psychiatrique qui ne faisait pas jusqu'alors appel à ce type d'aide médicale.

Comme parmi les patients, la mixité est de mise parmi le personnel mais avec une surreprésentation féminine. Pendant les dix premières années de son existence, L'Équipe engagera ainsi 22 femmes et 15 hommes, les postes les plus élevés étant néanmoins réservés à ces derniers.

Les infirmières sont les grandes absentes de ces nouvelles structures. Certes quelques-unes participent à leur fondation comme pour le Club Antonin Artaud, mais les deux fonctions qu'elles exercent dans un hôpital psychiatrique – gardiennage et soins – disparaissent à l'intérieur de ces nouvelles institutions. Ce sont maintenant plutôt des assistantes sociales, des kinésithérapeutes, des éducateurs... qui constituent le corps intermédiaire, rôle autrefois rempli par les infirmières.

Les psychiatres ne connaissent pas nécessairement une perte de pouvoir. La première génération des nouvelles institutions que ce soit le Club Antonin Artaud (Jacques Bradfer), le WOPS (Baudouin Delahaye) ou L'Équipe (Jean Vermeylen) est le plus souvent initiée par des médecins qui y gardent le rôle directif. La figure de l'initiateur du projet anderlechtois est à plusieurs niveaux typique de ces médecins qui veulent sortir des structures asilaires. Jean Vermeylen, fils du premier directeur de l'*Institut*, essaie d'appliquer les principes de la psychiatrie sociale à l'intérieur d'une section fermée de l'*Institut*. À côté de sa formation médicale, il a suivi des études en sciences sociales, psychologie et orientation professionnelle et fait une psychanalyse. Au fil du temps il effectue de nombreux voyages d'études

à l'étranger⁴⁸. Mais l'*Institut* résiste à des changements trop radicaux de la pratique psychiatrique: Vermeylen décide donc de quitter Brugmann pour se lancer dans ce nouveau projet.

Dans les enjeux de légitimité qui opposent les médecins à un nouveau groupe socio-professionnel émergent, à savoir les psychologues, les premiers parviennent à s'imposer largement. Si, au niveau de son approche thérapeutique et du profil de ses patients, L'Équipe se distingue nettement des structures hospitalières, son fonctionnement s'en rapproche au fil du temps. Sa direction est double avec un directeur médical et un directeur administratif. Malgré sa volonté interdisciplinaire, L'Équipe est dirigée par les médecins. Ce sont eux qui occupent les postes de responsabilité, ce sont eux qui lancent des initiatives, ce sont eux qui donnent l'orientation au projet... Plus tard, cette domination sera, parfois, contestée avec succès. Le Gué, fondé en 1968, est ainsi dirigé dès la moitié des années 1975 par une psychologue⁴⁹. Fin des années 1970, La Gerbe lance une structure d'accueil qui n'est pas gérée par un psychiatre mais par un collectif comprenant un sociologue, un psychologue et un éducateur⁵⁰. Mais d'une manière générale, la médecine parvient à imposer sa légitimité dans les espaces extra-hospitaliers qui sont des espaces liminaux où se jouent des enjeux de définition entre psychiatrie et hygiène mentale marquée par d'autres systèmes de référence comme la justice, l'aide à l'enfance, l'école⁵¹...

Dans une première phase, le personnel soignant se caractérise par sa jeunesse. À L'Équipe, en 1973, à part le directeur médical, tous ont moins de 30 ans: le personnel est donc proche, sur le plan générationnel, des patients mais également sensible aux nouvelles idées de « 1968 ».

La psychanalyse 2.0

Si la psychanalyse connaît son moment de gloire à l'*Institut* entre 1955 et 1965 pour disparaître rapidement par la suite, elle aura une influence plus durable dans ces nouvelles structures, mais davantage, semble-t-il, à travers les psychologues. Jean Daveloose, co-fondateur, du WOPS est psychologue et psychanalyste. La psychanalyse sert d'outil de restructuration après les crises institutionnelles qui touchent les nouvelles structures dans les années 1970. L'individu prime de nouveau sur le groupe. Ceci est le cas pour le WOPS mais également pour L'Équipe qui va engager en 1974 un psychologue-psychanalyste en la personne d'Alfredo Zenoni.

48. ACPASB, Personnel, dossier de Jean Vermeylen.

49. Manon LEGRAND, *Du foyer de loisirs au centre thérapeutique et culturel: Le Gué, 1967-1975. Le Temps du fondateur*, travail de séminaire, ULB, 2010.

50. « Accueil Alternatif pour Psychiatisés », *actualité-santé*, 22, avril 1980, p. 16.

51. H. OOSTERHUIS, "Between institutional psychiatry and mental health care: social psychiatry in the Netherlands, 1916-2000", *Medical history*, 48-4, 2004, p. 413.

À leurs débuts, les nouvelles institutions reproduisent le clivage idéologique du champ médical belge. Aussi bien L'Équipe que le Club Antonin Artaud sont étiquetés « Université libre de Bruxelles ». Chapelle-aux-Champs est le premier centre issu de l'Université Catholique de Louvain qui s'établit à Bruxelles, installation facilitée par l'implantation de l'hôpital universitaire francophone de l'UCL – Saint-Luc – sur le territoire bruxellois. Par la suite, au niveau des psychiatres, ces frontières s'amenuisent. À l'ULB, l'intérêt pour la psychiatrie sociale diminue fortement avec le départ de Paul Sivadon : son successeur, Julien Mendlewicz, est plus intéressé par la psychiatrie biologique. À l'UCL par contre, à travers la personnalité de Léon Cassiers, l'approche sociale de la maladie mentale gardera une légitimité forte. Plusieurs institutions marquées par l'ULB vont « basculer » du côté de l'UCL, notamment le Club Antonin Artaud qui sera dirigé à partir des années 1990 par un médecin formé à l'UCL, François Tirtiaux.

En gardant pour ce sous-chapitre la division classique entre patients, corps soignant et psychiatres/psychologues, je ne tiens que partiellement compte du refus de cette organisation par les nouvelles institutions. Au moins à leur début, elles refusent ces barrières, notamment par l'absence de vêtements distinctifs comme la blouse blanche mais également par une réflexion sur la manière de « nommer » les patients. Les personnes fréquentant le « Club Antonin Artaud » s'appellent « membres » que ce soient des « thérapeutes » ou des « non-thérapeutes ». Dans un premier temps la volonté d'établir l'égalité entre « membres » est très forte. Ainsi en 1964 on peut lire :

« Par esprit du Club nous entendons principalement l'idéal de culture, de solidarité et d'humanité en vue de l'amélioration constante de soi-même et d'un plus grand bonheur personnel et général. Ainsi, thérapeutes aussi bien que non-thérapeutes sont liés⁵². »

Quelques années plus tard, en 1972, l'approche et le vocabulaire ont changé :

« Le Club s'adresse à une large catégorie de patients qui travaillent, mais qui ont besoin d'un soutien plus ou moins constant⁵³. »

La volonté de transcender les hiérarchies qui s'établissent en parlant de soignants et de patients, en recourant au terme de « membre » marque la volonté de rupture avec les usages dans les hôpitaux. En même temps, cet effacement est partiellement une façade. En 1976 dans *la libre parole*, journal produit par le Club, un non-soignant revendique l'appellation apparemment honnie : « Désormais, la Parole Libre s'appellera le journal des malades mentaux⁵⁴. » Un des moments où cette barrière reste particu-

52. *Club Antonin Artaud*, Bruxelles, Club Antonin Artaud, 1982, p. 4.

53. *Ibid.*

54. R. S., « Éditorial », *la libre parole*, 6, t 1976, p. 1-2.

lièrement visible à l'intérieur du Club est la confection du dossier, pratique qui n'est pas absente au Club. Comme dans l'asile, le dossier rappelle la barrière infranchissable qui sépare les deux mondes.

« Je voudrais aussi plaider pour l'abolition du système des dossiers ; il est assez traumatisant d'avoir un dossier qui contient des données très personnelles et auquel tout le personnel même les stagiaires – cela sous prétexte d'apprendre leur métier – y a accès⁵⁵. »

Mais contrairement à l'hôpital psychiatrique, au moins une partie de l'évaluation se fait publiquement et dans un débat contradictoire qui implique soignants et non-soignants. En effet, la réunion hebdomadaire du mercredi mélange les deux groupes et les discussions se font parfois virulentes. Les opinions de tous les intervenants sont transcrites et les rapports de ces réunions publiquement affichés et ainsi visibles pour tous les membres du Club.

Pour le personnel soignant qui y travaille, la réduction substantielle de la distance qui le sépare du patient constitue un élément central dans l'expérience de cette nouvelle pratique. Une des fondatrices du Club, Sanki Rolin-Hymans est consciente de l'ambiguïté qui réside dans ce positionnement. Mais elle y trouve une satisfaction évidente :

« Mon propre rôle à l'atelier est particulier : tout ensemble participante et thérapeute, à la fois dans le groupe et hors du groupe... Les distances se rétrécissent et la relation hiérarchique verticale disparaît pour faire place à une relation de confiance plus horizontale⁵⁶. »

Ce refus d'une hiérarchie claire va néanmoins provoquer une crise importante à l'intérieur du Club. Le Groupe Information Asile s'implique activement dans la gestion de l'institution. Il met notamment en cause le médecin-directeur de l'époque Bradfer, et plus largement le fonctionnement du Club

« qui se contente d'essayer de faire entrer ses malades dans la norme [au lieu de permettre] aux “malades mentaux d'être financièrement indépendants et de leur permettre de jouer un rôle actif dans la société”⁵⁷. »

Des membres se font exclure « pour “anti-psychiatrie” et “incompatibilité d'humeur”⁵⁸ ». D'une manière générale les années 1970 sont conflictuelles. Si on peut parler d'un véritable projet entre soignants et non-soignants dans les années 1960, cet esprit a du mal à trouver une articulation fonctionnelle durant la décennie suivante. Les hiérarchies qui existent à l'intérieur du

55. Robert BONNE, « Mes cinq années au Club », *la libre parole*, 6, t 1976, p. 8.

56. AML, fonds Jean Raine, ML8510/1/396, témoignage non daté (probablement 1966) de Sanki Rolin-Hymans.

57. « Sortir du rôle passif », *la libre parole*, 3, t 1975, p. 20.

58. *Ibid.*, p. 20.

Club reviennent à la surface; or, tout le Club se nourrit d'une idéologie qui nie précisément l'existence de cette hiérarchie.

En 1982, on ne parle plus de membres mais de « malade mental » et de « personnel ». Les premiers continuent cependant à pouvoir partiellement influencer la politique du Club: statutairement, ils forment les deux tiers de l'assemblée générale et délèguent trois membres sur les sept qui composent le Conseil d'Administration. Dans les autres institutions, des discussions similaires se déroulent aussi bien sur la dénomination des patients (« pensionnaires » à L'Équipe), sur la distance à entretenir entre thérapeutes et non-thérapeutes, que sur leur participation réelle à la gestion des institutions. Dans plusieurs de ces nouvelles institutions mais également à l'*Institut*, des relations amoureuses entre les deux se forment dans les années 1970⁵⁹. À L'Équipe, les rôles au sein du personnel sont très peu spécifiés au début. Évelyne Steinfeld Glinoër, infirmière psychiatrique au début des années 1970, décrit sa tâche ainsi :

« C'était multifonctionnel! On faisait de tout: la cuisine, la vaisselle, la gestion des commandes, les rencontres avec les parents... C'était tout petit, c'était une famille⁶⁰. »

Au WOPS, l'égalité de salaires entre tous les « travailleurs » est un des principes fondateurs lors de sa création. Dans les deux structures, comme au Club Antonin Artaud, c'est après des crises de fonctionnement, qu'un modèle plus structuré avec une définition des tâches plus précises est instauré⁶¹.

Entrer et sortir

La question de l'entrée et de la sortie est un des meilleurs indicateurs de la rupture entre ces nouvelles institutions et les anciennes structures. La grande majorité de ces lieux alternatifs n'offre pas de lits: on y rentre et on y sort librement pour une consultation ou pour une activité thérapeutique.

Pour les institutions qui offrent la possibilité de séjour, l'entrée se déroule dans une toute autre optique que celle des asiles. Majoritairement involontaire, souvent provoquée par une intervention de la police, l'entrée à

59. D. SINTOBIN, « Vie intense dans une communauté thérapeutique... », *op. cit.*, p. 27 et Madeleine CAPON, « De la psychiatrie », Bruxelles, 1992, p. 164.

60. Cité d'après S. SOUKIAS, *Le Foyer de l'Équipe au lendemain de mai 68, l'expérience d'une communauté thérapeutique égalitaire 1973-1974...*, *op. cit.*, p. 33.

61. S. SOUKIAS, *Le Foyer de l'Équipe au lendemain de mai 68, l'expérience d'une communauté thérapeutique égalitaire 1973-1974...*, *op. cit.* Le Club Antonin Artaud et le WOPS connaîtront des crises similaires, le premier en 1965, le deuxième en 1979, qui partent chaque fois d'une revendication de plus d'horizontalité entre soignés et soignants pour conduire finalement à la réaffirmation de la hiérarchie médicale: C. DEBAENST, *Jean Raine et le Club Antonin Artaud...*, *op. cit.* et J. BAECK, J. LOTHE et G. VAN INGELGEM, *Le Wolu Psycho-Social: étude d'un centre extrahospitalier à Woluwé Saint-Lambert (1973-1985)...*, *op. cit.*

l'*Institut* se place sous le signe de la contrainte. À L'Équipe, le futur pensionnaire doit poser sa candidature et passer un entretien avec l'assistante sociale, le psychologue ou le psychiatre⁶². Ce dernier présente alors le candidat au staff qui discute de la pertinence de l'accueillir. Bernhard K. a 23 ans lorsqu'il fait une demande d'accueil à L'Équipe après un passage dans un asile en section fermée où il a été traité à l'insuline contre sa schizophrénie. Il a un premier entretien à la mi-janvier 1966 avec Vermeyleen qui confirme ce diagnostic et conclut :

« État d'indifférence, peur d'être mécanisé; plus que sceptique concernant le Foyer – cadre de désintéret général – formule contre le Foyer "qu'il n'est pas si mal chez lui". Rejette, plus que le travail réel, la situation du travail expérimenté⁶³. »

Trois jours, plus tard, le staff se réunit et hésite à l'accepter :

« Conclusion du staff

Facteurs positifs : S'est maintenu longtemps au travail – service militaire bien passé. Facteurs négatifs : Bloqué à l'O. P. – mutisme – sorti de l'Hôpital depuis longtemps et semble actuellement en régression. À revoir⁶⁴. »

C'est seulement après un deuxième entretien où Bernhard se montre plus coopératif qu'il intégrera finalement L'Équipe. Cet « examen d'entrée » exclut de facto des patients en phase aiguë qui restent dès lors confinés dans les hôpitaux.

Une fois installé, chaque pensionnaire se voit attribuer un répondant, personne de référence qui l'accompagnera pendant tout son séjour. Avant toute autre activité thérapeutique, il participe à l'ergothérapie pendant 2 semaines pour s'intégrer progressivement dans le groupe. Le changement par rapport à l'hôpital, dont viennent la plupart des pensionnaires, est assez important. La liberté de s'adapter au nouveau contexte est beaucoup plus grande qu'à l'asile :

« Si la sortie était insécurisante dans sa perspective de quitter un milieu protégé... l'entrée ne l'était pas moins...

Aussi, puisque ce fût moi qui accueillais les nouveaux... je remarquais que tous, le lendemain devaient quitter la maison pour rechercher quelque chose.

Ainsi, B... devait chercher le reste de ses vêtements

A... ses médicaments

JJ... ses autres lunettes.

J'essayais de leur faire rencontrer d'autre pensionnaires... sans les brusquer. À l'ergo, où je devais les conduire pour un premier contact avec les

62. Un tel dispositif – demande articulée et motivée du futur patient – est également mis au WOPS en 1979 : J. BAECK, J. LOTHE et G. VAN INGELGEM, *Le Wolu Psycho-Social: étude d'un centre extra-hospitalier à Woluwé Saint-Lambert (1973-1985)...*, op. cit., p. 19.

63. Archives de L'Équipe (AE), dossier de B. K., fiche d'accueil.

64. AE, dossier B. K., fiche d'accueil.

activités, je les présentais, leur offrais souvent la tasse de café... 2, 3 mots avec l'ergothérapeute et puis ils pouvaient observer, regarder ce qui s'y faisait... tâtonner peut-être déjà... un peu... Bien que les nouveaux quelquefois étaient enthousiastes d'entrer... sortis de l'hôpital... une dure étape terminée – ils étaient toujours anxieux, ce qui se comprend bien puisque c'était l'inconnu, du nouveau dans leur vie... Aussi j'étais attentive à eux, en soirée, et m'inquiétais d'eux plus particulièrement en ces premiers jours au foyer. Au début, le nouveau est souvent calme et discret. Mais bien vite..., atteint par le vent qui souffle dans la maison... il se manifeste lui aussi, à sa manière... dans des crises de larmes, de colères, de casse, d'engagement dans des discussions, de révolte ou de silence⁶⁵. »

L'entrée à L'Équipe se construit donc en rupture très claire par rapport à l'hôpital psychiatrique. Cette entrée est volontaire, même si le passage par L'Équipe est parfois la condition pour pouvoir sortir de l'asile. Elle est négociée : le futur pensionnaire et le staff doivent marquer leur accord respectif. Elle ne s'accompagne pas d'un processus de mortification mais se caractérise par une lente « mise en situation ».

Sortir régulièrement de l'espace psychiatrique fait même partie de la conception thérapeutique de L'Équipe. Afin d'échapper au moins partiellement à « l'institution matricielle et totalitaire⁶⁶ », les psychothérapies s'organisent en dehors de l'institution même : les thérapeutes sont étrangers à L'Équipe. La psychothérapie, en principe partie intégrante de la philosophie de L'Équipe, est ainsi en même temps un moyen d'y échapper. Le jeudi est explicitement prévu comme « jour de sortie » où le retour au Foyer est prévu au plus tard vers 23 heures. Les autres jours, la grille du Foyer est fermée à 22 heures et le couvre-feu prévu pour 23 heures⁶⁷.

En théorie, tout le séjour prépare la sortie définitive qui s'avère néanmoins un processus extrêmement complexe. Si dans un premier temps, la durée du séjour est limitée à six mois, celle-ci est rapidement élargie jusqu'à deux ans. La grande majorité des dossiers de patients contiennent de multiples demandes de prolongation. Contrairement à l'*Institut*, ces dossiers ne comportent guère de demandes pour sortir : les intéressés ont la possibilité de partir quand ils le désirent. À l'encontre du service ouvert de l'*Institut* où aucun cas de départ spontané n'a été retrouvé, les dossiers de L'Équipe relatent régulièrement de telles démarches. À en juger par ces archives, le grand problème des thérapeutes, ce n'est pas les pensionnaires qui veulent quitter l'infrastructure prématurément, mais au contraire la difficulté ressentie par le personnel de faire partir les pensionnaires. Déjà à l'*Institut*, l'espace psychiatrique n'avait pas seulement été vécu comme

65. D. SINTOBIN, « Vie intense dans une communauté thérapeutique... », *op. cit.*, p. 36.

66. Jean VERMEYLEN, « Communauté thérapeutique et société ou douze ans de vie au Foyer de l'Équipe », in *La société, génératrice de troubles mentaux?*, Bruxelles, Fondation Julie Renson, 1978, p. 137.

67. S. SOUKIAS, *Le Foyer de l'Équipe au lendemain de mai 68, l'expérience d'une communauté thérapeutique égalitaire 1973-1974...*, *op. cit.*, p. 23.

un espace d'enfermement mais également comme un espace de repli. Si le staff respecte le plus souvent le souhait exprimé de rester à L'Équipe, plusieurs pensionnaires se font néanmoins « éjecter », pratique inimaginable dans un asile psychiatrique. Charles R., qui fait plusieurs séjours à L'Équipe à partir des années 1970 est invité à quitter l'institution après 10 jours pendant l'été 1974 :

« Malheureusement, il n'a pas pu ou voulu respecter les conditions que nous avions arrêtées de commun accord pour son séjour ici et notamment celles qui touchaient sa médication et sa participation aux activités de la maison. Dès lors, j'ai constaté qu'il n'était pas possible qu'il poursuive avec profit ce séjour... Je regrette que nous n'ayons pu continuer à l'aider, mais je pense que tôt ou tard, il reprendra contact et que nous pourrions revoir cette situation⁶⁸. »

Contrairement à la pratique de l'*Institut*, les sorties sont annoncées plusieurs semaines à l'avance et les dossiers permettent de suivre leur préparation. Le sortant passe souvent par le Centre de Réadaptation et d'Intégration au Travail (CRIT)⁶⁹. Michel H. est un des rares pensionnaires qui n'a pas connu d'hôpital psychiatrique avant d'intégrer L'Équipe. Diagnostiqué comme « pré-psychotique », Michel est un pensionnaire « exemplaire » parce qu'il quitte l'institution après six mois déjà, au terme de la période de réadaptation prévue lors de son entrée.

« Dans les deniers temps, sa tendance au repli passif semble avoir pris plus de place [...] Il est donc retourné dans son milieu familial mais pour éviter le risque d'une régression, nous lui avons proposé de fréquenter à mi-temps le CRIT où il aurait pu trouver les activités sociothérapeutiques et pré-professionnelles le maintenant en circuit actif. Il a accepté, semble-t-il avec un certain soulagement cette proposition⁷⁰. »

Dans ce cas, le CRIT apparaît comme une garantie pour le psychiatre et pour le patient. L'entrée et la sortie constituent dans ces institutions un enjeu beaucoup moins central que dans les asiles.

Thérapies

Les modèles thérapeutiques proposés dans les différentes institutions se caractérisent par une très grande hétérogénéité. Ces espaces sont également des espaces de liberté thérapeutique.

L'Équipe va fortement s'inspirer du modèle des « communautés thérapeutiques », développé par Maxwell Jones à partir de ses expériences de

68. AE, dossier de patient C. R., rapport de Vermeylen à la mutualité (5 juillet 1974).

69. Le CRIT a été fondé en 1972 où un travail artisanal sans visée commerciale est effectué. Les membres ne sont d'ailleurs pas rémunérés pour leurs prestations : S. SOUKIAS, *Le Foyer de l'Équipe au lendemain de mai 68, l'expérience d'une communauté thérapeutique égalitaire 1973-1974...*, op. cit., p.27.

70. AE, dossier de patient M. H., rapport de Vermeylen (16 octobre 1972).

psychiatre militaire pendant la Deuxième Guerre mondiale. Jean Vermeulen découvre ces nouvelles idées lors d'un voyage en Angleterre au début des années 1960⁷¹. Jones propose un modèle où chaque personne – infirmière, patient ou médecin – participe à la communauté hospitalière. Sans abolir complètement les frontières qui existent entre ces trois groupes, l'organisation se veut plus horizontale. La revalorisation par le travail y joue un rôle central, le travail non comme occupation des patients mais comme véritable outil thérapeutique. La journée d'un pensionnaire à Anderlecht est dès lors organisée autour de cette vision – soit un travail régulier en dehors de L'Équipe, soit au CRIT, soit à l'atelier d'ergothérapie, de sorte que la maison est pratiquement inoccupée toute la journée⁷². À côté du travail, la communication à l'intérieur du groupe est également considérée comme une thérapie. La réunion communautaire du lundi matin rassemble tout le monde : la discussion s'y déroule sans distinction entre soignants et soignés et concerne l'organisation de la communauté. En complément, des « mini-groupes » sont organisés deux fois par semaine où un groupe plus restreint se réunit pendant une heure pour discuter d'une manière plus libre, souvent de problèmes personnels⁷³. Finalement, la famille fait partie intégrante de la thérapie et, dès lors, sa participation est souhaitée à l'intérieur de l'institution. Elle est considérée à la fois comme cause des difficultés des pensionnaires et en même solution pour les résoudre. Une fois que la personne est désignée comme malade, elle occupe une place figée dans la famille et est ainsi « prisonni[ère] d'un rôle autour duquel se tissent toutes les interactions familiales⁷⁴ ». Mony Elkaïm et Sigi Hirsch, les deux pionniers de la thérapie familiale en Belgique, sont d'ailleurs soit en tant que fondateur pour le premier, soit en tant que superviseur extérieur pour le second, impliqués dans ces nouvelles institutions.

Au Club Antonin Artaud qui n'offre pas de structure de séjour pour la nuit, la thérapie se définit autour de l'art. Le Club est fondé en 1962 par d'anciens patients de l'*Institut* parmi lesquels l'artiste Jean Raine qui se sont connus à l'*Institut* dans le cadre du groupe théâtral Arlequin. Dès le début, le Club avec son équipe psycho-médicale intègre des artistes dans l'organisation des activités : peinture, gravure, théâtre, littérature, cinéma, etc. Très tôt, le Club s'ouvre également à de nouvelles thérapies venues souvent d'autres pays, telles le yoga. Comme à L'Équipe, les dirigeants du Club croient à la vertu thérapeutique de sortir des murs de l'institution. Ils

71. Jean VERMEULEN, « Naissance et illustration des structures intermédiaires », in Lucette SCHOUTERS-DECROLY et Jean VERMEULEN (éd.), *Hors les murs ! Naissance de la psychiatrie extrahospitalière. L'Équipe, histoire & philosophie*, Bruxelles, L'Équipe, 2001, p. 11.

72. S. SOUKIAS, *Le Foyer de l'Équipe au lendemain de mai 68, l'expérience d'une communauté thérapeutique égalitaire 1973-1974...*, op. cit., p. 19.

73. *Ibid.*, p. 26-27.

74. Rapport annuel d'activités du WOPS, 1978, p. 19 cité d'après J. BAECK, J. LOTHE et G. VAN INGELGEM, *Le Wolu Psycho-Social : étude d'un centre extrahospitalier à Woluwé Saint-Lambert (1973-1985)...*, op. cit., p. 66.

organisent de nombreuses activités qui se déroulent en dehors de l'institution : visites d'expositions⁷⁵, de spectacles, de concerts...

Grâce à la présence de Jean Raine, le Club Antonin Artaud attire pendant les années 1960 différents membres du champ culturel et universitaire comme l'artiste Marcel Broodthaers, le cinéaste Paul Danblon, le professeur de sociologie Robert Kaufmann, le musicien Jean Tournay⁷⁶... Cette proximité (temporaire) avec le monde artistique n'est pas une exception belge : ainsi, en Angleterre, l'expression artistique est un des moyens les plus prônés par le mouvement antipsychiatrique. Une des patientes de Ronald D. Laing, Mary Barnes, participe à plusieurs expositions⁷⁷. L'art brut, mouvement lancé à partir de 1945 par Jean Dubuffet, porte un intérêt particulier aux œuvres produites par des patients psychiatriques. La revue belge Beaux-Arts publie à plusieurs reprises des articles sur le Club Antonin Artaud.

Le fort accent mis sur les psychothérapies n'empêche pas la distribution de médicaments, prescrits par le psychiatre et distribués par tous les membres du personnel, même des stagiaires-éducateurs⁷⁸. Sur les 22 dossiers de L'Équipe consultés, 19 soignés sont sous médication⁷⁹. Celle-ci constitue un sujet régulier de discussion entre pensionnaire et médecin. Davantage encore qu'à l'*Institut*, le médicament y est une thérapie négociée. Auguste F. connaît ainsi plusieurs passages à L'Équipe depuis le printemps 1967, entrecoupés de séjours à Fond'Roy et de fréquentations du Club Antonin Artaud. C'est un pensionnaire qui revendique fréquemment l'augmentation de sa médication. Sa demande devient pour son psychiatre un outil pour l'obliger à participer aux activités psychothérapeutiques.

« Demande qu'on lui donne un excitant ou qu'il puisse abandonner les ateliers. Nous transigeons pour du Supradin contre maintien des ateliers dans un travail peut-être plus simple que le dernier⁸⁰. »

Dans le cas de Charel R., la situation se présente de manière inversée. Ce pensionnaire de 28 ans, venant d'un milieu social favorisé, s'oppose à la prise des neuroleptiques. Il se plaint régulièrement de leurs effets secondaires (difficulté de se concentrer, tremblement des mains...). Mais il a une grande réticence à retourner dans une structure asilaire et prend dès lors sa médication pour éviter un renvoi.

« Période d'agitation, de délire macrobiotique. C'est à ce moment que le D^r Vermeylen le place devant le choix : médication ou hospitalisation... C. semble souvent créer des situations de refus (médicaments, thérapie)

75. En 1965 Marcel Broodthaers sert de guide au Club pour une exposition sur le *Pop Art*.

76. Archives et Musée de la Littérature (AML), ML8510, minutes.

77. Mary BARNES et Ann SCOTT, *Something Sacred. Conversations, Writings, Paintings*, London, 1989.

78. D. SINTOBIN, « Vie intense dans une communauté thérapeutique... », *op. cit.*, p. 16.

79. Il s'agit de dossiers des pensionnaires entrés à L'Équipe en 1966, 1969 et 1971.

80. AE, dossier de patient Auguste F., rapport de Vermeylen (24 juin 1970).

pour provoquer un contact avec le D^r Vermeylen : il garde alors toutes ses réserves mais il finit par accepter⁸¹. »

Un bilan contesté

En 1974, la revue scientifique *Acta Psychiatrica Belgica* publie pour la première et dernière fois un article consacré à cette nouvelle psychiatrie, article rédigé par les deux fondateurs du WOPS dont l'un est psychiatre et l'autre psychologue⁸².



ILL. 8. – Nuage de mots de l'article intitulé « La sectorisation : mythe ou réalité ».

Une analyse textuelle de cet article permet de résumer avec quelques mots-clés les préoccupations des précurseurs du changement : la centralité du « secteur », l'accompagnement qui se fait essentiellement pendant la « journée », le « travail » comme concept-clé de la thérapie, l'importance accordée à la notion d'« équipe » mais également le maintien d'un paradigme « psychiatrique ».

Les cas décrits ci-dessus sont particuliers par rapport à un contexte belge plus large. La première spécificité est le caractère urbain dans lequel se déroulent ces expériences. Deuxième spécificité, la présence de deux universités, lieux particulièrement marqués par les mouvements contestataires de 1968. Sans être exclusivement issus de ce milieu, de nombreux acteurs qui participent à la reformulation de la pratique psychiatrique sont passés par l'Université libre de Bruxelles ou l'Université catholique de Louvain. Troisième spécificité: l'absence de l'acteur qui monopolise les soins psychia-

81. AE, dossier de patient Golbeter, rapport d'évaluation (26 janvier 1973).

82. Baudoïn DELAHAYE et Jean DAVELOOSE, « La sectorisation : mythe ou réalité ? Problème posé par une expérience de sectorisation à Woluwe-Saint-Lambert », *Acta Psychiatrica Belgica*, 74, 1974, p.642-652. L'analyse a été réalisé avec le programme *many eyes*.

triques dans le reste de la Belgique, à savoir les congrégations. Depuis le XIX^e siècle, les dispositifs psychiatriques à Bruxelles sont multiples : à côté d'acteurs (semi-)étatiques se trouvent plusieurs opérateurs privés. La multiplication des initiatives à partir des années 1950 dans la capitale belge n'est que l'illustration d'une structuration bien particulière de la psychiatrie bruxelloise aux XIX^e et XX^e siècles. Dans le reste de la Belgique, surtout en Flandre, la situation se présente différemment. En effet, les congrégations à travers leur organisation Caritas Catholica dominent les soins psychiatriques depuis la fin du XIX^e siècle : en 1972 elles assurent 70 % des lits à ce niveau en Belgique⁸³. Ces institutions développent certes quelques structures d'accueil de jour mais celles-ci restent intégrées dans les hôpitaux. Vu les conditions de financement moins favorables pour l'extra-hospitalier – le critère essentiel étant le « lit » et pas le « patient » –, les congrégations ont peu d'intérêt à quitter les enceintes de leurs institutions. La Flandre reste d'ailleurs jusqu'aujourd'hui relativement peu fournie en structures psychiatriques extra-hospitalières⁸⁴.

À partir de l'exemple bruxellois, plusieurs réflexions sur les changements qu'a connus la psychiatrie en Europe à partir des années 1950 peuvent être formulées.

La rupture la plus évidente avec le monde asilaire est l'ouverture spatiale. Certes, l'élément de contrainte dans les hôpitaux psychiatriques diminue avec la baisse importante des collocations. Mais ces institutions restent néanmoins des espaces avec une généalogie particulière, fortement inscrits dans un paradigme médical et psychiatrique. La plupart des nouvelles structures n'offrent même plus la possibilité d'y passer la nuit. Le séjour y est souvent limité le temps d'une activité. La personne qui vient consulter n'y habite pas. D'une manière générale, le nombre de personnes sous le régime de la collocation diminue et le travail interdisciplinaire gagne en importance.

La multiplication des espaces psychiatriques donne lieu à l'extension des offres thérapeutiques. À côté d'offres plus classiques, les lieux alternatifs sont particulièrement ouverts aux expérimentations de nouvelles approches qui fleurissent à ce moment, que ce soient les thérapies comportementales davantage appréciées dans des structures hospitalières⁸⁵, la psychiatrie sociale, la musicothérapie, la thérapie institutionnelle... Expérimentées souvent pour la première fois dans des espaces comme L'Équipe ou le Club Antonin Artaud, ces thérapies feront ensuite leur entrée dans les institutions plus classiques. À partir des années 1970, toute une panoplie de « nouvelles technologies psychologiques [...] Gestalt, analyse transactionnelle, bio-

83. Jos ORENBRUCH et C. BASTIJNS, « Fins et moyens de la nouvelle politique psychiatrique belge », *Revue de l'Institut de Sociologie*, 3/4, 1978, p. 209-227. Sur la Caritas : J. DEPUYDT, L. DHAENE, K. VELLE, P. TASSIN et A. DRUART, *Caritas et la FIHW : un demi siècle de vie hospitalière, 1938-1978-1988*, Leuven, F.I.H.W., 1988.

84. Interview avec Benjamin Francart (31 août 2009).

85. « Thérapies comportementales (quelques aspects) », *mosaïque*, 40/41/42, 1980-1979.

énergie, rebirth, eutonnie, hypnose, Co-conseil, méthodes Gordon, Prodas, etc.⁸⁶ » sont expérimentées. Cette extension d'institutions (para-)psychiatriques suscite néanmoins également la critique. Deux évolutions posent problème. D'une part, l'intervention n'est plus limitée à l'hôpital psychiatrique, mais peut maintenant s'articuler dans des espaces auxquels le médical n'avait pas accès auparavant. D'autre part, ces organisations s'inscrivent dans une logique de prévention. Dans une telle optique apparaissent très vite des notions telles que celle de « population à risque ». Entre sain et malade, la frontière se fait poreuse : les deux états sont considérés comme les extrémités d'un *continuum*. La nouvelle pratique psychiatrique se transforme en outil pour (re)définir l'ordre social, fonction qu'elle partage alors avec la « vieille » psychiatrie.

D'autres éléments permettent également d'interroger la supposée rupture introduite par ces nouvelles structures. Les hôpitaux continuent à dominer la prise en charge psychiatrique. Si au départ la volonté de concurrencer les hôpitaux dans la prise en charge était clairement annoncée par les instigateurs des institutions alternatives comme le WOPS ou L'Équipe, elles deviennent – après avoir surmonté leurs crises institutionnelles – plutôt un chaînon dans une prise en charge qui commence toujours à l'hôpital. Ce dernier a d'ailleurs repris certains modèles développés dans l'extra-hospitalier. Les réformes psychiatriques en Belgique n'auront pas de répercussions immédiates sur le nombre de patients dans les établissements. Contrairement à l'Angleterre où la plupart des grands hôpitaux psychiatriques sont fermés à la fin du xx^e siècle⁸⁷, les grandes institutions belges continueront à fonctionner.

	1945	1950	1955	1960	1965	1970	1975
Nombre de patients	22 196	23 666	27 012	27 422	27 494	25 828	24 849
Dont en service fermé	22 196	23 666	25 080	24 806	23 762	19 722	11 782

TABEAU 24. – *Nombre des patients dans des établissements psychiatriques en Belgique (1945 à 1975)*⁸⁸.

Dans plusieurs pays occidentaux, le maximum de lits psychiatriques est atteint dès les années 1950 : 1952 pour la France, 1954 pour la Grande-Bretagne et 1955 pour les États-Unis⁸⁹. À Bruxelles, ce nombre

86. Daniel BACHELART, « Une évaluation scientifique de la psychothérapie est-elle possible », *actualité-santé*, 36, octobre 1981, p. 3-5.

87. Joseph MELLING et Bill FORSYTHE, *The politics of madness the state, insanity and society in England, 1845-1914*, London ; New York, Routledge, 2006, p. 204-212.

88. Elisabeth VOLKRICK (éd.), « Les politiques de santé mentale/Santé mentale au quotidien », *Les Cahiers du GERM*, 187-191, 1985, p. 127-157.

89. Françoise CASTEL, Robert CASTEL et Anne LOVELL, *La Société psychiatrique avancée : le modèle américain*, Paris, B. Grasset, 1979, p. 101.

continue même de croître jusqu'à la fin des années 1980 : entre 1978 et 1989, il augmente de 60 %, passant de 797 à 1279 lits⁹⁰. La dés-institutionnalisation qui est, au moins depuis les années 1960, le but déclaré tarde à produire des résultats. Mais plus encore que le nombre de lits psychiatriques, le nombre d'admissions explose, un lit en section ouverte étant moins longtemps occupé par le même patient, cela permet l'accès à des soins psychiatriques à davantage de personnes⁹¹. L'espoir d'une intervention préventive en aval, intervention qui ferait baisser le nombre d'hospitalisations, ne s'est pas réalisé.

Finalement, si le mouvement contestataire est parti entre autres en croisade contre la médicalisation et si la plupart des institutions essaient de s'inscrire dans une approche pluridisciplinaire, le modèle médical connaît cependant un retour fulgurant une fois que le premier enthousiasme qui permet un fonctionnement basé sur le bénévolat a disparu. En effet, face à un besoin de financement structurel, la plupart des institutions sont obligées de se tourner vers l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI). Cet acteur s'inscrit essentiellement dans une logique médicale : s'il est prêt à intervenir accessoirement pour des projets alternatifs, sa première raison d'être est liée à la reconnaissance d'une « maladie ». Pour obtenir un financement, il faut entrer dans la logique de l'INAMI qui reste principalement dans un schéma classique de structures hospitalières.

En replaçant cette histoire de la contestation psychiatrique dans le contexte plus large de « 1968 », la notion de « rupture » s'avère finalement peu fonctionnelle⁹². En effet, dès la fin des années 1950, des voix s'élèvent pour plaider une refonte de la psychiatrie et pour sortir des enceintes asilaires. En Belgique, la psychiatrie n'attend pas 1968 pour se lancer dans la contestation et la réforme des structures asilaires. La psychiatrie est donc un des domaines de la société où le changement commence plus tôt, un domaine qui nourrit le moment 1968, mais également un domaine qui le prolonge. En effet, les conséquences de 1968 se font sentir jusqu'au début des années 1980 où la psychiatrie extra-hospitalière connaît une certaine stabilisation et légitimité. L'histoire de la psychiatrie permet de cette manière d'interroger les ruptures qu'auraient introduit « 1968 ».

90. L. VERHAEGEN et A. WERY, *Évolution de la psychiatrie à Bruxelles...*, op. cit., p. 16-17.

91. Jacques BAUDOUR, « Économie sanitaire et planification de l'assistance psychiatrique en Belgique », *la revue nouvelle*, 29-10, octobre 1973, p. 273-288.

92. Marijke GIJSWIJT-HOFSTRA et Harry OOSTERHUIS, « Introduction. Comparing National Cultures of Psychiatry », in Marijke GIJSWIJT-HOFSTRA, Harry OOSTERHUIS et Hugh FREEMAN (éd.), *Psychiatric Cultures Compared: Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005, p. 9-23 écrivent que 1968 a été un « tournant » (p. 21).

Bibliographie

- ABMA R. et I. WEIJERS, *Met Gezag en Deskundigheid*, Amsterdam, Uitgeverij SWP, 2005.
- ADAMS A., « Modernism and Medicine: The Hospitals of Stevens and Lee, 1916-1932 », *The Journal of the Society of Architectural Historians*, mars 1999, vol. 58, n° 1.
- ALSTEENS A., « Belgium », A. de MIJOLLA (dir.), *International Dictionary of Psychoanalysis*, Detroit, Thomson Gale, 2005, p. 197-199.
- ANDREWS J. et A. DIGBY, « Introduction: Gender and Class in the Historiography of British and Irish Psychiatry », J. ANDREWS et A. DIGBY (dir.), *Sex and Seclusion, Class and Custody. Perspectives on Gender and Class in the History of British and Irish Psychiatry*, Amsterdam, Rodopi, 2004, p. 7-44.
- ANGEL K., E. JONES, et M. NEVE (dir.), *European psychiatry on the eve of war: Aubrey Lewis, the Maudsley Hospital, and the Rockefeller Foundation in the 1930s*, London, Wellcome Trust Centre for the History of Medicine at UCL, 2003.
- ANKELE M., *Alltag und Aneignung in Psychiatrien um 1900: Selbstzeugnisse von Frauen aus der Sammlung Prinzhorn*, Wien, Böhlau, 2009.
- ARGUELLO J., « L'introduction du nursing laïque en Belgique (1882-1914). D'une vocation à l'émergence d'une profession », *Sextant*, 1995, vol. 3, p. 61-82.
- ARTAUD A., G. FERDIÈRE, et P. CHALEIX, *Nouveaux écrits de Rodez: lettres au docteur Ferdière, 1943-1946, et autres textes inédits; suivi de six lettres à Marie Dubuc, 1935-1937*, Paris, Gallimard, 2007.
- ARTIÈRES P., *Clinique de l'écriture: une histoire du regard médical sur l'écriture*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo, 1998.
- ARTIÈRES P. et J.-F. LAÉ (dir.), *L'asile aux fous. Photographies de Roger Camar*, Paris, Presses Universitaires de Vincennes, 2009.
- « L'ombre de l'asile », P. ARTIÈRES et J.-F. LAÉ (dir.), *L'asile aux fous. Photographies de Roger Camar*, Paris, Presses Universitaires de Vincennes, 2009, p. 55-60.
- ATTAR R., « Histoire de l'immigration maghrébine en Belgique », A. MORELLI (dir.), *Histoire des étrangers et de l'immigration en Belgique de la préhistoire à nos jours*, Bruxelles, Vie Ouvrière, 1992, p. 290-310.
- ATZL I. (dir.), *Zeitzeugen Charité: Arbeitswelten der Psychiatrischen und Nervenlinik 1940-1999*, Münster, Lit, 2005.
- BACHELART D., « Une évaluation scientifique de la psychothérapie est-elle possible », *actualité-santé*, octobre 1981, n° 36, p. 3-5.
- BAECK J., J. LOTHE, et G. VAN INGELGEM, *Le Wolu Psycho-Social: étude d'un centre extrahospitalier à Woluwé Saint-Lambert (1973-1985)*, travail de séminaire, ULB, 2010.
- BALINT M., *Le Médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot, 1966.
- BALZ V., *Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950 – 1980*, Bielefeld, transcript, 2010.
- « Die Geburt der Stammkarte. Zur Genese eines Epistems der neuroleptischen Wirksamkeit in der frühen Psychopharmaka-

- forschung in der BRD », *Medizinhistorisches Journal*, 2008, n° 43, p. 56-86.
- BALZ V. et V. HESS, « Psychopathology and Psychopharmacology. Standardisation from the Bottom Up, Using the Example of Neuroleptics », C. BONAÏ, C. MASUTTI, A. RASMUSSEN et J. SIMON (dir.), *Harmonizing Drugs. Standards in 20th-Century Pharmaceutical History*, Paris, Glyphe, 2009, p. 273-296.
- BARLETT P. et D. WRIGHT (dir.), *Outside the walls of the asylum: on "care and community" in modern Britain and Ireland*, London, Athlone Press, 1999.
- BARNES M. et A. SCOTT, *Something Sacred. Conversations, Writings, Paintings*, London, 1989.
- BARRETT R., *La traite des fous: la construction sociale de la schizophrénie*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1998.
- BARUK H., *Traité de psychiatrie*, Paris, Masson et Cie, 1959.
- BASTENIER A. et F. DASSETTO, *Immigrés et santé. Aspects particuliers de la pathologie dans le milieu migratoire*, Louvain-la-Neuve, GREM, 1982.
- BAUDOUR J., « Économie sanitaire et planification de l'assistance psychiatrique en Belgique », *la revue nouvelle*, octobre 1973, vol. 29, n° 10, p. 273-288.
- BAZIN H., « Les aliénés ne sont pas des fous, mais des malades », *L'Infirmière*, juin 1960, vol. 38, n° 3, p. 12-14.
- B. D., « Bijzondere Aspecten van de Verpleging van onze Geesteszieken in 1954 », *Ziekenverpleging*, août 1955, n° 186, p. 8-14.
- « Zo ging 1953 over onze psychiatrische Inrichtingen », *Ziekenverpleging*, octobre 1954, n° 181, p. 7-15.
- BEDDIES T. et A. DÖRRIES, « Auswertung », T. BEDDIES et A. DÖRRIES (dir.), *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin, 1919-1960*, Husum, Matthiesen, 1999, p. 236-398.
- BENITO Y ULIBARRI M., *Étude de la syphilis centrée sur l'analyse de dossiers médicaux de la section psychiatrique de l'hôpital de Bruggmann*, travail de séminaire, ULB, 2009.
- BENSOUSSAN P. et E. M. VILLIAUMEY, « Le mouvement Alcooliques Anonymes, structure et dynamique, essai d'adaptation aux malades en cure de désintoxication. », *Annales Médico-Psychologiques*, février 1956, vol. 114, n° 2, p. 280-8.
- BERG M., *Rationalizing Medical Work. Decision-Support Techniques and Medical Practices*, Cambridge, Mass., MIT Press, 1997.
- BERNET B., « "Eintragen und Ausfüllen": Der Fall des psychiatrischen Formulars », S. BRÄNDLI, B. LÜTHI et G. SPÜHLER (dir.), *Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts*, Frankfurt a. M., Campus, 2009, p. 62-91.
- BERRIOS G. E., « Early Electroconvulsive Therapy in Britain, France and Germany: a conceptual history », H. FREEMAN et G. E. BERRIOS (dir.), *150 years of British Psychiatry: the Aftermath*, London, Athlone, 1996, p. 3-15.
- BERRIOS G. E. et R. PORTER, « Mood Disorders », G. E. BERRIOS et R. PORTER (dir.), *A History of Clinical Psychiatry*, London, Athlone, 1995, p. 384-421.
- BERSOT H., « La thérapeutique de la schizophrénie par l'insuline », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 1937, vol. 37, n° 2.
- BLOCH C. (dir.), *Les psychothérapies aujourd'hui*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, 1983.
- BOBON J., « Description et comparaison de la révision de deux classifications des maladies mentales la CIM-9 (ICD-9) et le DSM-III », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 1980, vol. 80, n° 6.
- BOBON J. et M. DONGIER, « La formation des psychiatres en Belgique. Perspective européenne », *L'Évolution Psychiatrique*, 1967, vol. 32, n° 2, p. 337-45.
- BONAÏ C. et S. MASSAT-BOURRAT, « Les "agents thérapeutiques". Paradoxes et ambiguïtés d'une histoire des remèdes aux XIX^e et XX^e siècles », C. BONAÏ et A. RASMUSSEN (dir.), *Histoire et médicament aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, Glyphe, 2005, p. 23-61.

- BONNE R., « Mes cinq années au Club », *la libre parole*, t 1976, n° 6, p. 8.
- BORCK C., *Hirnströme: eine Kulturgeschichte der Elektroenzephalographie*, Göttingen, Wallstein, 2005.
- BOSCHMA G., *The rise of mental health nursing: a history of psychiatric care in Dutch asylums, 1890-1920*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2003.
- BOUTSEN M., J.-M. LAASMAN, et N. REGINSTER, *Données socio-économiques et étude longitudinale de la prescription des antidépresseurs*, Bruxelles, La Mutualité Socialiste, 2006.
- BRASLOW J. T., *Mental Ills and Bodily Cures: Psychiatric Treatment in the First Half of the Twentieth Century*, Berkeley, University of California Press, 1997.
- BRAUNSCHWEIG S., « Einfluss der Neuroleptica auf den psychiatrischen Pflegealltag », *Medizin, Gesellschaft, und Geschichte: Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung*, 2007, n° 26, p. 53-74.
- BRINK C., *Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860-1980*, Göttingen, Wallenstein, 2010.
- « Radikale Psychiatriekritik in der Bundesrepublik. Zum Sozialistischen Patientenkollektiv in Heidelberg », F.-W. KERSTING (dir.), *Psychiatriereform als Gesellschaftsreform. Die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahren*, Paderborn, Ferdinand Schöningh, 2003, p. 165-179.
- DE BRUYNE G. et F. DIEUDONNÉ, « Essai sur l'histoire de l'Institut Saint-Martin », Dave, 1983.
- BRUYNINCKX E., « Considérations sur le problème des vieillards atteints de troubles mentaux », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 1957, n° 7, p. 537-550.
- BR. WALDERICUS, « Verslag over de malariabehandeling bij patienten lijdende aan algeheele verlamming in ons gesticht », *Ziekenverpleging*, novembre 1924, n° 1, p. 10-14.
- VON BUELTZINGSLOEWEN I., *L'hécatombe des fous. La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'occupation*, Paris, Aubier, 2007.
- BUELTZINGSLOEWEN VON I. (dir.), « *Morts d'inanition* : famine et exclusions en France sous l'Occupation, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2005.
- BUSFIELD J., « Class and Gender in Twentieth-Century British Psychiatry: Shell-Shock and Psychopathic Disorder », J. ANDREWS et A. DIGBY (dir.), *Sex and Seclusion, Class and Custody. Perspectives on Gender and Class in the History of British and Irish Psychiatry*, Amsterdam, Rodopi, 2003, p. 295-322.
- DE BUSSCHER J., « Impressions personnelles sur les effets de l'atarax de la chlorpromazine, de la réserpine et du AY 5406-1 (parasan) en thérapeutique psychiatrique », *Encéphale*, 1956, n° 45, p. 1007-1023.
- BYNUM W.F., A. HARDY, S. JACYNA, C. LAWRENCE, et E. M. TANSEY (dir.), *The western medical tradition: 1800 to 2000*, New York, CUP, 2006.
- CAPON M., « De la psychiatrie », Bruxelles, 1992.
- CASTEL F., R. CASTEL, et A. LOVELL, *La Société psychiatrique avancée: le modèle américain*, Paris, B. Grasset, 1979.
- CASTEL R., *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1978.
- CHAUVIER R., « Militants psychothérapeutes: de l'émergence d'un désir », J. GOTOVITCH et A. MORELLI (dir.), *Militantisme et militants*, EVO, 2000, p. 181-186.
- DE COCK F., « Plus d'un demi siècle au service des malades mentaux », Namur, 1986.
- COFFIN J.-C. (dir.), *Conceptions de la folie & pratiques de la psychiatrie. Autour d'Henri Ey*, Perpignan, Association pour la Fondation Henri Ey, coll. « Les Cahiers Henri Ey », n° 20-21, 2008.
- « Le travail dans les services rend-il malade? L'analyse du psychiatre Louis Le Guillant dans les années 1950-1960 », *Le Mouvement Social*, avril-juin 2005, n° 211, p. 67-81.
- CONDRAU F., « The Patient's View Meets the Clinical Gaze », *Social History of*

- Medicine*, 1^{er} décembre 2007, vol. 20, n° 3, p. 525-540.
- COOPER R., « What is Wrong with the DSM? », *History of Psychiatry*, 1^{er} mars 2004, vol. 15, n° 1, p. 5-25.
- COOTER R. et J. PICKSTONE (dir.), *Companion to Medicine in the Twentieth Century*, London, Routledge, 2003.
- COSYNS-DURET S., « Considérations sur la psychothérapie après lobotomie », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 1954, n° 5, p. 378-387.
- CROIX-ROUGE FRANÇAISE, *Manuel de l'infirmière-hospitalière*, 13^e éd., Paris, Masson, 1940.
- CROMPHOUT D., *Les sentiers de la psychanalyse en Belgique* [http://www.psypnapse.be/chronique1.htm], consulté le 5 février 2010.
- CROSSLEY N., « The field of psychiatric contention in the UK, 1960-2000 », *Social Science & Medicine*, 2006, n° 62, p. 552-563.
- DEBAENST C., *Jean Raine et le Club Antonin Artaud*, travail de séminaire, ULB, 2010.
- DECKX, FIERENS, GEVAERTS, NUIJENS, VAN DE PERRE, VAN HUFFELEN, et HENDRIX, *Manuel de l'Infirmière*, 2^e éd., Anvers, Kiliaan, 1919.
- DELAHAYE B. et J. DAVELOOSE, « La sectorisation: mythe ou réalité? Problème posé par une expérience de sectorisation à Woluwe-Saint-Lambert », *Acta Psychiatrica Belgica*, 1974, n° 74, p. 642-652.
- DELAY J. et P. PICHOT, *Abrégé de psychologie*, 3^e éd., Paris, Masson, 1975.
- DELEECK H., *De architectuur van de welvaartsstaat opnieuw bekeken*, Leuven, Acco, 2001.
- DEPAGE A., P. VANDERVELDE, et V. CHEVAL, *La construction des hôpitaux: étude critique*, Bruxelles, Misch et Thron, 1912.
- DEPUYDT J., L. DHAENE, K. VELLE, P. TASSIN, et A. DRUART, *Caritas et la FIHW: un demi siècle de vie hospitalière, 1938-1978-1988*, Leuven, F.I.H.W., 1988.
- DÉSIR D. (dir.), *Du côté de Brugmann. Un hôpital dans son siècle*, Bruxelles, Ercée, 2006.
- DEVOS C., *Microcosme d'un Institut psychiatrique bruxellois: l'Hôpital Brugmann, ses patientes et son personnel soignant au mois d'octobre 1963*, travail de séminaire, ULB, 2008.
- DIERKENS J., C. BLOCH, J. VERMEYLEN, et J. CORDIER, « Projet d'organisation de l'assistance psychiatrique en Belgique », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, février 1960, vol. 60, n° 2, p. 153-243.
- DINGES M. (dir.), *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel, ca. 1800 – ca. 2000*, Stuttgart, Steiner, 2007.
- DINGES M. et V. BARRAS (dir.), *Krankheit in Briefen im deutschen und französischen Sprachraum: 17.-21. Jahrhundert*, Stuttgart, Steiner, 2007.
- DIVRY P., J. BOBON, et J. COLLARD, « La lévomépromazine dans les cures de sommeil potentialisées et les cures neuroleptiques », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, mars 1959, n° 3, p. 325-336.
- DOSSE F., *Gillesdeleuzefélixguattari: biographie croisée*, Paris, Découverte, 2007.
- DUBOYS C., *Le métier d'infirmière en France. Du métier d'infirmière à l'exercice professionnel des soins infirmiers*, 3^e éd., Paris, PUF, 2002.
- DUHAMEL J., « A Schaerbeek, une expérience d'animation communautaire », M. ELKAÏM (dir.), *Réseau alternative à la psychiatrie: collectif international*, Paris, Union générale d'éditions, 1977, p. 211-232.
- DUPREZ C., « Mort par rupture spontanée de la rate chez un paralytique général malarisé », *Le Scalpel et Liège Médical*, juin 1933, n° 25, p. 967-969.
- EHRENBERG A., *La fatigue d'être soi: dépression et société*, Paris, O. Jacob, 2000.
- EL-HAI J., *The lobotomist: a maverick medical genius and his tragic quest to rid the world of mental illness*, Hoboken, J. Wiley, 2005.
- ELKAÏM M. (dir.), *Réseau alternative à la psychiatrie: collectif international*, Paris, Union générale d'éditions, 1977.
- ENGELBRACHT G., *Von der Nervenlinik zum Zentralkrankenhaus Bremen-Ost: Bremer*

- Psychiatriegeschichte; 1945-1977*, Bremen, Donat, 2004.
- ENGEL G. L., « The need for a new medical model: a challenge for biomedicine », *Science*, 1977, n° 196, p. 129-136.
- EPSTEIN S., *Impure science AIDS, activism, and the politics of knowledge*, Berkeley, University of California Press, 1996.
- EY H., *Manuel de psychiatrie*, 2^e éd., Paris, Masson, 1963.
- EY H., P. BERNARD, et C. BRISSET, *Manuel de psychiatrie*, 5. éd. rev. et corr., Paris, Masson, 1978.
- FARGE A., *Quel bruit ferons-nous? Entretiens avec Jean-Christophe Marti*, Paris, Prairies Ordinaires, 2005.
- FARGE A., J.-F. LAÉ, P. CINGOLANI, et F. MAGLOIRE, *Sans visages: l'impossible regard sur le pauvre*, Paris, Bayard, 2004.
- FAULSTICH H., *Hungersterben in der Psychiatrie 1914-1949: mit einer Topographie der NS-Psychiatrie*, Freiburg im Breisgau, Lambertus, 1998.
- FINZSCH N. et R. JÜTTE (dir.), *Institutions of confinement hospitals, asylums, and prisons in Western Europe and North America, 1500-1950*, Cambridge, CUP, 1996.
- FLAMENT J., « Psychiatrie, notes prises au cours par Ch. LIMBOS, 3^e doctorat », syllabus, Bruxelles, 1970.
- FONDS NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITÉ, *Rapport général sur l'Année Sociale 1955 – 2^e Partie – Rapport du service médical*, Bruxelles, Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale, 1955.
- FONTAINE-VINCENT C., « Le diagnostic général en psychiatrie », *Bruxelles-Médical*, 1927, p. 1-6.
- FOUCAULT M., *Surveiller et punir: naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975.
- *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1972.
- FOUDRAINE J., *Wie is van hout... een gang door de psychiatrie*, Bilthoven, Amboboe-ken, 1975.
- FREIDSON E., *Profession of medicine. A study of the sociology of applied knowledge*, New York, Dodd, 1970.
- FRICKX J. et G. VERMEYLEN, *Deux applications de la méthode des tests*, Bruxelles, Lamertin, 1927.
- FUSSINGER C., « 'Therapeutic community', psychiatry's reformers and antipsychiatrists: reconsidering changes in the field of psychiatry after World War II », *History of Psychiatry*, 1^{er} juin 2011, vol. 22, n° 2, p. 146 -163.
- DE GANCK J., *Les antidépresseurs à l'hôpital Brugmann*, travail de séminaire, ULB, 2008.
- GARCIA C., *Emploi du personnel soignant à l'hôpital Brugmann de 1953 à 1969*, s.d., s.l.
- GASSER J. et G. HELLER, « The confinement of the insane in Switzerland, 1900-1970: Cery (Vaud) and Bel-Air (Geneva) asylums », R. PORTER et D. WRIGHT (dir.), *The Confinement of the Insane: International Perspectives, 1800-1965*, Cambridge, CUP, 2003, p. 54-78.
- GAUCHET M. et G. SWAIN, *La pratique de l'esprit humain: l'institution asilaire et la révolution démocratique*, Nouvelle édition., Paris, Gallimard, 2007.
- GIJSWIJT-HOFSTRA M. et H. OOSTERHUIS, « Introduction. Comparing National Cultures of Psychiatry », M. GIJSWIJT-HOFSTRA, H. OOSTERHUIS et H. FREEMAN (dir.), *Psychiatric Cultures Compared: Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005, p. 9-23.
- GLORIEUX Z., « La psychiatrie et l'assistance aux malades mentaux (1830-1930) », *Le Scalpel*, juin 1931, vol. 84, p. 123-145.
- GOFFMAN E., *Les rites d'interaction*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1974.
- « The Insanity of Place », *Relations in Public. Microstudies of the Public Order*, London, Harper, 1971, p. 335-390.
- *Asiles, études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1968.
- GOLDSTEIN J., *Console and classify: the French psychiatric profession in the nineteenth century*, Cambridge, CUP, 1987.

- GOLDSTEIN S., « Aliénés et institutions psychiatriques », P. ARON et J. GOTOVITCH (dir.), *Dictionnaire de la Seconde Guerre mondiale en Belgique*, Bruxelles, André Versaille, 2008, p. 27-29.
- GRENDI E., « Repenser la micro-histoire? », J. REVEL (dir.), *Jeux d'échelles. La micro-analyse à l'expérience*, Paris, Gallimard, 1996, p. 233-243.
- GROB G., *Mental illness and American society, 1875-1940*, Princeton N.J., Princeton University Press, 1983.
- GROB G. N., *From Asylum to Community. Mental Health Policy in Modern America*, Princeton, Princeton University Press, 1991.
- GROSS M. et G. GROSS-MAY, « Techniques et indications de cures d'insuline et de cardiazol chez les schizophrènes », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 1938, vol. 38, n° 11, p. 831-844.
- GUILLEMMAIN H., *Chronique de la psychiatrie ordinaire : patients, soignants et institutions en Sarthe du XIX^e au XX^e siècles*, Le Mans, Éditions de la Reinette, 2010.
- *La méthode Coué : histoire d'une pratique de guérison au XX^e siècle*, Paris, Seuil, 2010.
- GUINOTTE N., « 60 ans d'hygiène mentale en Belgique », *Unité dans la diversité, Rapport du symposium organisé à l'occasion du 60^e anniversaire de la Ligue nationale belge d'hygiène mentale*, Bruxelles, les 20 et 21 octobre 1983, Bruxelles, 1984, p. 24-44.
- GUISLAIN A., « Connais-toi toi-même! », *Le Soir*, juin, 1950.
- GUYOTAT J., *Psychiatrie Lyonnaise : Fragments d'une histoire vécue, 1950-1995 : Essai d'auto-analyse professionnelle*, Le Plessis-Robinson, Sanofi-Synthélabo, 2000.
- HÄHNLER-ROMBACH S. (dir.), *Quellen zur Geschichte der Krankenpflege : mit Einführungen und Kommentaren*, Frankfurt a. M., Mabuse, 2008.
- HALL L. A., « Essay Review: Does madness have a gender? », *History of Psychiatry*, novembre 2009, vol. 20, n° 4, p. 497-501.
- HANRATH S., *Zwischen « Euthanasie » und Psychiatriereform : Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg : ein deutsch-deutscher Vergleich (1945-1964)*, Paderborn, Schöningh, 2002.
- HAVERMANS F. M., « De Convulsie-therapie bij de Schizofrenie », *Ziekenverpleging*, novembre 1937, n° 79, p. 379-381.
- HEALY D., *Le temps des antidépresseurs*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 2002.
- *The Creation of Psychopharmacology*, Cambridge MA, Harvard University Press, 2002.
- HEIJDEN C. van der, *Grijs Verleden. Nederland en de Tweede Wereldoorlog*, Amsterdam, Uitgeverij Contact, 2001.
- HENCKES N., *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'État et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*, Thèse, École des Hautes Études en Sciences Sociales, 2007.
- HESS V., « Psychochemicals crossing the wall. Die Einführung der Psychopharmaka in der DDR aus der Perspektive der neueren Arzneimittelgeschichte », *Medizinshistorisches Journal*, 2007, vol. 42, n° 1, p. 61-84.
- « Standardizing body temperature: Quantification in hospitals and daily life », G. JORLAND, A. OPINEL et G. WEISZ (dir.), *Body Counts : Medical Quantification in Historical and Sociological Perspectives*, Montreal, McGill-Queens Press, 2005, p. 109-126.
- HESS V. et B. MAJERUS, « Writing the history of psychiatry in the 20th century », *History of Psychiatry*, 1^{er} juin 2011, vol. 22, n° 2, p. 139-145.
- HICKMAN C., « Cheerful prospects and tranquil restoration : the visual experience of landscape as part of the therapeutic regime of the British asylum, 1800-1860 », *History of Psychiatry*, 1^{er} décembre 2009, vol. 20, n° 4, p. 425-441.
- HILTON C., « The origins of old age psychiatry in Britain in the 1940s », *History of Psychiatry*, 2005, vol. 16, n° 3, p. 267-289.
- HOVEN H., « À propos des intoxications par les hypnotiques. Deux cas d'intoxication

- par le sulfonal », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 1931, vol. 31.
- HOWELL J. D., « Machines and Medicine: Technology Transforms the American General Hospital », D. E. LONG et J. GOLDEN (dir.), *The American General Hospital: Communities and Social Contexts*, Ithaca, Cornell University Press, 1989, p. 109-134.
- HURTMANS M., *Paul Sivadon. Un médecin psychiatre au cœur de la désaliénation*, mémoire de master, Université libre de Bruxelles, 2011.
- HUTSCHEMAEKERS G. J. et H. OOSTERHUIS, « Psychotherapy in the Netherlands after the Second World War », *Medical history*, 2004, vol. 48, n° 4, p. 429-448.
- ILLICH I., *Nemesis médicale: l'expropriation de la santé*, Paris, Seuil, 1975.
- JACQUES C., « Les infirmières dans l'entre-deux-guerres et l'action des "dames d'œuvre" », *Sextant*, 1995, vol. 3, p. 107-126.
- JAEGER M., *Le désordre psychiatrique: des politiques de la santé mentale en France*, Paris, Payot, 1981.
- JARAUSCH K., *Das Ende der Zuversicht?: die siebziger Jahre als Geschichte*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 2008.
- JDB, « Emploi abusif de l'hyoscine », *Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique*, mars 1892, n° 64, p. 106.
- JONES E., « War and the Practice of Psychotherapy: The UK Experience 1939-1960 », *Medical History*, 2004, n° 48, p. 493-510.
- JONES E. et S. RAHMAN, « Framing Mental Illness, 1923-1939: The Maudsley Hospital and its Patients », *Social History of Medicine*, 1^{er} avril 2008, vol. 21, n° 1, p. 107-125.
- JULIEN M.-P. et C. ROSSELIN, *La culture matérielle*, Paris, La Découverte, 2005.
- KAELBLE H., *Sozialgeschichte Europas: 1945 bis zur Gegenwart*, München, Beck, 2007.
- KESSEL J., *Avec les Alcooliques Anonymes*, Paris, Gallimard, 1960.
- KILLEN A., « Weimar Psychotechnics between Americanism and Fascism », *Osiris*, 2007, n° 22, p. 48-71.
- KINGMA M., *Nurses on the move: migration and the global health care economy*, Ithaca, ILR Press, 2006.
- KIRK S. A. et H. KUTCHINS, *The Selling of DSM: The Rhetoric of Science in Psychiatry*, New York, Aldine de Gruyter, 1992.
- KOSELLECK R., *Vergangene Zukunft: zur Semantik geschichtlicher Zeiten*, Frankfurt a. M., Suhrkamp, 1979.
- KURTZ E., *Not-God: a history of Alcoholics Anonymous*, Center City, Minn., Hazelden Educational Services, 1979.
- LAÉ J.-F., « Le lit, dispositif de l'institution totale », P. ARTIÈRES et J.-F. LAÉ (dir.), *L'asile aux fous. Photographies de Roger Camar*, Paris, Presses Universitaires de Vincennes, 2009, p. 99-117.
- *Les nuits de la main courante: écritures au travail*, Paris, Stock, 2008.
- LAKOFF A., *La raison pharmaceutique*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 2008.
- LAVANT C., *Aufzeichnungen aus einem Irrenhaus*, Salzburg, Müller, 2005.
- LECLERCQ V., *Le stylo-bille et l'entonnoir. Écrits et écriture des patients de l'Institut de psychiatrie Brugmann (1931-1980)*, mémoire de maîtrise, Université libre de Bruxelles, 2009.
- *Et qu'en disent les patients? L'Institut de psychiatrie Brugmann et les écrits de ses malades (1950-1980)*, travail de séminaire, ULB, 2008.
- LEGRAND M., *Du foyer de loisirs au centre thérapeutique et culturel: Le Gué, 1967-1975. Le Temps du fondateur*, travail de séminaire, ULB, 2010.
- *La psychiatrie alternative italienne*, Toulouse, Privat, 1988.
- LELARGE A., « Brugmann: l'hôpital pavillonnaire de Victor Horta », *Du monument au fonctionnel: l'architecture des hôpitaux publics bruxellois (XIX^e-XX^e siècles)*, Bruxelles, 2005, p. 26-63.
- LEPETIT B., *Les formes de l'expérience: une autre histoire sociale*, Paris, A. Michel, 1995.
- LEROY A., « Le traitement de l'hémiplégie à la phase subaiguë. Hémiplégie organique

- fort améliorée par le choc convulsivant », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 1952, vol. 52, n° 5.
- « Un péril social : le nombre des malades mentaux augmente d'une façon continue en Belgique », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 1949, n° 4, p. 207-221.
- LEROY A. et P. CLÉMENTS, « Syndrome catatonique expérimental produit par le cardiazol », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 1937, n° 8.
- LESAGE DE LA HAYE J., *La mort de l'asile*, Paris, Éditions libertaires, 2006.
- LEY A., *L'hygiène et la prophylaxie mentales*, Bruxelles, Office de publicité, 1945.
- LIBBRECHT J., « Il y avait une fois », I. PELC (dir.), *Il était une fois sur la colline*, Bruxelles, Institut de Psychiatrie, 2006, p. 56-57.
- LONDRES A., « Chez les fous », *Albert Londres, Œuvres Complètes*, Paris, arléa, 2007, p. 197-258.
- LUCKIN B., « Towards a Social History of Institutionalisation », *Social History*, 1983, vol. 8, n° 1, p. 87-94.
- LUHMANN N., « Ich sehe was du nicht siehst », *Soziologische Aufklärung 5. Konstruktivistische Perspektiven*, Opladen, Westdeutscher Verlag, 1990.
- MAERE, « Exposé des motifs justifiant les modifications à introduire dans le régime des collocations des aliénés », *Journal de Neurologie et de Psychiatrie*, 1923, n° 2, p. 14-18.
- MAJERUS B., « Psychiatrie im Wandel. Das Fallbeispiel Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik (1960-1980) », *Medizinhistorisches Journal*, 2008, vol. 43, n° 3/4, p. 344-371.
- *Occupations et logiques policières. La police bruxelloise en 1914-1918 et 1940-1945*, Bruxelles, Académie royale de Belgique, 2007.
- MARK B., « From "lunatic" to "client": 300 years of psychiatric patienthood », *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services*, mars 1980, p. 32-36.
- MARTIN F., *Between the acts: community mental health services, 1959-1983*, London, Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1984.
- MCRÆ N., « "A violent thunderstorm": Cardiazol treatment in British mental hospitals », *History of Psychiatry*, 2006, vol. 17, n° 1, p. 67-90.
- MEDICA, « Operatie tegen krankzinnigheid », *Ziekenverpleging*, maart 1950, n° 154, p. 17-19.
- MELLING J. et B. FORSYTHE, *The politics of madness the state, insanity and society in England, 1845-1914*, London; New York, Routledge, 2006.
- MENDLEWICZ J., *Psychiatrie de l'Adulte*, fascicule 1, Bruxelles, Presses du Cercle de Médecine, 1979.
- *Psychiatrie de l'Adulte*, fascicule 2, Bruxelles, Presses du Cercle de Médecine, 1979.
- *Contribution à l'étude génétique de la psychose maniaco-dépressive*, Thèse d'agrégation de l'Enseignement Supérieur, Université libre de Bruxelles, 1976.
- MEURICE E., « Compte rendu du Colloque de Marseille sur l'EEG et les phénomènes psychologiques », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 1956, vol. 56, n° 4.
- MEYNSBRUGHEN, « Le journal à l'hôpital psychiatrique : le groupe-journal à l'hôpital Brugmann », *Mosaïque*, 1966, n° 2, p. 50-60.
- MIGNOT R. et L. MARCHAND, *Manuel technique de l'infirmier des établissements d'aliénés*, Paris, Gaston Doin, 1931.
- *Manuel technique de l'infirmier des établissements d'aliénés*, Paris, Gaston Doin, 1912.
- MISSA J.-N., *Naissance de la psychiatrie biologique : Histoire des traitements des maladies mentales au XX^e siècle*, Paris, PUF, 2006.
- MONCRIEFF J., « An investigation into the precedents of modern drug treatment in psychiatry », *History of psychiatry*, 1999, vol. 10, n° 40, p. 475-490.
- MONJARDET D., *Ce que fait la police: sociologie de la force publique*, Paris, La Découverte, 1996.
- MOREL J., « L'enseignement professionnel des gardiens dans les asiles d'aliénés », *Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique*, 1894, n° 74, p. 472-482.

- « L'hydrothérapie dans les maladies mentales », *Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique*, 1889, p. 402-446.
- MORGENTHALER W. et O.-L. FOREL, *Manuel de psychiatrie à l'usage du personnel infirmier*, 2^e éd., Berne, Éditions Hans Huber, 1940.
- MOULIN M., *La genèse de l'Hôpital Érasme : un essai de sociologie compréhensive*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, 1987.
- NAPOLI P., *Naissance de la police moderne : pouvoir, normes, société*, Paris, La Découverte, 2003.
- NELLEN S. et R. SUTER, « Unfälle, Vorfälle, Fälle : Eine Archäologie des polizeilichen Blicks », S. BRÄNDLI, B. LÜTHI et G. SPÜHLER (dir.), *Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts*, Frankfurt a. M., Campus, 2009, p. 159-181.
- NOLTE K., *Gelebte Hysterie : Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900*, Frankfurt a. M., Campus, 2003.
- NOLTINGCKX D., « Les femmes médecins à Bruxelles. Aperçu de 1890 à nos jours », *Sextant*, 1995, vol. 3, p. 159-185.
- NOTERMAN J., « Paul Martin (1891-1968). Un des fondateurs de la neurochirurgie en Belgique », *Revue Médicale de Bruxelles*, avril 2006, vol. 27, n° 2, p. 121-127.
- NYS L., « De Ruiters van Apocalyps. "Alcoholisme, tuberculose, syfilis" en degeneratie in medische kringen, 1870-1940 », J. TOLLEBEEK, G. VAN PAEMEL et K. WILS (dir.), *Degeneratie in België 1860-1940 : een geschiedenis van ideeën en praktijken*, Leuven, Leuven University Press, 2003, p. 11-41.
- NYSSSEN R., « Notes prises au cours de psychiatrie par M. le Professeur Nyssen », syllabus, Université libre de Bruxelles, 1961.
- « In Memoriam Auguste Ley », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, février 1956, vol. 56, n° 2, p. 132-134.
- « De la coopération professionnelle entre le neuro-psychiatre et le psychologue », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, décembre 1955, vol. 55, n° 12, p. 966-977.
- OOSTERHUIS H., « Between institutional psychiatry and mental health care : social psychiatry in the Netherlands, 1916-2000 », *Medical history*, 2004, vol. 48, n° 4, p. 413-428.
- ORENBRUCH J. et C. BASTIJNS, « Fins et moyens de la nouvelle politique psychiatrique belge », *Revue de l'Institut de Sociologie*, 1978, n° 3/4, p. 209-227.
- ORENBRUCH J., C. BASTYNS, I. W. DOMB et M. TOLEDO, *La nouvelle politique psychiatrique belge*, Bruxelles, 1979, vol. 1/.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Comité d'experts des Soins infirmiers psychiatriques, premier rapport*, Genève, coll. « Série de Rapports techniques », n° 105, 1956.
- OUALI N., *Trajectoires et dynamiques migratoires des Marocains de Belgique*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, 2004.
- PASSIONE R., « Italian psychiatry in an international context : Ugo Cerletti and the case of electroshock », *History of Psychiatry*, mars 2004, vol. 15, p. 83-104.
- PEDROLETTI J., *La formation des infirmiers en psychiatrie : histoire de l'école cantonale vaudoise d'infirmières et d'infirmiers en psychiatrie, 1961-1996*, Genève, BHMS, 2004.
- PEETERS J.A., « Le sulfonal dans le traitement de la folie », *Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique*, juin 1889, n° 53, p. 162-166.
- PICHOT P., *Les tests mentaux*, 6e éd., Paris, Presses universitaires de France, 1967.
- PIETERS T. et S. SNELDERS, « Mental Ills and the "Hidden History" of Drug Treatment Practices », M. GIJSWIJT-HOFSTRA, H. OOSTERHUIS et H. FREEMAN (dir.), *Psychiatric Cultures Compared : Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century : Comparisons and Approaches*, Amsterdam, Amsterdam University Press, 2005, p. 381-401.
- PIETIKÄINEN P., *Neurosis and modernity : the age of nervousness in Sweden*, Leiden, Brill, 2007.

- PORTER R., *Madness: A Brief History*, Oxford, OUP, 2002.
- (dir.), *The popularisation of medicine 1650-1850*, London, Routledge, 1992.
- « The patient's view. Doing Medical History from Below », *Theory and Society*, 1985, vol. 14, n° 2, p. 175-198.
- POUCET T., « Le mouvement "A.A." : un aïeul des comités de patients? », *actualité-santé*, septembre 1979, n° 15, p. 41-44.
- PRESSMAN J., *Last resort: psychosurgery and the limits of medicine*, Cambridge, CUP, 1998.
- PRIOR L., « The architecture of the hospital: a study of spatial organization and medical knowledge », *The British journal of sociology*, 1988, vol. 39, n° 1, p. 86-113.
- RADKAU J., *Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler*, München, Hanser, 1998.
- RAFFERTY A. M., « Nurses », R. COOTER et J. PICKSTONE (dir.), *Companion to Medicine in the Twentieth Century*, London, Routledge, 2000, p. 519-529.
- REAUME G., *Remembrance of Patients Past: Patient Life at the Toronto Hospital for the Insane, 1870-1940*, New York, OUP, 2000.
- « Keep Your Labels Off My Mind! Or "Now I Am Going to Pretend I Am Crazy but Dont Be a Bit Alarmed": Psychiatric History from the Patients' Perspectives », *Canadian Bulletin of Medical History*, 1994, vol. 11, p. 397-424.
- REDANT E., *La guérison à travers les dossiers de patients de l'Institut Psychiatrique de l'Hôpital Brugmann: 1940-1975*, travail de séminaire, ULB, 2009.
- VAN REETH P.-C., « Prévention en santé mentale », *La folie parmi nous, qui écoute?*, Bruxelles, Groupe d'Étude pour une Réforme de la Médecine, 1975, p. 35-37.
- RÉGIS E., *Précis de psychiatrie*, 6^e éd., Paris, Gaston Doin, 1923.
- REVEL J. (dir.), *Jeux d'échelles: la micro-analyse à l'expérience*, Paris, Gallimard, 1996.
- « L'histoire au ras du sol », G. LEVI (dir.), *Le pouvoir au village. Histoire d'un exorciste dans le Piémont du XVIII^e siècle*, Paris, Gallimard, 1989, p. I-XXXIII.
- RICHEL J., *La santé mentale des migrants. Étude sur la santé mentale des migrants à travers les dossiers médicaux de l'hôpital universitaire section psychiatrie de Brugmann de novembre 1959 à mars 1978*, travail de séminaire, ULB, 2008.
- RONDIA K., *Chercher pour comprendre. Un entretien avec Émile Meurice*, Pymages, 2008.
- ROSE N., *Governing the Soul the Shaping of the Private Self*, 2. éd., London, Free Assoc. Books, 1999.
- *Inventing our selves: psychology, power and personhood*, Cambridge, CUP, 1996.
- ROTSKOFF L., *Love on the rocks: men, women, and alcohol in post-World War II America*, Chapel Hill, University of North Carolina Press, 2002.
- ROUMIEUX A., *La tisane et la camisole: trente ans de psychiatrie publique*, Paris, Lattès, 1981.
- R. S., « Éditorial », *la libre parole*, t 1976, n° 6, p. 1-2.
- SAND E. A. et L. VERHAEGEN, « Brussels, Belgium », *Mental health services in polit study areas: report on a European study*, Copenhagen, WHO. Regional Office for Europe, 1987, p. 181-200.
- SCHRIJVERS K., « De artsenstaking van 1964. Of hoe de artsen een machtig eenheidsfront wisten te vormen in hun strijd tegen de overheid. », *Cahiers d'Histoire du Temps Présent*, 2005, n° 16, p. 57-89.
- SCULL A., *Museums of madness: the social organization of insanity in nineteenth-century England*, New York, St. Martin's Press, 1979.
- SERIU N., « Les archives judiciaires et le terrain de la recherche historique », *L'Atelier du Centre de recherches historiques*, 2009, n° 5.
- SHORTER E., *A historical dictionary of psychiatry*, New York, OUP, 2005.
- *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, New York, John Wiley & Sons, 1997.

- *Doctors and Their Patients: A Social History*, New Brunswick, Transaction Publishers, 1991.
- SHORTER E. et D. HEALY, *Shock Therapy: A History of Electroconvulsive Treatment in Mental Illness*, New Brunswick, N.J., Rutgers University Press, 2007.
- SHOWALTER E., *The female malady: women, madness, and English culture, 1830-1980*, New York, Pantheon Books, 1985.
- SINTOBIN D., « Vie intense dans une communauté thérapeutique », 1974.
- SIVADON P., « L'environnement dans la thérapie psychiatrique hospitalière », *mosaïque*, 1972, vol. 4, n° 13, p. 13-17.
- « Le problème de l'espace à l'hôpital psychiatrique », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 1962, vol. 62, n° 3.
- « Fondements psychologiques de l'attitude de l'infirmière à l'égard du malade », *L'Infirmière*, avril 1960, vol. 38, n° 2, p. 4-9.
- « Psychiatrie », syllabus, Université libre de Bruxelles, 1960.
- SMITH G., *Erving Goffman*, London, Routledge, 2006.
- SOARES LOUREIRO NUNES L., *L'électrochoc et sa pratique à l'hôpital Brugmann de 1942 à 1959*, travail de séminaire, ULB, 2009.
- SOUKIAS S., *Le Foyer de l'Équipe au lendemain de mai 68, l'expérience d'une communauté thérapeutique égalitaire 1973-1974*, travail de séminaire, ULB, 2009.
- STOCKMAN R., *Liefde in actie. 200 jaar Broeders van Liefde*, Leuven, Davidsfonds, 2006.
- STOLBERG M., *Homo patiens: Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit*, Köln, Böhlau, 2003.
- STURDY S., « Looking for Trouble: Medical Science and Clinical Practice in the Historiography of Modern Medicine », *Social History of Medicine*, 1^{er} décembre 2011, vol. 24, n° 3, p. 739-757.
- SZABO J., « Shining a Light into the Shadow of Death: Terminal Care Discourse and Practice in the Late 20th Century », A. MCLEAN et A. LEIBING (dir.), *The shadow side of fieldwork: exploring the blurred borders between ethnography and life*, Malden, Blackwell Publishing, 2007, p. 119-137.
- TANNER J., *Historische Anthropologie zur Einführung*, Hamburg, Junius, 2004.
- TAVARES GOUVEIA S., *La « Cure de Sakel »: où l'insulinothérapie à l'Institut de Psychiatrie de l'hôpital Brugmann de 1940 à 1970*, travail de séminaire, ULB, 2009.
- TAYLOR J., *The Architect and the Pavilion Hospital: Dialogue and Design Creativity in England, 1850-1914*, London, Leicester University Press, 1997.
- THIRARD-CARROY J., « Les aliénistes et leur opposition sous le Second Empire », *Psychanalyse à l'université*, 1977, n° 6, p. 10-19.
- THOMSON M., « Mental hygiene as an international movement », P. WEINDLING (dir.), *International health organisations and movements, 1918-1939*, Cambridge, CUP, 2005, p. 283-305.
- THUILLIER J., *Les dix ans qui ont changé la folie*, Paris, Robert Laffont, 1981.
- TIMMERMANS S. et M. BERG, *The gold standard: the challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*, Philadelphia, Temple University Press, 2003.
- TITECA J., « Rapport de l'année 1961 », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 1962, vol. 62, n° 1.
- TOPP L., « An Architecture for Modern Nerves: Josef Hoffmann's Purkersdorf Sanatorium », *The Journal of the Society of Architectural Historians*, décembre 1997, vol. 56, n° 4, p. 414-437.
- TOPP L. et J. E. MORAN, « Introduction: Interpreting Psychiatric Spaces », L. TOPP, J. E. MORAN et J. ANDREWS (dir.), *Madness, architecture and the built environment: psychiatric spaces in historical context*, London, Routledge, 2007, p. 1-16.
- TOPP L., J. E. MORAN, et J. ANDREWS (dir.), *Madness, architecture and the built environment: psychiatric spaces in historical context*, London, Routledge, 2007.
- TZU-CHUN WU J., « A Chinese Woman Doctor in Progressive Era Chicago », E. SINGER, E. FEE et M. PARRY (dir.), *Women physicians and the cultures of medicine*, Baltimore,

- Johns Hopkins University Press, 2009, p. 89-112.
- UYTTEBROUCK A. et A. DESPY-MEYER, *Les Cent cinquante ans de l'Université libre de Bruxelles, 1834-1984*, Bruxelles, Éditions de l'Université libre de Bruxelles, 1984.
- VANDIERENDONCK R., « Diagnose en behandeling der depressies », *Belgische Tijdschrift voor Geneeskunde*, 15 août 1961, vol. 17, n° 16, p. 835-858.
- VANTHEMSCHÉ G., *La sécurité sociale : les origines du système belge, le présent face à son passé*, Bruxelles, De Boeck, 1994.
- VEGA A., *Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2000.
- VELLE K., *De nieuwe biechtvaders : de sociale geschiedenis van de arts in België*, Leuven, Kritak, 1991.
- VELPRY L., *Le quotidien de la psychiatrie : sociologie de la maladie mentale*, Paris, Armand Colin, 2008.
- VERHAEGEN L., *Les psychiatries, médecines de pointe ou d'assistance ?*, Louvain-la-Neuve, Cabay, 1985.
- VERHAEGEN L. et A. WERY, *Évolution de la psychiatrie à Bruxelles*, Bruxelles, CRISP, coll. « Courrier hebdomadaire du CRISP », n° 1360-1361, 1992.
- VERMEYLEN G. et HEERNU, « Le traitement des états dépressifs par le dinitrophénol », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, 1934, vol. 34, n° 12, p. 249-258.
- VERMEYLEN J., « Naissance et illustration des structures intermédiaires », L. SCHOUTERS-DECROLY et J. VERMEYLEN (dir.), *Hors les murs ! Naissance de la psychiatrie extrahospitalière. L'Équipe – histoire & philosophie*, Bruxelles, L'Équipe, 2001, p. 8-21.
- « Communauté thérapeutique et société ou douze ans de vie au Foyer de l'Équipe », *La société, génératrice de troubles mentaux ?*, Bruxelles, Fondation Julie Renson, 1978, p. 129-141.
- VERSTRAETEN P., « Société de Médecine Mentale de Belgique : séance du 23 octobre 1937 », *Annales Médico-Psychologiques*, 700, n° 95, p. 1937.
- VIGARELLO G., *Histoire des pratiques de santé : le sain et le malsain depuis le Moyen Âge*, Paris, Seuil, 1999.
- VIJSELAAR J., *Het gesticht. Enkele reis of retour*, Amsterdam, Uitgeverij Boom, 2010.
- VOLKRICK E. (dir.), « Les politiques de santé mentale/Santé mentale au quotidien », *Les Cahiers du GERM*, 1985, n° 187-191, p. 127-157.
- VAN WAESBERGHE W., « Het Belgische Krankzinnigenbeleid in de XIX de eeuw », *Annales de la Société Belge d'Histoire des Hôpitaux et de la Santé publique*, 1984, n° 22, p. 69-96.
- WARD J., *Le mouvement américain pour l'hygiène mentale, 1900-1930, ou comment améliorer la race humaine*, Paris, L'Harmattan, 2011.
- WEBSTER C., « Medicine and the Welfare State 1930-1970 », R. COOTER et J. PICKSTONE (dir.), *Companion to Medicine in the Twentieth Century*, London, Routledge, 2000, p. 125-140.
- WEISZ G., *Divide and conquer a comparative history of medical specialization*, Oxford, OUP, 2006.
- WIERDSMA A. I., « Emergency compulsory admissions in the Netherlands : fluctuating patterns in Rotterdam, 1929-2005 », *History of Psychiatry*, 2009, vol. 20, n° 2, p. 199.
- WILBERZ C., *Une tentative pour découvrir la vie en commun avec de jeunes adultes appelés malades mentaux dans le but de les aider à mieux la vivre*, mémoire de fin d'études, Centre de Formation éducationnelle, Liège, 1972.
- WOLFF F., *L'ouverture de la psychiatrie aux enfants. Un entretien avec Nicole Dopchie*, psymages, 2007.
- WOUTERS T., P. WOUTERS, et M. POLL, *Du régime des malades mentaux en Belgique*, Bruxelles, E. Bruylant, 1938.
- YANNI C., *The architecture of madness: insane asylums in the United States*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 2007.
- « The Linear Plan for Insane Asylums in the United States before 1866 », *The Journal of the Society of Architectural*

Historians, mars 2003, vol. 62, n° 1, p. 24-49.

Divers

Traiter, consulté le 19 mars 2010.

Album amicorum Isy Pelc. Il était une fois sur la colline. Institut de Psychiatrie et de psychologie médicale Hôpital Brugmann, Bruxelles, 2006.

Joie de vivre, 50 ans Alcooliques Anonymes en Belgique, Bruxelles, AA, 2003.

Loi du 26 juin 1990 concernant la protection de la personne du malade mental – Journée d'études du 9 mars 1991 en collaboration avec l'Union Royale des Juges de Paix et de Police, Bruxelles, Fondation Julie Renson, 1992.

Club Antonin Artaud, Bruxelles, Club Antonin Artaud, 1982.

« Thérapies comportementales (quelques aspects) », *mosaïque*, 1980 1979, n° 40/41/42.

Folie et collocation, Bruxelles, groupe information asile, 1976.

La folie parmi nous, qui écoute?, Bruxelles, GERM, 1975.

« Sortir du rôle passif », *la libre parole*, 1975, n° 3, p. 20.

« Le secteur: coûte que coûte sortir de l'asile », *la nouvelle revue*, octobre 1973, vol. 29, n° 10, p. 329-335.

Volkstelling 31 December 1970, Deel 1 Bevolkingscijfers, Bruxelles, 1973.

« Editorial », *Acta psychiatrica*, janvier 1970, vol. 1, n° 1, p. 5-6.

« Le Club Antonin Artaud va fêter son 5^e anniversaire », *Le Soir*, 04/01/1967.

« L'œuvre efficace des "alcooliques anonymes" », *Le Soir*, juin/1965.

Assistance publique de Bruxelles, Rapport annuel de 1962, Bruxelles, 1963.

Assistance publique de Bruxelles, Rapport annuel de 1961, Bruxelles, 1962.

Assistance publique de Bruxelles, Rapport annuel de 1960, Bruxelles, 1961.

Assistance publique de Bruxelles, Rapport annuel de 1959, Bruxelles, 1960.

« Rapport de la Fondation Julie Renson », *Acta Neurologica et Psychiatrica Belgica*, février 1960, vol. 60, n° 2.

« Compte-rendu sur l'assemblée générale du 24 avril », *L'Infirmière*, 1960, n° 2, p. 5.

« L'Hôpital Psychiatrique Moderne », *Bulletin de l'Association Catholique d'Hygiène Mentale*, mars 1954, n° 1.

« Éditorial », *Bulletin de l'Association Catholique d'Hygiène Mentale*, 1953, n° 1, p. 1-2.

Assistance publique de Bruxelles – Rapport annuel de 1950, Bruxelles, 1951.

« Le mouvement des malades au Centre Neuro-Psychiatrique au cours de l'année 1949 », *La Revue du Centre Neuropsychiatrique*, décembre 1950, n° 4, p. 13-28.

« Mabouls Palaces – chez les fous », *Le Pétard*, août/1936.

« Aliéné », *Pandectes belges*, Tome septième, Bruxelles, 1882.

Pasinomie: collection des lois, décrets, arrêtés et règlements généraux qui peuvent être invoqués en Belgique, Bruxelles, Administration centrale de la Pasicrisie, 1873.

Illustrations, tableaux, graphiques et carte

Illustrations

1. L' <i>Institut</i> est séparé du reste de l'hôpital Brugmann.....	48
2. Carte postale éditée en 1922 représentant une salle de l'hôpital Brugmann.....	54
3. Carte postale éditée en 1931 représentant la salle des agités de l' <i>Institut</i>	55
4. Image d'un reportage produit en 1964 sur la psychiatrie en Belgique...	94
5. Carte postale éditée en 1931 représentant les baignoires à l' <i>Institut</i>	215
6. Publicité pour des appareils d'électrochoc mobiles.....	229
7. Plan du 1 ^{er} étage de L'Équipe.....	271
8. Nuage de mots de l'article intitulé « La sectorisation : mythe ou réalité »	283

Tableaux

1. Médication et diagnostic de quelques patientes de la salle 49 début octobre 1963.....	18
2. Places disponibles à l' <i>Institut</i>	65
3. Part des patients qui passent plus que 60 jours à l' <i>Institut</i>	93
4. Taux d'occupation de l' <i>Institut</i>	94
5. Nombre de séjours.....	96
6. Nombre de lits et d'infirmières en 1965.....	102
7. Coefficient moyen de stabilité de 1963 à 1967.....	108
8. Moyenne d'âge de l'équipe médicale.....	114
9. Part des termes de « mélancolie » et « dépression » dans les diagnostics	196
10. Part des patients ayant eu une radio des poumons, un ECG ou un EEG	201
11. Raison de sortie de l'hôpital.....	206
12. Fiche d'insuline de Gil B.....	225
13. Part des patients traités au cardiazol.....	227
14. Part des patients traités à l'électrochoc.....	230
15. Approches thérapeutiques à l'hôpital Sainte Anne (Paris).....	241

16. Articles « thérapeutiques » dans les <i>Acta</i> (1950-1959)	241
17. Psychotropes et électrochocs à l' <i>Institut</i> de Psychiatrie de l'Hôpital Brugmann	242
18. Répartitions des thérapies selon le genre	255
19. Répartitions des thérapies selon le genre	255
20. Structures psychiatriques extrahospitalières à Bruxelles.....	263
21. Centres de santé mentale pour adultes à Bruxelles affiliés à la Ligue belge d'hygiène mentale en 1972.....	265
22. Nombre de lits psychiatriques dans les institutions bruxelloises les plus importantes.....	272
23. Âge des patients à l' <i>Institut</i> (1931-80) et à L'Équipe (1964-1974)	272
24. Nombre des patients dans des établissements psychiatriques en Belgique (1945 et 1978)	285

Graphiques

1. Évolution du nombre des patients en psychiatrie en Belgique	86
2. Moyenne de séjour en salles ouverte et fermée (en jours).....	92
3. Mortalité à l' <i>Institut</i> de psychiatrie (1932-1975).....	97
4. Ratio patients par médecin (1932-1975).....	115
5. Pourcentage des « personnes explorées » mais non colloquées.....	138
6. Collocationss de la Ville de Bruxelles.....	142
7. Part des mots « neuroleptiques », « électrochoc » et « lobotomie » dans le corpus français des textes scannés par Google (30 mars 2012)	236

Carte

1. Nouvelles institutions créées dans les années 1960 et 1970.....	269
--	-----

Table des matières

Remerciements	9
Abréviations, acronymes et sigles	11
L'ordinaire destin de Françoise S.	13
Introduction	23
<i>Chapitre I</i>	
Espaces psychiatriques	39
Penser l'Institut	41
<i>L'espace comme « instrument de guérison »</i>	42
<i>L'espace comme instrument de classification</i>	46
<i>L'espace comme instrument de disciplinarisation</i>	53
Transformer l'espace psychiatrique	58
<i>Espaces d'enfermement</i>	58
<i>Espaces de savoir</i>	62
Vivre l'espace psychiatrique	68
<i>Ouverture/fermeture</i>	70
<i>Une intimité difficile</i>	75
<i>Espace et temps</i>	78
<i>L'espace à l'épreuve de l'antipsychiatrie</i>	79
Un espace hétérogène	81
<i>Chapitre II</i>	
Populations psychiatriques	85
Les patients	85
<i>Une population hétérogène</i>	86
<i>Trajectoires des patients à l'intérieur de l'Institut</i>	92
Les infirmières	98
<i>Des soins ordinaires ?</i>	99
<i>Une vie monacale</i>	104

<i>Un métier uniquement pour les femmes?</i>	107
<i>À l'épreuve de l'antipsychiatrie</i>	108
Les médecins.....	110
<i>Trajectoires des psychiatres</i>	112
Une ouverture.....	122

Chapitre III

Entrer et sortir	125
Entrer.....	126
<i>Des réglementations locales</i>	128
De la loi à la pratique.....	129
<i>Apprentissages précoces</i>	129
<i>Ajustements répétés</i>	130
<i>La police comme antichambre de la psychiatrie</i>	136
<i>Un processus de « mortification » (Goffman)</i>	143
<i>Les vêtements</i>	144
<i>La baignoire</i>	145
<i>Le lit</i>	148
<i>Nosologie des infirmières</i>	149
Sortir.....	156

Chapitre IV

Dire la maladie mentale	169
Les patients.....	170
<i>Une lecture sociale de la maladie</i>	170
<i>Autrement malade</i>	173
<i>Terminologie psychiatrique</i>	175
Les infirmières.....	180
Les psychiatres.....	187
Guérir.....	203

Chapitre V

Traitements	211
Hétérogénéité des traitements (années 1930 aux années 1950).....	213
<i>Les bains</i>	214
<i>Les médicaments avant les neuroleptiques</i>	218
<i>Malariathérapie</i>	221
<i>La cure d'insuline</i>	223
<i>Le choc cardiazol</i>	226
<i>Les électrochocs</i>	229
<i>La chirurgie cérébrale</i>	233

La révolution chimique.....	236
Entre psychiatrie biologique et psychiatrie sociale	241
<i>Élargissement du champ des traitements</i>	250
Des thérapies genrées?.....	254
 <i>Chapitre VI</i>	
Sortir de l'<i>Institut</i>, sortir de la psychiatrie?	257
Contester la psychiatrie, contester la société.....	258
Sortir de l'hôpital à Bruxelles.....	263
<i>Trois projets précurseurs</i>	263
<i>La Ligue nationale belge d'hygiène mentale</i>	263
<i>Les Alcooliques Anonymes</i>	265
<i>La Fondation Julie Renson</i>	268
<i>Espaces psychiatriques</i>	268
<i>Populations</i>	272
<i>Entrer et sortir</i>	277
<i>Thérapies</i>	280
Un bilan contesté	283
 Bibliographie	287
Illustrations, tableaux, graphiques et carte	301

