

H I S T O I R E



Sous la direction de
Laurence GUIGNARD, Hervé GUILLEMAIN et Stéphane TISON

Expériences de la folie

Criminels, soldats, patients en psychiatrie (XIX^e-XX^e siècles)



PRESSES UNIVERSITAIRES DE RENNES

Dire la folie Expériences de patients psychiatriques (1930-1980)

Benoît MAJERUS

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, à la fin du XVIII^e siècle, retranscrivait fidèlement ses sensations dans un journal personnel. Le doyen de l'histoire sociale se plaignait qu'il ne savait pas si le cas de Pepys était spécifique ou non, faute d'études qui auraient permis de le situer dans un cadre plus large :

« My point, in fact, is that we don't know what to make of all this ; we don't know what is typical, what exceptional ; we lack a historical atlas of sickness experience and response, graduated by age, gender, class, religious faith, and other significant variables. It's terra incognita, partly because it has been discussed so little in histories of medicine¹. »

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 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,

-
1. PORTER R., « The Patient's View. Doing Medical History from Below », *Theory and Society*, 14, n° 2, 1985, p. 175-198, p. 181.
 2. SHORTER E., *Doctors and Their Patients: A Social History*, New Brunswick, Transaction Publishers, 1991 et STOLBERG M., *Homo patiens: Krankheits- und Körpererfahrung in der Frühen Neuzeit*, Köln, Böhlau, 2003.
 3. REAUME G., *Remembrance of Patients Past: Patient Life at the Toronto Hospital for the Insane, 1870-1940*, New York, Oxford University Press, 2000 ; NOLTE K., *Gelebte Hysterie: Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900*, Frankfurt a. M., Campus, 2003 ; ANKELE M., *Alltag und Aneignung in Psychiatrien um 1900: Selbstzeugnisse von Frauen aus der Sammlung Prinzhorn*, Wien, Böhlau, 2009.

deux ouvrages de référence récents sur l'histoire médicale⁴. Dans aucun des deux, l'histoire des patients n'apparaît comme (sous-)chapitre. Un regard dans l'index donne pour les deux ouvrages chaque fois seulement deux références : une à la gestion des patients 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 le corps médical, il ne faut pas regarder à la rubrique « médecin » mais dans les différentes spécialités, tellement les références sont nombreuses. Le patient reste le grand absent de cette historiographie. Vingt ans après l'article pionnier de Roy Porter, l'historien suisse Flurin Condrau tire donc un bilan négatif : « *Unlike other areas of research, such as the history of medical sciences or the history of disease, not much further methodological reflection has taken place and this has left the history of patients intellectually less stimulating than other research fields*⁵. »

La présente contribution souhaite retrouver quelques voix de psychiatisés au xx^e siècle. Elle est basée sur des dossiers de patients conservés à l'Institut de Psychiatrie de l'hôpital Brugmann à Bruxelles qui ont été exploités dans le cadre d'un séminaire de recherches avec des étudiants en histoire de l'Université libre de Bruxelles. Je tiens ici à les remercier. Plus que tout autre passage en hôpital, le séjour en institution psychiatrique pose des questions existentielles par rapport à la définition du « soi ». La perception de son corps, de sa raison, de son environnement semble être altérée. Quels mots, quels adjectifs les patients utilisent-ils pour parler de leur état ? Quels sens essaient-ils de donner à cette nouvelle expérience ?

Les termes pour dire leur expérience peuvent avoir des origines multiples. Dès l'enfance, le futur patient assimile un langage médical laïque⁶. Au fil du temps, ce savoir est confronté par le biais de la popularisation de la médecine scientifique, soit à des ouvrages de vulgarisation, soit à des articles de journaux ou de revues⁷. Finalement, comme beaucoup de patients 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 une fois arrivée, elle fait des crises d'angoisses à répétition, probablement 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. 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 personne⁸. » Pour Sonja K., l'analyse de son hospitalisation se pratique 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 (belgicisme qui correspond à l'internement français) 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 la validité de son point de vue. Mais 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 roi⁹ : « 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 soigné mon ménage dans la perfection, j'ai une fille de 11 ans que j'aime et que j'ai toujours bien soigné¹⁰. » Pour Camille M., la raison de son internement est un supposé manquement par rapport à ces devoirs de femme, impression qu'elle essaie de rectifier dans la lettre au procureur où l'argumentation autour de la maladie mentale n'apparaît à aucun moment.

4. COOTER R., PICKSTONE J., eds., *Companion to Medicine in the Twentieth Century*, London, Routledge, 2003 ; BYNUM W. F. et al., eds., *The western medical tradition: 1800 to 2000*, New York, CUP, 2006.

5. CONDRAU F., « The Patient's View Meets the Clinical Gaze », *Social History of Medicine*, 20, n° 3, December 1, 2007, p. 536.

6. STOLBERG M., *op. cit.*, p. 107.

7. Sur la popularisation de la médecine au xx^e siècle les travaux sont quasi-nuls. Pour les siècles précédents voir : PORTER R., ed., *The Popularisation of Medicine 1650-1850*, London, Routledge, 1992.

8. Hôpital Brugmann, Institut de Psychiatrie (HBIP), Ancienne Série (NS), n° 8130, note des infirmières (14 juin 1940).

9. Dans ce cas, le secret postal est 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, même pas lorsque « celles-ci sont jugées néfastes pour l'avenir du patient », Jacques Flament, *Psychiatrie de l'Adulte - théorie et clinique* - fascicule 1, Bruxelles, Presses du Cercle de Médecine, 1977, p. 89.

10. HBIP, AS, n° 7800, lettre de Camille M. au procureur du roi (16 décembre 1948). L'orthographe n'est pas corrigée dans les citations.

Une des explications les plus convaincantes de cette mise en avant d'une interprétation sociale est probablement à rechercher dans le contexte général des hospitalisations forcées. Pour de nombreux patients, c'est la police qui, intervenant dans des conflits sociaux, détermine l'entrée en psychiatrie. Quelques patients s'inscrivent exclusivement dans ce contexte de déviation sociale. Carole S. est colloquée en juillet 1959 pour « dépression ». Cette gérante de 26 ans a intériorisé son rôle de femme, même si elle 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 correction¹¹. » 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 l'internement en psychiatrie. Entre 1938 et 1955, Irène 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 la collocation, aussi bien face au médecin qu'aux infirmières : « Ancienne malade, assez propre de linge et de corps. Malade qui 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 bien¹². » 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 déménager¹³. » Réfuter le modèle psychiatrique par une explication sociale permet de se libérer du stigmatisme attaché à la folie.

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 nous fait parvenir un dossier médical assez volumineux : « 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 entré¹⁴. » Le recours à des outils d'investigation classique 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

11. HBIP, AS, n° 9630, note des infirmières (9 juillet 1952).

12. HBIP, AS, n° 7725, note des infirmières (15 mars 1957).

13. HBIP, AS, n° 7725, rapport du médecin (16 mars 1957).

14. HBIP, AS, n° 10290, rapport du médecin (28 août 1954).

« 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 un outil systématique à l'*Institut*. Tinne V. tient un discours similaire. Victime d'un accident de 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 partir¹⁵. » Pour Tinne V., s'il y a des séquelles suite à l'accident de voiture, 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 à partir de la fin des années 1950. L'électrocardiogramme devient un examen de routine. Les premières unités pour des personnes touchées par l'apoplexie sont établies dans les hôpitaux. Les journaux commencent à parler de la maladie managériale, d'infarctus, d'une nourriture trop grasse...¹⁶ Les maladies cardiaques sont donc sur toutes les lèvres dans les années 1960. Philippe M., un ouvrier de 35 ans 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 pas¹⁷. »

Mais le stigmatisme lié à la maladie mentale n'est pas la seule expérience difficile à gérer par les patients et pour 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 la 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 a¹⁸. » En même temps, l'hôpital est pour Karine O. est un espace protégé. Se dire « malade » permet de revendiquer cet abri : « Après la première entrevue avec M. le Prof.

15. HBIP, AS, n° 13860, note des infirmières (4 juin 1958).

16. Exemplaire mais loin d'être unique : « Herztod - Das schädliche Fett », *Der Spiegel*, 23 mai 1956.

17. HBIP, Nouvelle Série (NS), n° 2693, rapport du médecin (22 février 1966).

18. HBIP, AS, n° 10547, note des infirmières (30 septembre 1954).

vient à table en riant bruyamment. Peu après fut rappelée. Éclate en sanglot. Ne veut pas quitter l'hôpital, se veut encore malade¹⁹. »

Se dire malade dans des structures asilaires comporte une importante restriction des droits. Les effets de l'hospitalisation psychiatrique sont la perte de liberté et la mise en doute systématique de la parole de l'hospitalisé. Plusieurs patients s'insurgent non 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'expression²⁰. » 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

À partir des années 1950, 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 savoir²¹. 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 1 400 jours à l'*Institut* entre août 1948 et octobre 1963 pour « manie ». Ce célibataire né en 1913 travaille comme représentant médical ce qui explique déjà partiellement ses connaissances du vocabulaire. Mais ses 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 médicale²². » Et une semaine plus tard : « Ainsi vous connaîtrez mieux votre malade. Un grand refoulé d'ordre affectif !!! Maintenant assez parlé de moi²³. » Trois ans plus tard, le diagnostic qu'il porte sur lui-même a changé : « 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 actif²⁴. » 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 diagnostic 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 journalière 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 emploie²⁵. » 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 ne propose pas seulement un autre diagnostic que celui du médecin – « délire de persécution » – mais 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 : « nerveux ». L'attrait du terme est probablement lié à son caractère hybride : expression médicale, elle est également très commune dans le langage courant. La fatigue nerveuse est un topos 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 toute entière²⁶. Et dans les années 1950, la fatigue liée au travail attire l'attention de la médecine²⁷. Il n'est donc guère étonnant que ce registre de mots et d'explications se retrouve dans la bouche des patients. Dean V. est un ouvrier âgé de 58 ans et colloqué pour « hypocondrie » en 1953 : lors de son entrée à l'*Institut*, il explique à l'infirmière « qu'il souffre des nerfs²⁸ ». Pascale L., une ménagère de 26 ans, déjà rencontrée à plusieurs reprises, donne l'explication suivante aux infirmières lors de son premier collocation en mars 1950 : « semble totalement dépourvue d'énergie, répond lentement aux questions posées, dit

19. HBIP, AS, n° 10547, note des infirmières (17 novembre 1954).

20. HBIP, AS, n° 13515, lettre de Christian D. à un ami (23 juillet 1958).

21. Sur cette « adaptation », voir le très beau livre de l'anthropologue Robert Barrett. BARRETT R., *La traite des fous : la construction sociale de la schizophrénie*, Le Plessis-Robinson, Institut Synthélabo pour le progrès de la connaissance, 1998.

22. HBIP, AS, n° 7971, lettre de Jean-Michel C. au médecin (10 mai 1959).

23. HBIP, AS, n° 7971, lettre de Jean-Michel C. au médecin (24 mai 1959).

24. HBIP, AS, n° 7971, lettre de Jean-Michel C. au médecin (11 juin 1962).

25. HBIP, AS, n° 13500, note du médecin (30 mai 1964).

26. RADKAU J., *Das Zeitalter der Nervosität. Deutschland zwischen Bismarck und Hitler*, München, Hanser, 1998.

27. COFFIN J.-C., « Le travail dans les services rend-il malade? L'analyse du psychiatre Louis Le Guillant dans les années 1950-1960 », *Le Mouvement Social*, n° 211, avril-juin 2005, p. 67-81.

28. HBIP, AS, n° 8561, note des infirmières (4 mai 1953).

avoir beaucoup travaillé, ce qui serait la cause de son état actuel²⁹. » Valérie L. s'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 Dr Bloch³⁰. » 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 chose³¹ ». « 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. Les canaux de diffusion sont probablement les médias (quotidiens, hebdomadaires, revues spécialisées...), mais probablement aussi des manuels de vulgarisation sur le « bien être³² ».

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 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 : « Il demande à être réinterné car il a peur de commettre des bêtises. [...] vient ici pour se désintoxiquer³³. » En 1954, il entre pour la septième fois à l'*Institut* ; entretemps il travaille 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 délirium. À reçu boissons sucrées. Se calme après³⁴. » Gian T. connaît à ce moment assez bien et son corps et le fonctionnement des thérapies pour pouvoir évaluer ses besoins. Comme ses

29. HBIP, AS, n° 9301, note des infirmières (20 mai 1950).

30. HBIP, AS, n° 11445, note du médecin (17 janvier 1956).

31. HBIP, NS, n° 2881, note du médecin (17 mars 1963).

32. Sur les ancêtres de ces méthodes : GUILLEMAIN H., *La méthode Coué : histoire d'une pratique de guérison au XX^e siècle*, Paris, Seuil, 2010.

33. HBIP, AS, n° 4530, note des infirmières (17 juillet 1950).

34. HBIP, AS, n° 4530, note des infirmières (11 septembre 1954).

séjours se sont toujours déroulés sans grandes crises d'agitation, les infirmières 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 tout³⁵ ». Mais le fait qu'elle soit « une mauvaise femme pour son mari³⁶ » 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.)³⁷. » Les raisons de ce maintien du modèle social peuvent être multiples. Cette explication n'établit pas de ruptures 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 son autorité qu'il détient et exerce dans ce cadre.

Malgré l'approche choisie – l'échelle locale – cette étude de cas permet néanmoins de formuler quelques hypothèses plus générales. L'analyse de l'expérience des patients repose le plus souvent sur les dossiers médicaux. Ceux-ci contiennent régulièrement des égo-documents comme des lettres, des journaux personnels, des dessins ou des photos. La production de ce récit est marquée par le lieu dans lequel il s'articule : ces sources donnent néanmoins accès à un univers encore sous-exploité dans l'historiographie. Celle-ci met d'ailleurs rarement en interaction savoir laïque et savoir médical. Les patients disposent d'un savoir psychiatrique, en partie emprunté au monde médical. Cet emprunt est probablement particulièrement visible en psychiatrie où les séjours sont souvent chroniques et/ou à répétition. Mais ce savoir laïque provient également d'autres sources qui peuvent contester le savoir médical. L'expérience des patients psychiatriques nous est davantage accessible que pour les autres patients en médecine, au moins jusqu'aux années 1980. Malgré des efforts permanents pour s'intégrer dans le monde médical, la psychiatrie n'a jamais réussi à se libérer de la parole du patient comme l'ont fait les autres spécialités médicales au XIX^e siècle³⁸. Certes le psychiatre dispose d'un arsenal d'indices qui lui sont accessibles par la vue pour catégoriser son patient. Mais la parole du patient continue à occuper

35. HBIP, AS, n° 9630, note des infirmières (7 juillet 1952).

36. HBIP, AS, n° 9630, note des infirmières (28 juillet 1952).

37. HBIP, AS, n° 9630, note des infirmières (21 juillet 1952).

38. NOLTE K., « Vom Verschwinden der Laienperspektive aus der Krankengeschichte: Medizinische Fallberichte im 19. Jahrhundert », in *Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts*, edited by BRÄNDLI S., LÜTHI B., and SPUHLER G., Frankfurt a. M. Campus, 2009, p. 33-61.

une place centrale dans le diagnostic psychiatrique jusqu'à la fin du XX^e siècle, et donc également dans les dossiers psychiatriques.