

« RÉCLAMÉE PAR SA FAMILLE CONTRE L'AVIS DES MÉDECINS » : POUVOIR ET IMPLICATION DES FAMILLES DE PATIENTS DANS LES PROCESSUS D'INTERNEMENT PSYCHIATRIQUE À L'ASILE DE SCHAERBEEK ENTRE 1850 ET 1914 »

■ - *Samuel Dal Zilio* -

« The Government of Belgium have published (1895) a Report of the State of the Insane in the Kingdom for the period 1883-92. This came under the notice of the Belgian alienists in the beginning of 1896. It is certainly the most important yet published, for it marks a great step in the way of progress. It criticizes and suggests improvements in the asylums in all directions. Most of these institutions are in the hands of private proprietors, but financial difficulties stand in the way of any modifications of this condition of affairs. As to the medical service it is no what it should be. The powers of the Medical Superintendents are not wide enough; many are not independent, and feel themselves unable to raise the scientific level of their asylums ». C'est par ces mots, écrits en 1897 au sein du *Journal of Mental Science* édité par la Medico-Psychological Association, que le médecin aliéniste belge Jules Morel entame la description de l'évolution de la prise en charge des malades mentaux en Belgique¹. L'un des rares médecins d'un asile public, seuls quatre établissements étant en effet à la charge de l'État en cette fin du XIX^{ème} siècle, Morel rappelle la difficulté pour les aliénistes du royaume à imposer leur autorité sur le traitement des aliénés².

A *contrario* d'une histoire de la psychiatrie tant en France qu'en Angleterre construite sur le récit de l'emprise croissante des médecins sur le traitement des malades mentaux, la folie dans la Belgique du XIX^{ème} siècle n'a que partiellement emprunté le chemin d'une stricte médicalisation de sa prise en charge³. Ainsi, la loi du 18 juin 1850 relative au régime des aliénés, première norme législative sur cette question en Belgique, consacre formellement la subordination des médecins au clergé et à l'entrepreneuriat privé. Contrairement à la France où, depuis la promulgation de la loi de 1838, un réseau national d'asiles publics a été développé et où les médecins asilaires sont des fonctionnaires désignés par le ministère de l'Intérieur, l'État belge accorde au secteur privé la compétence d'ériger et d'administrer les établissements pour les malades mentaux, et les aliénistes sont placés sous l'autorité des directeurs d'asile. Le paysage asilaire du royaume au début du XX^{ème} siècle est composé de 56 institutions. Celles-ci sont majoritairement administrées par des congrégations religieuses, dont les Frères de la Charité, mais également par divers acteurs commerciaux⁴.

Les deux éléments clés de l'historiographie de la psychiatrie en Belgique au XIX^{ème} siècle sont en ce sens révélateurs de cette incapacité des médecins à asseoir pleinement leur autorité sur la prise en charge des malades mentaux⁵. Ainsi, le docteur Joseph Guislain, le « Pinel belge », impliqué dans la réforme du système asilaire qui aboutit à la promulgation de la loi de 1850, estime nécessaire la collaboration entre médecins aliénistes et organisations catholiques dans la dispense des soins aux aliénés. L'asile de Gand, dont il supervise la construction et dont il est le premier directeur, appartient aux Frères de la Charité. L'autre acteur fondamental du récit de la psychiatrie en Belgique est la colonie de Geel dans la province d'Anvers. Source de très nombreux débats, critiques et encensements dans les cercles de production des savoirs aliénistes en Europe, Geel organise depuis le Moyen-Age un accompagnement à la fois religieux et familial des malades mentaux, consacrant ainsi la primauté de la gestion extra-médicale de la folie⁷. Si, comme le renseigne l'historienne Véronique Deblon, la construction d'une infirmerie au sein du village à la fin du XIX^{ème} siècle participe

1. Les noms des patients cités dans cet article ont été anonymisés. Une table de concordance fut établie par l'auteur de la présente contribution. La consultation de ce document est laissée à l'absolue discrétion des autorités du Centre Hospitalier Jean Titeca (CHJT); La citation dans le titre « [...] Réclamée par sa famille contre l'avis des médecins » est extraite du certificat médical d'Emma B. rédigé le 25 octobre 1879, voir: Emma B., (Archives du CHJT, *Registre matricule – Femmes*, v. 5) ;

Les médecins aliénistes sont le corps de professionnels de l'aliénisme, premier paradigme de la psychiatrie moderne qui émerge à la fin du XVIII^{ème} siècle. Victimes initialement d'un déficit de légitimité, les aliénistes peinent à être reconnus comme experts médicaux et scientifiques de la santé mentale dans la Belgique du XIX^{ème} siècle. En effet, la quasi-absence de formations universitaires ainsi que la subordination aux directeurs des asiles ne permettent pas aux médecins aliénistes d'affirmer pleinement leur savoir-faire. Nommés à partir de 1873 par le ministre de la Justice, ils créent en 1869 une association, la Société de Médecine Mentale de Belgique, afin de défendre leurs intérêts et développer la professionnalisation de leur champ médical, voir: EVA ANDERSEN, "De Société de Médecine Mentale de Belgique in transnationaal perspectief (1869-1900)" in *Revue belge d'histoire contemporaine*, v. 47, 2017/4, p. 54; BENOIT MAJERUS, "Een fragmentarische geschiedenis van de Belgische psychiatrie (19^{de}-20^{de} eeuw)" in *Geschiedenis der geneeskunde*, v. 14, 2010/2, p. 92; JULES MOREL, "Theprogress of Psychiatry in 1896 - Belgium" in *Journal of Mental Science*, v. 43, n° 181, 1897/Avril, p. 384.

2. Ces institutions à la charge de l'État sont les asiles de Tournai et de Mons et les colonies d'aliénés de Geel et de Lierneux, voir: THÉOPHILE WOUTERS, *Du régime des aliénés en Belgique. Commentaire pratique de la loi du 28 décembre 1873 et 25 janvier 1874*, Gand, Librairie général de Ad. Hoste, 1892, p. 2, 5 & 45.

3. WANNES DUPONT, *Free-Floating Evils. A Genealogy of Homosexuality in Belgium*, thèse de doctorat en Histoire, Université d'Anvers, 2015, p. 73-75.

4. Tandis qu'en 1852, on compte 59 établissements pour aliénés en Belgique, ceux-ci ne sont plus que 51 en 1865. En 1911, 56 institutions organisent la prise en charge des malades mentaux du royaume, voir à ce propos: *Neuvième rapport sur la situation des asiles d'aliénés du royaume (année 1863 à 1865)*, Bruxelles, 1866, p. 23; *Quatorzième rapport sur la situation des asiles d'aliénés du royaume (année 1892 à 1911)*, Bruxelles, 1913, p. 64-65; BENOIT MAJERUS, *Een fragmentarische...*, p. 91.

5. AXEL LIÉGEOIS, "The historiography of psychiatry in Belgium" in *History of Psychiatry*, 1991/2, p. 263-264.

6. WANNES DUPONT, *Free-Floating Evils...*, p. 82-83.

7. Voir notamment: ELISABELE SALMONA, "Gheel et la Société Médico-Psychologique: relecture d'une controverse" in *Annales Médico-Psychologiques*, v. 172, 2014/10, p. 813-818.

à une première forme de médicalisation du site, Geel n'en demeure pas moins un exemple frappant de l'incapacité des aliénistes à affirmer leur autorité sur la gestion de la folie au XIX^{ème} siècle en Belgique⁸.

Tandis que les médecins en Belgique voient leur emprise sur les malades mentaux mise à mal par l'Eglise et les propriétaires d'établissements pour aliénés, leur pouvoir demeure également contraint par d'autres acteurs de l'asile comme les familles des patients. En effet, depuis le début des années 1980, l'historiographie de la psychiatrie a démontré l'implication des familles dans les modalités de l'internement asilaire⁹. Loin d'être passives, celles-ci possèdent au contraire des capacités d'action face aux médecins et aux autorités publiques qui leur permettent d'articuler des stratégies de défense de leurs intérêts¹⁰. Ce nouveau regard sur l'asile s'inscrit dans le courant d'une histoire de la psychiatrie « par le bas ». Initiée par l'historien britannique Roy Porter, cette approche adopte des perspectives ascendantes pour rendre compte de la complexité du monde asilaire¹¹. Ainsi, les formes de l'internement psychiatrique ne sont pas uniquement déterminées d'en haut par les élites politiques, médicales, voire religieuses dans le cas de la Belgique, mais sont également définies d'en bas par une série « d'acteurs extra-médicaux aux savoirs profanes » comme les patients et leur famille¹². L'institution asilaire n'est

désormais plus perçue comme un simple espace de soins ou de punitions imposé par des décideurs à une population malléable, mais bien comme un site contesté par une pluralité d'acteurs qui en déterminent les fonctions¹³.

Ainsi pour les familles, les établissements pour aliénés sont loin d'exclusivement se cantonner à soigner les troubles mentaux, à soustraire au regard extérieur un membre gênant ou à sanctionner un proche incapable de conserver le rôle qui lui incombe. Si certaines associent l'asile à un hôpital, une cache ou une prison, d'autres l'utilisent comme espace d'arbitrage des conflits domestiques¹⁴. Motivés par des intérêts tantôt médicaux, tantôt sociaux, les proches des personnes internées peuvent offrir leur soutien, au moins temporairement, à la prise en charge asilaire. Ainsi, après avoir établi un prédiagnostic, ils vont favoriser l'admission de leur proche à l'asile et tâcher d'influencer les types de traitements prescrits¹⁵. A contrario, l'asile peut devenir une menace pour certaines familles inquiètes pour leur réputation et la moralité de leur lignée une fois l'un des leurs interné. En retardant, voire en empêchant, l'internement ou en précipitant la sortie de leur proche malgré l'absence de guérison, elles vont s'opposer à la prise en charge institutionnelle. Parfois partenaire, parfois adversaire, volontaire ou non, du processus de médicalisation du trouble mental, les familles renégocient constamment la définition

8. VÉRONIQUE DEBLON, "Constructing the Illusion of Freedom: Architecture and psychiatry in nineteenth-century Belgium" in *Revue belge d'histoire contemporaine*, v. 47, 2017/4, p. 87.

9. Pour une histoire de la psychiatrie qui inclut le rôle des familles, voir notamment : MARK FINNANE, "Asylums, families and the State" in *History Workshop Journal*, 1985, v. 20, p. 134-148 ; DAVID WRIGHT, "Getting out of the asylum. Understanding the Confinement of the Insane in the Nineteenth Century" in *Social History of Medicine*, v. 10, 1997/1, p. 137-155 ; AKIHITO SUZUKI, *Madness at home. The psychiatrist, the patient and the family in England, 1820-1860*, Berkeley & Los Angeles, 2006 ; PETER BARTLETT et DAVID WRIGHT, *Outside the walls of the asylum. The History of Care in the community. 1750-2000*, London & New Brunswick, 1999.

10. PATRICIA E. PRESTWICH, "Family strategies and medical power: "voluntary" committal in a Parisian asylum" in *The confinement of the Insane. International perspectives, 1800-1965*, Cambridge, 2003, p. 79-99.

11. ROY PORTER, "The patient's view. Doing Medical History from Below" in *Theory and Society*, v. 14, 1985/2, p. 175-198 ; Pour une réflexion récente sur cette approche, voir : ALEXANDRA BACOPOULOS-VIAU & AUDE FAUVEL, "The Patient's Turn. Roy Porter and Psychiatry's Tales, Thirty Years on" in *Medical History*, v. 60, 2016/1, p. 1-18.

12. ANATOLE LEBRAS, "L'asile d'aliénés et le « désordre des familles »" in *Revue d'histoire du XIX^e siècle*, v. 53, 2016, p. 172.

13. ROY PORTER, "Introduction" in *The confinement of the Insane. International perspectives, 1800-1965*, Cambridge, 2003, p. 4.

14. MARK FINNANE, *Asylums, families and the State...*, p. 138.

15. AKIHITO SUZUKI, *Madness at home...*, p. 39-64 ; NANCY TOMES, *A Generous Confidence: Thomas Story Kirkbride and the Art of Asylum-Keeping, 1840-1883*, Cambridge, 1984, p. 113 & 122-123 ; CHARLOTTE MACKENZIE, *Psychiatry for the rich: A history of Ticehurst Private Asylum 1792-1917*, London, 1993, p. 216.

de la folie et l'expérience de l'internement avec les médecins et les autorités publiques¹⁶.

Instruite de ces évolutions historiographiques qui rappellent la multiplicité des usages de l'asile et la diversité des acteurs qui le modulent, cette contribution interroge les formes de l'intervention familiale dans le contexte singulier de la psychiatrie belge du XIX^{ème} siècle, où les médecins aliénistes semblent fortement dépossédés de leur pouvoir sur la prise en charge des aliénés, permettant ainsi de combler une lacune dans l'histoire de la psychiatrie en Belgique¹⁷. À travers l'examen de micro-histoires « au ras du sol » de familles de personnes internées entre 1853 et 1914 à la maison de santé de Schaerbeek, un asile privé pour une clientèle bourgeoise de la région bruxelloise, elle tâche de démontrer que la position sociale et le capital économique élevés dont jouissent les familles couplés à des dispositions légales favorables leur permettent d'intervenir dans l'existence et les modalités de l'internement asilaire¹⁸.

I. L'institution

Nommé « maison de santé de Schaerbeek », cet asile est fondé en 1853, soit trois années après la promulgation de la loi du 18 juin 1850 qui organise le régime des aliénés¹⁹. Aux deux objectifs qui lui sont antérieurs, à savoir la préservation de l'ordre public et la protection des libertés individuelles de la personne colloquée, cette première norme législative du jeune royaume de Belgique admet comme nouvelle visée de soigner les aliénés²⁰. Conséquence d'un mouvement international de médicalisation de la folie débuté à la fin du XVIII^{ème} siècle, ce nouveau regard sur la folie participe à une évolution institutionnelle de la prise en charge des malades mentaux, devenus des aliénés pouvant guérir et non plus de simples insensés indignes de soins²¹. Désormais, il existe une maladie mentale unique, l'aliénation mentale, à laquelle répond un type d'institution, l'asile, un type de praticien, l'aliéniste, et un type de thérapie, le traitement moral²². Théorisé par Philippe

16. ELAINE MURPHY, "The administration of insanity in England 1800 to 1870" in *The confinement of the Insane. International perspectives, 1800-1965*, Cambridge, 2003, p. 336 ; PATRICIA E. PRESTWICH, *Family strategies...*, p. 79-99.

17. Comme renseigné par les historiens Benoit Majerus et Anne Roekens, l'histoire de la psychiatrie en Belgique, construite initialement sur l'étude de la colonie de Geel et le personnage de Joseph Guislain, s'est ouverte progressivement aux enseignements de l'histoire sociale puis plus récemment de l'histoire culturelle, voir : BENOIT MAJERUS & ANNE ROEKENS, "Introduction: being crazy in Belgium" in *Revue belge d'histoire contemporaine*, v. 47, 2017/4, p. 10-16 ; Les publications académiques sur l'histoire de la psychiatrie dans la Belgique du XIX^{ème} siècle demeurent cependant encore limitées. On retiendra néanmoins les recherches de Gauthier Godart et d'Eva Andersen parmi d'autres, voir notamment à ce propos : GAUTHIER GODART, *L'asile en procès. Le scandale d'Evere (1871-1872) et la prise en charge de la folie en Belgique*, Louvain la Neuve, 2019 ; EVA ANDERSEN, *A Republic of Alienists? A transnational perspective on psychiatric knowledge circulation across Europe (1843-1925)*, thèse de doctorat en Histoire, Université du Luxembourg, 2021.

18. La micro-histoire est un courant de recherche historiographique apparu en Italie dans les années 1980. Elle se fonde sur « la variation d'échelle et la mise en détails infimes » selon les mots de Sandro Landi, voir : SANDRO LANDI, "Traduire la microstoria" in *Traduire. Revue française de la traduction*, n° 236, 2017, p. 71-74 ; Pour une réflexion récente sur ce courant historiographique, voir : SANDRO GUZZI HEEB, "Egodocuments, biographie et microhistoire en perspective. Une histoire d'amour ?" in *Appel à témoin*, 2016/1-2, p. 269-304.

19. L'asile de Schaerbeek, devenu le Centre Hospitalier Jean Titeca depuis 1980, est parfois dénommé dans les sources « maison de santé (de Schaerbeek) », mais aussi « asiles pour aliénés (de Schaerbeek) » ou simplement « établissement ».

20. En Belgique, le terme « collocation » désigne le placement d'un aliéné en institution ; HENRI WILLEMAERS, *La loi sur les régimes des aliénés. Discours prononcé à l'audience solennelle de rentrée du 02 octobre 1899*, Bruxelles, 1899, p. 20.

21. GAUTHIER GODART, "Un drame dans une maison de fous. 'L'affaire d'Evere' (Bruxelles 1871-1872), ce qu'elle révèle du régime des aliénés en Belgique, ses effets dans un contexte propice à la réforme" in *Revue belge d'histoire contemporaine*, v. 47, 2017/4, p. 117.

22. MARIE LESAGE, "Qui sont les premiers internés ? Des insensés de l'hospice des prisons aux aliénés de l'asile de Sarthe" in *Chronique de la psychiatrie ordinaire. Patients, soignants et institutions en Sarthe du XIX^e au XXI^e siècle*, Le Mans, 2010, p. 19.

Pinel à l'aube du XIX^{ème} siècle, le traitement moral promeut initialement une prise en charge individuelle de la folie fondée sur le dialogue entre aliéniste et aliéné. Cependant, face à la massification des asiles les décennies suivantes, ce traitement se transforme en une prise en charge collective basée sur le recours à l'isolement, au travail et à la distraction des malades. L'institution, par son ordre et sa discipline, devient la thérapie²³.

En Belgique, si l'entrepreneuriat privé est à l'initiative de la fondation des institutions pour aliénés, le législateur conditionne la jouissance de cette compétence à l'octroi d'une autorisation du gouvernement. Ainsi, quand au printemps 1852 Jean-Marie Maeck décide, après avoir été congédié de la direction du Grand Hospice de Bruxelles, de l'érection d'un asile dans la commune de Schaerbeek, il effectue une demande auprès du ministère de la Justice²⁴. Une fois l'ensemble des autorisations accordées, la première pierre de l'édifice est posée et en juillet 1853, l'établissement reçoit son premier patient.

L'institution se compose de chambres privées pouvant recevoir une quarantaine de « pensionnaires »²⁵. Située en bordure de ville, elle présente une parfaite symétrie qui, depuis la maison du directeur jusqu'à la chapelle de l'aumônier, répartit les malades entre hommes et femmes, entre paisibles et furieux. Au quotidien, la vie de l'asile est organisée par Jean-Marie Maeck et sa famille immédiate. L'épouse, la fille et le fils du directeur sont en effet directement impliqués dans l'administration de l'établissement. Constituant un argument de vente pour attirer les familles de patients, princi-

pales demanderesse des services asilaires, ces dispositions d'un directeur assisté par sa famille dans ses fonctions font écho à des dispositions similaires dans l'administration de l'hospice des vieillards, le précédent emploi de Jean-Marie Maeck. En effet, là aussi, la direction familiale de l'institution est considérée comme une nécessité organisationnelle. Le directeur perpétue donc un type de gouvernance qui lui est familier. Au demeurant, l'organisation familiale ordonnée par des pratiques religieuses de la maison de santé de Schaerbeek rappelle à certains égards le modèle de la colonie de Geel tant discuté en Belgique.

Loin d'être un « débarras pour les personnes déviantes ou dépendantes », l'asile de Schaerbeek accueille à l'intérieur de ses murs des personnes dans la force de l'âge, « bien intégrées au système productif et à l'institution familiale »²⁶. Ces patients, issus de la classe moyenne et de la petite bourgeoisie bruxelloise, sont en effet pour la plupart quadragénaires, mariés et travaillent²⁷. Entre 1853 et 1914, l'établissement reçoit une patientèle majoritairement masculine (65 % des entrées). Plus nombreux, les hommes entament cependant des séjours à l'asile plus courts que ceux de femmes (78 % des hommes demeurent à l'asile moins d'un an, chez les femmes, ce chiffre est de 69 %)²⁸. Tandis que la Commission Permanente d'Inspection des Etablissements d'Aliénés enregistre une constante et régulière augmentation du nombre de personnes, femmes comme hommes, internées dans les établissements pour aliénés au XIX^{ème} siècle en Belgique, on remarque singulièrement une contraction du nombre d'entrées entre 1870 et 1890 à la maison de santé de Schaerbeek,

23. CLAUDE QUÉTEL, *Histoire de la folie : De l'antiquité à nos jours*, Paris, 2012, p. 255-268.

24. SOPHIE RICHELLE, *Hospices. Une histoire de la vieillesse, Bruxelles, 1830-1914*, Rennes, 2019, p. 98, (collection Histoire).

25. Est « pensionnaire », une personne qui paye son séjour à l'asile par opposition à l'« indigent » dont les frais d'internement sont pris en charge par les pouvoirs publics.

26. ANATOLE LEBRAS, *L'asile d'aliénés...*, p. 173-174.

27. C'est là une tendance globale qui ne doit pas masquer des différences plus ou moins marquées entre les patients selon leur sexe. Ainsi, si l'âge moyen d'entrée à l'asile est similaire entre femmes et hommes (43 ans), les premières sont moins nombreuses à travailler (48 % des femmes se déclarent sans emploi, quand ils ne sont que 14 % des hommes dans ce cas) et à être mariées (seulement 39 % des femmes sont mariées pour 56 % des hommes).

28. Si le genre du patient est déterminant dans la durée de l'internement, l'union maritale semble l'être tout autant. Ainsi, la proportion de personnes admises pour de longs séjours (supérieurs à un an) est plus élevée de 50 % chez les femmes isolées et de 30 % chez les hommes isolés. L'ensemble de ces calculs est effectué sur la base des données renseignées dans les registres matricules et médicaux de 1149 personnes internées à la maison de santé entre 1853 et 1914.

une période caractérisée par une conjoncture économique défavorable et l'avènement des premiers mouvements anti-asilaires²⁹. Passée cette période, à l'aube du XX^{ème} siècle, les familles semblent s'être largement réappropriées les services de l'institution asilaire dans leurs stratégies de prise en charge des personnes aliénées, ainsi qu'en témoigne l'augmentation du nombre d'entrées³⁰.

II. L'archive

Pour étudier l'implication des familles de patients dans les internements psychiatriques à l'asile de Schaerbeek, cet article mobilise les registres médicaux et administratifs de l'institution dont l'écriture fut requise par la loi de 18 juin 1850³¹. En effet, la législation prévoit un contrôle de l'État sur les institutions de prise en charge des aliénés. Des inspections sont effectuées au sein des établissements par des mandataires publics. Ceux-ci évaluent le respect des prescrits de la loi par la consultation des différents registres médico-administratifs mis à leur disposition par les autorités asilaires lors de leurs visites. Ce sont ces documents qui ont été conservés par l'actuel Centre Hospitalier Jean Titeca. Le registre administratif, nommé registre matricule, consigne notamment l'identité de l'aliéné, l'autorité ayant requis l'admission, la date de sortie, l'issue de l'internement et une copie du certificat d'admission. Prescrit par la loi du 18 juin 1850 sur le régime des aliénés, ce certificat est produit par un médecin extérieur à l'asile et atteste de la nécessité d'une collocation. Une fois établi, il est contresigné par l'autorité locale. Les registres médicaux, rédigés par les médecins de l'asile, permettent d'établir le cas psychiatrique³². A l'intérieur y sont renseignés

plusieurs types de données tels que l'identité et le profil du patient et de sa famille, les antécédents médicaux (physiques et psychiques), les causes de la maladie mentale, le diagnostic, le pronostic, l'issue de l'internement mais aussi les observations et le suivi mensuel des traitements.

Si les registres révèlent les expériences de 1149 personnes internées à la maison de Schaerbeek entre 1853 et 1914, ils présentent cependant certaines limites. Écrits par des médecins à l'intention d'autres médecins, ils consacrent l'autorité de ces derniers sur la vie des malades et l'organisation de l'asile. L'historien qui souhaiterait confronter la parole des aliénistes aux autres voix de l'asile fait face au silence des sources. Ainsi, aucun courrier rédigé par ou à l'adresse des familles n'a survécu au passage du temps. Le corps médical demeure la seule entité avec laquelle il est encore possible de dialoguer. Cet état de fait rend difficile la compréhension des relations de pouvoir et des rapports de force qui se nouent entre les différents acteurs de la maison de santé. Afin de dépasser cet écueil, il est nécessaire d'examiner ces archives à contre-courant et de lire entre les lignes le discours des médecins aliénistes. Les modes d'intervention des familles sont en effet souvent renseignés en filigrane par les médecins dans les registres. Cela est particulièrement vrai pour les phases de l'internement qui mettent en relation l'asile et son environnement extérieur. Ainsi, les entrées et les sorties de l'institution, l'établissement des diagnostics et la vie sociale des malades sont des moments de l'expérience asilaire où apparaissent, dans les récits des médecins, des mentions relatives aux familles de patients. Par une approche critique du corpus de sources couplée à la multi-plication des études de cas, il est possible de lever

29. La Commission Permanente d'Inspection des Etablissements d'Aliénés, établie par l'arrêté royal du 17 mars 1853, est dédiée à une mission de contrôle des institutions asilaires par le gouvernement; En Belgique, une première remise en question majeure du système asilaire émerge après le scandale de l'asile d'Evere en 1873, voir à ce propos : GAUTHIER GODART, *Un drame dans une maison de fous...*; Entre 1853 et 1873, 224 hommes et 122 femmes rentrent à l'asile de Schaerbeek; entre 1873 et 1893, ils ne sont plus que 170 hommes et 97 femmes à être admis à la maison de santé.

30. Entre 1893 et 1914, 311 hommes et 223 femmes entrent en effet à l'asile de Schaerbeek.

31. L'article 22 de la loi du 18 juin 1850 oblige en effet les asiles à tenir un registre administratif et l'article 10 de l'arrêté royal sur le régime des aliénés du 1er mai 1851 soumet également ceux-ci à tenir un registre médical.

32. VEERLE MASSIN, "Les archives psychiatriques : une occasion de saisir l'expérience du patient (Belgique, entre-deux-guerres)" in *Santé mentale au Québec*, v. 41, 2016/2, p. 94.

une partie du voile sur l'implication des familles dans l'internement de leur proche.

III. Admettre un proche à l'asile

Différents acteurs peuvent procéder à la collocation d'une personne atteinte de troubles mentaux selon la loi de 1850 relative au régime des aliénés. Ces démarches d'internement sont entreprises par les autorités communales (placement dit « d'office ») mais aussi par les particuliers (placement dit « volontaire »)³³. Un examen des autorités responsables des admissions permet d'apprécier la surreprésentation des placements volontaires, à la charge des familles, par rapport aux placements d'office, à la charge du collège des bourgmestre et échevins³⁴. Les familles constituent en effet l'autorité requérant une admission pour 79 % des personnes internées à la maison de santé entre 1853 et 1914. Les personnes mariées sont majoritairement placées par leur conjoint (à hauteur de 55 % pour les patients et de 70 % pour les patientes). Pour les veufs et les veuves, ce sont surtout leurs enfants (respectivement 39 % et 30 %). Enfin les personnes célibataires, hommes comme femmes, sont amenées à l'asile par les hommes de la familles, pères et frères. Ceux-ci sont en effet à l'initiative des demandes de collocation pour 40 % des patients et 38 % des patientes³⁵.

Pour les personnes internées conséquemment à un placement d'office, majoritairement des hommes célibataires, les familles peuvent également jouer

un rôle entre l'interpellation en rue et le placement en institution, malgré le fait qu'elles ne constituent pas l'autorité requérant l'admission. En effet, une fois informées de la volonté des pouvoirs publics de placer leur parent en institution, elles sont susceptibles d'intervenir pour négocier l'existence et les formes de l'internement psychiatrique. Souvent, les personnes interpellées dans l'espace public sont placées temporairement au dépôt des aliénés de l'hôpital Saint-Jean afin de subir un premier examen. Cet établissement dépendant de l'administration des hospices de Bruxelles sert en effet de lieu de transit avant un placement définitif dans un asile ou une colonie d'aliénés³⁶. Nombre de patients de la maison de santé arrêtés en rue passent par cette institution publique³⁷. C'est ce parcours psychiatrique entre le dépôt de Saint-Jean et l'asile de Schaerbeek, entre intervention des pouvoirs publics et de la famille, qu'emprunte Joséphine V., une jeune femme de 19 ans arrêtée pour vagabondage. Diagnostiquée comme aliénée au dépôt de l'hôpital Saint-Jean, elle est cependant autorisée à rentrer chez elle grâce au secours de ses parents qui garantissent aux autorités la dispense de soins à domicile³⁸.

A contrario de l'espace public et du rôle prépondérant du pouvoir étatique dans son contrôle, quand un accès de folie émerge dans la sphère domestique et familiale, très souvent les proches de la personne souffrant d'aliénation interviennent directement en tant qu'autorité requérant l'admission à l'asile. Il arrive néanmoins parfois que des familles, ayant sollicité une expertise

33. MICHEL VAN DE KERCHOVE, "Le juge et le psychiatre. Évolution de leurs pouvoirs respectifs" in *Fonction de juger et pouvoir judiciaire. Transformations et déplacements*, Bruxelles, 1983, p. 333.

34. On remarque un désengagement progressif des pouvoirs publics dans les processus d'admission à la maison de santé de Schaerbeek. Représentant 45 % des admissions chez les hommes et 29 % chez les femmes entre 1853 et 1863, ces placements « d'office » baissent continuellement les décennies suivantes pour n'atteindre qu'une dizaine de pourcent à l'aube de la Première Guerre mondiale.

35. Calcul effectué sur la base de 373 patients et 175 patientes déclarés mariés, 46 patients et 81 patientes déclarés veufs et 231 patients et 176 patientes déclarés célibataires.

36. HYPOLITE ROSSIGNOL, "Hospice des aliénés de l'hôpital Saint-Jean" in *Séance du 3 janvier 1842 de la Société des Sciences Médicales et Naturelles de Bruxelles*, s.l.n.d, p. 394-401.

37. L'étude des registres permet de révéler la collaboration qui existe entre les différentes institutions de prise en charge des aliénés à Bruxelles. Administrés par des médecins fréquentant les mêmes lieux de sociabilisation professionnels, tels que ceux de la Société de Médecine Mentale de Belgique (SMMB), ces différents espaces de soins promeuvent en effet la coopération inter-asilaire dans le traitement quotidien des malades mentaux.

38. JOSÉPHINE V., (Archives du CHJT, *Registre médical – Femmes*, v. 4).

médicale en vue de constater les troubles mentaux dont est victime leur proche, ne souhaitent pas prendre la responsabilité d'un placement³⁹. Dans ce genre d'occurrence, les pouvoirs publics peuvent se substituer à celles-ci et requérir une admission à l'asile. Il existe également, pour certains patients effectuant plusieurs séjours en institution, une évolution des acteurs responsables des admissions depuis l'État qui se charge initialement du premier placement vers les familles qui en viennent à assumer la charge des admissions suivantes. Ainsi, quand Pierre E. est une première fois colloqué durant quatre mois pour un cas de « delirium tremens », c'est à la demande de la commune de Saint-Josse-ten-Noode⁴⁰. Par la suite, ses nombreux internements à la maison de santé de Schaerbeek (il revient huit fois entre 1872 et 1877) procèdent d'une requête de son épouse⁴¹. Les demandes d'admission sont donc effectuées majoritairement par les familles dans la sphère privée et occasionnellement par l'État dans la sphère publique. Cependant, comme le soulignent les historiens Peter Bartlett et David Wright, les frontières entre placement volontaire et placement d'office, entre espace privé et espace public, ne sont jamais définitivement fixées : leurs relations demeurent complexes⁴². En effet, dans les admissions à la maison de santé, c'est parfois l'autorité communale qui intervient au sein du domicile familial tandis que les familles investissent l'espace public ; c'est parfois également les familles qui sont à l'initiative d'un placement d'office comme les pouvoirs publics sont à l'initiative d'un placement volontaire.

Les familles et les pouvoirs publics ne constituent cependant pas les seules autorités à effectuer des demandes de placement en institution. En effet, la loi renseigne que toute « personne intéressée » peut requérir l'admission à l'asile d'une personne atteinte de troubles mentaux⁴³. Cette visée inclusive de la législation permet ainsi à différentes autorités scolaires, professionnelles ou religieuses d'entamer une demande de placement. Celles-ci peuvent en effet adopter de manière informelle le rôle de tuteur à l'égard de personnes isolées telles que des veuves, des célibataires et des adolescents en pensionnat dont l'état mental nécessite selon elles un placement dans un établissement pour aliénés. Le juriste Michel Van De Kerchove voit dans cet élargissement considérable des personnes admises à demander une collocation, eu égard à la législation qui précédait la loi de 1850, une preuve de la méfiance du législateur par rapport aux familles, perçues comme peu enclines à placer leur proche aliéné en institution quand bien même ce dernier présenterait un danger pour la sécurité publique⁴⁴.

Entre punition, surveillance et soin, trois raisons, qui peuvent se confondre, sont formellement invoquées dans les certificats par les familles pour justifier l'internement d'un proche. Certains foyers mentionnent l'impossibilité au sein de la sphère familiale d'assurer la surveillance constante que requiert l'état du proche souffrant de troubles mentaux. C'est notamment la raison invoquée pour le placement de Sidonie D. qui, atteinte de « folie puerpérale », semble échapper au contrôle de son mari et au regard de sa

39. Les motivations quant à la réticence des familles à admettre un parent à l'asile ne sont malheureusement pas renseignées dans les registres. Est-ce la peur de perdre la confiance du proche interné à leur égard ? Est-ce la crainte de représailles de celui-ci à leur endroit ? Est-ce le coût financier d'un internement ou la honte de celui-ci pour les familles ? Cette complexité des motivations à décider ou non d'une collocation par les familles est étudiée dans la première section de cette contribution.

40. Le délirium tremens est un délire particulier aux individus adonnés à l'usage des boissons spiritueuses. Ces symptômes reviennent le plus souvent par excès dans le cours de l'alcoolisme chronique, et non aigu, voir : AUGUSTIN GILBERT, *Dictionnaire de médecine, de chirurgie, de pharmacie et des sciences qui s'y rapportent*, Paris, 1908, p. 459.

41. PIERRE E., (Archives du CHJT, *Registre matricule – Hommes*, v. 5).

42. PETER BARTLETT et DAVID WRIGHT, "Community care and its antecedents" in *Outside the walls of the asylum. The History of Care in the community. 1750-2000*, London & New Brunswick, 1999, p. 18.

43. Mentionnons que les personnes « intéressées » qui requièrent une admission demeurent relativement rares à l'asile de Schaerbeek. Elles ne représentent en effet pas plus de 2 % du total des admissions entre 1853 et 1914.

44. MICHEL VAN DE KERCHOVE, *Le juge et le psychiatre...*, p. 329.

famille⁴⁵. Ceux-ci, étant dans l'impossibilité d'organiser une constante surveillance, décident dès lors de la faire admettre en institution⁴⁶. D'autres familles motivent une demande de collocation du fait de leur incapacité à dispenser des soins à domicile. L'époux d'Anna V. V., atteinte de « ramollissement cérébral » qui s'accompagne de « délire de persécution », fait appel au médecin afin que celui-ci atteste que la malade commet « les actes les plus désordonnés et les plus déraisonnables ». Dans l'impossibilité de lui administrer les soins appropriés à domicile, le médecin recommande momentanément la collocation dans une maison de santé « dans l'espoir fondé que les bons soins dont elle sera l'objet, ne manqueront pas de lui rendre la santé »⁴⁷. Enfin, un grand nombre de parents justifient l'internement de leur proche par la violence dont celui-ci fait preuve à leur égard. Ainsi, Léon T., colloqué à la demande de son épouse en 1874, a « poursuivi sa femme pour la battre (et) voulait attaquer son propriétaire ». Considérant qu'il « est dangereux tant pour lui que pour ceux qui l'entourent », son internement est dès lors requis⁴⁸. Parfois bien réelle, cette violence n'a cependant pas besoin de se manifester concrètement, un simple soupçon de risque « d'un passage à l'acte imprévisible et violent », suffit parfois à conclure à la nécessité d'un placement en institution⁴⁹. Difficile de ne pas percevoir ici l'influence d'un cadre légal qui assimile l'aliéné à une bête dangereuse qu'il convient de dompter. En effet, jusqu'en 2002 en Belgique, l'article 556 du Code pénal stipule que « seront aussi punis d'une amende de cinq francs à quinze francs, ceux qui auront laissé divaguer des fous ou des furieux étant sous leur garde, ou des animaux malfaisants ou féroces ».

Souvent, il y a une exacerbation des tensions intra-familiales, parfois sur des temps longs, qui

entraîne une volonté des ménages de placer temporairement à l'asile le proche perçu comme à l'origine des désordres du foyer. En effet, malgré les stigmates d'une admission, celle-ci est envisagée lorsque des comportements deviennent, pour les familles, intolérables et incontrôlables. Se sentant impuissantes, confrontées à des accès qu'elles ne peuvent pas contenir, les familles s'en remettent dès lors au savoir psychiatrique institutionnalisé. L'asile acquiert une visée extra-médicale pour les familles et devient l'arbitre des conflits sociaux, à même de pouvoir préserver la tranquillité des foyers en éloignant, au moins temporairement, la « source des tensions »⁵⁰. Les expériences asilaires de Marjolaine B. et de Jean M., narrées ci-dessous, sont révélatrices de cette capacité de médiation de l'institution asilaire, capable de pénétrer dans l'intimité des foyers afin de juguler les conflits familiaux.

Ainsi, Marjolaine B., une femme de 49 ans, est présentée aux médecins aliénistes de la maison de santé à la demande de son mari. Après une vie déréglée à abuser de boissons alcooliques, les menaces qu'elle a professées à l'égard de son mari semblent avoir décidé celui-ci à la faire interner. Ne souhaitant plus avoir de contact avec elle, il ne prend pas part à la demande de sortie à l'essai effectuée par les frères et sœurs de Marjolaine B. une année après son admission. Parvenant rapidement à échapper à la surveillance des siens une fois sortie de l'asile, Marjolaine B. se rend chez son mari alors qu'elle sait qu'il ne veut pas la recevoir. Celui-ci absent, elle moleste la servante, détruit les meubles et s'enivre. Prise d'un délire de jalousie, selon les mots du médecin, elle harangue la foule à la fenêtre en accusant son mari d'avoir une maîtresse qui s'est faite avorter dans la maison. Interpelée par la police, elle est ramenée à l'asile. Une fois présentée au médecin

45. La folie puerpérale, appelée aussi manie puerpérale, désigne des troubles mentaux qui peuvent subvenir à l'occasion de la grossesse, de l'accouchement, de la lactation, voir : EMILE GALTIER-BOISSIÈRE, *Larousse médical illustré*, Paris, 1924, p. 517.

46. Sidonie D., (Archives du CHJT, *Registre matricule – Femmes et hommes*, v. 4).

47. Anna V. V., (Archives du CHJT, *Registre matricule – Femmes et Hommes*, v. 4).

48. Léon T., (Archives du CHJT, *Registre matricule – Femmes et Hommes*, v. 4).

49. ROBERT CASTEL, « De la dangerosité au risque » in *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, v. 47-48, 1983, p. 120.

50. MARK FINNANE, *Asylums, families and the State...*, p. 135.

aliéniste, elle exige immédiatement un avocat afin de procéder au divorce et à la vente des priorités. Demeurant quelques mois à l'asile, il lui est permis de sortir grâce à une décision de justice⁵¹.

Un conflit domestique est également à l'origine de l'internement de Jean M. Appelés au domicile conjugal par le beau-frère du malade, les médecins relèvent rapidement les indices d'un accès de violence de Jean M. Inquiets pour son épouse, ils conseillent à celle-ci de le quitter au plus tôt et de trouver réconfort et protection auprès de sa mère. Dans l'impossibilité de placer Jean M. dans un établissement libre (sic) malgré les recommandations des médecins, il est décidé de le présenter à l'asile de Schaerbeek. À présent interné, le patient renseigne au médecin aliéniste que les relations houleuses qu'il entretient avec sa famille sont dues à des problèmes financiers. Convaincu qu'on l'a enfermé pour l'empêcher de divorcer, il garde une rancune tenace à l'égard de sa famille dont il brise les portraits présents dans sa chambre. Jean M., dont l'état semble s'être amélioré, est finalement autorisé à sortir de l'asile quatre ans après y être entré⁵².

Les expériences de Marjolaine B. et de Jean M. dévoilent toutes deux la manière dont s'immisce le pouvoir médical au sein de foyers gangrenés par les conflits domestiques. Après plusieurs mois, voire plusieurs années dans le cas de Marjolaine B., de relations délétères minées par la violence, la jalousie et l'alcoolisme, les crises familiales atteignent un point de rupture qui nécessite l'intervention d'instances extérieures au foyer⁵³. L'asile est ainsi consacré comme espace temporaire de résolution des guerres domestiques. Loin

de simplement valider le préjugement de la communauté quant à la folie d'un individu, les médecins peuvent également, comme le révèle le cas de Marjolaine B., conseiller les familles quant aux actions à adopter pour la protection de leur personne et la prise en charge du malade.

Notablement, ces conflits au sein des foyers dont les médecins se font les médiateurs révèlent les enjeux de classe et de genre qui occupent l'esprit des familles. À l'instar de Marjolaine B. qui se départit de la pudeur de femme domestique (sic) qui lui incombe, de Jean M. qui ne parvient pas à conserver la maîtrise de soi et n'assure pas son rôle de pourvoyeur du foyer, les médecins, par leur immixtion dans la sphère privée des foyers, peuvent répondre à la volonté des familles d'éloigner des personnes dont les comportements constituent une entrave au respect des valeurs promues par le modèle bourgeois. Objets fondamentaux de distinction de la classe moyenne à laquelle appartiennent les patients de la maison de santé face aux classes populaires, ces valeurs, articulées entre rationalité masculine et domesticité féminine, sont (ré)inculquées à l'intérieur des murs de l'asile⁵⁴.

Les familles, malgré les multiples avantages qu'elles attribuent à l'asile, peuvent craindre l'opprobre attaché à la reconnaissance de la folie d'un de leurs membres et son admission en institution. La perspective d'un dommage pour leur réputation doit sûrement intervenir dans le processus de décision d'un placement à l'asile. À travers le regard posé sur le fou par l'institution, c'est en effet la famille entière qui est mise à nue⁵⁵. Le trouble mental, en s'inscrivant dans

51. Marjolaine B., (Archives du CHJT, *Registre médical – Femmes*, v. 6).

52. Jean M., (Archives du CHJT, *Registre médical – Hommes*, v. 7).

53. Il est à noter que les problèmes d'éthylisme, loin d'être circonscrits aux classes populaires, touchent également la patientèle bourgeoise de la maison de santé de Schaerbeek. L'abus d'alcool constitue en effet, selon les mentions dans les registres médicaux, la première cause de la maladie mentale au sein de la population masculine de l'asile et la troisième au sein de la population féminine.

54. JESSIE HEWITT, *Institutionalizing Gender. Madness, the family and Psychiatric Power in Nineteenth-Century France*, Ithaca & London, 2020, p. 9.

55. CHARLOTTE MACKENZIE, *Psychiatry for the rich...*, p. 102-104; AKIHITO SUZUKI, "Enclosing and disclosing lunatics within the family walls: domestic psychiatric regime and the public sphere in early nineteenth-century England" in *Outside the walls of the asylum. The History of Care in the community. 1750-2000*, London & New Brunswick, 1999, p. 118-119.

la sphère privée du foyer familial, peut heurter la probité et la respectabilité de la famille dans son ensemble. Cette notion de moralité à protéger est fondamentale dans la société du XIX^{ème} siècle et ce, particulièrement au sein des populations de la classe moyenne et de la petite bourgeoisie⁵⁶. Le directeur, conscient de la nécessité de rassurer des familles qui appréhendent l'internement en institution, vante dès lors dans les annonces publicitaires parues dans la presse l'absolue discrétion (sic) dont il fait preuve, lui qui est, selon ses dires, une personne de confiance à même de protéger « les secrets les plus pénibles de familles »⁵⁷.

Cet enjeu de la normalisation de l'asile aux yeux du public semble primordial pour la direction. Ainsi, pour déstigmatiser l'institution et gagner la faveur des familles, différents subterfuges sémantiques sont employés dans les annonces publicitaires. L'asile, quand il est nommé « maison de santé et d'aliénés », laisse penser que celui-ci est un établissement médical « généraliste » qui ne se consacre pas exclusivement au traitement de la folie⁵⁸. Pareillement, quand il s'agit de dénommer la population de l'asile, celle-ci n'est pas composée d'aliénés, encore moins de fous, mais bien de convalescents et de valétudinaires⁵⁹. Parfois même, le type de pathologie traitée n'est même plus évoqué, aucun indice ne permet de deviner la fonction psychiatrique de l'institution. L'asile devient en effet une « maison de santé et de convalescence »⁶⁰. La notion de prise en charge de la folie est désormais gommée, au moins discursivement.

À la crainte de l'ignominie d'un internement par les familles peut se greffer la peur de perdre l'estime de la personne internée. Certains malades perçoivent en effet leur réclusion à l'asile comme le résultat d'une trahison familiale et nourrissent dès lors à l'égard de leurs proches une rancune tenace. S'estimant abandonnés par leur entourage, ils apparentent leur collocation non pas à une mesure thérapeutique mais bien à une sanction dont leur famille se fait l'instigatrice. François H., un jeune morphinomane de 26 ans interné à la demande de son père, proteste contre son entrée à l'asile et reproche avec véhémence à ses parents d'avoir permis sa collocation⁶¹. Pour ces patients, l'asile devient un lieu de détention semblable à une prison. Se sentant trahis par leur famille, ils pensent, à l'image d'Albin S., un instituteur de 22 ans interné par son père, devoir justifier leurs actes devant la justice tels des criminels⁶². Il est possible que cette assimilation à la prison soit souhaitée par certaines familles désireuses de sanctionner un proche incapable d'assumer les obligations qui lui incombent, à moins que cet amalgame entre asile et prison ne soit que le corollaire des institutions d'enfermement indépendamment de leur nature et de leurs visées⁶³.

L'hostilité des malades à l'égard de leur famille est parfois renforcée par la crainte de voir leurs biens aliénés par une demande d'interdiction judiciaire les visant. Cette mesure, qui permet à l'entourage d'un individu reconnu « inhabile à diriger sa personne et ses biens » d'obtenir la gestion de

56. SERGE JAUMAIN, *Les petits commerçants belges face à la modernité (1880-1914)*, thèse de doctorat en Philosophie et Lettres, Université Libre de Bruxelles, 1991, p. 619-630.

57. Jean Marie Maeck publie ses annonces commerciales dans les journaux libéraux « L'étoile belge » et « L'indépendance belge » ainsi que dans le quotidien catholique « Le journal de Bruxelles » et le « Journal de Belgique. Pièces officielles et nouvelles des Armées » dont la tendance politique est inconnue ; Ces mots sont ceux du ministre de la Justice, Jules Lejeune, dans un communiqué à l'adresse des directeurs des asiles du royaume, voir : Copie de la lettre du ministre de la Justice à l'attention du gouverneur de la province du Brabant du 11 décembre 1889 et relative aux personnes autorisées à effectuer des visites dans les établissements pour aliénés, (Archives du CHJT, *Registre dépêches ministérielles 1876-1923*).

58. *Le journal de Bruxelles*, 17 juillet 1853, p. 4.

59. *Journal de Belgique. Pièces officielles et nouvelles des Armées*, 4 mars 1855, p. 4.

60. *L'étoile belge*, 18 août 1855, p. 4.

61. François H., (Archives du CHJT, *Registre médical – Hommes*, v. 5)

62. Albin S., (Archives du CHJT, *Registre médical – Hommes*, v. 6)

63. Cette association entre asile et prison est loin d'être singulière à la maison de santé de Schaerbeek. Ainsi, la sociologue Giordanna Chatury et l'historienne Patricia Preswitch remarquent dans leurs recherches respectives à l'asile de Limoux et à l'asile de Saint-Anne l'assimilation de l'asile à une prison au sein de la société, voir : GIORDANA CHARUTY, *Le couvent des fous. L'internement et ses usages en Languedoc aux XIX^e et XX^e siècles*, Paris, 1985, p. 114-116 ; PATRICIA E. PRESTWICH, *Family strategies...*, p. 98.

ses avoirs, est certes indépendante d'une procédure de collocation; cependant, certains patients voient dans leur internement l'opportunité pour leur famille de s'accaparer leur patrimoine⁶⁴. À leurs yeux, il s'agit d'une double peine imposée par leur famille: exclus de leur foyer, ils sont également exclus de l'administration de leurs biens. Ainsi, Maurice L., un employé de 54 ans, est persuadé que sa famille et ses avocats profitent de son éloignement à l'asile pour écarter un testament en sa faveur tandis que Jean M., dont le conflit familial avec son épouse fut décrit *supra*, se présente à l'asile avec plusieurs dizaines de milliers de francs par devers lui afin de ne pas se les faire spolier par sa famille⁶⁵. Méfiance et rancœur peuvent ainsi animer l'esprit des patients envers leur famille. Comme la honte, c'est là l'une des potentielles conséquences néfastes d'un internement auxquelles les familles peuvent être confrontées.

Jugé nécessaire, voire crucial, l'internement en institution n'est toutefois généralement pas la première option privilégiée par les familles. Les enquêtes des pouvoirs publics indiquent ainsi que le domicile familial constitue le lieu central de la prise en charge des aliénés⁶⁶. Ainsi, parallèlement à la collocation des malades mentaux à domicile qui demeure très importante dans la Belgique de la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, les personnes séjournant à la maison de santé peuvent rester longtemps parmi les leurs avant d'être amenées aux portes de l'asile malgré les manifestations de la maladie. Craignant la stigmatisation de leur lignée une fois l'un des leurs

reconnu aliéné, ces familles s'attellent à dissimuler à l'intérieur des frontières de la sphère privée la personne jugée anormale. Cependant, ainsi que le souligne l'historien Akihito Suzuki, «*the existence of a lunatic in a family itself destabilized the boundary between the public and private spheres and invited forceful intervention from the outside world*»⁶⁷. Voisins, pouvoirs publics ou simples curieux peuvent plus aisément investir l'espace intime où est gardé l'aliéné. Se sentant en danger, les familles perçoivent dès lors un placement en institution comme un moindre mal.

Un examen de la date d'apparition des premiers symptômes de la maladie au sein de la patientèle féminine et masculine de la maison de santé permet d'apprécier la durée de la prise en charge domiciliaire qui précède le placement à l'asile⁶⁸. Ainsi, quand émerge le prodrome d'un trouble mental, une minorité de patients (16%) est préalablement colloquée dans d'autres établissements, notamment au dépôt des aliénés de l'hôpital Saint-Jean, avant d'être admise à l'asile de Schaerbeek, *a contrario* de la grande majorité des malades (84%), qui demeure, parfois pour de longues périodes, au sein de leur foyer malgré la maladie.

Certains reçoivent un traitement médical, très souvent une prescription de sédatifs et d'hypnotiques (bromure de potassium, chloral, opiacés, calmants, etc.) afin de prévenir tout accès d'agitation et de violence⁶⁹. Parfois, les familles mobilisent également des moyens de contention physique à domicile pour éviter tout danger. Gaël V. H. fait

64. THÉOPHILE WOUTERS, *Du régime...*, p. 137; MICHEL VAN DE KERCHOVE, "Discours juridique et discours psychiatriques. Aux sources de la loi de défense sociale", in *Droit et société*, n°3, 1986, p. 232.

65. Maurice L., (Archives du CHJT, *Registre médical – Hommes*, v. 8); Jean M., (Archives du CHJT, *Registre médical – Hommes*, v. 7).

66. Selon Henri Willemaers, procureur général près la Cour d'appel de Bruxelles, qui commente, le 2 octobre 1899, le XIII^{ème} rapport présenté à la Chambre des représentants sur la situation des asiles d'aliénés, le nombre de personnes colloquées à domicile, déjà important, ne fait que croître à l'aube du XX^{ème} siècle en Belgique; HENRI WILLEMAERS, *La loi...*, p. 42; Le cadre légal de la garde des aliénés par leur famille est régi par le chapitre IV de la loi du 18 juin 1850, lequel consacre l'autorité du juge de paix sur la supervision de la garde.

67. AKIHITO SUZUKI, *Enclosing and disclosing lunatics...*, p. 117.

68. Echantillon de 229 patients (=20%) également répartis entre femmes et hommes, internés entre 1860 et 1905 (les années antérieures et postérieures à cette période dans les registres médicaux n'offrant pas cette information).

69. Les médicaments hypnotiques regroupent tous les médicaments qui, comme le bromure de potassium ou le chloral, jouissent de la propriété de provoquer le sommeil. À ce propos, voir GEORGES DUJARDIN-BEAUMETZ, *Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales*, t. 3, Paris, 1887, p. 122.

l'expérience de cette prise en charge coercitive ; étant victime de nombreuses crises de folie, ses proches emploient une camisole de force pour réfréner au quotidien ses gestes et mouvements dangereux⁷⁰. Certains patients, relativement privilégiés, jouissent de la présence d'une infirmière à domicile. C'est notamment le cas de Berthe D. qui, gravement affectée par le renvoi de la soignante avec qui « elle avait des rapports spéciaux », plonge dans des crises hystériques qui précipitent son internement⁷¹. Notamment, les familles attendent souvent le développement d'un stade avancé de la maladie avant de se décider à faire admettre l'un de leur proche à l'asile. Quand Léopold K., âgé de 86 ans, rentre à la maison de Schaerbeek à la demande de sa fille, cela fait déjà longtemps qu'il est affaibli par la maladie. Soigné à domicile par son médecin qui lui prescrit une thérapie narcotique pour traiter la démence sénile dont il est victime, il arrive à l'asile passablement diminué et ne demeure colloqué que cinq jours avant de décéder⁷².

La famille d'une personne aliénée mobilise ainsi l'enfermement en institution comme une solution temporaire qui peut se combiner avec d'autres stratégies⁷³. Outre la réclusion à l'asile, la famille peut notamment essayer de traiter le malade à domicile avec un possible recours à une médication ou préférer des séjours à la campagne et des voyages à l'étranger afin qu'éloigné et distrait de son quotidien, le malade puisse retrouver la santé. Ainsi, Elias S., atteint de « dipsomanie » et « perversion de la volonté », est interné à la mai-

son de santé en 1856 à la suite « d'actes de violence qu'il commettait et des menaces d'incendier sa maison »⁷⁴. Après quelques mois, il lui est permis, en concertation avec sa famille, de sortir de l'asile « sous condition de quitter la Belgique, dans l'espoir que les voyages amélioreraient sa santé »⁷⁵. Ces multiples stratégies de gestion des aliénés par les familles peuvent cependant se voir condamnées par les autorités médicales. Entre leur incapacité à interner leurs proches à un stade précoce de la maladie ou à délivrer des soins appropriés, l'aptitude des familles à prendre en charge les personnes aliénées est ainsi parfois discréditée par les médecins, seuls capables, selon eux, de soigner les troubles mentaux⁷⁶.

IV. Diagnostiquer la maladie mentale

Ainsi que le renseigne la littérature, avant que les aliénistes n'assignent une identité de « malade mental » à un individu, son entourage doit déjà avoir identifié celui-ci comme « aliéné » au regard de sa propre taxinomie des troubles mentaux⁷⁷. Ce prédiagnostic fait ensuite l'objet d'une négociation, d'un compromis, entre le savoir profane de la société au sens large (famille, voisins et autorités publiques) et le savoir médical des aliénistes. Il est donc nécessaire qu'il existe une culture partagée du concept de folie, une relation de compréhension entre public et médecins qui autorise le transfert de la prise en charge de la personne génératrice d'un trouble de l'un vers l'autre⁷⁸. Cette interdépendance entre familles et

70. Gaël V. H., (Archives du CHJT, *Registre médical – Hommes*, v. 4).

71. Berthe D., (Archives du CHJT, *Registre médical – Femmes*, v. 6).

72. Léopold K., (Archives du CHJT, *Registre médical – Hommes*, v. 6).

73. DAVID WRIGHT, *Getting out...*, p. 144 ; PATRICIA E. PRESTWICH, *Family strategies...*, p. 89, 91 et 97.

74. La dipsomanie est la tendance irrésistible à l'abus des boissons amenant l'alcoolisme, la folie des ivrognes, voir : AUGUSTIN GILBERT, *Dictionnaire de médecine...*, p. 497.

75. ELIAS S., (Archives du CHJT, *Registre matricule – Femmes et hommes – v. 1*).

76. Ainsi, le médecin qui vient visiter Mathieu D., un homme de 59 ans souffrant de démence paralytique, à son domicile déplore que la famille de ce dernier l'empêche, par de nombreuses promenades et distractions, de jouir du repos nécessaire à son état ; Mathieu D., (Archives du CHJT, *Registre matricule – Hommes*, v. 5).

77. PATRICIA E. PRESTWICH, *Family strategies...*, p. 91.

78. AKIHITO SUZUKI, "Doctor, patient and record-keeping at Bethlem in the nineteenth century" in *Insanity, Institutions and Society, 1800-1914. A social history of madness in comparative perspective*, London & New York, 1999, p. 120 ; MICHAEL MACDONALD, "Madness, Suicide and the Computer" in *Problems and Methods in the History of Medicine*, London & New York, 1987, p. 210-211.

autorités médicales est matérialisée par un certificat d'admission⁷⁹.

En amont du processus d'internement, un certificat rédigé par un médecin non attaché à l'asile et contresigné par l'autorité communale doit, en effet, être émis. Il peut parfois s'agir d'un exercice formel assez superficiel où quelques vagues signes et symptômes sont mentionnés en vue de conclure à la nécessité d'une collocation. Cependant, certains praticiens, lors de l'établissement de ce certificat, s'attellent à préciser le contexte social dans lequel la maladie s'inscrit. Dans ce genre d'occurrence où le milieu de vie est sondé par les autorités médicales, les familles peuvent jouer un rôle primordial. Quand les médecins sont appelés au domicile de Marianne B., une dame de 62 ans, à la demande de sa famille, ils confrontent le récit de la patiente à celui de son entourage. Les médecins soupçonnant Marianne B. de « dissimuler avec une grande habileté les symptômes qu'elle éprouve », les témoignages de ses proches sont jugés cruciaux dans l'établissement du diagnostic. Grâce à la famille de Marianne B., les médecins apprennent que cette dernière « est prise ordinairement le matin de crises d'agitation intense et d'anxiété pendant lesquelles elle manifeste des idées de suicide, des craintes d'empoisonnement », justifiant ainsi une procédure de collocation⁸⁰.

Ces prédiagnostics, indépendamment des formes qu'ils revêtent, sont déterminants dans le processus d'assujettissement d'un individu aux autorités sanitaires. Comme première assignation médicale, ils permettent d'attester de la validité de l'attribution du marqueur de la folie d'un individu par la communauté dont celui-ci est issu. Traduits en

symptômes, les comportements problématiques désormais médicalisés peuvent faire l'objet d'une prise en charge institutionnelle⁸¹.

Une fois le malade amené aux portes de l'asile, les médecins aliénistes établissent un diagnostic afin d'attester de l'opportunité d'une collocation. Effectuée à travers l'observation clinique du patient durant les 5 premiers jours d'internement, la constitution du cas psychiatrique débute par l'anamnèse du malade. À ce récit de la maladie par le patient s'oppose celui du médecin dans « *a silent tug-of-war (between doctor and patient) over the possession of the story of illness* »⁸². Cette confrontation narrative consacre cependant la position d'infériorité du malade face aux médecins. En effet, enfermée dans une circularité diagnostique, chacune de ses paroles est une preuve supplémentaire de sa folie, et cette même folie justifie l'invalidation de chacune de ses paroles⁸³. Une fois le récit constitué, un examen physique est effectué comme le révèle l'expérience d'Armande T. Internée pour « hystérie » à la demande de sa mère, cette patiente de 37 ans ne dit strictement rien au médecin avant son examen physique. Ainsi, le médecin écrit dans le registre : « il m'est impossible d'arracher un mot à la malade, raideur des membres et du cou surtout en appuyant sur la partie supérieure de la colonne vertébrale, yeux convulsés, joues peu gonflées, mâchoires serrées les unes contre les autres, un peu d'écume à la bouche, il y a une congestion considérable à la base du cerveau »⁸⁴. Enfin, pour certaines pathologies, un examen biologique, sous forme d'analyse de sang ou d'urine, est requis. Ainsi, Elisabeth C., soupçonnée d'être atteinte de syphilis, doit effectuer le test de Bordet-Wasserman⁸⁵.

79. DAVID WRIGHT, "Delusions of Gender? Lay identification and Clinical Diagnosis of Insanity in Victorian England" in *Sex and Seclusion. Class and Custody. Perspectives on gender and class in the history of British and Irish psychiatry*, Amsterdam & New York, 2004, p. 152.

80. Marianne B., (Archives du CHJT, *Registre matricule – Femmes*, v. 6).

81. VEERLE MASSIN, *Les archives psychiatriques...*, p. 94.

82. KATHRYN MONTGOMERY HUNTER, *Doctors' Stories. The narrative Structure of Medical Knowledge*, Princeton, 1993, p. 13.

83. BENOÎT MAJERUS, *Parmi les fous. Une histoire sociale de la psychiatrie au XX^{ème} siècle*, Rennes, 2013, p. 24.

84. Armande T., (Archives du CHJT, *Registre médical – Femmes*, v. 4).

85. Elisabeth C., (Archives du CHJT, *Registre médical – Femmes*, v.8); Ce test, appelé réaction de Bordet-Wassermann, est appliqué au diagnostic de la syphilis selon les principes du test immunologique médical de fixation du complément, voir : ÉMILE GALTIER-BOISSIÈRE, *Larousse médical illustré...*, p. 1368-1369.

À ces premiers examens psychologiques et physiques, les médecins aliénistes adjoignent une série d'informations, données biographiques et antécédents, délivrée par l'entourage du patient. C'est en effet rarement le malade qui rapporte le récit de sa maladie, sa parole étant discréditée, mais bien une tierce personne qui, à défaut de ressentir la maladie mentale subjectivement, possède une connaissance intime du malade et des troubles dont celui-ci semble atteint⁸⁶. Au sein de cette relation triangulaire, les familles constituent souvent la tierce personne à laquelle le médecin se réfère en vue de déterminer les causes et la nature des troubles mentaux dont souffre le patient. C'est là la deuxième intervention des familles dans le processus d'assujettissement du malade aux autorités médicales. Après avoir délivré leurs premiers arguments au médecin qui a rédigé le certificat, les familles réitèrent ceux-ci, voire en dévoilent de nouveaux, en vue d'asseoir la légitimité de l'internement.

Ainsi quand le médecin de l'asile soupçonne Octave G. de mentir quant aux circonstances qui ont entraîné sa blessure au visage, c'est vers ses proches qu'il se tourne: « remarque qu'il a une cicatrice au front, malade dit qu'il est tombé de vélo mais son père a dit au directeur que c'était le résultat d'une tentative de suicide (coup de revolver) [...] confronte le lendemain le malade quant à sa prétendue chute, ce dernier finit par avouer le fait, dit-il, que c'est dans un moment de désespoir amoureux qu'il a agi ainsi, la balle n'a pas été extraite, depuis souffre d'hémiplégie »⁸⁷. La famille de Léon W., souffrant de « manie aiguë » et de « paralysie générale progressive », ainsi que celle de Cyrille M., atteint de « démence paralytique », sont également sollicitées par les médecins aliénistes⁸⁸. Grâce à l'entourage des patients, les aliénistes apprennent à propos de

Léon W. que, « depuis plusieurs années, les médecins lui avaient défendu de continuer sa besogne de teinturier prétendant que certains troubles nerveux et mentaux dont il souffrait alors provenaient d'un empoisonnement mais il a continué son métier » tandis que Cyrille M. « s'adonne à des excès alcooliques sur la voie publique et se livre à des excentricités »⁸⁹.

Ce recours aux familles de patients dans la construction du cas psychiatrique s'explique, selon l'historien Akihito Suzuki, pour des raisons médicales et commerciales⁹⁰. Médicales car la narration de l'expérience quotidienne de la maladie par les familles permet aux médecins, en l'absence de preuves scientifiques irréfutables, de renforcer le degré de certitude du diagnostic. Commerciales car les familles sont des clients qui rétribuent un service. Si leur parole est négligée, leur avis déconsidéré, elles pourraient délaisser l'institution. Ainsi, les diagnostics des aliénistes de la maison de santé semblent fortement dépendre des familles. Toutefois, les médecins peuvent rejeter l'avis de l'entourage du patient s'ils ne le jugent pas pertinent ainsi que l'exemplifie le cas de Gabriel S. Amené à l'asile à la demande de son épouse, il présente, selon le médecin qui rédige le certificat, divers symptômes d'aliénation mentale. À l'aune du témoignage de l'épouse, le praticien écrit en effet que Gabriel S. « boit continuellement, il est agité et se croit en butte aux tracasseries de sa femme et de ses enfants. Il voit des ennemis partout, il décroche les portes parce qu'il prétend ne pas savoir entrer dans une place. Le jour et la nuit, il poursuit sa femme avec des couteaux. Bien souvent il s'enferme dans une chambre. Sur le corps, il porte des traces de blessures qu'il a reçues en dehors de la maison ». Le médecin aliéniste qui l'examine à son entrée à l'asile porte cependant sur le malade un regard bien différent.

⁸⁶. AKIHITO SUZUKI, *Doctor, patient and record-keeping...*, p. 116.

⁸⁷. Octave G., (Archives du CHJT, *Registre médical – Hommes*, v. 6).

⁸⁸. La paralysie générale progressive est une manifestation de la neurosyphilis. Également nommée « folie paralytique » ou « démence paralytique », elle est jugée responsable, selon les registres médicaux, d'un tiers des décès de la patientèle masculine à la maison de santé de Schaerbeek entre 1853 et 1914.

⁸⁹. Léon W., (Archives du CHJT, *Registre médical – Hommes*, v. 6) ; Cyrille M. (Archives du CHJT, *Registre médical – Hommes*, v. 5).

⁹⁰. AKIHITO SUZUKI, *Madness at home...*, p. 63-65.

Ne constatant rien de particulier tant sur le plan physique que mental lorsqu'il examine le patient, il retranscrit dans le registre les paroles de Gabriel S. auxquelles il semble accorder du crédit. Ainsi, selon le patient, son épouse lui tient une rancune tenace depuis qu'il a donné son consentement au mariage de leur fille. Privé d'argent, il est également enfermé dans sa chambre à double tour. C'est dans ce contexte que Gabriel S. a démonté la porte pour sortir de sa prison (sic). Ne disposant pas de tournevis, il s'est attelé à la tâche à l'aide d'un couteau, semant ainsi la confusion de son épouse qui se croyait attaquée. Instruit du récit du patient, le médecin aliéniste interroge ensuite les enfants du couple afin d'attester de la validé du témoignage de Gabriel S. Constatant que ceux-ci accréditent la même version des faits que leur père, le médecin déclare Gabriel S. sain d'esprit et l'autorise à sortir⁹¹.

Le cas de Gabriel S. démontre que les familles ne sont pas des groupes sociaux homogènes. Ainsi que le souligne l'historien David Wright, des formes de dissension et d'opposition peuvent apparaître entre les membres d'un même foyer, parfois animés par des intérêts divergents⁹². En outre, l'expérience de Gabriel S. rappelle que les médecins ne peuvent se satisfaire du récit familial pour attester de la pertinence d'un internement. Certes, les autorités médicales, enserrées dans une double allégeance aux malades et à leurs familles, se doivent de considérer la parole des proches du malade mais pas au prix de sacrifier l'intérêt de celui-ci. Si les dispositions légales censées prévenir les séquestrations arbitraires à l'asile - telles que le certificat d'admission, le visa communal ou les examens cliniques - sont négligées au profit de la volonté des familles, les médecins risquent des poursuites judiciaires comme le rappelle le contentieux entre les autori-

tés et le directeur de l'asile concernant la colloca-tion de Nicolas D. G.

Capitaine du Génie militaire à la position fortifiée d'Anvers, ce militaire de 34 ans est conduit à l'asile de Schaerbeek à l'automne 1884 à la demande d'un sous-intendant militaire. Quelques mois plus tard, un préposé au comité d'inspection des asiles d'aliénés de l'arrondissement de Bruxelles visite la maison de santé. Là-bas, il remarque que l'entrée de Nicolas D. G. à l'asile n'a fait l'objet ni d'un certificat médical d'admission ni d'un contreseing de l'autorité communale, pourtant obligatoires légalement. L'inspecteur, dans sa lettre à sa hiérarchie, laisse entendre que les médecins ont trop hâtivement suivi l'avis de la famille de Nicolas D. G., perçue comme la responsable officieuse de la demande d'internement, au détriment du respect des procédures en vigueur⁹³. Menacé de sanctions, le directeur se justifie aux autorités en rappelant qu'un certificat et un visa ont bien été émis en amont de l'admission du patient⁹⁴. Si les archives ne permettent pas de révéler dans quelle mesure ce litige procède d'une omission, d'un malentendu ou d'une véritable volonté de précipiter l'internement par les médecins et la famille, elles démontrent cependant que l'expérience de Nicolas D. G. n'est pas un cas unique. En effet, les pouvoirs publics, censés protéger la liberté individuelle de l'aliéné, déplorent maintes fois leur exclusion des processus d'admission laissés à la seule discrétion des familles et des médecins⁹⁵. Ce manquement semble perdurer bien après le placement de Nicolas D. G. en 1884 ainsi que l'atteste l'intervention de Guillaume Kennis, l'ancien bourgmestre de Schaerbeek, lors d'une séance du conseil communal en 1908. A cette occasion, celui-ci rappelle en effet que, « confrontés à des asiles qui, à des fins commerciales, jugent trop rapidement de la folie d'un homme » et à des

91. Gabriel S., (Archives du CHJT, *Registre médical – Hommes*, v. 4 & *Registre matricule – Hommes*, v. 5).

92. DAVID WRIGHT, *Getting out...*, p. 152.

93. Copie de la lettre du commissaire d'arrondissement au directeur de l'asile de Schaerbeek du 15 mai 1885 et relative à l'admission de Nicolas D. G., (Archives du CHJT, *Registre dépêches ministérielles 1876-1923*).

94. Copie de la lettre du directeur de l'asile de Schaerbeek au commissaire d'arrondissement du 18 mai 1885 et relative à l'admission de Nicolas D. G., (Archives du CHJT, *Registre dépêches ministérielles 1876-1923*).

95. Voir, notamment, la copie de la lettre du ministre de la Justice aux gouverneurs de provinces du 16 novembre 1882 relative à la nécessité d'obtenir un visa du bourgmestre de la commune où l'aliéné se trouve dans les demandes d'admission, (Archives du CHJT, *Registre dépêches ministérielles 1876-1923*).

familles « qui veulent enfermer leur belle-mère sous prétexte qu'elle est alcoolique et parce qu'elle a de l'argent », les patients devraient pouvoir trouver, auprès des autorités administratives, un soutien à même d'empêcher leur séquestration arbitraire⁹⁶.

V. Maintenir le lien et préserver les intérêts familiaux

Tandis que les demandes d'admission et l'établissement des diagnostics admettent l'intervention des familles de patients, la vie à l'intérieur des murs de l'institution semble au contraire difficilement tolérer l'ingérence de ces dernières dès lors que l'espace asilaire demeure le lieu privilégié de l'emprise médicale : les médecins sont seuls compétents à décider du degré d'ouverture de l'institution sur le monde extérieur. Pour des raisons tant médicales que sécuritaires, il leur est ainsi légalement possible de censurer le courrier entrant et sortant et d'interdire les visites à l'asile. Face à eux, la capacité des familles de patients à entretenir des relations avec leur proches internés paraît fortement compromise. Contraintes de respecter les prescriptions des médecins, elles ne peuvent pas s'immiscer dans le quotidien de l'établissement pour protéger leurs intérêts.

Malgré cet état de subordination, les familles sont parfois extrêmement récalcitrantes à accepter le pouvoir des aliénistes sur les modalités des relations sociales entre elles et leur proche interné. Ainsi, nombre de règles relatives aux courriers et visites ne sont pas strictement respectées par l'entourage des patients. Comme le souligne le cas de Heinrich H., les familles peuvent adopter des comportements qui, s'ils servent les intérêts des malades et les leurs, entravent fortement la capacité des médecins à diriger l'établissement. Venu de l'asile de Tournai, Heinrich H., un jeune étudiant de 18 ans atteint de « folie dégénérative », parvient à soustraire des lettres à la censure grâce à la complicité de sa

mère. Le malade profite en effet des visites de son parent, visites pourtant censées être surveillées par les médecins, pour faire passer des lettres de ses co-internés. La mère du patient parvient également à lui livrer, pendant ces rencontres, armes blanches et monnaie, des objets pourtant strictement interdits par le règlement. Face à cette « violation continue et voulue du règlement d'ordre intérieur » par le malade et son parent, les autorités de l'asile renoncent à soigner Heinrich H. Quelques jours plus tard, le malade est finalement transféré dans une autre institution pour aliénés de la région⁹⁷.

Si le cas d'Heinrich H. dévoile la manière dont les règles de la vie sociale à l'asile sont outrepassées par les familles en vue d'avantager un proche colloqué, l'entourage des patients peut aussi profiter des liens maintenus à l'intérieur de l'asile pour entreprendre des actions dérivées aux intérêts des malades. Pétronille C., une femme de 53 ans atteinte de « paranoïa chronique », en fait l'expérience quand elle reçoit la visite de sa sœur et de son beau-frère dix mois après son entrée à l'asile : ceux-ci profitent en effet de la vulnérabilité de la malade pour essayer de lui faire réécrire son testament en leur faveur. Suite à l'immixtion de la direction dans l'intimité de cette rencontre, la tentative de spoliation est toutefois révélée et ses proches sont prévenus des faits de manipulation dont la patiente a été victime⁹⁸. D'autres familles, à l'image de celle d'Hermeline L., prennent avantage de ces moments de rencontre pour tenter de reconfigurer les relations sociales de la personne internée en fonction de leurs intérêts. Ainsi, il est suggéré à Hermeline L. par ses sœurs de s'éloigner de son mari. Elles estiment en effet celui-ci responsable de l'internement de leur sœur qu'elles jugent saine d'esprit. Après quelques mois à constamment s'immiscer à l'intérieur des murs de l'asile pour tâcher de convaincre leur sœur de la véritable nature de son époux, les sœurs d'Hermeline L. se voient interdites par le médecin de se présenter aux portes de l'asile pour rencontrer la malade⁹⁹.

96. *Bulletin communal de la ville de Schaerbeek*, 1908/2, p. 1634-1639.

97. Heinrich H., (Archives du CHJT, *Registre médical – Hommes*, v. 9).

98. Pétronille C., (Archives du CHJT, *Registre matricule – Femmes*, v. 8).

99. Hermeline L., (Archives du CHJT, *Registre matricule – Femmes*, v. 8).

Souvent profitable aux intérêts des familles, l'entretien de relations avec un personne internée peut cependant parfois devenir dangereux pour l'entourage des patients et constituer une menace pour leur liberté. En effet, à l'asile, chaque mot, chaque parole, chaque comportement d'un parent envers un malade est soumis au regard médical. Une fois passées les portes de l'établissement, les lettres des familles sont relues, les actions du visiteur sont scrutées. S'en suit dès lors pour certains une fragilisation de leur statut de personne « sensée ». C'est notamment ce que rappelle le cas de Lucien B., un simple parent devenu un aliéné colloqué après une visite à sa fille internée. Selon le médecin, celui-ci se présente à l'asile sans ressources, tient des propos incohérents et fait preuve d'une « joie exagérée à entendre les propos insensés de sa fille ». La surveillance initiale de la malade par les médecins se transforme rapidement en un examen du père soupçonné d'être à son tour aliéné. À la suite de ces premières observations informelles, les médecins démarchent auprès de la famille de Lucien B. afin de mieux appréhender son état mental. Grâce à l'entourage du père, ils apprennent que celui-ci « mène une vie déséquilibrée depuis longtemps et a tenté plusieurs fois de se suicider ». Diagnostiqué comme souffrant de « démence organique », Lucien B. voit sa liberté de mouvement contrainte et son statut d'homme sensé disparaître après cette simple visite de routine à sa fille¹⁰⁰. Si ce cas semble plutôt rare à la lecture des registres médicaux de la maison de santé, il rappelle cependant la vulnérabilité des familles de patients une fois à l'intérieur des murs de l'asile.

Au demeurant, chaque récit présenté dans cette section, que ce soit celui d'Heinrich H., de Pétronille C. ou de Hermeline L., met en exergue l'image d'un corps médical omnipotent qui, face aux familles des patients, parvient toujours à préserver les intérêts de l'institution. Ainsi, toute intrusion dans l'intimité de la maison de santé est constamment empêchée par les médecins.

À coups d'interdits, de renvois, voire, dans le cas de Lucien B., d'attributions du marqueur de la folie, les aliénistes assoient leur autorité dans l'espace l'asilaire. Les familles, malgré leur statut de client rétribuant un service, et leur capital économique et social élevé, ne semblent jamais jouir d'une quelconque ascendance sur les aliénistes une fois passées les portes de l'asile.

Si les registres médicaux et administratifs de l'institution semblent consacrer l'autorité des médecins sur l'entourage des patients (rares sont, en effet, les fois où les praticiens asilaires reconnaissent leur impuissance à administrer l'asile), diverses archives extra-médicales laissent toutefois entrevoir un autre récit qui admet bien plus le pouvoir des familles dans le quotidien asilaire. Ainsi, une annonce publicitaire parue dans le journal « *L'indépendance belge* » à l'initiative de Jean-Marie Maeck rappelle la possibilité offerte aux familles de rendre visite à leur proche interné à l'asile¹⁰¹. Le directeur souhaite en effet valoriser l'image d'une institution ouverte en vue de rassurer ses potentiels clients. Loin des standards d'un univers carcéral où la réclusion est de mise et le maintien de relations avec l'extérieur impossible, l'asile est décrit comme une simple maison de santé familiale qui autorise famille et malades à se fréquenter au quotidien. Les visites et la correspondance, dont l'autorisation est censée être une prérogative des médecins, semblent ainsi, selon les autorités de l'asile, être un droit garanti aux familles de patients. Il peut donc y avoir des formes de discordance entre des médecins qui souhaitent prescrire le strict isolement des malades, vu comme l'un des fondements du traitement moral, et des propriétaires qui désirent garantir ce type de service en vue de favoriser l'attractivité commerciale de l'établissement. Dans une volonté de ne pas se mettre à dos de potentiels clients, le directeur peut ainsi se faire le relais des intérêts des familles face à ceux des médecins. Un courrier recopié dans un registre intitulé « *dépêches ministérielles* » semble corro-

100. Lucien B., (Archives du CHJT, *Registre matricule – Hommes*, v. 10).

101. *L'indépendance belge*, 19 juin 1853, p. 4.

borer cette capacité d'influence des familles sur les modalités de la correspondance et des visites aux personnes internées. En effet, une note écrite par le ministre de la Justice et destinée aux directeurs des asiles pour aliénés en 1907 rappelle que l'octroi de visites doit être laissé à la discrétion absolue des médecins aliénistes. Les relations entre malades et familles ne peuvent être subordonnées à la volonté de ces dernières comme cela semble être trop souvent le cas¹⁰².

In fine, ces deux sources rappellent que ni les murs de l'asile ni la volonté des médecins ne protègent totalement l'institution de l'intrusion des familles. Celles-ci conservent un ensemble d'intérêts particuliers dont la poursuite semble favorisée par le droit aux visites et à la correspondance conférée par la direction de l'établissement. Le directeur a en effet conscience qu'en plus de jouir d'un statut de client rétribuant un service, les familles peuvent tirer avantage de dispositions légales favorables. Ainsi, en tant qu'autorité ayant requis l'admission, les familles des personnes aliénées sont à même de pouvoir retirer ceux-ci de l'asile quand elles l'estiment nécessaire sans que les médecins ne puissent s'y opposer. Cette capacité des familles à intervenir dans les modalités de sortie de la maison de santé est étudiée dans la prochaine section.

VI. Sortir un proche de l'asile

Après avoir été amenés, diagnostiqués puis internés à la maison de santé de Schaerbeek, les patients connaissent différentes destinées. Si une majorité

décède à l'asile (38 %), d'autres sont déclarés guéris (20 %) ou améliorés (18 %), d'autres encore sont transférés vers d'autres institutions (14 %) et d'autres enfin sont renseignés « réclamés non guéris » (10 %)¹⁰³. L'examen de l'évolution des modes de sorties entre 1853 et 1914 dévoile une tendance de fond : la multiplication des cas jugés incurables. Au fil du temps on remarque, en effet, une diminution du taux de guérison, une augmentation du taux de décès et un allongement de la durée des internements. Ce phénomène de chronicisation des troubles mentaux, observable à des degrés divers au sein de chaque asile en Europe à la fin du XIX^{ème} siècle, participe, selon la littérature, au discrédit de l'institution asilaire et de la fonction aliéniste jugées incapables de soigner les maladies mentales¹⁰⁴. À l'optimisme scientifique des médecins réformistes du début du XIX^{ème} siècle se substitue le sombre déterminisme des théories de l'hérédité-dégénérescence. Elaborées par le médecin français Benedicte Auguste Morel à la fin des années 1850, ces théories consacrent le rôle central des prédispositions héréditaires dans le développement des pathologies¹⁰⁵. Exerçant une grande influence au sein de la psychiatrie européenne dans la seconde moitié du XIX^{ème} siècle, elles acquièrent une position hégémonique dans les diagnostics médicaux des aliénistes de la maison de santé de Schaerbeek¹⁰⁶. Cependant, malgré le pessimisme des médecins quant à la curabilité des patients et les doutes du public, les familles ne semblent pas délaisser l'institution asilaire dans leurs stratégies de prise en charge des personnes aliénées. L'asile demeure en effet, à l'aube du XX^{ème} siècle, un outil fondamental de la gestion de crises familiales.

102. Copie de la lettre du ministre de la Justice aux directeurs des asiles pour aliénés du 10 août 1907 et relative au pouvoir discrétionnaire du médecin-chef dans l'organisation des visites aux patients, (Archives du CHJT, *Registre dépêches ministérielles 1876-1923*).

103. Ces pourcentages sont basés sur les modes de sorties de 1144 patients internés à la maison Schaerbeek entre 1853 et 1914.

104. YOHAN TRICHET, "Les services des délinquants des hôpitaux : un débat au tournant du XX^e siècle" in *L'évolution psychiatrique*, v. 78, 2013, p. 221.

105. BÉNÉDICTE AUGUSTE MOREL, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades*, Paris, 1857, p. 565.

106. Dans le premier modèle de registres médicaux (1865-1875), aucune entrée n'est dédiée à la question de l'hérédité-dégénérescence. Dans le second modèle (1875-1894), il est demandé de renseigner le degré de parenté entre la mère et le père du malade mais aussi leurs états de santé respectifs ainsi qu'une série d'informations relatives aux antécédents familiaux sur le plan de la santé mentale. Dans le troisième modèle (1894-1914), il est désormais également nécessaire de préciser tout signe de dégénérescence physique.

« Réclamé non guéri », telle est la mention employée par les médecins pour spécifier la sortie précipitée d'un malade à l'initiative de sa famille. En effet, si l'admission procède de leur décision, la loi les autorise à retirer leur parent de l'asile quand bon leur semble sans que les médecins de l'établissement ne puissent s'y opposer. Leurs motivations peuvent être liées à plusieurs facteurs, notamment à une probable crise de confiance vis-à-vis de l'asile et de la capacité de ce dernier à soigner. Ainsi, après les premiers mois d'internement, déterminants dans les chances de guérison, il est possible que certaines familles, confrontées à l'absence de résultats tangibles, ne croient plus en la capacité de soigner de l'institution et décident dès lors de mettre un terme à l'internement de leur parent¹⁰⁷.

Un autre motif pouvant favoriser une sortie précoce, maintes fois cité dans les registres, est la croyance des familles dans la guérison supposée de leur proche. Percevant une forme de rémission dans l'état mental de leur proche, elles décident, contre l'avis des autorités médicales, de reprendre avec elles le proche interné. Rose B. est amenée à l'asile en 1876 à la demande de son conjoint car elle « se figure atteinte d'une maladie grave qui peut l'emporter à tout moment ». Six mois plus tard, le médecin constate que « son mari, accompagné de son fils et de son beau-fils, est venu reprendre madame B. en disant qu'elle n'est pas folle ». Néanmoins, ses proches reviennent rapidement sur leur décision devant l'impossibilité de contrôler les accès de l'ex-internée. Le lendemain, le médecin écrit, en effet, dans le registre qu'« ils ont changé d'avis pendant la nuit, car aujourd'hui à 9 heures, ils ramenaient la malade en disant qu'elle avait fait du tapage toute la nuit »¹⁰⁸. Parfois, les médecins mettent en garde les familles du danger de la libération trop précoce d'un malade qui n'est pas encore pleinement rétabli. Quand les proches de Georges A., interné pour une « démence paralytique » à la demande de son

épouse, retirent le patient de l'asile, c'est contre l'avis du médecin qui considère que celui-ci est encore malade et dangereux¹⁰⁹. Pouvant constituer un risque pour les autres, ces patients réclamés par leur famille peuvent aussi présenter un danger pour eux-mêmes. Ainsi, Marie-France V. entre à l'asile à la demande de sa sœur car elle avait essayé de se suicider en se tailladant les veines à son domicile. Diagnostiquée « mélancolique », elle demeure quelques semaines à la maison de santé avant que sa sœur ne décide de la reprendre et ce, malgré l'opposition du médecin. À peine six jours après sa sortie, elle parvient à échapper à la vigilance de ses proches et se suicide¹¹⁰.

La conviction des familles en la guérison de leur proche colloqué peut être appuyée par l'avis du médecin traitant qui adopte alors le rôle d'intercesseur, de relais d'influence entre l'institution et les familles. En effet, le médecin traitant, dont l'autorité médicale et morale est reconnue par les familles, permet, en apportant son avis « d'expert », de créditer une décision de sortie précoce émise par une entité « profane » comme la famille de l'interné. Deux mois après son admission à l'asile, la sortie prématurée de Théophile C., atteint de « folie organique syphilitique », fait suite à une décision de famille au sein de laquelle l'avis du médecin traitant fut écouté et suivi. Malgré les recommandations contraires du médecin aliéniste, Théophile C. retrouve les siens. Néanmoins, le malade, pris d'une crise aiguë, retourne un mois plus tard à la maison de santé¹¹¹.

Les retours problématiques à l'asile de Rose B., Georges A., Marie-France V. et Théophile C. ne peuvent cependant être généralisés à l'ensemble des patients sortis précipitamment à la demande des familles contre l'avis des médecins. En effet, seules les personnes qui reviennent à la maison de santé sont renseignées dans les registres. Pour les autres, il est probable qu'une

107. Cette hypothèse est notamment évoquée par DAVID WRIGHT, *Getting out...*, p. 152.

108. Rose B., (Archives du CHJT, *Registre matricule - Femmes* - v. 5).

109. Georges A., (Archives du CHJT, *Registre médical - Hommes*, v. 5).

110. Marie-France V., (Archives du CHJT, *Registre médical - Femmes*, v. 7).

111. Théophile C., (Archives du CHJT, *Registre médical - Hommes*, v. 6).

forme de calme retrouvé à défaut d'une pleine restitution de la raison soit suffisante pour les familles. Il est possible aussi que des soins communautaires prennent le relais, le domicile (re) devenant dès lors un « asile informel ».

Loin d'être singulier à la maison de santé de Schaerbeek, cette propension des familles à considérer hâtivement leur proche guéri quand l'état de celui-ci n'est pour les médecins que légèrement et très temporairement amélioré rappelle la constante négociation entre aliénistes et public quant à l'appréciation d'un état normal ou pathologique¹¹². La relation de compréhension, la culture partagée du concept de folie entre médecin et famille peut ne pas perdurer après l'entente initiale qui a conditionné l'admission et les premiers traitements. Outre la difficulté d'établir et de garder une même conception de la maladie mentale et de sa prise en charge entre médecins et public, peut apparaître un ensemble de préoccupations divergentes entre ces deux types d'acteurs. Ainsi, tandis que les médecins vont accorder la primauté à la question médicale, les familles peuvent être sensibles aux enjeux économiques et relationnels d'un internement qui se prolonge et ce, au détriment des enjeux thérapeutiques.

Face à la capacité légale des familles, en tant qu'autorité ayant requis l'admission, de pouvoir retirer quand bon leur semble leur proche interné, les médecins peuvent intervenir auprès des pouvoirs publics pour qu'un malade demeure à l'asile malgré le souhait contraire de son entourage. Ainsi, Edgar D. B., interné pour une « ménin-go-encéphalite diffuse chronique », est réclamé par son épouse « pour rentrer chez lui et y être soigné ». Le médecin, opposé à une sortie prématurée, prévient l'administration communale qui envoie à l'asile son médecin. Ce dernier soutient l'avis du médecin aliéniste et un arrêté de collocation est pris à l'égard d'Edgar D. B. qui reste donc interné¹¹³. Bien que très rarement mobilisé,

ce moyen de résistance des aliénistes face à la volonté des familles rappelle les limites du pouvoir décisionnel de ces dernières dans les processus d'élargissement. Les médecins de l'asile, instruits de la législation relative au régime des aliénés et intégrés dans un réseau médico-administratif de la santé mentale, peuvent *in fine* garder le dernier mot dans les décisions de sortie des patients.

Si la famille n'est pas responsable de l'admission mais que celle-ci est le fait de l'autorité communale, elle peut cependant influencer les décideurs afin de précipiter une sortie. Interné pour manie délirante, Jules D. en est à sa deuxième collocation à l'asile de Schaerbeek en cette année 1891. Admis à la demande du collège des bourgmestre et échevins, il est autorisé à sortir après quelques mois grâce à l'appui de sa femme. Une enquête de la police diligentée à l'initiative de l'autorité communale, responsable de l'internement, a permis de s'assurer que la femme de Jules D. est « à même d'entourer son mari des soins et de la surveillance qu'exige son état ». Ce premier avis favorable de la police est suivi par celui du médecin aliéniste, garantissant ainsi le retour du malade à son domicile auprès de son épouse¹¹⁴.

Les familles des patients peuvent également intervenir dans les transferts. Certaines estiment impossible de maintenir une collocation jugée trop onéreuse dans un établissement tel que l'asile de Schaerbeek et optent dès lors pour une institution destinée à une patientèle moins favorisée. Ainsi, Joseph H., dont les frais d'internement à la maison de santé de Schaerbeek sont pris en charge par son employeur, est transféré après trois mois à l'asile d'Evere. Son épouse demande en effet au directeur de l'asile de Schaerbeek « le transfert de mon mari [...] dans la maison de santé tenue par M. Denayer Dupond à Evere pour y être placé aux frais de l'Etat »¹¹⁵. D'autres motivations, comme une trop grande distance géographique entre l'asile et les lieux de vie des familles,

112. PATRICIA E. PRESTWICH, *Family strategies...*, p. 93-94.

113. Edgar D. B., (Archives du CHJT, *Registre médical – Hommes*, v. 9).

114. Jules D., (Archives du CHJT, *Registre médical – Hommes*, v. 5).

115. Joseph H., (Archives du CHJT, *Registre matricule – Femmes et hommes*, v. 1).

peuvent aussi justifier les demandes de transfert des familles. C'est notamment le cas des aliénés étrangers, souvent des voyageurs de commerce qui, pris d'un accès de folie en Belgique, sont initialement internés dans un asile du Royaume avant d'être réclamés par leur famille dans leur pays d'origine¹¹⁶.

Enfin, les familles peuvent favoriser le retour au foyer d'un de leur membre interné à travers des mesures d'élargissement progressif où une relative liberté est accordée au patient sous réserve d'une stricte surveillance de son entourage. Prosper V. et Joël M., deux patients colloqués à la maison de santé, bénéficient ainsi de sorties accompagnées dites « à la journée ». Le premier interné pour « dipsomanie » par son fils, connaît des jours difficiles à l'asile car « il est triste et présente un affaiblissement des facultés dû à des excès de boissons alcooliques répétés ». Ne buvant toutefois plus, son état s'améliore et des sorties hebdomadaires le dimanche en compagnie de sa fille sont dès lors autorisées. Au regard de celles-ci, les médecins vont juger de sa réadaptation en société; les sorties seront soit étendues soit restreintes. Ainsi, Prosper V. qui, malgré les recommandations de sa fille de ne pas boire, parvient à lui fausser compagnie et revient « complètement ivre à la maison, entouré d'une foule de gamins », voit ses sorties rapidement interdites¹¹⁷. Joël M. connaît une expérience similaire. Atteint d'un « affaiblissement des facultés mentales », ce jeune homme de 25 ans est autorisé à sortir de l'asile en compagnie de sa mère l'espace d'une journée. Cependant, malgré cette surveillance familiale, Joël M. « est parvenu à s'échapper en prétendant un besoin pressant, est allé vendre l'argenterie qu'il avait chez lui et, sur le produit de cette vente, il a mené la vie des plus désordonnées pendant deux nuits et un jour »¹¹⁸. Ainsi, les familles de Prosper V. et de Joël M., bien que garantes de la bonne tenue de leurs proches dans l'espace public, ne parviennent pas

à assurer un contrôle permettant de prévenir les accès de ces derniers. Censés participer à un réapprentissage progressif des normes sociales en vue d'une hypothétique sortie définitive, ces moments de liberté peuvent produire l'effet contraire et renforcer la conviction des médecins et de la famille de la nécessité de maintenir le malade interné.

Outre les sorties « à la journée », nombre de patients quittent l'asile pour de plus longues périodes à travers des sorties dites « à l'essai ». Particulièrement usitées à la maison de santé à partir des années 1880, elles sont majoritairement effectuées à la demande des familles. Celles-ci négocient avec les autorités médicales, et parfois également avec les pouvoirs publics, la faisabilité d'un élargissement encadré offrant aux médecins l'assurance de maintenir soins et surveillance à domicile. En retour, ces familles jouissent de la garantie qu'elles pourront, si des difficultés apparaissent, rapidement réintégrer la personne convalescente sans trop de formalités administratives.

C'est ce mode de sortie progressive qui est adopté pour Violette H. Colloquée à la demande de sa mère à l'été 1881, cette jeune femme divorcée est internée une année à l'asile avant qu'une sortie à l'essai soit permise. Effectuée sur le conseil du médecin de famille, Violette H. est cependant rapidement réintégrée à l'asile conséquemment à ses accès d'agitation. À l'hiver 1882, sa santé s'étant améliorée, il lui est permis de sortir de nouveau à l'essai sous réserve de s'installer chez sa mère afin de recevoir les soins et l'accompagnement nécessaires à son état. Ainsi se prolonge au-delà des portes de l'asile, le contrôle social de l'institution dont les visées normatives et médicales sont désormais assumées par la famille¹¹⁹. À la fin de l'hiver 1883, trois mois après sa seconde sortie à l'essai, le médecin aliéniste renseigne dans le registre la sortie définitive de Violette H., désormais guérie¹²⁰.

116. Voir, notamment, le cas de Hermant B., (Archives du CHJT, *Registre médical – Hommes*, v. 6).

117. Prosper V., (Archives du CHJT, *Registre médical – Hommes*, v. 4).

118. Joël M., (Archives du CHJT, *Registre médical – Hommes*, v. 5).

119. ANATOLE LEBRAS, *L'asile d'aliénés...*, p. 186.

120. Violette H., (Archives du CHJT, *Registre médical – Femmes*, v. 4).

VII. Conclusion

Les familles constituent une entité fondamentale dans les processus d'internement à la maison de santé de Schaerbeek. Ce sont en effet très majoritairement elles qui décident de l'entrée d'un de leur membre à l'asile, qui offrent le récit de la maladie pour l'établissement des diagnostics, qui brisent l'isolement des patients colloqués et permettent leur sortie précipitée. Si des dispositions légales favorables couplées à un capital économique et social élevé offrent aux familles de patients des marges de manœuvre importantes, leur pouvoir n'est pas absolu mais bien partagé avec d'autres acteurs avec lesquels elles doivent négocier les possibilités et les modalités de l'internement psychiatrique.

Ces formes de négociation apparaissent tout d'abord au sein mêmes des familles quand il s'agit d'établir un consensus entre ses membres quant à l'opportunité d'un placement à l'asile. La possibilité d'une admission est ensuite débattue avec les autorités médicales et administratives de l'asile, voire avec les pouvoirs publics. Les familles vont narrer le récit de la maladie, témoigner de l'expérience du trouble au quotidien. Si leurs arguments sont validés, émerge un premier accord qui permet l'internement. Cependant, des dissensions peuvent apparaître et mettre à mal les formes de coalitions initiales. Animés par des intérêts divergents, parfois même antagonistes, le triumvirat du pouvoir asilaire, constitué des familles, des autorités asilaires et des pouvoirs publics, peut être confronté à des oppositions internes. Entre visées sécuritaires ou médicales, entre préoccupations affectives ou commerciales, entre respect de la liberté individuelle ou tranquillité des foyers, les motifs de désaccord sont nombreux. Ainsi, les premières formes d'entente nécessaires au placement doivent être renégociées en vue de satisfaire les visées propres à chacun des partis. Loin

d'être fixées *ad vitam aeternam*, les formes de l'internement sont ainsi constamment renouvelées en fonction des rapports de force entre les différents détenteurs du pouvoir asilaire.

Entre le milieu du XIX^{ème} siècle et le début de la Première Guerre mondiale, les familles mobilisent de plus en plus souvent les services de la maison de santé dans leurs stratégies plurielles de prise en charge des personnes aliénées et ce, au détriment des pouvoirs publics dont l'intervention se tarit au fur et à mesure des décennies. Selon Michel Van de Kerchove, cette tendance peut s'expliquer par un double mécanisme de diminution de la criminalisation des aliénés et d'augmentation de la médicalisation de la maladie mentale, préconditions à un changement de regard des familles sur l'asile¹²¹.

Dans les bulletins de la Société de Médecine Mentale de Belgique (SMMB), on remarque que c'est bien cette prise en charge de la folie, à la fois médicalisée et déjudiciarisée, que tâche de renforcer l'aliéniste de la maison de santé de Schaerbeek, Odilon Boulengier. Médecin-chef de l'établissement de la famille Maeck pendant plus de vingt ans, il emploie en effet son mandat de membre de la SMMB au début du XX^{ème} siècle à la promotion d'une forme d'internement simplifiée, c'est-à-dire débarrassée de l'encadrement formel des pouvoirs publics. Selon lui, la création de sections asilaires pour les nombreux malades nerveux, où les formalités d'admission jugées pénibles pour les familles (sic) seraient largement restreintes, est une nécessité. Outre le fait que « cette mesure aurait pour résultat d'améliorer la situation des asiles et permettrait aux directeurs de donner satisfaction aux demandes des médecins, par exemple, en ce qui concerne les installations scientifiques », elle rassurerait l'entourage des patients inquiet des contraintes d'une véritable collocation¹²². Quelques années plus tard, en 1910, est fondé, à l'initiative du

121. MICHEL VAN DE KERCHOVE, *Le juge et le psychiatre...*, p. 324-329.

122. Voir le compte-rendu des séances de la Société de Médecine Mentale de Belgique du 30 mai 1903 et du 26 septembre 1903 dans : *Bulletin de la Société de Médecine Mentale. Années 1903*, Bruxelles, s.d., p. 180-184 & 319-327.

directeur de la maison de santé de Schaerbeek, le sanatorium de Jette, premier service ouvert dédié aux malades mentaux en Belgique. Prisés par de nombreuses familles de patients de la maison de santé, Odilon Boulengier n'a guère le

temps d'apprécier ces nouveaux services ambulatoires¹²³. Après vingt-trois années à assumer la direction médicale de l'asile de Schaerbeek, il prend sa retraite en 1913 et décède trois années plus tard¹²⁴.

Samuel Dal Zilio est diplômé en Histoire contemporaine de l'Université libre de Bruxelles depuis septembre 2020. Il est l'auteur d'un mémoire intitulé « L'asile de Schaerbeek : entre monde médical et monde social : contribution à l'histoire de la psychiatrie en Belgique (1850-1914) » réalisé sous la direction de Kenneth Bertrams. Lecteurs : Benoît Majerus, Renaud Bardez et Pieter Lagrou. Doctorant en Histoire à l'université du Luxembourg depuis juin 2021, il travaille actuellement à une thèse intitulée « Parcours de vie de patient(e)s. Hétérogénéité des institutions » sous la direction de Benoît Majerus.

123. Cet établissement, rebaptisé depuis lors « Clinique Sans Soucis », est toujours actif de nos jours, voir : Clinique Sans Soucis a.s.b.l. [En ligne]. <<http://www.sans-souci.be/clinique/histoire/>> (consulté le 30 juillet 2021).

124. *Le Bruxellois : journal quotidien indépendant*, 13 novembre 1916, p. 3.