

Introduction

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

Entendre la voix du patient

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La prise en compte du patient psychiatrique dans une histoire de la médecine est d'autant plus nécessaire au xx^e siècle que son statut connaît un changement important. Comme Nikolas Rose l'a argumenté une première fois il y a bientôt vingt ans, le monde « psy » a profondément changé la manière dont les hommes et les femmes se définissent eux-mêmes. L'individu dans sa subjectivité, dans son « self » devient un objet d'étude, mais aussi un sujet qui agit lui-même sur ce « soi ». Rose montre que la nouveauté de ce xx^e siècle est la nécessité pour chaque individu d'inventer sa propre subjectivité. Il rejoint dans cette analyse d'une certaine manière, le sociologue Alain Ehrenberg qui propose une argumentation similaire. Dans cette optique, l'individu a une responsabilité beaucoup plus grande : une personne considérée comme malade n'est donc plus seulement objet, mais également sujet de sa propre trajectoire. Cette « invention de nous-mêmes »⁸

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

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

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

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

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

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

« Au ras du sol »

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La psychiatrie au XX^e siècle

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

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

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

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

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

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

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

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

21. CHRIS VAN DER HEIJDEN, *Grijs Verleden. Nederland en de Tweede Wereldoorlog*, Amsterdam, Uitgeverij Contact, 2001.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

L'archive

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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