

# LA CONSULTATION D'HYGIÈNE MENTALE, LE PATIENT ET LE PSYCHIATRE (BELGIQUE, 1920-1940)

- *Veerle Massin* -

## Introduction

L'évolution de la prise en charge médicale et psychiatrique, l'émergence et le développement des pratiques et structures de soin restent des domaines qui ont été peu étudiés pour l'Europe du 20<sup>e</sup> siècle<sup>1</sup>. L'entre-deux-guerres a été particulièrement délaissé par les historiens<sup>2</sup>, alors que cette période témoigne d'une série de transformations qui mériteraient plus d'attention : mutation progressive de l'espace psychiatrique, recherches et perfectionnement dans le champ des médicaments et traitements, diversification des populations concernées par la prise en charge, entre autres. Le mouvement d'hygiène mentale, symptomatique de ces transformations, est un axe d'approche intéressant pour mesurer l'évolution de la psychiatrie, ses relations avec les autres disciplines médicales, la manière dont celle-ci est peu à peu acceptée et mobilisée par la société civile. Pour la Belgique, l'hygiène mentale n'a pas encore été étudiée<sup>3</sup>. Cet article a pour objectif de répondre à ce vide historiographique en tentant de dresser un portrait concret de ce qu'a pu être la pratique d'hygiène mentale, dans un lieu et à un temps donnés, partant des archives de la pratique – celles-ci étant remises dans leur contexte notamment à travers un examen du discours scientifique d'époque.

Le mouvement d'hygiène mentale est à son apogée dans les années 1920 et 1930, en Belgique comme à l'international. Ce mouvement témoigne d'une certaine prise d'indépendance de la discipline psychiatrique par rapport aux institutions de type asilaire. Alors que la psychiatrie s'est constituée au cœur de l'asile tout au long du 19<sup>e</sup> siècle, notamment à travers le soutien progressif apporté par l'État aux médecins qui y pratiquent, les médecins aliénistes, anthropologues et psychiatres diversifient leur champ d'action dès la fin du 19<sup>e</sup> siècle : expertises médico-légales<sup>4</sup>, étude de l'enfant dit arriéré<sup>5</sup>, examen des détenus en milieu carcéral<sup>6</sup>, enfin participation active et globale à la prise en charge des personnes dites aujourd'hui vulnérables<sup>7</sup> ou « à risque<sup>8</sup> ». Dans le cadre d'une intervention diffuse voulue par l'État, les juristes, l'Église et divers groupes de philanthropes, le mouvement hygiéniste prend de l'ampleur, avec pour

objectif une surveillance et une action accrues sur les individus susceptibles de porter atteinte aux intérêts du bien public, de la nation et de la « race », tels qu'alcooliques, dégénérés, tuberculeux, syphilitiques<sup>9</sup>. Le mouvement d'hygiène mentale résulte de cette action globale et a pour objectif de permettre à la psychiatrie d'approcher, d'examiner et éventuellement de traiter des populations plus larges que celles des seuls aliénés, notamment par le biais de la mise en place de dispensaires, structures dites ouvertes qui sont organisées en dehors de l'asile, généralement en milieu hospitalier dit généraliste.

La recherche exposée ici consiste en l'étude d'un registre de l'un des premiers dispensaires d'hygiène mentale organisé en Belgique, à savoir celui de la ville de Louvain (Leuven), située en Brabant, au cœur de la Belgique. Le registre de consultation court

1. GERALD N. GROB, *The Mad Among Us. A History of the Care of the Mentally Ill*, New York, The Free Press, 1994; NICOLAS HENCKES, « Reforming psychiatric institutions in the mid-twentieth century: a framework for analysis », *History of Psychiatry*, 2011, p. 164-181. BENOÎT MAJERUS, *Parmi les fous. Une histoire sociale de la psychiatrie au 20<sup>e</sup> siècle*, Rennes, PUR, 2013, p. 263-265. 2. HERVÉ GUILLEMAIN, *Chroniques de la psychiatrie ordinaire. Patients, soignants et institutions en Sarthe*, La Reinette, 2010; ISABELLE VON BUELTZINGSLOEWEN, « Réalités et perspectives de la médicalisation de la folie dans la France de l'entre-deux-guerres », *Genèses*, 82/1, 2011, p. 52-74. 3. Voir toutefois : BENOÎT MAJERUS, *Parmi les fous. Une histoire sociale de la psychiatrie au 20<sup>e</sup> siècle*, Rennes, PUR, 2013, p. 257, 263-265. 4. KAREL VELLE, « Medisch onderwijs en professie : de gerechtelijke geneeskunde in België in de 19de eeuw, *Gewina*, 16/3, 1993, 57-72 ; FRÉDÉRIC CHAUVAUD, *Les experts du crime, la médecine savante en France au 19<sup>e</sup> siècle*, Paris, Aubier, 2000 ; FRÉDÉRIC CHAUVAUD, LAURENCE DUMOULIN, *Experts et expertise judiciaire. France 19<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> siècles*, PUR, Rennes, 2003. 5. BENOÎT MAJERUS, VÉERLE MASSIN, *Des psychiatres et des enfants : une histoire belge autour du congrès de 1937*, Revue d'histoire de l'enfance irrégulière, 18, 2016, p. 149-166. 6. BERT VAN HULLE, « La comptabilité morale : une véritable science des hommes criminels? », *Société française pour l'histoire des Sciences de l'Homme*, vol. 33, 2009, p. 8-15 ; RAF DE BONT, « Louis Vervaeck en de Belgische criminele antropologie, circa 1900-1940 », *Cahiers d'histoire du Temps Présent*, 9 2001, p. 63-104. 7. AXELLE BRODIEZ-DOLINO, ISABELLE VON BUELTZINGSLOEWEN, BENOÎT EYRAUD, CHRISTIAN LAVAL et BERTRAND RAVON (dir.), *Vulnérabilités sanitaires et sociales, De l'histoire à la sociologie*, Rennes, PUR, 2014. 8. DAVID NIGET, MARTIN PETITCLERC, *Pour une histoire du risque. Québec, France, Belgique*, Presses universitaires du Québec/Presses universitaires de Rennes, Québec/Rennes, 2012. 9. JO TOLLEBEEK, GEERT VANPAEMEL, KAAAT WILS, *Degeneratie in België (1860-1940). Een geschiedenis van ideeën en praktijken*, Leuven University Press, 2003 ; JO TOLLEBEEK, LIESBETH NYS, HENK DE SMAELE, KAAAT WILS, *De Zieke Natie, Over de medicalisering van de samenleving, 1860-1914*, Historische Uitgeverij, 2002.

de 1924 à 1941 et nous permet d'entrer littéralement dans la clinique d'hygiène mentale, afin d'observer : quelles sont les personnes qui consultent le médecin-psychiatre, via le dispensaire, à cette période ; comment ces personnes entrent en contact avec le médecin psychiatre et la pratique psychiatrique ; quel est le champ d'action du médecin-psychiatre en ce temps dit d'empirisme thérapeutique<sup>10</sup> ; comment se redéfinissent les espaces psychiatriques et spécifiquement l'institution fermée (toujours appelée asile) et l'hôpital dit ouvert, à travers la consultation.

A travers ces différentes questions ciblées, ce registre nous donne la possibilité de mieux comprendre l'extension du champ psychiatrique dans la société belge d'entre-deux-guerres<sup>11</sup>, mais aussi les liens qui ont pu s'établir entre les notions de trouble ou détresse social(e), d'enfermement et de maladie mentale. Au-delà du focus médical, l'idée est aussi d'identifier quels sont les comportements qui ont pu être considérés comme des transgressions (normatives, sociales, morales) motivant l'action psychiatrique, l'objectif avoué du mouvement d'hygiène mentale étant aussi de réguler voire de contrôler les individus présentant un risque social<sup>12</sup>. Ainsi, l'étude a pour objectif d'inscrire la maladie mentale dans une

historicité, en la considérant à la fois comme construction médicale et construction sociale<sup>13</sup>.

Enfin, notons qu'alors que la législation belge réglant l'institutionnalisation en psychiatrie oblige à une séparation stricte des sexes<sup>14</sup>, l'opportunité de pouvoir analyser la pratique d'examen et de diagnostic d'un même service psychiatrique (voire d'un même médecin) à l'égard d'hommes et de femmes, de filles et de garçons, ne doit pas être négligée : une attention particulière est donc portée ici aux différenciations de genre tant au niveau des causes de consultation que des interventions mises en place (ou pas) par le médecin.

## I. L'hygiène mentale en Belgique et le dispensaire de Louvain

La *Ligue belge d'hygiène mentale* est créée en 1922, « inspirée et provoquée » par le modèle américain<sup>15</sup>. Ce modèle américain est alors vu comme un projet de traitement plus « rationnel » et « plus humain » de la maladie mentale<sup>16</sup>. Dès le départ et jusqu'en 1945, les objectifs exprimés par la ligue sont de détecter, prévenir et guérir les maladies mentales, à l'aide d'une action de « propagande » qui fasse admettre à la population que celle-ci

10. JEAN-NOËL MISSA, *Naissance de la psychiatrie biologique: Histoire des traitements des maladies mentales au XXe siècle*, Paris, PUF, 2006. 11. Sur cette question, cf. HERVÉ GUILLEMAIN (dir.), *Extension du domaine psy*, Paris, PUF, 2014. 12. Sur ce sujet, voir aussi : ISABELLE PERREAULT, *Psychiatrie et ordre social. Analyse des causes d'internement et des diagnostics donnés à l'Hôpital Saint-Jean de Dieu, dans une perspective de genre, 1920-1950*, Thèse de doctorat en Histoire, Université d'Ottawa, 2009. 13. THOMAS SZASZ, *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*, New York, PAUL B. HOEBER, 1961 ; IAN HACKING, *Rewriting the Soul*, Princeton, Princeton University Press, 1995 ; NIKOLAS ROSE, *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton, Princeton University Press, 2006. 14. « Loi sur le régime des aliénés, 18 juin 1850 – 28 décembre 1873 », article 3, 2., *Pandectes belges*, t. 7, Bruxelles, 1882, p. 70. 15. AUGUSTE LEY, « Mr Clifford Wittingham Beers et le mouvement d'hygiène mentale en Amérique », *Journal belge de Neurologie*, 1923, p. 56-57. 16. MARCEL ALEXANDER, « Les limites de l'hygiène mentale », *Journal belge de Neurologie*, 1935, p. 241-248.

peut *consulter* pour se faire aider et soigner. Le mouvement a pour but avoué d'étendre l'influence des psychiatres en dehors de l'asile<sup>17</sup>. Dès le départ, les acteurs du mouvement belge d'hygiène mentale s'expriment sur la nécessité d'effectuer un meilleur *tri* des malades mentaux, afin de distinguer les aliénés qui doivent absolument être placés en institution fermée des autres, qui peuvent être traités sans avoir recours à un internement au sens strict (appelé en Belgique collocation<sup>18</sup>). Très tôt, la possibilité d'examiner les patients dans des « sortes de polycliniques » est envisagée<sup>19</sup>, afin de permettre de « traiter librement les malades<sup>20</sup> », en dehors du cadre strict défini par la loi. Très vite après la création de la ligue, deux dispensaires sont créés (à Bruxelles et Gand) et les psychiatres belges s'investissent dans le mouvement, à l'instar de son fondateur Auguste Ley, notamment à travers des publications qui font la promotion des pratiques hygiénistes<sup>21</sup>. Dès le départ, l'action des dispensaires serait particulièrement orientée vers les enfants<sup>22</sup>.

Pour l'espace belge, la répartition géographique et chronologique des dispensaires est mal connue, de même que les modalités de leur création et la pratique que les médecins psychiatres y mettent en place. Un registre de psychiatrie, issu de l'ancien hôpital civil de Louvain et conservé aux archives de l'Université de Louvain<sup>23</sup>, a toutefois attiré notre atten-

tion. Après un examen attentif de la source et alors que celle-ci n'est pas inventoriée comme telle, il s'est avéré que ce registre de psychiatrie, qui court de 1924 à 1941, est bel et bien le registre de consultations du dispensaire d'hygiène mentale de la ville de Louvain, l'un des premiers à être mis en place pour l'espace belge. Les notes du médecin confirment la nature des consultations: « après l'examen auquel je l'ai soumis au Dispensaire d'Hygiène mentale... », « Ce sujet ne retire aucun bénéfice de ses visites au Dispensaire d'Hygiène mentale ». Quelques cartes de visite, glissées dans le registre, permettent d'en savoir plus: « Prof. D'Hollander. Maladies du Cerveau. Consultations gratuites le jeudi à 11h<sup>24</sup> ». Le registre confirme l'identité du médecin qui pratique au dispensaire: « Je soussigné Professeur D'Hollander, professeur à l'université de Louvain, certifie avoir examiné ce jour...<sup>25</sup> ». Fernand D'Hollander est un personnage bien connu du monde de la psychiatrie belge de l'entre-deux-guerres, et en particulier de la ville de Louvain. Au début des années 1920<sup>26</sup>, il a déjà une expérience variée de la pratique en psychiatrie: il a été chef de section (1905) à la colonie de Gheel, dont la spécificité est d'accueillir les malades dans le cadre familial; il a été médecin-chef à l'asile de Mons (1908), seul asile psychiatrique d'Etat pour femmes, réputé pour accueillir les cas lourds; depuis 1919, il est professeur de « pathologies mentales » à

17. *Ibid.* 18. *Cf. infra.* 19. *Journal de Neurologie*, 1923. 20. *Journal de Neurologie*, 1924. 21. Voir notamment le *Journal de Neurologie* et la *Revue de Droit pénal et de criminologie*. 22. GUILLAUME VERMEYEN, « L'assistance des enfants anormaux au dispensaire d'hygiène mentale de Bruxelles », *Congrès des médecins neurologistes et aliénistes de France et des pays de langue française*, 32<sup>e</sup> session, Paris, Masson et Cie, 1928, p. 395. 23. Archives de l'Université de Louvain (AUL), Registre médical de l'hôpital Saint-Pierre de Louvain (RMHSPL), n°3. Je tiens à remercier Julie De Ganck pour m'avoir orientée vers ce registre. 24. AUL, RMHSPL, Carte de visite insérée au registre. 25. AUL, RMHSPL, n°1003. 26. Si le registre débute en 1924, nous pouvons penser que le dispensaire ouvre à cette date, mais nous ne pouvons pas le confirmer autrement.

l'Université de Louvain et il devient, la même année, médecin-chef de l'asile psychiatrique pour femmes des Sœurs Noires de Louvain. Au cours des années 1920, il participe à l'examen anthropologique des détenus de la prison de Louvain<sup>27</sup>. Quatre ans après avoir pris en charge le dispensaire d'hygiène mentale de l'hôpital Saint-Pierre de Louvain, il devient médecin-chef de l'Hôpital de Lovenjoul, qui est le nouvel hôpital psychiatrique pour femmes de l'Université de Louvain. Parallèlement à sa pratique psychiatrique en institutions fermées et à ses enseignements, il continue à accueillir des patients à la consultation d'hygiène mentale, au moins jusque 1941 quand le registre est clôturé, car complet<sup>28</sup>. La graphie et les notes du registre révèlent que D'Hollander ne pratique pas seul au dispensaire, même si l'identité et le statut de ses assistant.e.s ne sont pas connus. Après quelques années, la présence du Dr Rouvroy, lui aussi médecin psychiatre, est confirmée<sup>29</sup>, bien que D'Hollander y pratique toujours. Au vu du parcours et de l'expérience de D'Hollander, il est probable que la création du dispensaire soit le résultat d'une dynamique entre l'action de la Ligue belge d'Hygiène mentale, la commune de Louvain, l'Université de Louvain et lui-même.

Le registre de consultation contient les notes prises par le médecin ou par son assistant.e au cours de l'examen : il s'agit d'un registre relativement peu formaté puisqu'à l'exception des trois cases imprimées sur chaque page, destinées à recueillir les notes de consultation, aucun paramètre n'est prédéfini. Le médecin

écrit librement et ses notes varient d'un cas à un autre. S'il indique avec régularité l'âge et la ville d'origine des patients, le nom n'est pas toujours précisé tandis que le sexe n'est jamais spécifié, ce qui oblige parfois à une lecture complète de la notice pour en savoir plus. Régulièrement, le médecin indique en quelques lignes les résultats de son échange avec le malade ou le(s) proche(s) qui l'accompagne(nt). En fonction du profil ou des spécificités de la consultation, il s'arrête sur l'hérédité du patient, sur ses conditions de vie, l'interroge sur ce qu'il sait ou ne sait pas, note les résultats des examens somatiques effectués. Dans de nombreux cas, le registre permet de savoir si les patients viennent de leur propre initiative, s'ils sont accompagnés, s'ils sont envoyés par un médecin, par une institution, par un autre service de l'hôpital voire par le parquet. Les décisions, conseils ou ordonnances faits au terme de la consultation sont notés avec régularité (placement, transfert, traitement médical à domicile, nécessité d'examens supplémentaires) ce qui permet de penser que certains patients, pour lesquels rien n'est indiqué, sont simplement renvoyés chez eux sans traitement ni volonté de transfert ou placement. Ainsi, les notices de consultation, même limitées, sont très riches d'informations. Si les données sont difficilement sérialisables, puisqu'elles varient très fort d'une situation de vie à l'autre, d'un profil de patient à un autre, elles permettent d'établir des tendances, des récurrences, et surtout de mettre en évidence les logiques de pratiques d'hygiène mentale pour cette période où la psychiatrie en milieu ouvert s'épanouit progressivement.

27. La signature de Fernand D'Hollander a été repérée sur des dossiers anthropologiques issus de la prison de Louvain et examinés dans le cadre d'une autre recherche. 28. Les registres ultérieurs n'ont pas été conservés. Nous en avons connaissance car le registre étudié y fait référence. 29. La première référence au Dr Rouvroy apparaît en 1933, notice 430.

## II. Une consultation pour une population diversifiée

Le registre de consultation comprend 1251 notices numérotées. Une notice numérotée correspond à un patient, et peut être mobilisée pour plusieurs consultations (jusqu'à une dizaine de consultations). Il arrive occasionnellement qu'un même patient soit concerné par plusieurs notices, si les visites se répètent et que la place a manqué dans la première notice ou les suivantes. Nous avons décompté 1162 patients différents dans le registre<sup>30</sup>. Les 1251 notices ont été examinées par le biais de deux échantillonnages constitués à partir de paramètres différents, dans l'objectif de mettre le focus sur la question de l'institutionnalisation. Le premier échantillonnage, de 191 individus, devait permettre de mieux comprendre les logiques de placement partant du dispensaire d'hygiène mentale. Il ne s'agit pas d'un échantillonnage aléatoire: l'ensemble du registre a été passé en revue afin d'identifier les patients concernés par un placement au terme des consultations, qui sont donc au nombre de 191. Cet échantillonnage s'est révélé extrêmement utile pour saisir quelle a pu être la position du médecin psychiatre pratiquant en dispensaire dans les processus d'institutionnalisation. Il ne permettait pas, toutefois, d'avoir une idée globale de la pratique d'hygiène mentale, la spécificité de celle-ci étant justement de toucher aussi des populations non institutionnalisées. C'est la raison pour laquelle nous avons constitué un second échantillonnage, de 170 cas, étalé sur toute la période, à partir de toutes les autres notices, celles-ci n'étant

donc pas concernées par l'éventualité d'un placement au terme de la consultation. Pour chaque année, le nombre de notices choisies a été déterminé proportionnellement au nombre d'individus consultant le dispensaire au cours de cette même année, ce qui a permis d'expérimenter, au niveau de l'échantillonnage, l'évolution chiffrée de la population traitée. Ainsi, l'analyse qui suit repose sur l'étude de 361 individus qui ont fréquenté le dispensaire d'hygiène mentale de la ville de Louvain entre 1924 et 1941.

Des hommes, des femmes, des bébés, des enfants en bas âge, des jeunes filles et jeunes garçons, des adultes, des vieillards se présentent au dispensaire ou y sont amenés, soit par des proches (parents, enfants, frères et sœurs) soit par des institutions (orphelinats, institutions d'éducation, institutions spécialisées, hospices). Malheureusement, mis à part en ce qui concerne le sexe, les notes du registre sont trop peu détaillées que pour pouvoir donner des chiffres et pourcentages précis quant aux profils en termes d'âge, d'état civil, d'origine géographique voire de milieux socio-professionnels. Des tendances se dessinent toutefois avec évidence.

Sur les 1162 individus du registre, près de 60 % sont des hommes ou des garçons<sup>31</sup>. Les femmes et les filles qui se présentent ou sont présentées à la consultation du dispensaire sont donc moins nombreuses, pour toute la période étudiée. Nous verrons plus loin que les hommes et les femmes, les filles et les garçons, reçoivent un traitement diffé-

<sup>30</sup>. Après avoir retranché les numéros qui concernent un patient déjà présent ou ajouté des numéros quand une erreur s'est glissée et que deux notices successives portent le même numéro. <sup>31</sup>. Nous ne pouvons pas être tout à fait précis car pour quelques cas, le sexe n'a pas pu être identifié.

rent. Cela a inévitablement un impact sur nos deux échantillonnages, constitués sur base de la thématique de l'institutionnalisation. Si nous prenons les 191 cas du registre qui sont concernés par la consultation, 53 % sont des femmes (ou filles), soit une petite majorité. Proportionnellement à la répartition d'hommes et de femmes qui fréquentent le dispensaire, il y a donc bien plus de femmes qui sont placées que d'hommes, puisque les femmes sont en réalité moins nombreuses à consulter. Par contre, si nous partons de notre échantillonnage aléatoire pour tous les autres cas, ceux pour lesquels la consultation n'aboutit pas à un placement, nous retrouvons une nette majorité d'hommes, de près de 60 %. Ainsi, s'ils sont plus nombreux à fréquenter le dispensaire, l'institutionnalisation est moins souvent envisagée pour les hommes. L'examen de la répartition genrée en termes d'âge apporte également des nuances intéressantes : les adultes sont majoritaires parmi les malades qui consultent. Ils représentent près de la moitié des malades pour lesquels le placement est envisagé, et 40 % des patients pour lesquels le psychiatre n'envisage pas l'institutionnalisation. Il s'avère que si les femmes adultes sont plus facilement concernées par le placement que les hommes, les jeunes garçons sont proportionnellement plus facilement envoyés en institution, toutes catégories confondues. La fréquentation du dispensaire est aussi influencée par le facteur chronologique : les enfants et les jeunes sont progressivement

plus nombreux à être présentés au psychiatre, particulièrement à partir de 1936, ce qui peut s'expliquer par le fait que la psychiatrie infantile se constitue en tant que discipline à cette période : le psychiatre devient un expert pour tout trouble de l'intelligence ou du comportement présenté par l'enfant<sup>32</sup>.

La consultation d'hygiène mentale est une consultation gratuite située dans un hôpital civil. Les populations concernées sont très majoritairement issues des milieux dits populaires, principalement ouvriers, agricoles, artisans, petits commerçants ou employés. Les professions sont surtout précisées pour les hommes<sup>33</sup>, ou les pères des enfants présentés et sont très rarement énoncées pour les femmes. Nous pourrions en conclure que la majorité d'entre elles sont sans emploi ou « ménagères », mais il paraît aussi que le médecin préfère définir leur statut à travers leur état civil (célibataires, mariées, veuves) qu'à travers leur profession, si elles en ont une<sup>34</sup>. Au cours de la période étudiée, et alors que les malades sont progressivement plus souvent envoyés par leur médecins de famille ou viennent de régions plus éloignées de la ville de Louvain, nous pouvons poser l'hypothèse que l'origine socio-économique des malades évolue, dans le sens où ceux-ci seraient issus de milieux moins précarisés, moins vulnérables. Toutefois, les notifications de professions (très lacunaires) et les descriptions des situations familiales ne permettent pas de tirer cette conclusion : une certaine

32. *Revue d'histoire de l'enfance irrégulière*, 18, 2016 : « Le psychiatre, l'enfant et l'Etat. Enjeux d'une spécialité en construction, 1900-1950 ». 33. Garçons de café, menuisiers, mécaniciens, commis, magasiniers, cuisiniers, musiciens, tailleurs, fermiers, cultivateurs, lampistes, cordonniers, anciens combattants, bouchers, employés des ponts et chaussées, employés au télégraphe, maçons, employés de bureau, agriculteurs, matelassiers, typographes, voyageurs de commerce, machinistes, ouvriers des chemins de fer, ouvriers d'usine, ouvriers plafonniers, e.a.

34. Infirmière, domestique, e.a.

stabilité est observable au niveau des milieux socio-professionnels cités et des situations sociales qui transparaissent du registre.

L'origine géographique des patients qui fréquentent le dispensaire est intéressante à plus d'un titre. La fonction et la situation du dispensaire laisseraient à penser que celui-ci est majoritairement mobilisé par des patients issus du centre-ville de Louvain ou des alentours. Si l'examen du registre confirme cette hypothèse pour les premières années d'existence du dispensaire, la situation évolue cependant. L'origine géographique des patients s'élargit, aussi parce que leurs modes de prise de contact avec le dispensaire changent. Assez rapidement, des malades se présentent venant de la province de Brabant au sens large, tant de Bruxelles que de régions rurales francophones ou néerlandophones. Après 1934-1935, alors que le Brabant continue de représenter la majorité des malades (e.a.: Louvain et environs, Bruxelles, Tervuren, Vilvoorde, Lubbeek, Wavre, Jodoigne, Mousty, Hoegaerden, Kessel-Lo, Neerhey-lissem, Grez-Doiceau), certains d'entre eux viennent depuis la province de Hainaut (e.a.: Dampremy, Morlanwelz, Charleroi, Ransart, Braine-le-Comte, Chatelet, Piéton), depuis la province de Namur (e.a.: Mettet), depuis la province d'Anvers (e.a.: Willebroeck, Turnhout), depuis la province de Flandre orientale (e.a.: Saint-Nicolas), depuis la province de Flandre occidentale (e.a.: Oostduinkerke), depuis la province du Limbourg (entre autres: Tongres), depuis la province du Luxembourg (e.a.: Léglise). Les malades venant de régions plus éloignées sont le plus souvent envoyés par un médecin. Ce phénomène va croissant au cours de la période étudiée. Les données du registre laissent à penser que la plupart

des médecins envoyant leurs patients au dispensaire sont des médecins dits « de famille » (non spécialistes) qui sont à la recherche d'un avis complémentaire ou d'une expertise de la part d'un confrère: « Envoyé par Dr. Gobut - Louvain - Depuis juin au lit parce que ne souvent plus se tenir debout (...) Conseillé au Dr. la ponction lombaire<sup>35</sup> ». L'élargissement de l'origine géographique des malades et l'augmentation du nombre de patients envoyés par un médecin externe à l'hôpital, à la ville voire à la région de Louvain confirment ainsi que la consultation de D'Hollander, et son expertise, croissent en réputation.

A côté des patients envoyés par leur médecin de famille, il faut noter ceux qui sont envoyés par un autre service de l'hôpital civil de Louvain, voire d'un autre hôpital. Ceux-ci sont aussi de plus en plus nombreux au cours de la période étudiée et sont principalement envoyés par les services de médecine interne, neurologie, gynécologie, pédiatrie, chirurgie, dermatologie. L'envoi au service de D'Hollander s'accompagne le plus souvent d'une demande d'observation suite à un examen ou un comportement qui a laissé penser que le cas relève de la psychiatrie: « Envoyé par service prof. Lemaire. Il a noté qu'il répond de façon incohérente<sup>36</sup> ».

Les patients envoyés par d'autres services de l'hôpital ou d'autres médecins restent toutefois, pour toute la période, une minorité. A partir de ce que le registre permet de déduire, il apparaît qu'un nombre important de patients se présentent de leur propre initiative, de l'initiative d'un proche, sur injonction judiciaire ou sur conseil d'une autorité ou d'un service. Les situations sont parfois diffi-

35. AUL, RMHSPL, n°165, 1929. 36. AUL, RMHSPL, n°300, 1931.

ciles à saisir : s'il est régulier que des adultes se présentent avec des membres de leur famille, nous ne pouvons pas toujours savoir s'ils ont voulu se faire accompagner ou s'ils ont été poussés par leurs proches pour se présenter – les deux cas de figure existent. La situation la plus récurrente paraît toutefois bel et bien être celle de l'adulte qui se présente de sa propre initiative. Le second cas de figure le plus récurrent est celui des enfants qui sont amenés par leurs parents. Les situations où des adultes sont clairement amenés par des proches ou membres de la famille concernent ceux qui ne sont plus capables de se prendre en charge eux-mêmes.

Les institutions d'accueil peuvent aussi amener l'un de leurs pensionnaires pour une expertise complémentaire. Il apparaît ici que cette situation est le plus souvent à lier à une volonté de transfert de la part de l'institution d'accueil, qui souhaite donc se séparer du pensionnaire et le faire placer dans une autre institution. Sur les 191 cas concernés par le placement au terme de la consultation, une vingtaine sont le fait d'institutions qui souhaitent faire transférer leur pensionnaire. Il y a alors une logique de progression dans la nature du placement, dans le sens où des institutions qui accueillent des cas dits légers voire non-psychiatisés souhaitent transférer dans des institutions spécialisées ou destinées aux cas plus lourds, ce qui nécessite l'intervention d'un médecin et la rédaction d'un certificat de collocation (par exemple, un enfant est transféré d'un orphelinat à une institution dite pour « arriérés », une personne âgée est transférée d'un hospice à une institution psychiatrique).

Enfin, à partir de 1930 et l'application de la loi de défense sociale, le registre témoigne d'une pratique qui n'est pas connue de la littérature, à savoir le suivi des personnes qui sont sorties d'un établissement de défense sociale et semblent être en libération conditionnelle. L'objectif de la loi de défense sociale est de permettre le placement de détenus qui relèvent a priori du carcéral dans des établissements spécialisés offrant une prise en charge psychiatrique. Les individus placés dans ces établissements sont considérés comme dangereux, si l'on s'en tient au discours d'époque<sup>37</sup>. Les « malades » de ce type qui se présentent au dispensaire sont majoritairement des hommes (15 hommes pour 4 femmes sur base de notre échantillonnage). Le mot « Parquet » est alors inscrit au registre, et l'examen est qualifié « tutelle psychiatrique<sup>38</sup> ». Les patients se présentent une fois par mois, pour une durée de une à trois années. La pratique du médecin se distingue alors, puisque le médical n'est pas au cœur de la discussion : c'est l'insertion professionnelle et le rapport à la boisson qui retiennent l'attention. Il n'est pas certain qu'un rapport soit envoyé systématiquement au parquet au terme de l'examen, sauf si le médecin estime que l'ancien détenu doit être réintégré en établissement de défense sociale. Il apparaît que ce n'est pas le médecin qui prend la décision de la fin du suivi, mais bien l'autorité judiciaire : « Le parquet annonce sa sortie définitive<sup>39</sup> ».

Enfin, il y a quelques cas exceptionnels, comme ce malade envoyé par son curé, et cet autre par la direction de l'usine qui l'emploie et qui s'inquiète de son changement de comportement récent.

37. Voir notamment les articles de LOUIS VERVAECK ou AUGUSTE LEY dans la *Revue de Droit pénal et criminologie*, 1920-1940. 38. AUL, RMHSPL, n°1162, 1940. 39. AUL, RMHSPL, n°321b, 1931.

Signalons enfin que le nombre de consultations pour un même patient peut varier très fort d'un cas à l'autre, même si la moyenne des consultations par patient tourne autour de deux pour toute la période étudiée<sup>40</sup>. Les patients qui sont tenus de se présenter une fois par mois par le parquet sont ceux qui présentent le plus grand nombre de consultations, tandis que les patients qui se présentent trois à cinq fois sont assez fréquents. Quelques cas exceptionnels se présentent, comme des malades qui accumulent entre 15 et 20 consultations, notamment lorsqu'ils prennent un traitement qui nécessite des ordonnances médicales régulières.

### III. Les patients : des causes de consultation

L'objectif de cette partie de notre recherche est de mieux comprendre quels sont les comportements qui mènent certains patients jusqu'au dispensaire, et quelles sont les motivations de consultation, que ce soit pour eux ou pour leur entourage. L'idée n'est donc pas tant de creuser les processus de prises de contact entre le dispensaire et les patients, mais bien d'éclairer ce qui a pu être considéré comme maladie ou trouble mental pour la période de l'entre-deux-guerres. L'intérêt ici est d'adopter la perspective des personnes qui consultent : que considèrent-elles comme comportement, sensation, problème, souffrance qui paraissent nécessiter l'intervention d'un médecin-psychiatre, via la consultation au dispensaire ? Le compte-rendu des causes de consultation est un exercice difficile dans le sens où la majorité des patients expriment une série importante de problèmes/souffrances/difficultés au

cours de la discussion retranscrite dans le registre, ne permettant pas de réduire la motivation de consultation à une seule et unique cause. Nous avons cependant fait le choix de classer les causes de consultation en quatre catégories, de manière à rendre plus explicites les motivations de consultation : il faut alors garder à l'esprit que les catégories présentées sont poreuses et ont pour objectif de simplifier la compréhension du phénomène dans sa globalité. Le cas de Cécile, qui n'est pas exceptionnel, démontre bien dans quelle mesure certains patients consultent en présentant un nombre varié de problèmes distincts qui paraissent tous mériter l'intérêt du psychiatre (notice complète) : « Accès de tristesse; angoisse, fugue avec amnésie, même halluc[inations], bouffées de chaleur. 2 verres la mettent en excitation psychique, chagrin de mari séparé. Ne sait pas si crises épilept[iques], Cependant quelque fois urine et morsure. Avec dipsomanie<sup>41</sup> ».

Enfin, il est utile de préciser que nous nous basons ici principalement sur le récit fait par le médecin-psychiatre dans le registre, qui ne représente pas la parole des patients même si ceux-ci sont parfois cités (entre guillemets). Nos catégories ne sont pas établies sur base des diagnostics médicaux faits par le médecin, d'autant que seulement environ 30 % des notices se terminent par un diagnostic médical précis. Dans la majorité des cas, le médecin liste les problèmes présentés ou constatés sans établir de diagnostic médical.

Après analyse des 361 cas sélectionnés, nous avons choisi de présenter les causes de placement suivant les quatre catégories suivantes :

<sup>40</sup>. 1,9 consultations par patient en 1924 (taux minimum), 2,9 consultations par patient en 1935 (taux maximum). <sup>41</sup>. AUL, RMHSPL, n°180, 1929.

1) Souffrance individuelle et risque pour soi-même 2) Violence, immoralité et risque pour autrui 3) Dégénérescence, démence et arriération : le corps pris en défaut 4) Délires, hallucinations et bizarreries : les troubles de la conscience.

### **Souffrance individuelle : le risque pour soi-même**

Par souffrance individuelle, nous entendons ce que le médecin-psychiatre diagnostique régulièrement comme anxiété, dépression ou mélancolie, et toutes les difficultés qui y sont apparentées : chagrin, tristesse, pleurs, découragement, dévalorisation de soi-même, angoisse, peurs, ceux-ci étant régulièrement associés aux troubles de l'alimentation, aux fugues, aux troubles du sommeil, aux tentatives ou envies de suicide.

La dépression comme l'anxiété, souvent associées (« Petit syndrome d'anxiété et de dépression<sup>42</sup> ») sont deux des affections les plus représentées au sein du registre, partant de nos deux échantillonnages, bien qu'elles ne concernent que des adultes et jamais des enfants. Hommes et femmes sont touchés : une certaine parité de genre s'observe pour l'anxiété, mais la dépression concerne une majorité de femmes – de l'ordre des 70 % si nous nous en tenons aux cas qui débouchent sur une institutionnalisation. Les hommes dépressifs ou déprimés sont bien plus présents partant de l'échantillonnage des 170 cas non concernés par le placement (50 %), ce qui suggère que les femmes sont plus facilement pla-

cées pour ce type de trouble que les hommes. La dépression (ou mélancolie) concerne donc bel et bien les deux sexes.

L'anxiété ou angoisse, l'un des symptômes le plus régulièrement évoqué dans la source, peut être provoquée par des craintes relatives à la situation mentale, familiale, de santé des personnes qui consultent et qui s'en ouvrent au médecin : « Pense qu'elle va mourir, qu'elle va devenir "sotte". A pensé avoir toutes les maladies. Dormait mal. Idées noires, anxietés », « Il a peur que sa femme ne le quitte; il cherche après elle dans la maison<sup>43</sup> »; ou au contraire être l'objet même de la consultation : « Peur; ne sait de quoi; inactif; quand il veut parler, sa gorge se serre<sup>44</sup> ». La dépression et la mélancolie sont souvent liées à l'anxiété mais s'expriment plus largement par le chagrin, la tristesse, les pleurs, soit que les malades traversent une phase difficile liée à une situation personnelle particulière (le plus souvent: deuil, chagrin amoureux, situation conjugale difficile, difficultés professionnelles), soit que l'état dépressif est constant ou chronique sans qu'il puisse s'expliquer clairement: « Il pleure beaucoup. Crises de chagrin, de regrets de s'être marié<sup>45</sup> »; « Depuis deux ans elle pleure toujours, ne dort pas, ne peut plus rester chez elle (...) Ensuite grossesse, dont le produit vint mort-né. Cela lui cause une profonde crise de dépression<sup>46</sup> »; « Elle dit qu'elle est triste et ne sait pas pourquoi. Cet état est survenu brusquement la nuit<sup>47</sup> ». Le suicide, que celui-ci ait été tenté ou juste exprimé, apparaît régulièrement dans le registre et est un élément qui mène au placement en institution fermée. La peur du suicide peut être exprimée par les

42. AUL, RMHSPL, n°504, 1935. 43. AUL, RMHSPL, n°617, 1936. 44. AUL, RMHSPL, n°186, 1929. 45. AUL, RMHSPL, n°543, 1935. 46. AUL, RMHSPL, n°745, 1937. 47. AUL, RMHSPL, n°866, 1937.

proches comme par les malades eux-mêmes : « Sa mère est morte, aliénée suicidée; et il croit qu'il finira ainsi. Elle n'a jamais été colloquée mais est restée chez elle, surveillée. Il pense à cela continuellement, n'en dort plus<sup>48</sup> »; « Fugues: à l'église; 2 fois voulu se jeter [de] la fenêtre "aller à la Meuse"<sup>49</sup> ».

### **Violence et amoralité : le risque pour autrui**

Les situations de risque pour autrui sont des situations jugées dangereuses ou gênantes pour le contexte social et familial et qui motivent la consultation chez le médecin-psychiatre. Dans ce cas, la consultation se justifie non pas tant pour protéger le malade, mais pour protéger son entourage ou le milieu dans lequel il évolue. Parfois, ce sont les patients eux-mêmes qui s'inquiètent du risque qu'ils peuvent présenter, ou des conséquences de leurs actes. Ici, nous allons rendre compte spécifiquement des situations de mauvais comportement, violence et immoralité.

Le mauvais comportement est une cause récurrente de consultation au dispensaire. Il concerne majoritairement des enfants, amenés soit par leurs parents soit par des institutions qui les accueillent déjà et qui souhaitent les voir déplacer dans un autre établissement. Si les cas sont plus rares, des enfants amenés par leurs parents sur conseil de l'école se multiplient à la fin de la période : « Méchante, grossière, insolente. (Jadis elle était fort gentille) Colère-se roule à terre (...) Très difficile à l'école. Fort intelligente, suit dans la classe sans faire d'efforts. Taquine la petite sœur<sup>50</sup> ».

Dans le cas des envois par une institution, la même situation est observable pour des adultes comme pour les enfants déjà placés, comme nous l'avons évoqué plus haut : ils sont ingérables, difficiles à contrôler, vus comme associables, méchants, ils fuguent, s'approprient le bien d'autrui, voire demandent trop de soins que pour pouvoir être encadrés correctement. Le déroulé de la consultation démontre, dans tous les cas de mauvais comportements, que ceux-ci sont considérés comme problème mental ou maladie mentale *a priori* par les gens qui consultent. Le psychiatre est un recours face à un comportement, une attitude, des actes qui sont jugés comme n'étant pas normaux. Les enfants difficiles font des crises de colère, refusent d'obéir, commettent de petits vols, dérangent leurs camarades. C'est bien le comportement, plus qu'une situation médicale donnée, qui est en cause : « Voleur et menteur (...) Apprenti-tailleur en ville. Lundi dernier a volé 20 fr. chez son frère; s'est acheté des bonbons (caramels, etc.) qu'il a mangés en 2 heures<sup>51</sup> ». Dans le cas des enfants, le mauvais comportement est souvent associé à des troubles de l'intelligence voire à l'épilepsie, même si ces associations sont plus souvent suggérées qu'affirmées : « Il ne sait pas suivre en classe. Souffre douleur - vole tout ce qu'il voit malgré réprimandes - excès de colère<sup>52</sup> ».

Les cas de violence effective sont plus rares, partant du registre. Les consultations concernent majoritairement des jeunes garçons qui sont violents avec des membres de leur famille, ou des adultes pour lesquels on craint un passage à l'acte, généralement quand il y a un passif : une femme est en pro-

48. AUL, RMHSPL, n°890, 1937. 49. AUL, RMHSPL, n°353, 1932. 50. AUL, RMHSPL, n°755, 1937. 51. AUL, RMHSPL, n°743, 1937. 52. AUL, RMHSPL, n°149, 1929.

fonde dépression et pourrait lancer un incendie; un homme alcoolique rôde en ville, il fait peur; un autre homme va bientôt être libéré de prison, mais sa femme craint son retour et ses coups. Dans ce dernier cas, même si le pouvoir du médecin-psychiatre est limité, celui-ci agit dans la mesure du possible en écrivant au bourgmestre de la commune de l'intéressé, afin que celui-ci fasse le nécessaire pour que soit prononcé un arrêté de collocation<sup>53</sup>.

Enfin, les situations d'immoralité sont intéressantes à plus d'un titre. Elles concernent autant des femmes que des hommes, mais la nature des consultations se distingue assez bien en fonction du sexe, de même que la réponse qui y est donnée. Les femmes concernées sont plutôt des jeunes filles, voire des fillettes. Le comportement immoral n'est généralement pas la cause première de la consultation, mais on s'y intéresse, soit que les proches racontent une situation immorale, soit que le médecin s'en inquiète ou la constate: contacts, attitudes ou embrassades avec des garçons,... Dans le cas des hommes, il peut s'agir soit de jeunes garçons pour lesquels les proches sont inquiets (principalement en raison d'une pratique masturbatoire), soit de patients qui s'inquiètent eux-mêmes de leur propre sexualité, qu'ils considèrent comme un problème, une source de souci voire la cause d'un trouble: rapports sexuels avec des animaux (provoqueraient des maux de tête); infidélités avec une servante, au sein du domicile conjugal (provoquerait culpabilité, insomnies et obsession); attirance pour les hommes; neurasthénie sexuelle (impuissance). Les jeunes filles ou fillettes pour lesquelles un rapport est fait à l'immoralité sont plus facilement placées que les hommes qui consultent pour des problèmes liés à leur sexualité.

### Dégénérescence, démence et arriération: le corps pris en défaut

Le corps peut être la raison principale de consultation au dispensaire d'hygiène mentale. Les patients qui souffrent de maux de tête et s'en inquiètent sont nombreux, rappelant aussi que la consultation s'adresse prioritairement aux dites «maladies du cerveau». Les maux de tête peuvent être compris comme symptômes (de fatigue, de dépression, de maladie neurologique) ou comme cause (céphalées lancinantes).

Mais la majorité des situations qui impliquent principalement le corps sont des situations dites de dégénérescence, où les patients ou leur entourage constatent une décroissance des facultés qui inquiète, jusqu'à motiver une consultation chez le médecin spécialiste: troubles moteurs, difficultés à s'exprimer ou articuler, tremblements, raideur des membres, ceux-ci étant liés à des troubles de la santé divers. «Il y a 7 mois qu'elle se plaint de douleur dans la main droite et dans la jambe droite avec tremblements; douleur dans tête; parole moins bien articulée. Marche instable<sup>54</sup>». Cette décroissance des facultés chez l'adulte, souvent mêlée à des incohérences ou troubles de la mémoire chez le patient, donne lieu à une série d'exams (de type neurologique, cf. infra) de la part du médecin, qui conclut le plus souvent alors à des situations de démence sénile, paralysie générale, ou aux conséquences d'une encéphalite. Ces diagnostics donnent généralement lieu à une institutionnalisation, mais pas exclusivement, la différence de traitement paraissant se situer aux niveaux de la gravité du cas et de l'encadrement offert à domicile. Notons que quelques patients, principalement

53. AUL, RMHSPL, n°1089, 1939. 54. AUL, RMHSPL, n°695, 1936.

des hommes, sont placés avec un objectif de soin, à savoir la malarisation dans le cas des paralysies générales<sup>55</sup>.

Les enfants dits arriérés, ou en situation d'insuffisance mentale ou dégénérescence mentale (ou idiotie, imbecillité, débilité), représentent une partie importante des patients du registre. Si ces situations sont présentes dès 1924, leur proportion augmente à partir de 1936. Les enfants dits arriérés, considérés comme atteints de troubles de l'intelligence et de développement moteur, sont présentés par leurs parents ou par des institutions qui estiment ne pas pouvoir s'occuper du cas. Il s'agit majoritairement de garçons (46 garçons pour 28 filles partant de notre échantillonnage aboutissant à un placement) même si les filles sont représentées pour toute la période. La plupart de ces enfants vont effectivement être placés : si le placement est souvent l'objectif de la consultation, il semble aussi que le médecin-psychiatre lui-même l'estime indispensable dans la majorité des cas, l'enfant dit arriéré nécessitant d'après lui un encadrement spécialisé. Ces enfants peuvent être âgés de quelques mois à près de vingt ans, bien que la majorité soient âgés de 5 à 14 ans. La plupart de ces enfants connaissent des retards aux niveaux du langage, de la marche, de la propreté, de leur scolarité, et la consultation se produit au moment où ces retards se révèlent. De très jeunes enfants peuvent ainsi être présentés parce qu'ils ne parviennent pas à tenir leur tête droite, ou à s'alimenter par eux-mêmes. Des jeunes garçons ou jeunes filles peuvent être amenés parce qu'ils ne progressent plus

à l'école, y présentent des troubles de l'attention (« Manque d'attention<sup>56</sup> »), ne sont pas capables de suivre la classe. Souvent, divers facteurs sont mis en avant dans les motifs de consultation, où l'on devine les points d'intérêt du médecin : « Marche et parole à 4 ans. Il ne prenait pas le sein; buvait mal. Il a uriné dans son lit jusque 13 ans; actuellement cela lui arrive encore de temps en temps. Pas méchant; agaçant; Parole explosive<sup>57</sup> ». Il est à noter que la question de l'arriération chez l'enfant est souvent mêlée à celle du comportement : pour de nombreux enfants dits arriérés ou dits atteints d'insuffisance mentale congénitale, le comportement est mis en avant comme symptôme et argument justifiant le placement. La question du lien entre trouble du comportement et diagnostic d'arriération mériterait d'ailleurs d'être étudiée plus finement, plusieurs cas suggérant que c'est en réalité le comportement, et non le trouble de l'intelligence, qui est le motif réel de consultation : « Fréquente l'école communale: 4me année d'études. Suit assez régulièrement. Depuis quelques mois il prend tout ce qu'il voit, même des choses sans valeur (...) Il distribue les objets ou les détériore (...) avoir constaté (...) arriération mentale<sup>58</sup> ». Enfin, il est intéressant toutefois de constater que les objectifs du placement peuvent varier, certains enfants étant considérés comme éducatibles, alors que d'autres pas<sup>59</sup>.

Qu'il s'agisse d'adultes ou d'enfants, de situations dites de dégénérescence ou d'arriération, la question de l'épilepsie est toujours très présente, soit qu'elle soit expliquée (crises, convulsions), soit qu'elle soit recherchée

55. La paralysie générale est le nom donné aux conséquences de la syphilis qui s'observent lors de la phase tertiaire de l'infection. Dans l'entre-deux-guerres, celle-ci se traite par malarisation, c'est-à-dire par l'inoculation de la malaria. 56. AUL, RMHSPL, n°359, 1932.

57. AUL, RMHSPL, n°905, 1938. 58. AUL, RMHSPL, n°736, 1937. 59. Voir par exemple AUL, RMHSPL, n°926, 1938, n°942, 1938.

par le médecin (traces de chutes, morsures). Chez l'enfant, encore plus que chez l'adulte, celle-ci mène le plus souvent vers un placement. La question de l'épilepsie est elle aussi souvent mêlée à celles de l'arriération et des troubles du comportement.

### **Délires, hallucinations et bizarreries : les troubles de la conscience**

Les patients qui sont amenés, ou viennent se présenter, parce qu'ils manifestent des comportements incohérents, parce qu'ils délirent, parce qu'ils ont des hallucinations ou qu'ils agissent de manière étrange, ne sont pas rares. Ces patients plus que d'autres paraissent atteints de « folie », celle-ci justifiant à elle seule la consultation et l'intervention : histoires loufoques, regards égarés, rires inexplicables. Que les hallucinations ou délires soient le fait d'une psychose identifiée (paranoïa, manie), d'une maladie neurologique diagnostiquée ou soient d'origine inexplicée, le médecin s'y intéresse pleinement, poussant le patient ou ses proches à raconter ces délires, de manière à comprendre comment ceux-ci influent sur la vie du malade et sur son inscription dans la société : « On la suit dans les champs pour chercher querelle. Même quand on ne la voit pas, on s'occupe d'elle. Elle ne s'est pas mariée parce qu'elle n'a pas eu d'occasion. A travaillé aux champs jadis, mais a abandonné ce travail. Les voisins viennent la nuit en-dessous de ses fenêtres. Elle ne veut plus aller à la messe dans son village, va dans une autre église, à plusieurs lieues<sup>60</sup> ». Mais ces patients ne sont pas tous atteints de délires et

hallucinations : Boon ne parle pas et fait des grimaces<sup>61</sup> ; Alice, jeune sténo-dactylo, chante la nuit, crie et rit sans motif<sup>62</sup> ; Virginie pense mourir comme son père, dit être faite de mauvais bois et devant le médecin, elle rit et se cache le visage<sup>63</sup>. Les femmes atteintes de délires, hallucinations ou qui se comportent bizarrement sont légèrement majoritaires partant de l'échantillonnage qui donne lieu au placement, tandis que les hommes sont tout à fait majoritaires partant de celui qui ne mène pas au placement : cela suggère, encore une fois, que les femmes sont plus facilement institutionnalisées que les hommes pour des profils, affections et symptômes pourtant très semblables. Enfin, signalons que les enfants ne sont jamais concernés par ce type de profil.

### **IV. Le médecin psychiatre : de ses interventions**

La découverte des causes de consultation nous a permis de deviner les principaux modes d'examen du médecin : écoute, discussion, interrogations, questions spécifiques en cas de soupçon d'arriération mentale (interrogations sur l'âge, les couleurs, les mois de l'année, les jours de la semaine, objets à décrire dans la pièce, calcul mental), examens spécifiques en cas de soupçons de troubles neurologiques (réflexes, examen du fond de l'œil, pression artérielle, pouls, Bordet-Wasserman<sup>64</sup>), observation de la physiologie (essentiellement pour détecter des signes de dégénérescence). La discussion reste centrale sur toute la période, puisque c'est celle-ci qui met au jour des symptômes

60. AUL, RMHSPL, n°781, 1937. 61. AUL, RMHSPL, n°91, 1927. 62. AUL, RMHSPL, n°124, 1928. 63. AUL, RMHSPL, n°520, 1935. 64. Le test Bordet-Wasserman permet de détecter l'infection à la syphilis et son degré et est utilisé dans ce cadre pour diagnostiquer une paralysie générale.

qui permettent éventuellement, par après, un examen plus approfondi.

Partant de là, le médecin peut décider d'agir, ou de ne pas agir. Les notices suggèrent trois principaux modes d'intervention : l'absence d'intervention, le traitement à domicile (médication) ou le placement. Les notices qui ne spécifient aucun mode d'intervention ne sont pas exceptionnelles, mais sont tout à fait minoritaires. Cela suggère que le médecin psychiatre considère, dans la majorité des cas, qu'il est compétent soit pour ordonner/conseiller un traitement soit pour ordonner/conseiller un placement. Pour les patients pour lesquels aucune intervention n'est envisagée, le médecin paraît considérer qu'il n'y a pas lieu de mettre en place une intervention, parce que le cas ne le nécessite pas. D'ailleurs, nous n'avons trouvé qu'une seule notice, partant de nos deux échantillonnages, où un malade est renvoyé vers un confrère<sup>65</sup>. Comme nous l'avons vu au début de cet article, les patients pour lesquels un placement est envisagé sont également minoritaires, puisque nous avons mis au jour 191 cas sur l'entièreté du registre, soit un peu plus de 15 % de la population traitée. La majorité des autres cas se concluent sur une proposition de traitement de la part du médecin, ce qui signifie que les malades se voient ordonner un traitement à domicile, et ce dès 1924. L'échantillonnage de 170 cas suggère d'ailleurs que le médecin a tendance à prescrire plus de traitements médicamenteux en début de période : la proportion des malades qui quittent le cabinet avec une ordonnance diminue légèrement au fil de la période, peut-être parce que la proportion d'enfants pour lesquels le placement est envisagé augmente.

## Les traitements par médicaments

Si dans le courant des années 1920, le médecin prescrit quelques traitements tels que : bains de pieds, bains journaliers, frictions journalières, ces traitements s'éclipsent rapidement, favorisés par quelques catégories de médicaments qui sont sollicités de manière extensive pour des troubles, problèmes, douleurs et affections très divers. Les médicaments sont généralement prescrits dès la première consultation, même s'il peut arriver qu'ils apparaissent lors du deuxième ou troisième rendez-vous - cela est rare toutefois, aussi parce que les visites multiples sont motivées par le besoin de nouvelles ordonnances.

Les eaux aux plantes et extraits de plante constituent la première famille de médicaments fortement mobilisée par le psychiatre. A côté de l'eau chaude salée quelques fois prescrite en début de période et de l'eau distillée qui accompagne certains extraits, l'eau de menthe, l'eau de fleur d'oranger, l'extrait de gentiane, de belladone, de passiflore sont très régulièrement prescrits, généralement en combinaison avec d'autres traitements (comme le bromure de potassium, le Luminol ou le Gardénaï, cf. *infra*). Ces eaux et plantes aux vertus calmantes sont données dans presque tous les cas de figure rencontrés par le médecin, et spécialement dans les cas de maux de tête, tension, anxiété, insomnies, crises d'épilepsie, tremblements, sénilité, caractère difficile, tristesse, irritabilité, nervosité, ... L'opium (ou extrait thébaïque) est lui aussi très régulièrement prescrit, particulièrement dans les situations de dépression, mélancolie, tristesse et anxiété. Il est le plus souvent ordonné seul, mais peut être couplé

65. Nous n'avons découvert qu'un seul cas.

occasionnellement à d'autres médicaments de la famille des sédatifs, tels que Luminal, Gardénal, Phanodorme ou Sédobrol (cf. *infra*). Signalons enfin les extraits de noix vomique (ou strychnine) ordonnés dans des situations semblables à celles déjà décrites, particulièrement l'anxiété, la fatigue, la dépression, les maux de tête ou crises diverses.

Le médecin-psychiatre prescrit également différents types de sels, le plus souvent aussi en combinaison avec d'autres traitements. Le bromure de potassium (KBr) et le bromure de sodium (Bromure Natrii) sont beaucoup mobilisés, par exemple face à l'anxiété, la nervosité, l'insomnie, la dépression, les maux de tête, l'épilepsie. La magnésie calcinée (ou sulfure de magnésium) est prescrite en cas de maux de tête, nausées, vertiges et vomissements. L'iodure de potassium est prescrite en cas de fièvres, crises, insomnies, douleurs diverses. De temps à autres, le médecin prescrit du sulfate de soude (purges) et à deux reprises en 1925, de l'acide chlorhydrique (dit aussi HCl ou esprit de sel), hautement toxique.

Les somnifères, sédatifs ou autres calmants chimiques apparaissent au registre dès le tout début de la période<sup>66</sup>, ceux-ci étant d'abord appelés « calmants » ou « somnifères ». Le phénobarbital (Luminal dès 1927, Gardénal dès 1930) est le barbiturique le plus couramment prescrit. Gardénal et Luminal ne sont jamais donnés ensemble, mais peuvent être alternés chez un même patient. Luminal et Gardénal est sont prescrits également aux enfants et aux jeunes gens dès 1927 (dès l'âge de trois ans) d'abord en cas de crises et convulsions associées à l'épilepsie, ensuite pour tout caractère difficile associé aux troubles du

comportement. Les Luminalettes sont prescrites occasionnellement à partir de 1934, aux enfants comme aux adultes. Toujours dans la famille des somnifères, le Phanodorme (1932), le Sédobrol (1934), le Prominal (Méthylphénobarbital, 1935), le Rutonal (phénylméthylbarbita) sont prescrits en cas de troubles du sommeil et d'anxiété. A l'occasion, le Sedobrol et le Phanodorme sont ordonnés à des enfants, en cas de crises et de troubles du comportement. Enfin, la Scopolamine (dit « serum de vérité ») est ordonnée quelques fois dans le cas très précis de maladies de Parkinson.

Sur toute la période, le médecin-psychiatre fait usage de divers sirops aux « vertus » multiples, tels que le sirop iodo-tann (ou iodo-tannique, composé d'iode et de tanin) ou le sirop aux hypophosphites, tous les deux dits toniques et tous les deux prescrits dans des situations extrêmement variées, telles que fatigue, crises, hallucinations, masturbation,... Le médecin a aussi recours à des compléments alimentaires, particulièrement le fer pour les adultes, et les compléments chocolatés, sucrés ou vitaminés pour les enfants (Nestrovit, Glucochaux Meurice).

Enfin signalons que régulièrement, le médecin-psychiatre prescrit des compléments thyroïdiens, le plus souvent lorsqu'il est en présence de symptômes qui laissent présager des troubles endocriniens (goitre, chute de cheveux, grain de peau, fatigue, excitation,...), tels que la Thyroïdine, l'endocrisine Fournier, la synchronine pluriglandulaire, dans une démarche de recherche de solution, ce qui signifie que le diagnostic est confirmé, ou infirmé, après constat ou non d'une amélioration suite au traitement.

66. Des « somnifères » sont prescrits dès 1924.

## Le placement en institution psychiatrique

Nous avons déjà évoqué à plusieurs reprises la question du placement, la proportion de patients concernés par l'institutionnalisation, et les raisons qui pouvaient mener le médecin à cette décision. Pour rappel, les 191 cas mis au jour dans le registre concernés par l'institutionnalisation ne sont pas nécessairement colloqués par le médecin-psychiatre du dispensaire d'hygiène mentale. L'examen des notices démontre que son rôle est celui d'un acteur parmi d'autres qui va d'abord évaluer le cas, avant de donner un avis voire de conseiller, plutôt que d'ordonner. Observer cette pratique est très éclairant sur le rôle du dispensaire et de son médecin psychiatre dans la dynamique de prise en charge médicale et institutionnelle de l'entre-deux-guerres. En effet, partant de ces 191 notices, nous avons constaté qu'il était très rare que le médecin ordonne directement un placement en institution psychiatrique via un certificat de collocation. Ces certificats, retranscrits au registre, sont rares, puisque nous n'en avons trouvé qu'une douzaine : « Délivré ce jour certificat de collocation ». Dans la majorité des notices où un placement est envisagé, le médecin psychiatre se positionne autrement : il estime le placement nécessaire mais est moins catégorique ; il paraît ne pas se considérer comme celui qui doit prendre la décision finale. Le placement est alors le plus souvent conseillé ou proposé : « Placement », « A placer », « le malade devrait être placé » ; « conseiller colloc. », « A conseiller placement à Dave, moyennant certificat de collocation », « conseille au Dr. Declerck Lovenjoul », « Envoyé une lettre au mari pour lui conseiller le placement de sa femme

dans un institut pour nerveux »<sup>67</sup>. La lecture de toutes ces notices suggère que le placement est conseillé soit à d'autres médecins (de famille ou spécialistes) qui seraient donc à l'origine de la consultation psychiatrique au dispensaire, soit à des membres de la famille qui peuvent alors consulter leur médecin de famille – à moins qu'ils aient la possibilité de placer directement dans des institutions, en dehors du cadre de la collocation. Ainsi, si placement il y a, le certificat de collocation sera en fin de compte rédigé le plus souvent par un autre médecin, et devra encore être ratifié par les autorités pour être effectif.

Comme nous l'avons déjà suggéré aussi, différents types de placements sont possibles. Certaines personnes amenées au dispensaire par des institutions sont déjà placées mais les établissements qui les accueillent ne souhaitent plus les garder, le plus souvent en raison d'un comportement inadéquat, parfois parce que leur profil (âge, affection) ne correspond plus au public de l'institution. Nous avons repéré 22 transferts (soit 11 % des 191 cas) et ceux-ci concernent majoritairement des personnes âgées déplacées depuis un hospice (notamment l'hospice Saint Rémy de la ville de Louvain) vers une institution psychiatrique de type asilaire (Les Sœurs Noires à Louvain ou Lovenjoul pour les femmes, Corbeek-Lo, Gheel pour les hommes) et des enfants déplacés depuis des institutions d'accueil dites classiques (orphelinats, le Champ Vert à Louvain, le Bon Pasteur à Louvain) vers des institutions spécialisées pour enfants dits « anormaux » (Waterloo, Zwijnaerde pour les garçons, Waterloo ou Lokeren pour les filles). D'autres personnes, venues d'elles-mêmes ou amenées par des proches, sont institutionna-

67. AUL, RMHSPL, n°218, 514, 844, 836.

lisées alors qu'elles ne l'étaient pas, pour les raisons évoquées plus haut avec majoritairement : des situations à risque pour les femmes et filles (dépression, immoralité,...), des situations dites dégénératives pour les hommes et les femmes (paralysie générale, démence sénile, démence précoce,...), des comportements difficiles ou l'incapacité à développer un mode de vie autonome pour les enfants et surtout les garçons (troubles du comportement, arriération mentale et physique dite dégénérescence) – sachant que si nous nous éloignons des situations majoritaires, tous les cas de figure sont possibles, ce qu'illustre très bien le fait que 30% des hommes placés le sont pour dépression ou mélancolie. Les institutions conseillées ne sont pas toujours citées, le médecin-psychiatre laissant probablement le choix à ses confrères, toutefois elles sont souvent suggérées et consistent alors majoritairement en institutions psychiatriques fermées de la région, l'institution universitaire pour femmes de Lovenjoul étant le plus souvent citée, ce qui s'explique par le fait que le Dr D'hollander, qui gère le dispensaire, y est médecin-chef. Il conseille toutefois de temps à autres d'autres établissements, de la région (Sœurs Noires pour les femmes, Corbeek-Lo pour les hommes) ou non (Hôpitaux psychiatriques du Beau Vallon à Namur, de Mons pour les femmes, de Dave, Gheel, Lummen pour les hommes). Les mêmes observations peuvent être faites pour les enfants, bien que dans ce cas les institutions citées sont plus nombreuses, celles-ci correspondant le plus souvent à des degrés divers de nécessité de soins (« arriérés lourds », « arriérés légers ») : la ferme-école de Waterloo (garçons et filles), et l'institution de Lokeren (filles) étant le plus régulièrement citées. Ces personnes pour les-

quelles un placement est conseillé ou prononcé sont très majoritairement placées pour la première fois, si l'on s'en tient aux informations données au registre. Les personnes qui ne sont pas concernées par un placement au terme de la consultation ont aussi parfois déjà été placées auparavant, mais alors il s'agit majoritairement soit de patients qui ont séjourné dans un établissement dit de défense sociale et qui sont en suivi judiciaire ordonné par le parquet, soit d'anciennes patientes de Lovenjoul qui gardent, semble-t-il, un suivi via le dispensaire.

## V. Conclusions

Via le dispensaire d'hygiène mentale, les psychiatres sortent leur discipline de l'asile et l'exercent sur des populations autres que les seuls incurables enfermés. Ils s'offrent un nouveau champ de compétence et d'action, qui démontre leur nouvelle influence sur la société civile. Les psychiatres s'instaurent en experts et sont peu à peu reconnus comme tels, ils légitiment leur action auprès de leurs confrères médecins généralistes ou spécialistes, en agissant par la prévention, l'intervention et le soin. Le mouvement d'hygiène mentale révèle très bien les inquiétudes sociales, médicales et politiques qui sont ancrées dans les sociétés occidentales de la fin du 19<sup>e</sup> siècle et de la première moitié du 20<sup>e</sup> siècle à l'égard des personnes malades, déviantes ou qui présentent un physique ou un comportement qui ne correspond pas aux normes sociales, familiales et médicales.

L'étude du registre issu du dispensaire d'hygiène mentale a été intéressante à plus d'un

titre puisqu'elle a permis l'analyse des modes d'examen et de suivi assurés par un même médecin-psychiatre sur près de vingt ans, alors que celui-ci a une expérience de la pratique psychiatrique dans des espaces très variés; elle a permis de mieux connaître qui était le public cible des dispensaires, sujet encore absent de l'historiographie belge; elle a permis d'évaluer les différences de prises en charge pour les hommes, femmes, adultes, enfants, filles, garçons; elle a permis de mieux comprendre les processus d'intégration de la psychiatrie au sein du social, les modes de contacts entre population et dispensaires, les moyens d'action du médecin-psychiatre du dispensaire, la place du dispensaire et de son psychiatre au sein d'un système plus large de gestion de la maladie et de la vulnérabilités sociales. Enfin, nous avons pu éclairer quelles sont les raisons qui poussent des malades à consulter, si la consultation est le résultat de leur initiative propre ou celle d'un tiers, comment s'inscrit et se dit la maladie par les malades et au sein du cabinet, comment celle-ci est comprise par le médecin. L'étude du registre a donc permis de mieux préciser, à une certaine échelle, quelle est l'évolution de la psychiatrie comme discipline et comme pratique.

Nous avons ainsi constaté que le psychiatre était mobilisé par des individus, par des familles, par des institutions ou par des professionnels avec pour objectif une expertise sur la situation physique et mentale des malades, et un avis concernant l'existence d'un trouble, une médication ou la nécessité d'un placement. Le psychiatre est un acteur qui, partant du registre, est au centre de la démarche tout en collaborant toujours avec d'autres acteurs, les malades eux-mêmes d'abord, ensuite leurs

familles, leurs médecins, les institutions qui les accueillent, enfin parfois les autorités judiciaires ou communales.

Pour les malades et leurs proches, le médecin-psychiatre qui travaille au dispensaire est un recours face aux difficultés traversées qui sont exprimées simplement et généralement sans voiles: difficultés sociales et familiales telles que solitude, chagrin, problèmes conjugaux, de voisinage, relations parents-enfants, deuil, volonté d'en finir; difficultés au sein des institutions sociales telles que l'école ou le travail en l'occurrence incapacité à atteindre les objectifs posés, problèmes relationnels, comportements inadéquats; difficultés physiques et médicales liées à des maladies dites alors neurologiques ou dégénératives, ayant pour conséquences une décroissance des facultés ou une incapacité à développer celles-ci. Hommes, femmes et enfants sont concernés par tous les cas de figure, même si certains d'entre eux sont plus marqués pour certaines catégories d'âge ou de sexe, et nous pensons particulièrement aux troubles de comportement qui se sont révélés concerner majoritairement les enfants, de sexe masculin. Le dispensaire est donc un recours pour des malades qui ont peur, veulent être aidés ou pris en charge, par des proches qui ont peur, veulent être aidés ou secondés dans la prise en charge, voire par des institutions qui ne souhaitent plus avoir la responsabilité de certaines catégories de pensionnaires, en premier lieu ceux qui sont trop difficiles à cadrer.

Enfin, l'analyse a permis d'éclairer la question de la médication et de ses développements à une période où la psychiatrie est réputée pour son empirisme en cette matière:

nous avons vu que le médecin-psychiatre, au sein du dispensaire, ordonnait déjà une série de traitements à domicile dont certains pouvant être considérés comme lourds (opiacés, sédatifs chimiques notamment les barbituriques) et que ces médications étaient invariablement mobilisées pour des populations diverses, notamment en termes d'âges et d'affections. Le médecin agit prin-

cipalement en tentant de réduire la douleur, la souffrance et les symptômes, le traitement en tant que tel lui faisant encore défaut dans de nombreux cas, mis à part quelques exceptions (troubles endocriniens, e.a.). Très vite, les patients mobilisent le dispensaire aussi pour avoir accès à une médication que dans certains cas, ils réclament.

*Veerle Massin est docteur en histoire de l'Université Catholique de Louvain.*