



HAL
open science

L'itinéraire psychiatrique d'Antoine A., "patient stabilisé sur un mode déficitaire" (1951-2003)

Isabelle von Buelzingsloewen

► To cite this version:

Isabelle von Buelzingsloewen. L'itinéraire psychiatrique d'Antoine A., "patient stabilisé sur un mode déficitaire" (1951-2003). *Revue d'Histoire Moderne et Contemporaine*, 2020, La psychiatrie hors de l'asile. Pour une nouvelle histoire de la folie à l'époque contemporaine., 67-1, pp.124-138. 10.3917/rhmc.671.0124 . hal-03323216

HAL Id: hal-03323216

<https://hal.science/hal-03323216>

Submitted on 20 Aug 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'itinéraire psychiatrique d'Antoine A.

« patient stabilisé sur un mode déficitaire »

(1951-2013)

Isabelle von Bultzingsloewen

J'ai découvert l'histoire d'Antoine A. à l'occasion d'un bref séjour à l'hôpital local d'Aiguilles-en-Queyras (Hautes-Alpes), au printemps 2011. J'avais alors pour projet de construire un programme de recherche collaborative sur la chronicité en psychiatrie¹. Après avoir été menacé de fermeture car trop petit pour bénéficier d'un plateau technique moderne, l'hôpital d'Aiguilles, qui avait par ailleurs longtemps abrité une maternité, s'était en effet reconverti dans la prise en charge de vieillards, de handicapés et de malades mentaux chroniques. Cette reconversion a permis de conserver des emplois et de freiner le dépeuplement de la vallée. En dépit de la distance géographique et de l'enclavement de la commune², l'hôpital du Vinatier commence à y placer des patients au début des années 1990 et, en 1997, une première convention est signée entre les deux établissements³. En 2005, alors qu'il est devenu impossible de faire venir un psychiatre dans la commune, une seconde convention prévoit que le suivi psychiatrique des malades présentant des troubles psychiatriques sera effectué par des psychiatres de l'hôpital du Vinatier⁴. Des visioconférences sont organisées régulièrement et des psychiatres volontaires, généralement adeptes de randonnée et de ski⁵, se rendent à tour de rôle sur place, un vendredi par mois – c'est l'une d'entre eux que j'accompagnai alors. Des séjours d'ajustement thérapeutique dits « de rupture », parfois sans retour, sont en outre organisés pour des patients qui ne s'adaptent pas ou posent momentanément problème à la structure, lors d'épisodes de décompensation par exemple. En 2012, la vocation médico-sociale de l'établissement, qui comprend par ailleurs une maison de retraite et quelques lits de médecine réservés aux résidents, est formalisée par la création de deux foyers d'accueil médicalisés (FAM)⁶.

Lors de ce premier séjour, il m'a été donné accès aux archives administratives de l'établissement mais aussi aux dossiers des patients « au long cours » placés par l'hôpital du Vinatier. Ces patients, plus ou moins âgés et généralement sans famille, sont pour la plupart arrivés là au terme de longs parcours psychiatriques. J'ai écarté

¹ Pour plus de précision sur ce programme, voir l'introduction de ce numéro spécial.

² Aiguilles-en-Queyras est située à 300 km de Lyon, dans la vallée du Guil, à 1500 m d'altitude. Il faut quatre heures pour s'y rendre en voiture.

³ Notons que l'hôpital psychiatrique de Laragne (Hautes-Alpes), ouvert en 1959 mais beaucoup moins encombré que l'hôpital du Vinatier, a également envoyé des patients chroniques à Aiguilles mais en faible nombre.

⁴ A cette date, quatre psychiatres, dont un référent, forment cette équipe mobile.

⁵ Un logement est mis à disposition du psychiatre et de sa famille.

⁶ Une nouvelle convention avec l'hôpital du Vinatier est alors signée. Notons que l'hôpital du Vinatier finance des postes non médicaux (professionnels soignants ou éducatifs) et propose des stages en psychiatrie à certains membres du personnel de l'hôpital d'Aiguilles.

d'emblée les dossiers « pauvres » qui fournissaient trop peu d'éléments pour reconstituer l'itinéraire de ceux qui avaient pourtant passé une grande partie de leur vie « en psychiatrie ». J'en ai retenu une dizaine d'autres sans savoir précisément ce que j'allais en faire. A cette date, ma démarche s'inscrivait dans une volonté, partagée avec quelques autres historiens français et étrangers⁷, de renouveler l'histoire de la psychiatrie en m'appuyant sur des sources jusque-là très peu mobilisées : les archives de la pratique psychiatrique quotidienne. Celle-ci se donne en effet à lire, non pas tant dans les « écrits scientifiques » des psychiatres que dans les archives des hôpitaux ou autres structures psychiatriques – c'est-à-dire à l'échelle micro - en particulier dans les dossiers médicaux et administratifs des patients⁸. Bien que produite par l'institution psychiatrique et donc par nature biaisée, cette source polyphonique, qui contient des pièces de nature très différente⁹, permet en effet de restituer les interactions et les points de vue d'une multitude d'acteurs intervenant à des degrés divers dans la « prise en charge » des patients : les psychiatres - qui tiennent la plupart du temps la plume, les soignants (infirmiers, ergothérapeutes, psychologues, etc.), les travailleurs sociaux, les pouvoirs publics, les juges, les associations, la famille et les autres proches, etc. Mais aussi d'entendre la voix du malade lui-même. En outre, les dossiers de patients, qui doivent nécessairement être croisés avec d'autres sources, peuvent servir de base à la reconstitution de parcours psychiatriques à l'aune desquels les politiques publiques, habituellement saisies à travers des sources juridiques et administratives, peuvent être réinterrogées voire réinterprétées¹⁰.

C'est ce que m'a permis de faire le parcours d'Antoine A¹¹. Son dossier était relativement épais mais pas forcément « attractif » car il ne contenait aucun écrit personnel qui fait généralement le miel des historiens : pas de billet au médecin ou au directeur ; pas de correspondance « retenue » car jugée délirante avec des proches, le maire, le préfet, le roi, l'empereur ou le Président de la république ; pas de poème ou de dessin – au détour d'une page, on apprend d'ailleurs qu'Antoine A. sait à peine écrire. Pas grand-chose à voir donc avec le dossier de Paul Taesch auteur,

⁷ Parmi lesquels on citera les contributeurs à ce numéro mais aussi, pour la période contemporaine, Benoit Majerus, Aude Fauvel, Laure Murat, Marie-Claude Thifault, Isabelle Perreault ou encore Fanny Le Bonhomme. Voir en particulier Benoit Majerus, *Parmi les fous. Une histoire sociale de la psychiatrie au XX^e siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013, introduction p. 23-38.

⁸ J'avais déjà mobilisé cette source dans un premier article consacré à l'itinéraire psychiatrique d'Henriette D. publié en lien avec mon enquête consacrée au sort tragique des malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation. Henriette D., décédée à l'hôpital du Vinatier en 1999 à l'âge de 111 ans, était en effet la dernière malade de l'établissement à avoir vécu la période de la guerre. Elle a été internée de 1925 à 1999 soit durant près de ¾ de siècle. Voir Isabelle von Bueltzingsloewen, « A propos de Henriette D. Les femmes et l'enfermement psychiatrique au XX^e siècle », *Clio. Histoire, femmes et société*, 26, 2007, p. 89-106.

⁹ Des bilans médicaux, des certificats, des rapports de police, des écrits du patient etc. et surtout de la correspondance. Notons que dans certains établissements, les patients peuvent avoir deux dossiers distincts (un dossier administratif et un dossier médical). Les patients sous tutelle ont un dossier supplémentaire alimenté par le service des tutelles. Jusque dans les années 1970-1980, on trouve aussi beaucoup d'informations dans les registres d'entrée des établissements.

¹⁰ Sur la question de l'accès aux dossiers de patients, voir l'introduction de ce numéro spécial.

¹¹ Antoine est bien le prénom du patient. En revanche l'initial A correspond à la dernière lettre de son nom de famille ce qui garantit son anonymat.

à la fin du XIX^e siècle, d'un texte autobiographique passionnant découvert par Anatole Le Bras dans les archives de l'hôpital psychiatrique de Quimper¹². Antoine A. ne dit de lui-même que ce que ceux qui observent l'évolution de son comportement veulent bien noter dans son dossier¹³. Reste que pas plus que celui de Paul Taesch, le parcours d'Antoine A. n'a vocation à être représentatif, encore moins emblématique. Mais bien qu'irréductible, il éclaire avec une grande finesse une période marquée par une politique volontariste de transformation des prises en charge de la maladie mentale que les historiens n'ont pas encore beaucoup investiguée¹⁴.

Ce qui frappe en premier lieu dans la trajectoire psychiatrique d'Antoine A., interné à l'hôpital du Vinatier en 1951, c'est la longue durée de son séjour à l'hôpital psychiatrique. Il faut en effet attendre 1985 - soit pas moins de trente-quatre ans - pour qu'une alternative à l'hospitalisation soit expérimentée, au demeurant sans grand succès. Or si, en 1951, l'internement est encore la forme de prise en charge dominante des malades présentant des troubles psychotiques, à partir des années 1970 et surtout 1980, la réforme de l'« assistance psychiatrique », comme on l'appelle encore dans les années 1950, caractérisée par la multiplication et la diversification des structures de soins extra-hospitalières situées au plus près du domicile du patient a progressivement changé la donne¹⁵.

Alors pourquoi Antoine A., qui était pourtant très jeune au moment de son internement, n'a-t-il pas profité de la dynamique de changement institutionnel qui, dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de secteur, a permis à de nombreux patients, de vivre « dans la communauté », quitte à revenir à l'hôpital pour des séjours plus ou moins longs à l'occasion de crises plus ou moins fréquentes ? Répondre à cette question suppose de se livrer à une opération de périodisation fine. Car, en dépit des apparences, le parcours d'Antoine A., tel qu'on peut le restituer à travers les notes parfois elliptiques consignées dans son dossier médical n'est pas linéaire.

Les circonstances de l'internement

Le 10 octobre 1951, Antoine A. est interné à l'hôpital psychiatrique du Vinatier¹⁶ sous le régime du placement d'office. Ce placement sous contrainte a été demandé par le

¹² Ce texte a donné lieu à la publication d'un très bel ouvrage. Voir Anatole Le Bras, *Un enfant à l'asile, Vie de Paul Taesch (1874-1914)*, Paris, CNRS Editions, 2018

¹³ Ces notes sont parfois espacées mais les mentions sur son comportement sont assez nombreuses.

¹⁴ Le parcours d'Antoine A. a servi de trame à un article comparatiste corédigé avec le sociologue Benoit Eyraud. Voir Isabelle von Bueltzingsloewen et Benoit Eyraud, « Changement institutionnel et parcours individuels : itinéraires croisés de deux patients psychotiques « au long cours » (années 1950 à nos jours) », in Axelle Brodriez et alii (dir.), *Vulnérabilités sociales et sanitaires*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2014, p. 103-118.

¹⁵ Sur les origines et la mise en œuvre de la politique dite de secteur voir la thèse de sociologie inédite de Nicolas Henckès soutenue à l'EHESS en 2007. Nicolas Henckès, *Le nouveau monde de la psychiatrie française. Les psychiatres, l'Etat et la réforme des hôpitaux psychiatriques de l'après-guerre aux années 1970*.

¹⁶ Situé sur la commune de Bron, celui-ci est le seul hôpital psychiatrique public du département du Rhône.

préfet comme le prévoit la loi « sur les aliénés » du 30 juin 1838, en vigueur jusqu'en 1990. Comme l'indique le certificat d'admission, c'est le diagnostic de « syndrome schizophrénique » et la dangerosité qu'il représente pour lui-même qui ont motivé son admission dans un service fermé, aucune amélioration de son état n'ayant été constatée après un séjour « libre » de onze mois dans un service ouvert de l'établissement¹⁷. Antoine A. est toujours extrêmement amaigri et refuse de s'alimenter. Il a fait, avant d'être envoyé à l'hôpital psychiatrique, un séjour d'un mois à l'hôpital de Grange-Blanche (Lyon) sans qu'on sache dans quelles circonstances il a été hospitalisé. Les notes prises par le psychiatre lors du premier entretien s'attachent à décrire le comportement du patient : Antoine A. a l'air apeuré et malheureux, est très ralenti dans ses mouvements, ne répondant que par monosyllabes et d'un air interrogateur aux questions qui lui sont posées, et ne manifeste aucun esprit d'initiative. Il est par ailleurs couvert de croûtes qui témoignent d'une « saleté ancienne ».

Les informations personnelles consignées dans le dossier médical d'Antoine A. sont étonnamment pauvres. Antoine A. n'avait visiblement pas de papiers sur lui à son arrivée à l'hôpital et un flottement a longtemps entouré sa date de naissance. Un extrait d'acte de naissance délivré en 1974 indique qu'il est né dans le 2^e arrondissement de Lyon, le 5 avril 1933. Il a donc 18 ans au moment de son internement¹⁸. A la rubrique *Etat Civil* il est indiqué « célibataire » et à la rubrique *Religion* « catholique ». Une commune rurale du Rhône est déclarée comme domicile mais celle-ci correspond à la commune dans laquelle Antoine A. a passé son enfance, le patient n'ayant pas, au moment de l'internement, de domicile propre. A la rubrique *Profession* il est mentionné « agriculteur » mais ce terme ne correspond là encore que grossièrement à la réalité. Des notes très succinctes prises par le psychiatre – à partir d'informations communiquées antérieurement (dans quel contexte, par qui et à qui ?) - permettent de se faire une idée du parcours d'Antoine A. avant l'internement. Il serait allé à l'école jusqu'à 14 ans, aurait ensuite été berger puis aurait travaillé quelques temps dans une briqueterie avant de se placer comme ouvrier agricole et d'errer de ferme en ferme. Son comportement aurait bientôt posé problème : il refuse en effet la nourriture qu'on lui donne, préférant manger du foin et de la viande avariée. Il aurait fait plusieurs séjours à l'hôpital sans qu'on sache où, quand et pendant combien de temps.

Des liens familiaux inexistants

L'indigence des informations concernant Antoine A. s'explique non seulement par le mutisme dont celui-ci fait preuve mais aussi par l'absence de liens avec des proches susceptibles de livrer des éléments sur les conditions dans lesquelles il a grandi et sur les premières manifestations de ses troubles. Antoine A. semble en effet « seul au monde ». Cette situation ne surprend sans doute pas outre mesure le psychiatre et les soignants qui le prennent en charge car elle n'a rien d'exceptionnel. Quelle qu'en soit

¹⁷ Sur la construction et la signification du diagnostic de schizophrénie, voir Hervé Guillemain, *Schizophrènes au XX^e siècle. Des effets secondaires de l'histoire*, Paris, Alma éditeur, 2018.

¹⁸ Sachant qu'il est déjà hospitalisé dans l'établissement depuis un an.

la cause, l'isolement et la vulnérabilité sociale – on dirait aujourd'hui la grande précarité - sont un des facteurs qui conduisent à l'internement psychiatrique¹⁹.

Plusieurs membres de la famille d'Antoine A. ayant été internés en psychiatrie, une plongée dans les archives de l'hôpital psychiatrique du Vinatier et de l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève (Isère), complétée par des recherches approfondies dans les archives de l'Etat civil du Rhône et de l'Isère et dans celles du service d'assistance à l'enfance du Rhône m'ont permis de reconstituer – en dépit de quelques « trous » impossible à combler - l'histoire familiale « misérable » d'Antoine A. Celle-ci est fortement marquée par la pathologie, somatique et psychiatrique. En mai 1935, alors que sa femme vient d'accoucher, deux jours plus tôt, de leur sixième enfant²⁰, le père d'Antoine A., Etienne A., fermier, est en effet interné à l'asile de Bron²¹ pour « confusion mentale d'origine éthylique », à l'âge de 34 ans²². Antoine A. a alors deux ans. Cet internement oblige vraisemblablement la famille à quitter la ferme. Après huit ans d'internement, en 1943, Etienne A. obtient une sortie à l'essai qui se transforme en sortie définitive grâce à un ancien infirmier de l'établissement qui, propriétaire d'une exploitation agricole dans la Loire, le prend chez lui comme ouvrier agricole²³. La mère d'Antoine, Eugénie A., a donné son accord, consciente qu'elle ne peut reprendre la vie commune du fait de l'aggravation de son état de santé. Elle est en effet atteinte de tuberculose depuis plusieurs années par la tuberculose et en meurt en 1947 à l'âge de 41 ans – Antoine A. a alors 14 ans et c'est le moment où il quitte l'école. On ignore le sort exact des quatre enfants de la fratrie probablement placés depuis plusieurs années (sans doute dès avant la guerre) du fait de la maladie de leur mère qui, s'ajoutant à l'internement du père, a entraîné la dislocation du foyer²⁴. Etienne A. a-t-il repris les deux garçons mineurs auprès de lui ? Il a été impossible de le savoir.

On sait en revanche que le jeune frère d'Antoine, Pierre, né en 1935, est arrêté pour le vol d'un kilo de mandarines et d'une livre de poires le 25 novembre 1949 puis confié au service de l'assistance à l'enfance par jugement du 10 janvier 1950²⁵. Mais à cette date, il a d'ores et déjà été interné à l'hôpital psychiatrique du Vinatier²⁶. Il n'est en effet resté qu'un jour au foyer de pupilles dans lequel il a été placé le 1^{er} décembre 1949 et a provoqué des dégâts matériels importants à l'hôpital où il a été conduit le lendemain, brisant des vitres et des lavabos. Le diagnostic de schizophrénie est rapidement posé, le psychiatre ayant établi le certificat d'admission à l'hôpital psychiatrique insistant sur sa dangerosité et évoquant la perspective d'un « séjour probable de longue durée ». Celui-ci s'achève brutalement moins de cinq ans plus tard. Le 3 septembre 1954, à l'âge de 19 ans, Pierre meurt en effet d'une urémie à l'hôpital Edouard Herriot où il a été transféré quelques jours plus tôt. Il est enterré le 15 septembre au cimetière de la Guillotière en l'absence de ses proches. Une lettre

¹⁹ Notons qu'il est mentionné dans le dossier d'Antoine A. qu'il ne reçoit aucune visite.

²⁰ Deux d'entre eux sont morts en bas âge. Le couple est marié depuis 1924.

²¹ Il s'agit de l'ancien nom de l'hôpital psychiatrique du Vinatier, abandonné en 1936.

²² Le dossier administratif d'Etienne A. de même que celui de Pierre A. et celui de Marie-Louise A. avant son transfert à l'hôpital de Saint-Egrève (voir infra) sont conservés aux Archives départementales du Rhône (AD Rhône).

²³ Le manque de main d'œuvre agricole pendant les années de guerre ainsi que la pénurie d'alcool ont sans aucun doute facilité cette sortie. On perd ensuite la trace d'Etienne A. jusqu'à sa mort, en 1975.

²⁴ Eugénie a été hospitalisée – à partir de 1939 ? – dans un petit établissement rural de l'Association lyonnaise pour la lutte contre la tuberculose accueillant des femmes tuberculeuses.

²⁵ AD Rhône 460 W3, Service de l'assistance à l'enfance, dossier n° 584.

²⁶ Il est interné le 6 décembre 1949.

envoyée à l'adresse où vivait Pierre avant son arrestation est revenue avec la mention « adresse inconnue ».

Antoine A. a-t-il été informé de la présence de son frère dans l'établissement dans lequel lui-même était interné ? L'a-t-il côtoyé ? A-t-il été informé de son décès ? Rien n'est moins sûr de même qu'il est peu probable qu'il ait appris que sa sœur aînée Marie-Louise, née en 1926, tout juste majeure au moment du décès de sa mère, a séjourné au Vinatier peu de temps avant son admission. Mariée jeune, Marie-Louise a en effet elle aussi été internée le 7 septembre 1950, à l'âge de 24 ans. Mais parce qu'elle était alors domiciliée dans une commune du département de l'Isère, elle a été transférée à l'hôpital psychiatrique de Saint-Egrève, près de Grenoble, le 18 janvier 1951 soit quelques mois avant l'internement de son frère. La consultation de son dossier médical, conservé dans les archives du Centre hospitalier Alpes-Isère, a permis d'apprendre qu'elle avait été déclarée atteinte de « psychose discordante progressive ». Cette psychose a semble-t-il été déclenchée par la naissance, deux ans plus tôt, de son deuxième enfant²⁷ et a résisté à un traitement par l'insuline, par les électrochocs et à une psychothérapie²⁸. Le psychiatre mentionne en outre à plusieurs reprises que Marie-Louise est puérile et présente des signes de débilité mentale et d'indifférence affective. Son état démentiel, sa malpropreté et son agitation sont réduits par un traitement par le Largactil²⁹ commencé fin 1955 ou début 1956. Mais l'amélioration ne dure pas. Marie-Louise redevient agitée, impulsive et violente, refusant de « s'occuper » bien que la tuberculose dont elle est elle aussi atteinte soit déclarée très améliorée. Elle se balance d'avant en arrière, a des hallucinations auditives et, sous l'effet des neuroleptiques, devient obèse comme de nombreux autres patients traités. Interrogée sur son âge, la date de son mariage, la durée de son internement, elle donne des réponses très approximatives. En juillet 1962, alors que son état est déclaré inchangé, elle rentre dans sa famille à la demande de son mari – qui signe une décharge - contre l'avis du psychiatre. Mais cette expérience de retour à domicile est de courte durée et son mari la ramène au bout de six semaines. Marie-Louise reste encore internée pendant dix ans puis, en mars 1972 – elle n'a alors que 46 ans, est admise à l'hospice de Vizille, près de Grenoble. A cette date, on peut établir qu'elle n'a plus de contacts avec sa famille (depuis quand ?), son mari ayant même déménagé sans laisser d'adresse. En dépit de son agitation, elle reste dans son nouveau lieu de vie pendant plus de deux décennies, jusqu'à sa mort en mars 1994, à l'âge de 68 ans.

On ignore à peu près tout en revanche du destin de la sœur cadette d'Antoine A., Clémentine, née en 1928, qui bien que mentionnée, avec son père, comme correspondante dans le dossier de son frère, ne se manifeste à aucun moment³⁰. Seule certitude : elle n'a jamais été internée à l'hôpital du Vinatier.

Une déshospitalisation impossible ?

²⁷ Elle a accouché d'un troisième enfant (en réalité d'un quatrième car un autre bébé est mort à l'âge de 2 mois), une petite fille, en avril 1951 soit huit mois après son internement.

²⁸ Sur les traitements utilisés en psychiatrie voir Michel Caire, *Soigner les fous : histoire des traitements en psychiatrie*, Paris, Nouveau Monde Editions, 2019.

²⁹ Le Largactil, découvert en 1952, est le premier neuroleptique utilisé dans le traitement des psychoses.

³⁰ Je sais par ailleurs – car cela figure dans son acte de naissance - qu'elle s'est mariée en 1946 et séparée de corps en 1966. J'ignore en revanche si elle a eu des enfants.

Alors que la déshospitalisation devient un mot d'ordre des politiques publiques à partir des années 1960-1970³¹, quelles sont ses répercussions sur la trajectoire d'Antoine C. ?

De 1951 à la fin des années 1960, l'hypothèse d'une sortie de l'hôpital psychiatrique semble n'avoir jamais été envisagée. Même s'il n'est pas considéré comme dangereux, Antoine A. est violent par intermittence – sans qu'on sache si cette violence existait avant son internement. Il frappe des infirmiers et des malades, brise des vitres et défonce des portes, ce qui lui vaut parfois d'être « maintenu ». Il fugue aussi du pavillon. Cette agitation doublée d'un délire décrit comme « peu systématisé » - Antoine A. dit entendre des voix de femmes « qui ne disent pas grand-chose » - n'est pas améliorée par les neuroleptiques qu'il consomme pourtant en grande quantité sans qu'on puisse déterminer à partir de quand : comme sa sœur Marie-Louise, Antoine A. fait partie de ces patients chroniques pour qui la découverte des neuroleptiques n'a pas constitué une révolution³². Il est par ailleurs « désorienté dans le temps et dans l'espace », parle peu et de façon très indistincte, en déformant les mots. Les médecins qui le suivent pour sa tuberculose – dont il est atteint comme sa mère et sa sœur - insistent sur le fait qu'il est impossible de communiquer avec lui. En outre il traverse des phases d'apathie profonde et il faut toujours veiller à ce qu'il se lave, s'habille et mange correctement – il est d'ailleurs à plusieurs reprises taxé de « malpropre ». Le 27 août 1959, le psychiatre note : « Dit avoir 12 ans et demi. Né en 1933. Parle d'une voix blanche. Répond de manière laconique et indistincte. Il se lève tout d'un coup et donne de grands coups de poing dans le carreau. Sur notre intervention, il se rassoit. La même scène se renouvelle 3 fois (...) Ses frères sont venus le voir ce matin³³... Docile lors de l'examen somatique et neurologique. Ce qui ne l'empêche pas de faire une dernière tentative contre le carreau avant qu'on le renvoie. CONCLUSIONS : ralentissement qui contraste avec des accès d'impulsivité. »

Pas plus que sa sœur Marie-Louise, Antoine A. ne compte donc au nombre des « bons malades », dociles et utiles à l'institution par le travail qu'ils effectuent à la ferme, dans les ateliers, les services communs ou au sein des pavillons d'hospitalisation³⁴. Autant que son agitation violente, son manque d'autonomie et son incurie donnent à penser qu'il est incapable de vivre « au dehors ». Et ce d'autant plus qu'à cette période tout le monde s'accommode parfaitement de la présence de ceux qu'on nomme les « robots » ou les « piliers » d'asile, « enkystés » dans l'institution - alors même que le nombre de patients internés augmente de façon exponentielle passant de 85 000

³¹ Cette politique de déshospitalisation, préfigurée par une circulaire du 15 mars 1960 « relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales », n'entre en vigueur que douze ans plus tard, avec le décret et la circulaire du 14 mars 1972. Voir Hervé Guillemain, « Les faux-semblants de la déshospitalisation à la française (des années 1960 aux années 1980) », in A. Klein, H. Guillemain et M.-C. Thifault (dir.), *La fin de l'asile ? Histoire de la déshospitalisation psychiatrique dans l'espace francophone au XX^e siècle*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, p. 157-186.

³² Les neuroleptiques ont été introduits à l'hôpital du Vinatier peu de temps après leur découverte en 1952. Voir Michel Caire, *Soigner les fous : histoire des traitements en psychiatrie*, op. cit.

³³ Rappelons qu'Antoine A. n'a qu'un frère.

³⁴ Sur les « bons malades », voir l'article d'Hervé Guillemain, « La fonction du « bon patient » dans l'institution psychiatrique 1910-1970 », in H. Guillemain, L. Guignard, S. Tison (dir.), *Expériences de la folie*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2013, p. 251-262.

environ en 1951 à 118 000 en 1966³⁵. Et que personne ne réclame sa sortie que, contrairement à d'autres malades, il ne réclame pas lui-même pas plus qu'il ne remet en cause la légitimité de son internement. Bien que souvent qualifié de « pénible », Antoine A. ne relève pas de la catégorie des malades revendicatifs.

La seconde moitié des années 1960 semble inaugurer une nouvelle phase dans le parcours d'Antoine A. En juin 1965, le psychiatre qui le suit écrit pourtant : « Malgré d'importantes doses de neuroleptiques, il reste perturbé et le contact est nul. » Mais en mai 1966, il note : « Plus calme, s'adapte à son groupe ». Puis en janvier 1967 « Pas d'amélioration mais pas de bris ces derniers mois ». En janvier 1968 « Est calme. Travaille ». En janvier 1969 « Pas de problème, on ne l'entend pas, travaille ». En octobre 1969 « Vient à une séance de gymnastique du vendredi, prend part aux mouvements sans difficulté et sans réticence ». En mars 1970 « Travaille à l'ergothérapie chez F.³⁶ Nous avons commencé par une heure de présence journalière. Semble bien s'adapter ». Enfin en avril 1970, « on note une amélioration certaine dans la tenue, le comportement (sert ses camarades à table), dans ses rapports avec les infirmiers. »

Cette meilleure adaptation d'Antoine A., dans un contexte où la sociothérapie bat son plein à l'hôpital du Vinatier³⁷, justifie-t-elle à elle seule la transformation du placement d'office en auto-placement volontaire entérinée par un arrêté préfectoral du 25 mai 1970³⁸ ? Quoiqu'il en soit il semble que dans cette période préfigurant la mise en œuvre d'une politique volontariste de déshospitalisation, de nombreux malades chroniques aient vu leur placement d'office transformé en placement « consenti », sans pour autant être en droit de quitter librement l'hôpital psychiatrique³⁹. Reste qu'il est difficile de dire si ce changement de statut était censé préparer la sortie des patients concernés et celle d'Antoine A. en particulier. Dans une mention datée du 8 juillet 1970, on apprend qu'Antoine A. a fait l'objet d'un « programme d'émancipation » dont la nature et les objectifs ne sont malheureusement pas explicités. Une première étape a visiblement consisté à l'envoyer dans un atelier d'ergothérapie situé « hors du service »⁴⁰. La seconde est plus difficile à cerner : un infirmier aurait envisagé de le

³⁵ Chiffres tirés de l'article de François Chapiro, « Le recours à l'hospitalisation psychiatrique au XX^e siècle », *L'Information psychiatrique*, 2007, 7, 83, p. 563-570.

³⁶ Nom d'un infirmier.

³⁷ Outre humaniser la vie à l'hôpital psychiatrique, la sociothérapie, qui se développe à partir des années 1950 et surtout 1960, vise, par des activités de groupe, à stimuler les relations sociales au sein des établissements mais aussi l'esprit d'initiative et de responsabilité des patients afin de favoriser leur éventuel retour dans la société. Voir Isabelle von Bueltzingsloewen, « Révolution au quotidien, révolution du quotidien : les transformations de la pratique psychiatrique à l'hôpital du Vinatier dans les années 1950 », in I. von Bueltzingsloewen et O. Faure (dir.), *Questions à la « révolution psychiatrique »*, Lyon, Editions La Ferme du Vinatier, 2001, p. 19-35.

³⁸ Notons par ailleurs qu'en 1969, Antoine A. devient assuré social, ses cotisations – sachant qu'il n'a aucun revenu – étant prises en charge par un organisme d'assistance.

³⁹ Il s'agit donc toujours d'un placement sous contrainte.

⁴⁰ Le type d'atelier d'ergothérapie auquel participe Antoine A. n'est pas précisé. On sait qu'il en existait plusieurs pour les malades hommes de l'établissement : poterie, raphia, découpage du bois, reliure, imprimerie, etc. Voir Isabelle von Bueltzingsloewen, « Révolution au quotidien, révolution du quotidien : les transformations de la pratique psychiatrique à l'hôpital du Vinatier dans les années 1950 », op. cit.

« prendre au Centre social », ouvert en 1965, mais se serait heurté à l'opposition des dirigeants du Centre qui ont probablement considéré qu'il n'avait pas des aptitudes suffisantes pour qu'une réadaptation à la vie du dehors porte ses fruits.

La mort subite de cet infirmier, qui est probablement le premier soignant à avoir « investi » le malade, met un terme brutal à l'expérience. En l'espace de quelques mois, Antoine A. se referme sur lui-même, néglige son apparence, se désintéresse de toute activité et retombe dans une agitation multiforme : il crie, s'en prend aux portes, aux murs, aux vitres et bientôt aux autres malades, lance des pierres, déchire ses vêtements, arrache le tableau d'affichage. On lutte contre sa « turbulence » en lui administrant des doses élevées de neuroleptiques, mais, à partir de 1973, il présente des symptômes de « surcharge » (tremblements, yeux « plafonnants », contractures musculaires). A ce stade, les effets secondaires du traitement l'emportent de toute évidence sur les effets bénéfiques mais le patient ne semble pas chercher à s'y soustraire⁴¹. Antoine A. développe aussi une phobie du toucher et se masturbe longuement lorsqu'il trouve des photos de femmes. Alors qu'il fuit habituellement tout contact, il aime cependant être materné. Et curieusement son comportement ne pose pas problème lorsqu'il est à l'extérieur du service : il aime se promener dans le parc avec les infirmiers, se rend assez volontiers à la cafétéria du centre social et demande qu'on lui offre une glace.

Des malades chroniques indésirables à l'hôpital

Le milieu des années 1990 marque une rupture dans l'itinéraire d'Antoine A. En 1995, alors qu'il est interné depuis 44 ans – il a alors 62 ans –, il est en effet placé dans une famille d'accueil dans une petite ville de l'Isère. Son dossier ne comportant malheureusement aucune pièce se rapportant à la mise en oeuvre de ce projet, élaboré dans le cadre du Service d'accueil familial thérapeutique pour adultes créé en 1992⁴², il est difficile de savoir ce qui l'a motivé. On peut postuler que la diminution drastique du nombre de lits de l'établissement, qui est passé de 2004 en 1983 à 798 en 1997 – soit une division par 2,5 – a joué un rôle décisif. Une forte pression s'exerce alors sur les équipes soignantes pour qu'elles trouvent des lieux de vie alternatifs pour les patients chroniques « stabilisés », dont la présence à l'hôpital est désormais jugée « inadéquate » puisqu'ils ne nécessitent plus de soins à proprement parler : l'hôpital psychiatrique est sommé de se médicaliser, il ne doit plus être un lieu de vie mais un lieu de soins, en principe réservé à des patients présentant des troubles actifs susceptibles d'être réduits à l'occasion de séjours de courte durée. De fait, si l'on en croit une synthèse de son dossier médical produite en 1989, le délire et l'agitation d'Antoine ont nettement diminué, même s'il continue de « taquiner » les autres malades et se montre parfois turbulent. Il ne s'intéresse à rien de précis et ne participe que très fugitivement à la vie du service, y compris à l'occasion des moments de convivialité tels que la fête de Noël. Mais il semble observer ce qui se passe, prend plaisir à fumer et accepte tant bien que mal de s'intégrer à un groupe d'activité. Grâce à

⁴¹ Les notes du dossier ne mentionnent pas de plainte particulière de la part d'Antoine A. mais les milliers de cachets retrouvés lors des travaux effectués dans les pavillons d'hospitalisation des hôpitaux psychiatriques témoignent de la résistance qu'ont réussi à opposer des patients pourtant soumis à une surveillance rapprochée. Voir l'article publié par Hervé Guillemain dans ce même numéro.

⁴² Et le service en question n'a pas non plus conservé de dossier spécifique.

son allocation adulte handicapé, obtenue en 1978⁴³, il part régulièrement en vacances avec un organisme spécialisé. Son comportement n'est pas toujours adapté, mais il revient content. Il apprécie également les sorties au restaurant, « mange gloutonnement mais proprement ».

On ignore comment Antoine A. s'est comporté dans sa famille d'accueil. Dans un courrier de 2002, le Dr. B. qualifie l'expérience de positive. On peut cependant en douter car celle-ci est régulièrement interrompue par des séjours à l'hôpital qui durent parfois plusieurs mois. Elle est finalement interrompue au printemps 1999, lorsque la femme à qui a été confié le malade y met un terme définitif au motif qu'elle a décidé d'ouvrir un commerce. Pour autant le psychiatre qui suit alors Antoine A. n'envisage pas de le réintégrer dans son service mais cherche une alternative. Une semaine après son retour à l'hôpital, Antoine A., qui a 66 ans, est donc, comme de très nombreux patients chroniques à cette époque, admis dans une maison de retraite située à une quarantaine de kilomètres de Lyon.

Il semble dans un premier temps s'adapter à son nouvel environnement mais, en 2002, son comportement « régressif » est déclaré irrémédiablement incompatible avec la vie d'un établissement médico-social⁴⁴ : il frappe le personnel et les autres résidents, se fait vomir et joue avec ses selles. Contrairement à sa sœur dont l'agitation semble tolérée au sein de l'hospice dans lequel elle a été placée, Antoine A. est donc déclaré « indésirable » et le directeur de la maison de retraite demande à l'hôpital du Vinatier de le reprendre. Mais le Dr. B, qui émet l'hypothèse qu'Antoine A., gros fumeur, a été déstabilisé par les restrictions en matière de consommation de tabac pratiquées par la maison de retraite⁴⁵, s'y oppose fermement. Il propose alors d'organiser des séjours de rupture d'une quinzaine de jours à l'hôpital et de faire régulièrement visiter le malade par des infirmières de son service.

Un lieu de vie adapté ?

Conscient que cette solution n'est pas viable sur le long terme, il entreprend cependant de trouver un autre placement pour Antoine A. sachant que le nouveau service de géro-psycho-geriatrie créé dans l'établissement se spécialise dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques induits par le vieillissement et que les lieux de vie protégés font cruellement défaut. Le 2 juillet 2002, il adresse donc une demande d'admission au médecin de l'hôpital local d'Aiguilles-en-Queyras dans laquelle il s'emploie à démontrer que Antoine A., patient « stabilisé sur un mode déficitaire » a le profil adéquat pour intégrer cette structure d'autant qu'il n'a aucune

⁴³ L'AAH a été mise en place dans le cadre de la loi en faveur des personnes handicapées votée le 30 juin 1975 et de la création, la même année, de la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnelle (COTOREP). Depuis le vote de la loi sur le handicap de février 2005 qui crée la catégorie « handicap psychique » dont relèvent de nombreux patients psychiatriques, l'AAH est gérée par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH).

⁴⁴ De fait la plupart des patients psychiatriques chroniques placés en maison de retraite, généralement à un âge beaucoup moins avancé que les autres pensionnaires – c'est le cas de Marie-Louise par exemple, s'intègrent mal à une institution peu préparée à les recevoir. Voir Emilienne Malfatto, « Les maisons de retraite face à l'arrivée de pensionnaires venus de psychiatrie », *Le Monde*, 27 août 2013 et Hervé Guillemain, « Les faux-semblants de la déshospitalisation à la française (des années 1960 aux années 1980) », op. cit.

⁴⁵ La loi Evin, votée en 1991, a été appliquée avec beaucoup de retard dans les hôpitaux psychiatriques.

famille susceptible de lui rendre visite ou dans laquelle il pourrait se rendre en permission.

Après avoir certifié qu'Antoine A. n'est plus sujet à des épisodes délirants ou violents, il écrit, non sans laisser transparaître une certaine amertume : « Ma conviction et celle des infirmières (...) est celle qu'un certain rejet par l'institution s'est peu à peu établi, qui tient beaucoup à la singularité de cet homme au profil asilaire certes et dont les attitudes s'écartent parfois de la docilité régressive des autres résidents. » Une fiche de comportement et de liaison infirmière datée du 1er juillet 2002 permet de se faire une idée de l'état d'Antoine A., alors âgé de 69 ans : il comprend ce qu'on lui dit mais a de très importantes difficultés d'élocution qui rendent le contact difficile ; il est de plus en plus limité dans sa locomotion et se déplace parfois en fauteuil roulant - on évoque un désir de maternage; il mange seul, n'a pas de régime particulier, n'est pas incontinent mais a besoin d'une aide à la toilette et à l'habillement ; son sommeil est généralement bon; il garde quelques bizarreries de comportement mais n'est pas agressif en dépit d'une gestuelle qui peut être interprétée comme menaçante ; il regarde la télé et apprécie certaines sorties ; une prise en charge en ergothérapie est envisageable ; il souffre d'un tabagisme léger jugé tout à fait gérable par l'équipe soignante.

En octobre 2003, après deux ans et demi d'aller-retours entre la maison de retraite et l'hôpital du Vinatier, Antoine A. est donc admis dans une institution relevant du secteur médico-social⁴⁶ tolérante vis-à-vis de ses troubles, encore très actifs, et de son évolution déficitaire. De « patient » il devient « résident » même s'il reçoit régulièrement la visite d'un psychiatre de l'hôpital du Vinatier avec lequel il reste par conséquent en lien en dépit de la distance. C'est là qu'il termine ses jours le 21 mars 2013 après un séjour de près de dix ans. L'infirmière qui l'a accompagné dans les derniers temps et que j'ai rencontrée lors d'un second séjour à Aiguilles fin 2014⁴⁷, m'a raconté qu'il était très difficile de communiquer avec lui mais qu'il aimait la musique et chanter, en particulier « Ah le petit vin blanc ». Il était toujours assez agité et il fallait se mettre à cinq pour le laver jusqu'à ce qu'il accepte finalement que ce soit elle qui le fasse.

En l'absence de famille identifiée⁴⁸, Antoine A. est inhumé dans le cimetière du village en présence de plusieurs membres du personnel de l'établissement⁴⁹. Quelques temps après son enterrement, une de ses nièces - fille de sa sœur Marie-Louise ou de sa sœur Clémentine ? - prend contact avec la tutrice d'Antoine A.⁵⁰, probablement prévenue par le notaire chargé de gérer la succession. Elle veut en savoir plus sur cet oncle dont elle semble n'avoir jamais entendu parler. Elle laisse ses coordonnées mais ne se re-manifeste pas. Pour des raisons éthiques, je n'ai pas cherché à la contacter même si elle aurait sans doute pu me donner des informations que je n'avais pas réussi à trouver – en particulier concernant Clémentine ou le devenir des enfants de Marie-

⁴⁶ Il intègre par la suite le FAM l'Harmonie.

⁴⁷ Entretien du 12 décembre 2014.

⁴⁸ Une lettre envoyée à Clémentine en 2007 dans le cadre de la mise en œuvre de la démarche qualité est revenue avec la mention « n'habite plus à cette adresse ».

⁴⁹ Les résidents de la structure sont enterrés dans un carré séparé du reste du cimetière qui, jusqu'à ce que des travaux soient entrepris au début des années 2010, donnait une impression saisissante de désolation.

⁵⁰ Antoine C., qui a probablement hérité de son père en 1975, a été placé sous tutelle en 1980. Il avait auparavant fait l'objet d'une mesure de curatelle. Son dossier de tutelle n'a pas été retrouvé.

Louise confrontés à une histoire familiale particulièrement lourde, sans doute profondément enfouie.

Plusieurs facteurs concourent à expliquer pourquoi le parcours de Antoine A., croisé furtivement à l'hôpital d'Aiguilles-en-Queyras, n'a été que peu infléchi par les évolutions thérapeutiques et organisationnelles qui ont marqué l'institution psychiatrique dans le dernier demi-siècle. Sur la durée, le principal est sans doute la carence de son environnement social. Antoine A. a perdu ses repères familiaux très jeune et son internement, à un âge où il n'avait pas pu lui-même fonder une famille, a conduit à une désaffiliation accélérée. Certes, la nature et la persistance de ses troubles – son impulsivité et son manque d'autonomie en particulier – qui ont résisté aux multiples cures de neuroleptiques auxquelles il a été soumis et ont probablement été aggravés par son internement, ont fait obstacle à tout projet de vie dans la cité. Mais, alors que (sous l'influence de la sociothérapie ?) ses symptômes régressent dans la seconde moitié des années 1960, l'hypothèse d'une sortie, rapidement écartée par une nouvelle dégradation de son état, est oblitérée par l'absence d'étayage familial, à une période où les patients psychiatriques incapables de gagner leur vie et de vivre de façon autonome ne peuvent survivre hors de l'hôpital sans le soutien de leurs proches. De fait, même s'il est impossible de savoir s'il aurait pu vivre mieux si on avait fait le pari de le faire sortir de l'hôpital afin d'éviter qu'il se chronicise, la reconnaissance de son handicap par le versement de l'AAH arrive trop tard. Son allocation lui permet certes – et ce n'est pas négligeable – d'améliorer sa qualité de vie, en particulier d'aller au restaurant ou de partir en vacances, mais pas d'envisager un projet de vie « dans la communauté ». A ce stade, il a en effet besoin d'un accompagnement permanent qu'il ne peut trouver que dans un milieu protégé.

Sans la ténacité du psychiatre qui le suivait, Antoine A. aurait pu rester à l'hôpital psychiatrique jusqu'à la fin de sa vie, comme d'autres patients internés dans les décennies précédentes à l'instar d'Henriette D. internée en 1925 et qu'il a peut-être eu l'occasion de rencontrer lors des moments conviviaux organisés par l'établissement⁵¹. Ce n'est que parce que, dans le prolongement de la politique de secteur qui, à partir des années 1970 et surtout 1980, promeut les modes de prise en charge *extra muros* des patients atteints de troubles mentaux, les hôpitaux psychiatriques voient leur fonction limitée à l'accueil des malades aigus traversant des épisodes de décompensation, et parce que la présence des malades chroniques qui « sédimentent » dans les hôpitaux est jugée à la fois incongrue et trop coûteuse, qu'Antoine A. quitte l'hôpital du Vinatier en 1995 après un séjour de quarante-quatre ans – non sans y revenir régulièrement jusqu'en 2003. Ce n'est qu'à cette date qu'est enfin trouvée une institution dédiée au handicap, capable de gérer la « bizarrerie » de ses comportements.

Faut-il dès lors considérer qu'Antoine A. a été abandonné par une institution dans laquelle il n'avait plus sa place voire, comme l'ont fait certains, parler de relégation ou même de déportation⁵² ? Certes, la perte quasi-totale de ses capacités n'a pas permis à

⁵¹ Voir Isabelle von Buelzingsloewen, « A propos de Henriette D. Les femmes et l'enfermement psychiatrique dans la France du XX^e siècle », op. cit.

⁵² Sachant que dans les années 1970, son maintien à l'hôpital psychiatrique aurait au contraire été interprété comme abusif par les tenants de l'antipsychiatrie.

Antoine A. de goûter à la relative liberté dont bénéficient les résidents de l'hôpital local d'Aiguilles qui sont autorisés à se promener dans le village, à y faire des emplettes ou à boire un café⁵³ ni de participer activement aux activités qui leur sont proposées⁵⁴. On peut cependant faire l'hypothèse qu'il a fait l'objet d'une attention plus grande que s'il était retourné dans un service hospitalier où il serait rapidement devenu « invisible » d'autant qu'au cours des années 1980-1990, les activités développées dans le cadre de la sociothérapie ont été progressivement transférées vers les structures ambulatoires, en particulier vers les centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP) ou, plus récemment, vers les centres de réhabilitation psycho-sociale. Ou ne doit-on pas plutôt considérer que le parcours d'Antoine A. renvoie la politique du secteur à ses limites - en particulier du fait du nombre insuffisant de lieux de vie « intermédiaires » adaptés à des malades dans l'incapacité de vivre de façon autonome ? Voire, comme l'a montré Hervé Guillemain dans un article récent⁵⁵, qu'elle reflète une politique de déshospitalisation en trompe l'œil ? De fait, Antoine A. reste dans l'orbite de l'institution psychiatrique jusqu'à la fin de ses jours. Bien qu'affecté à la marge par la politique de déshospitalisation, son parcours relève d'un transinstitutionnalisme dénoncé par les adeptes du mouvement du rétablissement qui militent pour que les personnes présentant des troubles psychiatriques, y compris sévères, ne passent pas par l'hôpital psychiatrique mais soient inscrits d'emblée, grâce au recours à toute une série d'outils⁵⁶, dans une logique individualisée de reconquête et de développement de leurs capacités.

La vie des résidents et des personnels de l'hôpital local d'Aiguilles-en-Queyras a fait l'objet d'un film réalisé par Natalie Giloux, psychiatre à l'hôpital du Vinatier, qui fait partie de l'équipe volante qui se rend régulièrement sur place pour assurer le suivi des patients placés dans la structure. Ce film, intitulé Aiguilles au fil du temps, a été présenté en 2016 lors du colloque organisé dans le cadre du programme de recherche CHRONIPSY - auquel ont assisté des membres du personnel d'Aiguilles qui avaient fait le déplacement - et au Festival du film psy de Lorquin en juin 2017. Décédé en 2013, Antoine A. n'a pas participé au tournage.

⁵³ Certains effectuent même de menus travaux pour les artisans ou commerçants du village. La circulation des résidents dans le village génère quelques tensions et incidents mais ceux-ci restent toutefois limités.

⁵⁴ Longtemps peu nombreuses, celles-ci se sont multipliées et diversifiées au fil du temps.

⁵⁵ Hervé Guillemain, « Les faux-semblants de la déshospitalisation à la française (des années 1960 aux années 1980) », op. cit.

⁵⁶ Parmi lesquels la remédiation cognitive, l'éducation thérapeutique et un ensemble d'activités relevant de la réhabilitation psycho-sociale.